UC/FPCE__2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A morte: percepção das estratégias de *coping* familiares e da qualidade de vida familiar em sujeitos que experienciaram a perda de uma pessoa significativa no último ano

Marta Soares Dores (e-mail: marta_dores@msn.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e Saúde, Sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Maria Marques Alberto

A morte: percepção das estratégias de *coping* familiares e da qualidade de vida familiar em sujeitos que experienciaram a perda de uma pessoa significativa no último ano

Resumo

Este estudo pretendeu verificar se a percepção das estratégias de *coping* familiares e da qualidade de vida familiar era diferente em função da morte de uma pessoa significativa (parente, amigo, colega ou namorado). Para isso analisaram-se as diferenças entre os resultados de 158 sujeitos que referiram não ter sofrido uma perda e 78 sujeitos que afirmaram ter perdido uma pessoa significativa no último ano, nas *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES; McCubbin, Olson, & Larsen, 1981) e no *Qualidade de Vida* (QOL; Olson & Barnes, 1982). Os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de sujeitos no que concerne ao valor total de *coping* e à percepção da qualidade de vida familiar. Relativamente aos factores dos instrumentos, apenas está presente uma diferença estatisticamente significativa do factor *filhos*, correspondente à versão parental do QOL, com os sujeitos que perderam alguém significativo a relatarem uma maior qualidade de vida relativamente a este aspecto. No que respeita às diferenças entre sujeitos enlutados, na sua maioria, as variáveis sócio-económicas, a existência de doenças crónicas, acidentes e divórcios, a relação com o falecido e o grau de parentesco não tiveram influência nos resultados. Por fim, pôde-se constatar que o nível de *stress* percepcionado pela família é superior quanto menos estratégias de *coping* a família utilizar e que factores de *stress* concomitantes levam a que a percepção da qualidade de vida familiar seja inferior.

Palavras chave: Morte, estratégias de *coping* familiares, qualidade de vida familiar, *stress* familiar.

Death: perception of family's coping strategies and family's quality of life in subjects that suffered the loss of a significant person last year

Abstract

The purpose of this study is to verify if the perception of family's coping strategies and family's quality of life was different in the light of the death of a significant person (relative, friend, partner or boyfriend). For that we analysed the differences between the results of 158 subjects that didn't suffer a loss and 78 subjects that had lost a significant person last year, in *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES; McCubbin, Olson, & Larsen, 1981) and *Quality of Life* (QOL; Olson & Barnes, 1982). The results demonstrate that there are not any significant statistic differences between the two groups of subjects relatively to the total value of coping and perception of family's quality of life. In relation to the factors of the instruments, there is only one significant statistic difference of the factor

children, corresponding to the parental version of QOL, with the subjects that lost someone significant revealing a bigger quality of life in this aspect. Relatively to the differences between mournful subjects, in the majority of the socioeconomic variables, the existence of chronicle diseases, accidents and divorces, the relationship with the deceased and the degree of relationship, didn't had influence in results. At the end, we could verify that the less coping strategies are used by the family, the higher level of stress is perceived, and that concomitant stress factors lead to a lower perception of family's quality of life.

Key Words: Death, family's coping strategies, family's quality of life, family's stress.

Agradecimentos

Apesar de esta ser uma tarefa um pouco difícil, tendo em conta as imensas pessoas que desempenharam um papel importante ao longo de todo este percurso, vou tentar ser justa:

A todos aqueles que, mesmo considerando “uma seca” preencher questionários, o fizeram devido ao meu pedido…

À Professora Doutora Isabel Alberto, por “aturar” as minhas perguntas e estar sempre disponível a ajudar…

Aos meus pais e restantes familiares, por sempre acreditarem em mim e na conclusão deste percurso, não me deixando ir abaixo quando tudo estava prestes a desmoronar-se…

Ao Miguel, porque além das dores de cabeça (risos), também me deu o seu abrigo, paciência e amor…

Às amigas (vocês sabem quem são), por me desculparem sempre que recusei a vossa companhia em prol da leitura de uns textos em inglês e de umas análises estatísticas (risos)…

Às colegas de curso e docentes, pelo auxílio e companhia ao longo de todo este percurso…

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, por me permitir realizar este projecto…

A todos os que me apoiaram, mesmo que não os tenha referido aqui, muito obrigado, porque acredito que sozinhos não conseguimos nada, tudo apenas tem sentido na presença de alguém…

Índice

Introdução 1

I – Enquadramento conceptual 1

1.1 – Reflexões sobre a morte 1

1.1.1 – Perspectiva familiar sistémica da perda 3

1.1.2 – O processo de luto 8

1.1.3 – Consequências da perda 9

1.2 – O *coping* 10

1.2.1 – As diferentes estratégias de *coping* 11

1.2.2 – Diferenças individuais no *coping* 13

1.2.3 – Modelos de *coping* com o luto 14

1.3 – A qualidade de vida 17

II – Objectivos 18

3.1 – Gerais 18

3.2 – Específicos 18

III – Metodologia 19

3.1 – Amostra 19

3.2 – Instrumentos 22

3.2.1 – Questionário sócio-demográfico 22

3.2.2 – Ficha de dados complementares 23

3.2.3 – *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES) 23

3.2.4 – *Qualidade de vida* (QOL) 25

3.3 – Procedimentos de investigação 26

IV – Resultados 28

V – Discussão 37

VI – Conclusões 43

Bibliografia 46

Anexos 54

Anexo 1 – Comparação dos grupos A e B quanto às variáveis sócio-demográficas 55

Anexo 2 – Estudos de fidelidade e normalidade do F-COPES 57

Anexo 3 – Estudos de fidelidade e normalidade do QOL 58

Anexo 4 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 1 60

Anexo 5 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 2 61

Anexo 6 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 3 62

Anexo 7 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 4 66

Anexo 8 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 5 (F-COPES) 72

Anexo 9 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 5 (QOL – versão parental) 78

Introdução

"A morte de um ente querido é uma experiência dolorosa e muitas vezes avassaladora" (Bonanno, Papa, Lalande, Zhang, & Noll, 2005, p. 86), influenciando os indivíduos e os sistemas familiar e social (Bonanno & Field, 2001; Domingos & Maluf, 2003; Rebelo, 2004; Walsh & McGoldrick, 1998a). Esta percepção tem propiciado o aumento do número de estudos realizados nos últimos anos acerca da morte (Neimeyer, 2004, cit. *in* Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006), embora em Portugal continue a haver pouca investigação sobre o tema (que tenhamos conhecimento). Estes estudos abordam principalmente aspectos individuais, tais como o impacto nos sujeitos e os mediadores individuais de adaptação à perda, havendo menos estudos que se centrem no impacto da morte ao nível dos sistemas família e comunidade.

Assim, tendo em consideração os objectivos gerais do projecto de investigação em que este estudo está inserido, pretendemos contribuir para a análise do impacto da morte na família, especificamente no que respeita aos aspectos relacionados com a percepção do *coping* e da qualidade de vida familiares, através de comparações de resultados entre sujeitos que referiram ter experienciado a perda de alguém significativo no último ano e sujeitos que não relataram essa experiência.

Esperamos que este estudo nos ajude a compreender o impacto da morte nas famílias portuguesas e que traga mais pistas para a investigação nesta área.

I – Enquadramento conceptual

1.1 – Reflexões sobre a morte

Bowen (1998, p. 105) afirma que "pensar directamente a respeito da morte, ou indirectamente a respeito de manter-se vivo e evitar a morte, ocupa mais tempo da vida do homem do que qualquer outro tema". Esta preocupação pode justificar-se por a morte trazer diversas perturbações, tanto devido à perda em si, como às mudanças concomitantes (Brown, 1995; Rijo, 2004; Stroebe & Schut, 1999; Walsh & McGoldrick, 1998), o que, de acordo com Bowen (1998), se denomina de onda de choque emocional.

Estas perturbações ou perdas podem estender-se ao campo social, familiar e individual (a nível físico e mental) (Bonanno & Field, 2001; Domingos & Maluf, 2003; Rebelo, 2004; Walsh & McGoldrick, 1998a), e, segundo alguns autores citados por Robinson e Marwit (2006), podem manifestar-se durante meses ou anos (e.g. Arbuckle & de Vries, 1995; Lehman, Wortman, & Williams, 1987), principalmente aquando da morte de um filho (e.g. Klass & Marwit, 1989; Rubin & Malkinson, 2001). Por exemplo, a morte de um amigo pode provocar uma perda ao nível do apoio emocional, logo o sujeito tem que lidar com ambas as perdas. Por vezes, pode ser mais difícil lidar com uma perda secundária como esta do que com a morte em si (Rando, 1993, cit. *in* Domingos & Maluf, 2003), pois o

impacto pode ser maior. Quantas mais áreas a morte afectar, mais difícil será manter a continuidade e a estabilidade do desenvolvimento (Shapiro, 2002).

Apesar destas linhas orientadoras, para abranger "a diversidade e complexidade dos processos de perda" (Walsh & McGoldrick, 1998b, p. 32), é necessário considerar a relação dos indivíduos nos contextos familiar e social, as circunstâncias da morte, o seu significado para a família, o sistema de crenças e o quotidiano do sujeito (Reiss & Oliveri, 1980, cit. *in* Walsh & McGoldrick, 1998b; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998). Aspectos como a vinculação, vulnerabilidade, resiliência, estratégias de *coping*, atitudes face à morte, características de personalidade, auto-estima, raça, idade e género, estão relacionados com a adaptação à perda (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005; Bonanno, Papa, Lalande, Zhang, & Noll, 2005; Canavarro, 2004; Cleiren, 1999; Robinson & Marwit, 2006; Rossi, Bisconti, & Bergeman, 2007; Shear & Shair, 2005; Shneidman, 1985; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Stroebe, Stroebe, Gergen, & Gergen, 1985; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998).

Diversos estudos têm-se debruçado sobre estas diferenças individuais. Eisenstadt (1978, cit. *in* Coleman, 1998), verificando que existia uma taxa semelhante de orfandade entre um grupo de delinquentes e outro de intelectuais, chegou à conclusão que não era a perda em si, mas o modo como cada um reagia perante ela, que causava impacto. Por sua vez, relativamente à vinculação, Wayment e Vierthaler (2002, cit. *in* Shear & Shair, 2005) estudaram 91 indivíduos que tinham experienciado a morte de um familiar ou amigo, verificando que o sofrimento é mais intenso quanto maior foi a vinculação ao morto e entre os indivíduos classificados com um padrão de vinculação ansioso-ambivalente. Fraley e Bonanno (2004, cit. *in* Shear & Shair, 2005) chegaram às mesmas conclusões.

Quanto ao *coping* e características de personalidade, Meuser e Marwit (2000, cit. *in* Robinson & Marwit, 2006), verificaram que tanto o *coping* focado nos problemas como o focado nas emoções mediavam os efeitos das características de personalidade na intensidade das reacções de luto nos viúvos(as). Verificaram ainda que o *coping* focado nos problemas estava ligado a uma menor intensidade das mesmas, contrariamente ao focado nas emoções. Por sua vez, Robinson e Marwit (2006) demonstraram que quer as características de personalidade, quer as estratégias de *coping*, são preditoras da intensidade das reacções de luto em mães que perderam os filhos.

Relativamente à idade, as pessoas mais novas são consideradas mais vulneráveis à morte de alguém significativo (e.g. Hansson & Stroebe, 2006, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). No que concerne ao género, os homens apresentam uma pior adaptação à perda (e.g. Agerbo, 2005, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007), embora a morte de um filho tenha mais impacto nas mães (Li, Precht, Mortensen, & Olsen, 2003, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Wing, Clance, Burge-Callaway, & Armistead, 2001). Por sua vez, Murphy, Chung e Johnson (2002) concluíram que, de forma genérica, os níveis de sofrimento psicológico são superiores em sujeitos do género feminino, com pouca auto-estima, apresentando níveis reduzidos de estratégias de *coping* emocionais e níveis elevados de estratégias de *coping* repressivas.

Após a análise destes aspectos mais gerais acerca da morte, centra-se agora o foco numa perspectiva familiar da perda.

1.1.1 – Perspectiva familiar sistémica da perda

A morte, enquanto fenómeno universal e irreversível, provoca transformações a vários níveis, logo parece-nos imprescindível analisarmos a morte do ponto de vista da família. Assim, segundo Walsh e McGoldrick (1998b, p. 27), "a perda pode ser vista como um processo transgeracional que envolve o morto e os sobreviventes num ciclo de vida comum, que reconhece tanto a finalidade da morte como a continuidade da vida. Atingir o equilíbrio neste processo é a tarefa mais difícil", pelo que existem duas tarefas adaptativas fundamentais da família face à perda: a) o "reconhecimento compartilhado da realidade da morte e a experiência comum de perda" (Walsh & McGoldrick, 1998b, p. 34), e b) a "reorganização do sistema familiar e o reinvestimento em outras relações e projectos de vida" (Walsh & McGoldrick, 1998b, p. 37).

A primeira tarefa vai ser facilitada por uma comunicação clara e aberta no seio da família (Bowen, 1998; Brown, 1995; Rebelo, 2004), pela empatia e confiança, pela tolerância perante as diferentes reacções à morte (McGoldrick, 1998a), e pelos rituais de luto (Fristad, Cerel, Goldman, Weller, & Weller, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Imber-Black, 1998). O reconhecimento da morte deve ser feito por todos os elementos da família, inclusive as crianças (Bowen, 1998), sentindo todos que lhes é permitido expressar as suas emoções, mesmo que sejam ambíguas (e.g. Rubin & Schechter, 1997, cit. *in* Freeman & Ward, 1998; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998). Se os membros da família sentirem que não existe tolerância, podem emergir comportamentos sintomáticos, a criação de um bode expiatório, a exclusão de um elemento da família ou mesmo a destruição da coesão familiar (Walsh & McGoldrick, 1998b).

Após esta tarefa, será necessário que se redistribuam os papéis familiares, para que o papel do falecido seja atribuído a outro membro, e que a família se abra ao exterior, a novas relações e actividades (Walsh & McGoldrick, 1998b). É também importante que se continue a promover a coesão e flexibilidade da família (Rebelo, 2004).

A adaptação familiar à perda é influenciada por diversos factores. Um deles é a circunstância da morte. A morte ser inesperada ou devido a doença prolongada tem impactos diferenciados: no primeiro caso não houve uma preparação, enquanto que no segundo existiram várias decisões e dilemas com que a família se foi confrontando e até pode ter existido algum "alívio" com a morte (Brown, 1995; de Vries, 1997, cit. *in* Freeman & Ward, 1998; Rijo, 2004; Rolland, 1998; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Walsh, 2007; Walsh & McGoldrick, 1998b; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998). Por sua vez, mortes violentas (e.g. homicídios, desastres naturais, negligência), podem dificultar a sua aceitação e perturbar os familiares durante bastante tempo (Brown, 1995; Kaltman & Bonanno, 2003, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Robinson & Marwit, 2006; Walsh, 2007; Walsh & McGoldrick, 1998b). Já os suicídios são considerados as mortes mais difíceis de aceitar pela família (Agerbo, 2005, cit. *in* Stroebe, Schut, &

Stroebe, 2007; Dunne, McIntosh, & Dunne Maxim, 1988, cit. *in* Walsh & McGoldrick, 1998b; Gutstein, 1998; Walsh, 2007; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998), uma vez que acarretam estigma, culpa, raiva, segredos e comunicações disfuncionais (Walsh & McGoldrick, 1998b). Por fim, a não recuperação dos corpos (perda ambígua), acarreta ainda mais sofrimento e disfunção para a família (Boss, 1998; de Vries, 1997, cit. *in* Freeman & Ward, 1998; Rijo, 2004).

As perdas anteriores devem também ser consideradas, pois podem ter tornado os sujeitos mais resilientes, podem existir lutos mal resolvidos (de Vries, 1997, cit. *in* Freeman & Ward, 1998; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998), e existir uma "justaposição de eventos nodais" (McGoldrick, 1998b, p. 136) ou uma "transmissão multigeracional de padrões familiares" (Bowen, 1978, cit. *in* McGoldrick, 1998b), ou seja, uma repetição de padrões gerados pela perda (Brown, 1995; Imber-Black, 1998; McGoldrick, 1998b; McGoldrick & Walsh, 1998). Estes conceitos ligam-se ao conceito de "roteiro familiar", proposto por Byng-Hall (1985, 1988, cit. *in* Byng-Hall, 1998, p. 153): "mecanismo que permite às famílias repetirem cenas familiares particulares quando são encontrados contextos similares". Devem também ser tidos em conta perdas ou outros factores causadores de *stress* concomitantes, que podem sobrecarregar a família, e momentos que proporcionem alegria, pois podem acarretar tarefas incompatíveis com a perda (Hansson & Stroebe, 2006, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Murray & Terry, 1999; Walsh & McGoldrick, 1998b).

A rede social desempenha também um papel importante uma vez que, de acordo com Stroebe e Stroebe (1987, cit. *in* Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996), o impacto da perda pode ser compensado pelo suporte social, que deve proporcionar recursos a vários níveis (Anderson, 1982; Cohen & Wills, 1985, cit. *in* Stroebe, Zech, Stroebe, & Abakoumkin, 2005; House, 1980, cit. *in* Olson et al., 1983; Kessler, Price, & Wortman, 1985, cit. *in* Walsh & McGoldrick, 1998b; Shear & Shair, 2005; Worden, 1991, cit. *in* Freeman & Ward, 1998), e propiciar benefícios na saúde e bem--estar (Weiss, 1975, cit. *in* Stroebe et al., 2005).

Relativamente a este aspecto, Olson et al. (1983) verificaram que as famílias procuram e mantêm amizades e laços comunitários durante tempos difíceis, ou seja, procuram adquirir suporte social. Por sua vez, Stelle e Uchida (2004), a partir de uma revisão de investigações, apuraram que um suporte social reduzido está associado ao luto complicado, a estratégias de *coping* pobres, a baixos níveis de qualidade de vida, ao menor bem-estar psicológico, a taxas elevadas de depressão, à solidão e a pouca saúde mental. Contudo, outros estudos não têm encontrado efeitos significativos do suporte social em casos de perda. Numa investigação com 351 idosos enlutados, Krause (1986, cit. *in* Stroebe et al., 2005) concluiu que um suporte social elevado está associado a menos queixas somáticas, mas não parece reduzir os sintomas depressivos, habituais no luto. Uma conclusão semelhante foi encontrada por Norris e Murrell (1990, cit. *in* Stroebe et al., 2005) num estudo com 45 viúvas. Por sua vez, num estudo com 49 enlutados, Murphy (1988, cit. *in* Stroebe et al., 2005) não encontrou nenhum efeito principal do suporte social na angústia. Stroebe et al. (1996) realizaram um estudo com

60 viúvos(as), não encontrando evidência que níveis elevados de suporte social protegessem os indivíduos do impacto da perda, o que também foi verificado pelo estudo *Changing Lives of Older Couples* (Stroebe et al., 2005). Por fim, Greene e Feld (1989, cit. *in* Stroebe et al., 2005) encontraram evidência (apesar de pouco significativa) que o suporte social tem um efeito negativo no bem-estar, o que vai de encontro a Hansen e Hill (1964, cit. *in* Olson et al., 1983), que defendem que em alguns casos o suporte social pode agravar a tensão da situação. Estes resultados corroboram Croog, Lipson e Levine (1972, cit. *in* Olson et al., 1983), que sublinham que a rede social tem um papel ambíguo, e a revisão de Stroebe et al. (2005), que concluiu que os resultados são inconsistentes no que toca ao papel do suporte social.

No que respeita ao contexto sociocultural da morte, o sistema de crenças étnicas, espirituais, religiosas e filosóficas vai ter impacto na adaptação à perda, principalmente se se atribuir aos elementos da família culpa pela morte (Brown, 1995; Marrone, 1999; Shear & Shair, 2005; Walsh & McGoldrick, 1998b). O contexto sociopolítico e histórico deve ser analisado, especialmente no que concerne à existência de estigmas, guerras, epidemias, desastres naturais, etc. (Walsh, 2007; Walsh & McGoldrick, 1998b), pois exigem muito da sociedade: "reconstruir a fábrica que sustenta o dia-a-dia, restaurar as instituições despedaçadas e criar um entendimento público acerca das mortes e do seu significado" (Shapiro, 2002, p. 86). Muitas vezes, a sociedade não está preparada aos níveis material, psicológico, ético e espiritual para dar às famílias enlutadas o que elas precisam após a perda (Shapiro, 2002), o que vai ter consequências na adaptação à mesma. No que toca aos papéis de género, é importante perceber quais são as atitudes esperadas face à morte, pois irão ter bastante impacto na sua aceitação e nas relações familiares (Brown, 1995; McGoldrick, 1998a; McGoldrick et al., 1998; Walsh & McGoldrick, 1998b).

Outro aspecto fulcral perante a morte é a rede familiar, pelo que é desejável que exista uma coesão saudável entre os membros, respeito pelas suas idiossincrasias, comunicação funcional, confiança e apoio. A estrutura familiar necessita de ser flexível e clara, para permitir a sua reorganização, não devendo o lugar deixado vago pelo falecido ser imediatamente ocupado, nem permanecer vazio (Brown, 1995; McGoldrick, 1998a; Rebelo, 2004; Walsh & McGoldrick, 1998b).

Por fim, o grau de parentesco do sujeito com o falecido é outro factor importante na adaptação à perda (Brown, 1995; McGoldrick et al., 1998; Rijo, 2004; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Wing et al., 2001).

A perda de um filho é um evento extremamente traumático (Brown, 1995; Goodenough, Drew, Higgins, & Trethewie, 2004, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Murphy, Johnson, & Lohan, 2002, cit. *in* Bonanno, Papa, Lalande, Zhang, & Noll, 2005; Wing et al., 2001), uma vez que é sempre considerado prematuro, o que pode gerar lutos prolongados. O impacto desta morte é diferente consoante as características pessoais do filho, a relação dos pais com ele (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998), o acompanhamento nos cuidados antes da morte (no caso de doença prolongada) (Mulhern, Laurer, & Hoffman, 1983, cit. *in* Brown, 1995), a

filosofia de vida (Spinetta, Swarner, & Sheposh, 1981, cit. *in* McGoldrick & Walsh, 1998), as crenças religiosas (Martinson, Moldow, & Henry, 1980, cit. *in* McGoldrick & Walsh, 1998), e a pertença a de grupos de auto-ajuda. A ocorrência de nados-mortos e abortos espontâneos ou provocados tende a ser vivenciada de uma forma mais dolorosa pelas mães, que muitas vezes se culpam (McGoldrick & Walsh, 1998; Wing et al., 2001). A morte de um filho pequeno, em idade escolar ou adolescente pode abalar bastante a saúde dos pais e o casamento, pois estes podem-se sentir culpados e os seus sonhos e esperança no futuro podem ser arruinados (McGoldrick & Walsh, 1998). Especificamente no que se refere aos filhos adolescentes, se a perda estiver associada a comportamentos de risco ou suicídio, pode causar sentimentos ambivalentes nos pais, tais como raiva, tristeza e frustração. No caso de morte devido a doença crónica, pode ter estado presente um constante mal--estar na família, uma vez que a doença impedia o movimento centrífugo da mesma e a consequente autonomização do adolescente, o que podia conduzir a conflitos (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998).

No que respeita à morte do cônjuge, a perda tem um impacto diferenciado consoante a etapa do ciclo vital em que a família se encontra, apesar de na maioria das vezes se instalarem dificuldades aos níveis emocional, sexual, social e instrumental (Brown, 1995; Shear & Shair, 2005; Stroebe & Stroebe, 1987, cit. *in* Stroebe et al., 2005; Stroebe et al., 1985). Se a família se encontrar na etapa da formação do casal, a perda é considerada prematura, causando imenso sofrimento, pelo que a família e os pares podem afastar-se. Pode ainda estar presente uma amplificação dos conflitos com a família do cônjuge e um relacionamento precoce pode significar a existência de um luto mal resolvido, amplificado por o casal se encontrar numa fase de idealização. Nas famílias com filhos pequenos, a perda do cônjuge vai sobrecarregar o outro ao nível financeiro e em relação aos cuidados, pelo que a ajuda da rede é fundamental. Na etapa designada por ninho vazio, vem impossibilitar o reinvestimento no casamento e os planos que tinham sido adiados ao longo dos anos (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998). As mulheres enfrentam melhor esta situação que os homens, uma vez estes não utilizam tão frequentemente o apoio da rede social. O viúvo pode sofrer algum distanciamento da parte dos outros e tende a não querer pedir ajuda, pelo que muitas vezes se volta a casar. Além disso, podem originar-se conflitos devido à necessidade de cuidados e à dependência. Os idosos "correm um risco especialmente alto de morte e suicídio no primeiro ano de luto, devido à sensação inicial de perda, desorientação e solidão" (McGoldrick & Walsh, 1998, p. 71).

Várias investigações têm sido realizadas de forma a avaliar o impacto da perda do cônjuge. Nelson (1982) refere alguns estudos (e.g. Clayton, 1974; Gerber, Wiener, Battin, & Arkin, 1975) que encontraram evidência de que as viúvas passam por maiores dificuldades aos níveis social e emocional imediatamente após a perda do que as mulheres casadas. Por sua vez, Parkes e Brown (1972, cit. *in* Nelson, 1982) e Nelson (1982) não encontraram estas diferenças cerca de dois anos após a morte dos cônjuges.

Relativamente à perda de um progenitor, esta pode trazer consequências graves para as crianças, tanto a curto como a longo prazo, tais

como: medo de abandono, problemas emocionais, dificuldade de estabelecer relações, etc. (e.g. Osterweis et al., 1984, cit. *in* McGoldrick & Walsh, 1998). No caso dos adolescentes pode causar sentimentos de culpa, uma vez que estão numa fase de autonomia, em que se encontram mais distantes dos pais. A perda pode prejudicar o movimento evolutivo da família e a consequente autonomização do adolescente (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998; Skalar & Hartley, 1990, cit. *in* Domingos & Maluf, 2003). Quanto aos adultos, podem emergir rivalidades antigas e novos conflitos entre os irmãos (McGoldrick & Walsh, 1998). Esta perda pode ter um sério impacto na vida profissional e pessoal dos jovens adultos independentes, se tiverem de voltar para casa para cuidar do progenitor que não faleceu, travando os seus projectos de vida e autonomia (Brown, 1995; Walsh, 1989, cit. *in* McGoldrick & Walsh, 1998). No caso de adultos que já tenham constituído a sua própria família, a perda pode aproximá-los das famílias de origem, levando a que o cônjuge se sinta negligenciado. As investigações demonstram que os filhos estão preparados para aceitar a morte de pais idosos (Lewis, 1976, cit. *in* McGoldrick & Walsh, 1998), contudo, isso confronta-os com a sua própria morte, uma vez que passam a ser os mais velhos da família (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998).

No que se refere a esta perda, Nelson (1982) indica vários estudos (e.g. Felner, Ginter, Boike, & Cowen, 1981; Hetherington, 1972) que concluíram que as crianças que perdem o pai apresentam mais problemas de personalidade (timidez, ansiedade, inibição) do que as do grupo de controlo. Na sua investigação concluiu que os filhos(as) que perdem o pai (tendo em média 10 anos), apresentam resultados baixos ao nível do ajustamento social e emocional e felicidade, tendo os rapazes os resultados mais baixos. Por sua vez, Coleman (1998) refere vários estudos que indicam que existe uma alta incidência de morte prematura de pais de toxicodependentes (e.g. Harbin & Maziar, 1975; Harris & Linn, 1978; Klagsbrun & Davis, 1977).

Quanto ao falecimento de um irmão, pode fazer com que as crianças/adolescentes se afastem e não falem com ninguém acerca do sucedido, o que pode conduzir ao luto complicado, comportamentos sintomáticos e sentimentos de culpa, devido à típica rivalidade fraternal. Por vezes, devido ao seu próprio luto, os pais podem não estar tão disponíveis para as crianças, embora num segundo momento as possam proteger em demasia, o que vai dificultar a sua autonomia (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998). As crianças podem ser vistas como substitutas do irmão falecido, o que "se torna disfuncional se as [suas] necessidades e as qualidades singulares (…) não puderem ser reconhecidas ou valorizadas" (McGoldrick & Walsh, 1998, p. 65).

Já a perda dos avós, tende a ser a primeira experiência de perda com que as crianças se deparam, pelo que é importante que possam participar nos rituais de luto e que os adultos consigam lidar com a situação. É de sublinhar que a reacção da criança à morte vai ser diferente consoante a sua idade, o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo, a proximidade ao falecido, a reacção dos adultos e o impacto nos cuidados, pelo que a família desempenha um papel fundamental (Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998). No caso dos adolescentes, a morte dos avós pode levar a que

expressem comportamentos sintomáticos, principalmente se estiverem presentes coligações entre os avós/netos contra os pais. Por fim, esta perda tende a não causar muito impacto nos adultos, a não ser que existam conflitos não resolvidos (McGoldrick & Walsh, 1998).

A perda de um colega ou amigo por parte dos adolescentes pode levar à privação de necessidades não suportadas pela família (Skalar & Hartley, 1990, cit. *in* Domingos & Maluf, 2003), além de os relembrar da sua vulnerabilidade. Se não conseguirem lidar com a sua dor, podem envolver-se em comportamentos de isolamento, anti-sociais (agressividade, desafio a figuras de autoridade, consumo de drogas, etc.), ou sexualizados, o que traz dificuldades adicionais para a família (Domingos & Maluf, 2003; McGoldrick & Walsh, 1998). Segundo diversos autores (e.g. Mahon, Goldberg, & Washington, 1999; Rowling, 1995), nomeados por Domingos e Maluf (2003), a família e a escola não têm sido boas fontes de suporte para os adolescentes em luto. Domingos e Maluf (2003) pretenderam examinar as experiências de perda e luto de 25 adolescentes através de entrevistas semi--estruturadas. Verificaram que as perdas resultantes de homicídio, suicídio, overdose e SIDA foram as mais difíceis de serem expressadas. Segundo os adolescentes, a morte alterou de diferentes maneiras o sistema familiar, que consideraram pouco suportativo. Referiram também a existência de problemas escolares (tendo a escola dado pouco apoio), afastamento do grupo de pares e dificuldade em falar dos sentimentos.

Além dos aspectos referidos anteriormente quanto ao parentesco, as famílias pós-divórcio, monoparentais e reconstituídas revestem-se de outras particularidades. A morte dos elementos das famílias nucleares a que os sujeitos pertenceram anteriormente (e.g. ex-marido) podem originar conflitos relacionados, por exemplo, com testamentos, lealdades (e.g. esposa perante o actual companheiro), local do enterro, etc. (McGoldrick & Walsh, 1998). Outras particularidades ocorrem nas famílias de homossexuais, como o estigma social, as questões legais e o secretismo da relação, o que vai levar a que muitas vezes a perda seja ocultada (McGoldrick & Walsh, 1998).

1.1.2 – O processo de luto

Cada cultura tem o seu modo de realizar o luto (duração, reacções, rituais), logo deve-se ter em atenção a definição de normalidade (McGoldrick et al., 1998; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). Contudo, existem semelhanças, como por exemplo no que concerne à duração do luto, que na maior parte dos casos corresponde a um ano (Bonanno & Field, 2001; Nelson, 1982).

Segundo Bowlby (1980), o processo de luto é composto por quatro fases, que não têm de ocorrer de uma forma linear. A primeira fase, *fase de choque e negação*, pode estar presente durante umas horas ou até uma semana. Caracteriza-se por paralisação emocional, descrença que a morte tenha realmente ocorrido e explosões emocionais. Na segunda fase, *fase de protesto*, estão presentes sentimentos de saudade e preocupação com o falecido. A pessoa pode interpretar acontecimentos (e.g. barulhos) como realizados pelo morto e chorar bastante. Na *fase de desespero e desorganização*, a pessoa constata a ineficácia do protesto para trazer o

falecido de volta. Por fim, na *fase de reorganização*, a pessoa percebe que tem que proceder a diversas mudanças, pois a vida continua.

Relativamente às reacções do processo de luto, estão presentes a diversos níveis: **afectivo** (e.g. depressão, desânimo, angústia, saudade, alívio, ansiedade, medo, culpa/remorsos, irritabilidade, anedonia, solidão, ânsia, choque), **cognitivo** (e.g. pensamentos acerca do falecido, alucinações, sonhos, sensação de presença do falecido, negação, baixa auto-estima, impotência, desespero, ideação suicida, sensação de irrealidade, dificuldades de memória e concentração), **comportamental** (e.g. agitação, tensão, fadiga, choro, afastamento social, lentificação), **fisiológico/somático** (e.g. perda de apetite e energia, perturbações do sono, alterações na libido, exaustão, queixas somáticas), e **imunológico/endócrino** (e.g. desregulação de cortisol, susceptibilidade perante doenças e mortalidade) (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005; Freeman & Ward, 1998; Shear & Shair, 2005; Stroebe et al., 1985; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). Como se pode perceber, existe um largo espectro de sintomas perante o luto, muitas vezes até antagónicos, o que demonstra a sua especificidade de pessoa para pessoa.

1.1.3 – Consequências da perda

Segundo vários autores, a maioria das crises de vida pode ter efeitos positivos, levando ao crescimento (Caplan, 1974, cit. *in* Nelson, 1982; Shapiro, 2002; Shuchter, 1986, cit. *in* Marrone, 1999; Walsh & McGoldrick, 1998b), o que significa que, de acordo com Bowlby (1980), se atinge a *fase de reorganização*.

Assim, a perda pode tornar as famílias mais resilientes e confiantes (Glick et al., 1974, cit. *in* Marrone, 1999; McGoldrick, 1998b), proporcionar reconciliações e aproximações (McGoldrick, 1998a; Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002, cit. *in* Shear & Shair, 2005), resolver conflitos antigos (McGoldrick, 1998a), levar as pessoas a atribuir maior valor à vida (Folkman & Moskowitz, 2004; Shuchter, 1986, cit. *in* Marrone, 1999), "desenvolver um sentido mais claro das prioridades da vida, uma maior valorização das relações e uma capacidade aumentada de intimidade e empatia" (Walsh & McGoldrick, 1998b, p. 52), e promover a libertação (Kessler, 1987, cit. *in* Marrone, 1999), paciência, autonomia e assertividade (Shuchter, 1986, cit. *in* Marrone, 1999).

Estes ganhos são denominados de crescimento relacionado com o *stress* (Park et al., 1996, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004), crescimento pós-traumático (Tedeschi et al., 1998, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004), e descoberta de benefícios (Affleck & Tennen, 1996, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004).

Contudo, muitas vezes, isto não acontece, podendo a perda conduzir ao que se denomina de luto complicado. Este prende-se "com a intensificação, inibição, adiamento ou prolongamento das respostas decorrentes do luto em si" (Middleton, Raphael, Martinek, & Misso, 1993, cit. *in* Domingos & Maluf, 2003, p. 579). Ao nível individual, as reacções podem incluir depressão grave, perturbações ansiosas, sentimentos de raiva, amargura, ausência de sofrimento, resistência em aceitar a realidade, ânsia pela pessoa falecida, evitamento de actividades que trazem recordações do

falecido, pouca satisfação e interesse nas actividades quotidianas, consequências a nível comportamental e social, vulnerabilidade física, morte prematura devido a doenças ou suicídio, etc. (Rando, 1993, cit. *in* Domingos & Maluf, 2003; Robinson & Marwit, 2006; Shear & Shair, 2005).

Quanto às famílias, quando não conseguem ultrapassar a perda, ficam paradas no tempo: os relacionamentos tendem a tornar-se rígidos, existe medo de iniciar novas relações e não existe disponibilidade para realizar mudanças. A incapacidade de lidar com a perda pode ainda traduzir-se em consumos excessivos, na realização de diversas actividades lúdicas, no materialismo, no isolamento, no excesso de trabalho, em problemas emocionais, em divórcios e em relações esporádicas. Muitas famílias optam por viver como se a pessoa falecida nunca tivesse existido ou não tivesse morrido, o que "deixa as famílias sem narrativas com as quais conferir sentido à sua experiência" (McGoldrick, 1998a, p. 81).

Algumas investigações têm confirmado estes aspectos. Paul e Grosser (1998) realizaram um estudo 25 famílias com pelo menos um elemento neurótico e 50 famílias com elementos esquizofrénicos, verificando que era comum existir uma má adaptação à perda (que era negada ao nível afectivo), prévia à psicopatologia, e que qualquer mudança no equilíbrio familiar era vista como ameaçadora, principalmente nas famílias com elementos esquizofrénicos. Por sua vez, Coleman (1975, 1978, 1979, cit. *in* Coleman, 1998) apurou que uma morte traumática ou prematura tinha ocorrido em 72% das famílias de origem ou procriação de dependentes de heroína e que era um acontecimento bastante presente em famílias de outros toxicodependentes. Semelhantemente, Rebelo (2004) refere que muitos pais de toxicodependentes não conseguiram ultrapassar a morte de pessoas significativas.

Como se pode denotar, acontecimentos críticos, como a morte (seja ou não esperada), implicam um grande reajustamento, podendo gerar níveis elevados de *stress*. Segundo a teoria cognitiva do *stress*, este refere-se a todos os acontecimentos cujas exigências internas ou externas ponham à prova ou excedam as capacidades de um sujeito, sistema social ou conjunto de sistemas. O *stress* vai depender das competências pessoais de cada um, suporte adquirido, etc., sendo tanto maior quanto mais exceder as capacidades de *coping* do indivíduo, do qual é indissociável (Lazarus & Folkman, 1984, cit. *in* Stroebe & Schut, 1999; Monat & Lazarus, 1985; Serra, 1999).

1.2 – O *coping*

O *coping* é um processo que ocorre ao longo da vida (Olson et al., 1983), sendo iniciado quando o sujeito considera que determinados objectivos estão a ser postos em causa. Refere-se a "pensamentos e comportamentos que as pessoas usam para lidar com as exigências internas e externas das situações que são consideradas como *stressantes*" (Lazarus & Folkman, 1984, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004, p. 747). Desta forma, influencia aspectos a nível comportamental, fisiológico e psicológico, tanto a curto como a longo prazo (Folkman & Moskowitz, 2004).

Normalmente, a primeira estratégia de *coping* utilizada é a diminuição

e regulação das emoções negativas que podem estar a interferir com as estratégias instrumentais do *coping* (Olson et al., 1983). Outra estratégia bastante importante é a integração do acontecimento *stressante* nas crenças acerca do mundo e do "eu" (Janoff-Bulman 1989, 1999, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004; Park & Folkman, 1997), o que vai proporcionar a ocorrência de emoções positivas (Folkman, 1997). Estas vão ter efeitos positivos aos níveis fisiológico, psicológico e cognitivo, uma vez que reduzem a angústia e activam as competências (Ashby, Isen, & Turken, 1999; Rozanski & Kubzansky, 2005; Shear e Shair, 2005).

Existem variadíssimas estratégias de *coping*, o que tem levado os investigadores a analisar quais as mais adequadas. Diversos estudos concluíram que se pode responder de várias formas adaptativas perante experiências ameaçadoras (Bonanno et al., 1995; Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005; Coifman, Bonanno, Ray, & Gross, 2007; Lazarus & Lazarus, 2006; Monat & Lazarus, 1985), o que depende do meio sociocultural em que o sujeito está inserido, dos resultados pretendidos e do tempo em que se espera atingi-los (Olson et al., 1983). Contudo, outras investigações têm chegado a conclusões diferentes e até contraditórias, como podemos ver seguidamente.

1.2.1 – As diferentes estratégias de *coping*

Apesar dos problemas de nomenclatura existentes na área do *coping*, tentar-se-á reunir as diversas estratégias em grupos mais abrangentes, seguindo a tipologia de Folkman e Moskowitz (2004).

No que respeita ao ***coping* focado nos problemas**, pretende modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, o que pode ser conseguido através da definição do problema, do desenvolvimento de um plano de acção e da mudança de aspectos objectivos da situação causadora de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984, cit. *in* Robinson & Marwit, 2006; Lazarus & Lazarus, 2006; Monat & Lazarus, 1985). Tem sido considerado uma estratégia de *coping* bastante adequada (Parkes, 1986, cit. *in* Cleiren, 1999; Stanton, Danoff--Burg, Cameron, & Ellis, 1994; Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000).

Relativamente ao ***coping* focado nas emoções**, consiste em modificar a forma como a relação entre a pessoa e o ambiente é encarada. Algumas estratégias podem corresponder a descarregar a raiva e frustração, procurar suporte de outros e procurar aspectos positivos nos acontecimentos negativos (Lazarus & Folkman, 1984, cit. *in* Robinson & Marwit, 2006; Lazarus & Lazarus, 2006). Apesar de alguns autores o considerarem uma estratégia bastante apropriada (Parkes, 1986, cit. *in* Cleiren, 1999; Stanton et al., 1994; Stanton et al., 2000), Folkman e Moskowitz (2004) associam-no a elevados níveis de angústia.

Ainda referentes ao *coping* focado nas emoções, mas muitas vezes consideradas separadamente, encontram-se as estratégias de *coping* relacionadas com o evitamento, também denominadas de ***coping* repressivo**. Englobam actividades como procurar diversão social, envolver-se em actividades distractivas (Endler & Parker, 1994), recusar-se a falar, negar ou minimizar os acontecimentos causadores de *stress*, evitar a situação

stressante (Holahan & Moos, 1986; Monat & Lazarus, 1985), etc. Este tipo de *coping* tem sido objecto de várias investigações, não se tendo ainda chegado a um consenso.

Especificamente em relação à perda, Bonanno et al. (1995) e Bonanno et al. (1999) mediram o evitamento emocional em viúvos(as) concluindo que este não traz consequências negativas. Por sua vez, Bonanno e Field (2001) não confirmaram a existência de uma relação de causalidade entre o evitamento do luto e o luto complicado. Stroebe, Stroebe, Schut, Zech e van den Bout (2002) não encontraram evidência que a revelação de pensamentos e emoções relacionados com a morte melhorassem a adaptação à perda, o que, de acordo com Stroebe et al. (2005), vai de encontro às pesquisas que não verificam que o suporte social amorteça o impacto da perda ou promova a recuperação, uma vez que a expressão de emoções negativas e o suporte social estão frequentemente interligados (e.g. desabafar). Por outro lado, alguns autores relacionam o *coping* repressivo com uma saúde mental pobre (Folkman & Moskowitz, 2004), uma adaptação negativa à perda (e.g. Murphy, Johnson, & Lohan, 2003, cit. *in* Robinson & Marwit, 2006; Terry & Hynes, 1998, cit. *in* Murray & Terry, 1999), um menor processamento do luto (Coifman et al., 2007), e um dano funcional (Shear et al., 2007). Além disso, investigações referidas por Coifman et al. (2007) (e.g. Barger, Marsland, Bachen, & Manuck, 2000; Contrada, Czarnecki, & Li-Chern Panet, 1997; Giese-Davis, Sephton, Abercrombie, Duran, & Spiegel, 2004) concluíram que a utilização desta estratégia de *coping* pode trazer diversas consequências negativas para a saúde.

Outro grupo alargado de estratégias de *coping* denomina-se ***coping* focado no significado**, que engloba estratégias cognitivas que têm em vista lidar com o significado de uma situação (Folkman & Moskowitz, 2004). Uma dessas estratégias é a atribuição de significado, que tem como objectivo reduzir a incongruência entre o sentido atribuído a uma situação e as crenças e objectivos pessoais pré-existentes (Marcu, 2007; Park & Folkman, 1997). Os acontecimentos são integrados nas crenças, tentando causar-lhes o mínimo impacto possível ou reforçando-as (Marrone, 1999). Muitas vezes esta situação leva a que esteja presente o viés da distorção retrospectiva que, no caso do luto, pode corresponder à idealização do falecido (Parkes, 1998, cit. *in* Domingos & Maluf, 2003). Quando não é possível integrar o acontecimento nas crenças já existentes são criadas novas representações mentais (Horowitz, 1982, 1991, cit. *in* Park & Folkman, 1997). Segundo alguns autores, se a informação não for integrada pode conduzir à ruminação ou ***coping* ruminativo** (Horowitz, 1991, cit. *in* Park & Folkman, 1997; Nolen-Hoeksema, 1987, cit. *in* Park & Folkman, 1997), que tem sido caracterizada como um foco constante e passivo sobre as emoções e sintomas negativos (Stroebe, Boelen, van den Hout, Stroebe, Salemink, & van den Bout, 2007).

Ultimamente tem sido dada bastante atenção ao ***coping* religioso**, cujos estudos sofreram um *boom*. Verificou-se que a religião influencia a avaliação e a resposta aos acontecimentos, dando força para os superar (Folkman & Moskowitz, 2004). O estudo de Olson et al. (1983) corrobora a importância da religião, pois o apoio espiritual foi a estratégia de *coping*

considerada mais útil pelos sujeitos, embora este resultado mostrasse ainda a influência da forte orientação religiosa da amostra.

Mais recentemente, as **estratégias de *coping* orientadas para o futuro** passaram também a ser consideradas um grupo abrangente (Folkman & Moskowitz, 2004). Segundo Schwarzer e Knoll (2003, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004), estas incluem o *coping* antecipatório (preparação para um acontecimento muito provável num futuro próximo), o *coping* preventivo (preparação para um acontecimento que pode ou não acontecer num futuro distante), e o *coping* proactivo (acumulação de recursos e crescimento pessoal).

Por fim, ao nível do sistema familiar, Reiss e Oliveri (1980, cit. *in* Olson et al., 1983) definem *coping* como as acções especiais que a família tem de tomar para retomar as rotinas quotidianas. Estas modificam-se ao longo do tempo, tendo em conta a gestão de várias dimensões da vida familiar, de forma a atingir um equilíbrio (McCubbin et al., 1980, cit. *in* Olson et al., 1983). Segundo McCubbin e Patterson (1983, cit. *in* Olson et al., 1983), a família pode recorrer ao ***coping* de resistência** (reduzindo ou eliminando o impacto do *stress*) ou ao ***coping* adaptativo** (reduzindo a tensão e alterando as circunstâncias *stressantes*).

Apesar destas distinções, na maioria das vezes as estratégias de *coping* são usadas em conjunto, o que as torna mais eficazes perante situações muito *stressantes* (Lazarus & Lazarus, 2006; Monat & Lazarus, 1985).

1.2.2 – Diferenças individuais no *coping*

"O *coping* é um processo complexo e multidimensional que é sensível ao meio-ambiente, às suas exigências e recursos, e às características de personalidade que influenciam a avaliação do *stress* e os recursos do *coping*" (Folkman & Moskowitz, 2004, p. 747). Assim, existem vários aspectos que podem influenciar a utilização das estratégias de *coping*.

Um desses aspectos é o género. De acordo com Belle (1987, cit. *in* Stroebe, 1998) e Wing et al. (2001), as mulheres procuram mais suporte social que os homens, que por sua vez recorrem mais aos seus recursos pessoais para lidar com as situações (Defares, Brandjes, Nass, & van den Ploeg, 1985, cit. *in* Stroebe, 1998; Rosario, Shinn, Morch, & Huckabee, 1988, cit. *in* Stroebe, 1998). Na mesma linha, Stroebe (2003) refere dois estudos (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Schut, Stroebe, de Keijser, & van den Bout, 1997) que apontam que as mulheres lidam com eventos *stressantes* de uma forma mais confrontativa e expressiva que os homens. Por sua vez, Feeley e Gottlieb (1988) e Murphy, Johnson e Weber (2002) verificaram que casais que tinham perdido filhos utilizavam estratégias de *coping* mais semelhantes do que discordantes.

Noutra investigação, Kausar e Munir (2004) recorreram a 40 adolescentes órfãos de pai ou mãe e a 40 adolescentes cujos pais estavam vivos. Os resultados demonstram que as estratégias de evitamento são as mais utilizadas pelos adolescentes, sendo as distractivas as menos utilizadas. Quanto ao grupo de controlo, os adolescentes utilizam mais estratégias de *coping* distractivas e religiosas do que os do grupo clínico. Verificou-se também que as raparigas utilizam mais estratégias de *coping* que os rapazes.

Os resultados sugerem que a morte dos pais e o género são determinantes nas estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes.

1.2.3 – Modelos de *coping* com o luto

Relativamente à adaptação à perda, diversos modelos, hipóteses e teorias têm surgido, pelo que se pretende apresentá-los brevemente, dividindo-os em duas categorias: modelos gerais (teorias de *coping* com o *stress* que podem ser «utilizadas» para se entender a adaptação à perda) e modelos específicos.

Um dos **modelos gerais** é a teoria cognitiva do *stress* (Lazarus & Folkman, 1984, cit. *in* Folkman & Moskowitz, 2004), já explicitada no ponto 1.2, que defende a existência de dois grande grupos de estratégias de *coping*: focadas nos problemas e focadas nas emoções. De acordo com Stroebe e Schut (1999), existem dificuldades em aplicar esta teoria ao luto, uma vez que a definição do que corresponde aos dois grupos de estratégias de *coping* é pouco clara, e é difícil aplicar a interacção destas estratégias aos vários *stressores* que compõem o luto.

Por sua vez, a teoria da resposta ao *stress* (Horowitz, 1986, cit. *in* Stroebe & Schut, 1999) descreve as manifestações normais após um evento traumático, diferenciando-as das anormais pela sua frequência e intensidade. Estão presentes processos de evitamento e intrusão de aspectos relacionados com o acontecimento traumático. Stroebe e Schut (1999) consideram que esta teoria não é muito aplicável ao luto, uma vez que se foca nos processos de evitamento e intrusão e não nos seus efeitos, e que tem em conta os extremos desses processos para analisar a eficácia do *coping* perante o acontecimento.

Por fim, McCubbin (1995) desenvolveu um modelo de *stress* e *coping* denominado modelo da tipologia do ajustamento familiar e adaptação, com vista a descrever quais as forças e capacidades familiares críticas nas respostas a acontecimentos de vida normativos e situacionais. Este modelo é uma expansão do modelo ABCX (Hill, 1949, cit. *in* McCubbin, 1995) e do modelo duplo ABCX (McCubbin & Patterson, 1983a, 1983b, cit. *in* McCubbin, 1995). De acordo com o modelo, as respostas familiares ao *stress* organizam-se em duas fases: ajustamento e adaptação. A primeira fase é utilizada perante acontecimentos menos *stressantes*, tentando-se não causar mudanças na estrutura familiar. O ajustamento perante uma situação de crise (X) é determinado pela interacção de diversas variáveis: o nível de *stress* causado pelo evento (A) interage com a vulnerabilidade familiar (V), que por sua vez é determinada pelas exigências e pressões associadas ao ciclo de vida familiar. Isto vai relacionar-se com o modo da família operar (T), que por sua vez afecta e é afectado pelos recursos de resistência familiares (B). Interage então com a avaliação que a família faz do evento (C), que por fim vai ligar-se às estratégias de resolução de problemas e *coping* da família (PSC). Contudo, existem alguns acontecimentos que não podem ser geridos pelo ajustamento, tais como: mudanças estruturais, esgotamento de recursos económicos, problemas não resolvidos, etc. Estes eventos conduzem a família a um estado de crise, que se caracteriza pela necessidade de mudança, para se restaurar a estabilidade. A família entra então na fase de adaptação, na qual altera as suas capacidades, recursos, avaliações e estratégias de *coping*, para fazer face às exigências dos

acontecimentos. A adaptação ou o retorno a uma fase de crise são determinados pelas exigências que a família enfrenta (situações de crise, mudanças no ciclo de vida familiar e problemas não resolvidos) (AA), o que interage com o nível de regenerabilidade da família (R). Por sua vez, isto é determinado pelas exigências que a família enfrenta em interacção com a tipologia da família (T), as forças familiares (BB), a avaliação da situação (CC) e o esquema familiar (CCC). Tudo isto vai interagir com o suporte social (BBB) e com as estratégias de resolução de problemas e *coping* da família (PSC).

Relativamente aos **modelos específicos** de *coping* com o luto, segundo Freud (1957, cit. *in* Neimeyer et al., 2006), só é possível o sujeito adaptar-se à perda de alguém significativo se houver um corte no investimento emocional com o morto e um investimento subsequente noutras relações. Utilizando as ideias de Freud, foi desenvolvida a hipótese do trabalho de luto ou teoria da vinculação de Bowlby (1980). Segundo esta, para se ultrapassar a perda é necessário confrontar-se com a mesma, focando-se nas memórias e desvinculando-se do morto. O evitamento do luto, ou seja, a não expressão de emoções negativas, conduziria ao luto complicado (Bowlby, 1980) ou ao adiamento do luto (e.g. Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993, cit. *in* Bonanno, Znoj, Siddique, & Horowitz, 1999). Apesar de ser um dos modelos mais conhecidos e utilizados, algumas limitações têm-lhe sido apontadas: pouca clareza e fraca operacionalização do conceito "trabalho de luto", pouca especificidade dos *stressores* inerentes ao luto, da dinâmica entre a confrontação e o evitamento da perda, e do contexto envolvente, dificuldades de aplicação em determinadas culturas, não contemplação das diferenças entre géneros, negligência perante outras consequências do luto que não o luto complicado, nomeadamente as positivas, e fraca evidência empírica (Stroebe, 1992, cit. *in* Rijo, 2004; Stroebe & Schut, 1999).

Contrariamente a esta visão, alguns autores defendem que é adaptativo manter uma ligação ao morto, por exemplo através de memórias (Klass et al., 1996, cit. *in* Neimeyer et al., 2006), sendo que, de um ponto de vista psicanalítico, pode ser bastante importante para a integração do *self* manter na memória as boas qualidades do falecido (Sussillo, 2005). Por sua vez, Stroebe e Schut (2005) defendem que esta ligação ao falecido pode ser construtiva ou obstrutiva da continuação da vida do sujeito.

Bonanno e Keltner (1997) apresentam uma perspectiva social--funcional da emoção durante o luto: o adiamento dos sintomas pode ser adaptativo em determinado contexto, conduzindo a resultados positivos. Por sua vez, a perspectiva cognitiva do *stress* no luto (Bonanno & Kaltman, 1999, cit. *in* Bonanno & Field, 2001; Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005; Stroebe & Stroebe, 1987, cit. *in* Bonanno & Field, 2001) entende a não demonstração de sintomas de luto como uma boa adaptação à perda.

Já o modelo de Cook e Oltjenbrun (1998, cit. *in* Stroebe & Schut, 1999) centra-se nas perdas concomitantes provocadas pela morte e nos diferentes estilos de *coping* utilizados pelos vários elementos da família, sendo o modelo denominado de modelo incremental do luto, uma vez que o

luto é incrementado pelas outras perdas. Os autores consideram que os diferentes estilos de *coping* podem originar conflitos e perdas subsequentes (e.g. morte de um filho → conflitos no casal → divórcio), pelo que a adaptação à morte passa por lidar com as várias perdas.

Por sua vez, Rubin (1999) delineou o modelo de dois eixos do luto, que se foca em dois aspectos: o primeiro refere-se às reacções biopsicossociais à perda enquanto que o segundo se centra na natureza da ligação ao falecido. A adaptação à perda corresponde a uma recuperação no que concerne ao eixo um e uma resolução quanto ao eixo dois.

Segundo o modelo do processo dual do *coping* com o luto (Stroebe, 1998; Stroebe & Schut, 1999), os indivíduos desenvolvem esforços de *coping* orientado para a perda e *coping* orientado para a restauração, estando também presente um processo oscilatório, que regula as duas tendências. O *coping* orientado para a perda inclui o trabalho de luto, a quebra da ligação, o pensamento de que o falecido se encontra noutro lugar e o evitamento de mudanças relacionadas com a restauração. Por outro lado, o *coping* orientado para a restauração, refere-se à mudança de identidade e papel do enlutado e à mudança ou acréscimo de tarefas e responsabilidades. A oscilação refere-se a um processo dinâmico, em que existe uma justaposição do confronto e do evitamento de aspectos relacionados com a perda. O *coping* adaptativo envolve a oscilação entre estes dois pólos. Segundo Shear e Shair (2005), este modelo é o que melhor explica as representações mentais do processo de perda.

Finalmente, alguns autores consideram que para se adaptar à perda com sucesso é necessário atribuir um significado à mesma. Vários estudos, citados por Neimeyer et al. (2006), têm demonstrado que a incapacidade em atribuir significado à morte é causadora de *stress* elevado, principalmente nos primeiros meses (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998), e luto complicado (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004), e é um mediador da ocorrência de acontecimentos como suicídio, homicídio ou acidentes (Currier, Holland, & Neimeyer, 2006). Neimeyer et al. (2006) verificaram que a atribuição de significado à morte modera o efeito da continuidade da ligação, pelo que inferiram que são as pessoas que continuam muito ligadas ao morto e que não encontram um significado para a perda que correm mais riscos de dificuldades de adaptação. Em suma, de um ponto de vista construtivista, a incapacidade para atribuir significado à morte na narrativa pessoal vai causar sofrimento (Neimeyer, 2005, cit. *in* Neimeyer et al., 2006) e dificultar o luto.

Segundo vários autores referidos por Marrone (1999), a procura de significado para a morte existe a longo-prazo, envolvendo a **reestruturação cognitiva** (alteração dos pensamentos e conceitos para assimilar que a pessoa morreu e das crenças acerca do papel de cada um no mundo) (e.g. Marrone, 1997; Parkes, 1988; Rando, 1995), a **reintegração psicológica** (integração de novas estratégias cognitivas e de *coping* para conseguir viver sem o ente querido) (e.g. Marrone, 1997), a **integração de memórias do falecido** (e.g. Horowitz, 1986), a **expressão emocional** (mudança de sentimentos, aceitação) (e.g. Marrone, 1997), a **restauração da auto-estima** (e.g. Taylor, 1983), e a **transformação psicoespiritual** (mudança dos ideais,

atitudes e crenças em relação à vida, morte, amor e Deus) (e.g. Doka, 1993; Klass, 1995; Marrone, 1997, 1998). Freeman e Ward (1998) defendem que este é um processo activo, que vai atribuindo à pessoa um sentido de controlo.

A religião desempenha um papel bastante importante na atribuição de significado, uma vez que permite encontrar um sentido para a perda (Park & Cohen, 1992; Wortman & Silver, 1992, cit. *in* Park & Folkman, 1997), que na maioria das vezes se liga à crença na existência de vida depois da morte (Marrone, 1999). A investigação de McIntosh, Silver e Wortman (1993, cit. *in* Marrone, 1999) veio de encontro a estes aspectos, uma vez que concluiu que as crenças religiosas e espirituais estão positivamente relacionadas com o encontro de significado na morte e menos angústia. Por sua vez, Park e Cohen (1993) demonstraram que a religiosidade intrínseca está directamente relacionada com o aumento da angústia e que a religião tem um papel importante no processo de *coping*. Por fim, a revisão de 32 estudos realizada por Becker et al. (2007) (que abrangeu 5715 sujeitos, com idades entre os 14 e os 93 anos, sendo 83% da religião protestante), verificou que em 94% dos estudos as crenças religiosas/espirituais têm efeitos positivos no luto (e.g. Feher & Maly, 1999), apesar da existência de pouca evidência estatística. Contudo, alguns dos estudos (e.g. Johnston, Outlaw, Bernardo, & Roy, 1999) não observaram esta relação ou até encontraram efeitos negativos.

Todos os modelos apresentados pretendem explicar como se processa a adaptação à perda, na qual o *coping* tem um papel fundamental, juntamente com outros factores (e.g. características individuais, familiares, etc.). Pode-se inferir que a adaptação à perda vai ter impacto na qualidade de vida, uma vez que a morte é "mais difícil do que qualquer outra mudança na vida" (Holmes & Rahe, 1976, cit. *in* Walsh & McGoldrick, 1998b, p. 28).

1.3 – A qualidade de vida

A qualidade de vida, apesar de toda a variabilidade, "1) é um constructo multidimensional e influenciado por factores pessoais e ambientais e pelas suas interacções; 2) tem os mesmos componentes para todas as pessoas; 3) tem componentes subjectivos e objectivos; e 4) é realçado pela auto-determinação, recursos, objectivos de vida, e sentido de pertença" (Cummins, 2005, p. 700).

De acordo com o WHOQOL Group (1994, cit. *in* Paredes, 2006, p. 28), a qualidade de vida refere-se à "percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo que incorpora, de uma forma complexa, a saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, e a relação com aspectos salientes do ambiente em que vive".

No que toca à relação entre qualidade de vida percebida e morte, Lopes (2008) realizou um estudo exploratório com 30 pais que tinham perdido um filho e 30 pais que não tinham sofrido essa perda, estudando também as estratégias de *coping*. Os resultados demonstram a existência de diferenças significativas entre os grupos no que toca à qualidade de vida

percebida (avaliada através do *Qualidade de Vida* (Olson & Barnes, 1982)): os pais enlutados indicam uma qualidade de vida total percebida inferior. Quanto às dimensões do instrumento, existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *casa*, *relações sociais e saúde*, *família e conjugalidade* e *educação*, com os pais enlutados a indicarem uma menor qualidade de vida percebida. Relativamente ao *coping* (avaliado através das *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981)), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos no valor total. Contudo, na dimensão *reenquadramento* (estratégia de *coping* interna) os pais enlutados indicam que a utilizam em menor grau, o que se revelou significativo.

Apesar de não se ter encontrado outro estudo que se focasse em concreto na relação entre qualidade de vida percebida e morte, pode-se ainda referir o estudo de Park (2004), em que foram questionados 83 idosos acerca das experiências de vida passada e actual que lhes provocavam mais *stress* e avaliados quanto à qualidade de vida percebida. Os resultados indicam que a experiência de vida passada se relaciona com a perda de entes queridos e com situações familiares, enquanto que a actual se relaciona com aspectos familiares, questões de doença e mudança de casa. Quando consideram que a experiência de vida passada se encontra resolvida, a saúde em geral e a saúde mental está incrementada. A percepção de que a resolução dessa experiência ajuda nas situações actuais está relacionada com a vitalidade, saúde em geral e saúde a nível físico. Por sua vez, aprender algo positivo com as experiências anteriores está relacionado com as crenças pessoais, humor, reenquadramento positivo, capacidade de lidar com *stressores* actuais e baixos níveis de problemas físicos.

II – Objectivos

O presente estudo insere-se num projecto de investigação mais alargado acerca da qualidade de vida percebida, *stress* e estratégias de *coping* familiares, realizado no contexto do Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Psicologia Clínica e da Saúde, Sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família.

3.1 – Gerais

Ao nível dos objectivos gerais, pretende-se continuar o trabalho de adaptação dos instrumentos *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES; McCubbin, Larsen, & Olson, 1981) e *Qualidade de Vida* (QOL; Olson & Barnes, 1982) à população geral (estudos psicométricos e normativos), iniciado no ano lectivo 2006/2007.

3.2 – Específicos

Nesta investigação, a questão de estudo de base prende-se com a análise dos constructos *coping* e qualidade de vida familiares, operacionalizados e medidos pelas *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES; McCubbin, Larsen, & Olson, 1981) e pelo *Qualidade de Vida* (QOL; Olson & Barnes, 1982), entre sujeitos que

referiram ter experienciado a morte de alguém significativo no último ano (grupo A) e sujeitos que não referiram essa experiência de perda no último ano (grupo B). A partir da literatura existente e tendo em conta os aspectos avaliados, os objectivos são os seguintes:

1) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita à avaliação do *stress*, qualidade de vida e adaptação às dificuldades pela família (questões da ficha de dados complementares).

2) Avaliar se um elevado nível de *stress* percebido (questão da ficha de dados complementares) está relacionado com baixos níveis de *coping* em ambos os grupos.

3) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no *coping*, quer no índice total, quer nos factores do F-COPES (McCubbin, Larsen, & Olson, 1981), quer na utilização de estratégias de *coping* internas e externas.

4) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na percepção da qualidade de vida familiar, quer nos valores totais, quer nos factores do QOL (Olson & Barnes, 1982).

5) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas dentro do grupo A nos valores totais do F-COPES (McCubbin, Larsen, & Olson, 1981) e do QOL (versão parental) (Olson & Barnes, 1982) consoante os factores demográficos (género, faixa etária, local de residência, nível sócio--económico, estado civil, etapa do ciclo vital da família e religião), a existência de doenças crónicas, acidentes (do próprio ou de alguém significativo) e divórcios, a relação com o falecido e o grau de parentesco.

Como pudemos verificar anteriormente, os vários estudos realizados em torno da morte e das estratégias de *coping* têm chegado a conclusões divergentes. Além disso, a literatura relativa à qualidade de vida é escassa e o método experimental desta investigação é experimental natural, pelo que não colocaremos hipóteses, seguindo as orientações de Ribeiro (2007). Desta forma, pretendemos realizar um estudo exploratório.

III – Metodologia

3.1 – Amostra

Este estudo parte da amostra do projecto de investigação mais alargado, que compreende 507 sujeitos, 31,8% do sexo masculino (N = 161) e 68,2% do sexo feminino (N = 346), com idades compreendidas entre os 12 e os 88 anos (M = 40,67; SD = 17,218).

Para o presente estudo, foram considerados os sujeitos adolescentes e adultos que referiram ter perdido alguém significativo no último ano (grupo A) e os sujeitos que não referiram ter sofrido essa perda no último ano (grupo B), que responderam ao questionário sócio-demográfico, à ficha de dados complementares, às *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES; McCubbin, Larsen, & Olson, 1981) e ao *Qualidade de Vida* (QOL; Olson & Barnes, 1982). Assim, a amostra é

composta por 236 sujeitos, 36,9% do sexo masculino e 63,1% do sexo feminino (cf. Tabela 1).

O grupo A é composto por 78 sujeitos, 37,2% do sexo masculino (*N* = 29) e 62,8% do sexo feminino (*N* = 49), com idades compreendidas entre os 15 e os 82 anos (*M* = 40,10; *SD* = 14,452). 98,7% (*N* = 77) são de nacionalidade portuguesa, sendo o local de residência predominantemente urbano para 42,3% dos sujeitos (*N* = 33). No que respeita ao grupo B, é composto por 158 sujeitos, 36,7% do sexo masculino (*N* = 58) e 63,3% do sexo feminino (*N* = 100), que têm entre 15 e 77 anos (*M* = 37,06; *SD* = 13,248). 97,5% (*N* = 154) são portugueses, habitando 59 sujeitos (37,3%) em locais predominantemente rurais.

Em relação ao estado civil, 65,4% dos sujeitos do grupo A são casados (*N* = 51); 70,5% (*N* = 55) fazem parte de famílias nucleares intactas; e 21,8% dos sujeitos (*N* = 17) encontram-se na etapa do ciclo vital família com filhos em idade escolar. Quanto ao grupo B, 102 sujeitos (64,6%) são casados; 77,8% (*N* = 123) pertencem a famílias nucleares intactas; e 24,1% (*N* = 38) encontram-se na etapa do ciclo vital família lançadora.

No que concerne à profissão principal, 25,6% dos sujeitos do grupo A (*N* = 20) tem uma profissão pertencente ao grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas); 24,4% (*N* = 19) concluíram o ensino superior; e 55,1% (*N* = 43) pertencem ao nível sócio-económico médio. Relativamente ao grupo B, 16,6% (*N* = 26) têm uma profissão pertencente ao grupo 4 (pessoal administrativo e similares); 28% (*N* = 44) têm o 9º ano; e 59,9% (*N* = 94) pertencem ao nível sócio-económico médio.

Por fim, 76,9% (*N* = 60) dos sujeitos do grupo A são católicos, enquanto que no grupo B correspondem a 87,5% (*N* = 133).

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos da amostra específica (género, nacionalidade, idade, local de residência, estado civil, etapa do ciclo vital da família, formas de família, profissão principal, habilitações literárias, nível sócio-económico e religião).

Variáveis		Grupo A N = 78		Grupo B N = 158		Total N = 236	
		N	%	N	%	N	%
Género	Masculino	29	37,2	58	36,7	87	36,9
	Feminino	49	62,8	100	63,3	149	63,1
Nacionalidade	Portuguesa	77	98,7	154	97,5	231	97,9
	Outra	1	1,3	4	2,5	5	2,1
Idade	15-18	7	9	16	10,1	23	9,7
	19-24	3	3,8	9	5,7	12	5,1
	25-34	17	21,8	49	31	66	28
	35-44	20	25,6	40	25,3	60	25,4
	45-54	18	23,1	27	17,1	45	19,1
	55-64	10	12,8	9	5,7	19	8,1
	65-74	2	2,6	7	4,4	9	3,8
	75-82	1	1,3	1	0,6	2	0,8
Local de residência	Predominantemente urbano	33	42,3	55	34,8	88	37,3
	Medianamente urbano	20	25,6	44	27,8	64	27,1
	Predominantemente rural	25	32,1	59	37,3	84	35,6
Estado civil	Solteiro	7	9	16	10,1	23	9,7
	Casado	51	65,4	102	64,6	153	64,8
	União de facto	16	20,5	27	17,1	43	18,2
	Divorciado	2	2,6	11	7	13	5,5
	Separado	1	1,3	1	0,6	2	0,8

	Viúvo	1	1,3	1	0,6	2	0,8
Etapa do ciclo vital da família	Casal sem filhos	12	15,4	33	20,9	45	19,1
	Filhos pequenos ou em idade pré-escolar	9	11,5	24	15,2	33	14
	Filhos em idade escolar	17	21,8	25	15,8	42	17,8
	Filhos adolescentes	14	17,9	23	14,6	37	15,7
	Família lançadora	15	19,2	38	24,1	53	22,5
	Família na reforma	0	0	0	0	0	0
	Ninho vazio	11	14,1	15	9,5	26	11
Formas de família	Nuclear intacta	55	70,5	123	77,8	178	75,4
	Pós-divórcio	2	2,6	11	7	13	5,5
	Monoparental	3	3,8	5	3,2	8	3,4
	Reconstituída	18	23,1	19	12	37	15,7
Profissão principal	GG1	2	2,6	10	6,4	12	5,1
	GG2	20	25,6	17	10,8	37	15,7
	GG3	9	11,5	19	12,1	28	11,9
	GG4	6	7,7	26	16,6	32	13,6
	GG5	11	14,1	24	15,3	35	14,9
	GG6	3	3,8	3	1,9	6	2,6
	GG7	4	5,1	9	5,7	13	5,5
	GG8	0	0	0	0	0	0
	GG9	3	3,8	6	3,8	9	3,8
	Doméstica	1	1,3	11	7	12	5,1
	Estudante	7	9	16	10,2	23	9,8
	Desempregado	4	5,1	9	5,7	13	5,5
	Reformado	8	10,3	7	4,5	15	6,4
Habilitações literárias	<4º ano	4	5,1	2	1,3	6	2,6
	4º ano	11	14,1	14	8,9	25	10,6
	6º ano	7	9	24	15,3	31	13,2
	9º ano	16	20,5	44	28	60	25,5
	12º ano	14	17,9	31	19,7	45	19,1
	Ensino médio	7	9	9	5,7	16	6,8
	Ensino superior	19	24,4	33	21	52	22,1
Nível sócio--económico	Baixo	26	33,3	50	31,8	76	32,3
	Médio	43	55,1	94	59,9	137	58,3
	Elevado	9	11,5	13	8,3	22	9,4
Religião	Nenhuma/Outra	18	23,1	19	12,5	37	16,1
	Católica	60	76,9	133	87,5	193	83,9

De forma a verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às variáveis sócio-demográficas, recorreu-se a algumas análises estatísticas[1], que passamos a descrever.

Para as variáveis *género*, *nacionalidade*, *local de residência*, *estado civil*, *etapa do ciclo vital da família*, *formas de família*, *profissão* e *religião* realizaram-se testes do Qui-Quadrado, uma vez que são variáveis nominais. A variável *género* apresentou um valor de $X^2(1) = 0{,}000$ ($p = 1{,}000$; $N = 236$) e a variável *religião* um valor de $X^2(1) = 3{,}524$ ($p = 0{,}060$; $N = 230$), ambos corrigidos para a continuidade, para melhorar a aproximação da estatística calculada a partir de valores discretos à distribuição do Qui--Quadrado. Por sua vez, os valores relativos ao *local de residência* e à *etapa do ciclo vital da família* foram os seguintes: $X^2(2) = 1{,}292$ ($p = 0{,}524$; $N = 236$) e $X^2(5) = 4{,}304$ ($p = 0{,}507$; $N = 236$), respectivamente. Como as variáveis *nacionalidade*, *estado civil* e *formas de família* não preencheram o

[1] Consultar tabelas no Anexo 1.

critério de pelo menos 5 sujeitos por categoria, considerou-se o valor relativo ao teste da probabilidade exacta de Fisher, cujos valores de *p* foram, respectivamente, 1,000, 0,650 e 0,098. Por fim, como a variável *profissão* também não cumpria este critério, mas não era possível realizar o teste da probabilidade exacta de Fisher, recorreu-se à Simulação de Monte Carlo, cujos valores foram $X^2(11) = 18{,}813$ ($p = 0{,}061$; $N = 235$). Relativamente às variáveis *idade*, *habilitações literárias* e *nível sócio-económico*, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, devido a serem variáveis ordinais (Maroco, 2007). Os resultados foram os seguintes: *idade* ($U = 5270{,}500$; $W = 17831{,}500$; $p = 0{,}064$), *habilitações literárias* ($U = 6056{,}000$; $W = 18459{,}000$; $p = 0{,}890$) e *nível sócio-económico* ($U = 6070{,}500$; $W = 18473{,}500$; $p = 0{,}925$).

Todos os valores de *p* são superiores a 0,05, logo não se rejeita a hipótese de que os valores das variáveis são independentes da pertença aos grupos A ou B, ou seja, ou grupos são semelhantes.

3.2 – Instrumentos

Este estudo debruçou-se sobre o questionário sócio-demográfico, a ficha de dados complementares, as *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES; McCubbin, Olson, & Larsen, 1981) e o *Qualidade de Vida* (QOL; Olson & Barnes, 1982).

3.2.1 – Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico foi elaborado pela equipa que iniciou este projecto de investigação no ano lectivo 2006/2007 (Azevedo, 2007).

Em primeiro lugar, são considerados a nacionalidade e local de residência do respondente. O local de residência é depois classificado de predominantemente urbano, medianamente urbano ou predominantemente rural de acordo com a *Tipologia de Áreas Urbanas* (Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, 1998).

Relativamente ao agregado familiar, tem-se em conta a idade, o estado civil, a data a partir da qual se mudou de estado civil (considerando-se também as uniões de facto), as habilitações literárias, a profissão principal de todos os elementos do agregado e o parentesco de cada elemento da família em relação ao respondente. As profissões são depois organizadas segundo a *Classificação Nacional das Profissões* (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 1994). Estas questões também se colocam em relação a filhos que possam ter saído do agregado. É ainda questionado o número de filhos do respondente, se professa alguma religião e qual a situação na profissão da principal fonte de suporte da família (e.g. patrão, desempregado, etc.).

Por fim, cabe ao investigador preencher os campos "etapa do ciclo vital da família" (tendo em conta as sete fases definidas por Olson et al. (1983)), e "nível sócio-económico" (resultante do cruzamento das habilitações literárias, da profissão principal e da situação na profissão (Simões, 1994)).

3.2.2 – Ficha de dados complementares

A ficha de dados complementares foi elaborada pela equipa que

iniciou este projecto de investigação no ano lectivo 2006/2007 (Azevedo, 2007). Foram retiradas algumas questões relacionadas com o local de aplicação do protocolo no ano anterior, nomeadamente, as que se referiam ao Centro Integrado de Apoio Familiar (CEIFAC), ao Núcleo de Seguimento e Acção Infantil e Familiar (NUSIAF) e ao Hospital Pediátrico.

Para avaliar o historial médico do doente e da sua família, o respondente é questionado acerca da existência de alguma doença crónica na família. No caso da resposta ser afirmativa, deve ainda indicar quem tem a doença, qual é a doença, qual o impacto da doença na família, qual a percepção da gravidade da doença e a justificação dessa resposta. De seguida, são colocadas as mesmas perguntas em relação à existência de outra doença/problema. O sujeito é também questionado acerca dos apoios com que a família pode contar em situações difíceis, ordenando-os por ordem decrescente: família chegada, família alargada, comunidade e instituições.

Para conhecer a percepção do sujeito acerca do grau de *stress*, da qualidade de vida e da adaptação às dificuldades da parte da família, é proposta uma escala Lickert de 5 pontos, em que 1 corresponde a muito pouco, muito boa ou muito bem (respectivamente) e 5 corresponde a muitíssimo, muito má e muito mal (respectivamente). Outra questão refere--se à média de vezes que o sujeito recorre ao centro de saúde e quais os 5 motivos mais frequentes.

Para o projecto de investigação a decorrer neste ano lectivo, foram acrescentadas algumas questões, nomeadamente se houve ocorrência de algum acidente da parte do respondente ou de alguém significativo no último ano (questionando-se o tipo de acidente e relação em caso de resposta afirmativa), e se existiu alguma morte ou divórcio de alguém significativo no último ano (questionando-se o tipo de relação em caso de resposta afirmativa). Por fim, foi incluída uma pergunta referente à obtenção ou não de ajuda psicológica da parte da família, seguindo-se questões referentes ao tipo de instituição, pedido, duração do apoio e continuação do apoio.

3.2.3 – *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (F-COPES)

O F-COPES foi desenvolvido por McCubbin, Olson e Larsen (1981), sendo um questionário de auto-resposta com o objectivo de identificar estratégias comportamentais e de resolução de problemas utilizadas pelas famílias em situações difíceis ou problemáticas. Foi também concebido para integrar os recursos da família e a percepção e significado do acontecimento indutor de *stress* da teoria do *stress* familiar (Hill, 1958, cit. *in* Olson et al., 1983, 1985).

O instrumento consiste numa escala tipo Lickert, de 1 a 5 pontos, em que 1 corresponde a discordo muito, 2 a discordo moderadamente, 3 a nem concordo nem discordo, 4 a concordo moderadamente e 5 a concordo muito. Os resultados podem ser obtidos para cada uma das sub-escalas e para a escala total. Quanto mais alto for o resultado total, maior é a utilização das estratégias de *coping* (Olson et al., 1985).

A escala é composta por 30 itens que correspondem a dois tipos de estratégias de *coping* familiares: internas e externas. As estratégias internas referem-se à forma como cada elemento da família lida com as dificuldades, usando recursos que existem dentro da própria família, enquanto que as externas se relacionam com os recursos obtidos fora da família (Olson et al.,

1985).

Segundo Olson et al. (1983, 1985), os itens podem ser organizados em 5 sub-escalas: *reenquadramento* (capacidade de redefinir os acontecimentos *stressantes* de forma a torná-los mais controláveis, medida pelos itens 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 e 24), *avaliação passiva* (aceitação das circunstâncias e menor reactividade, medida pelos itens 12, 17, 26 e 28), *procura de apoio espiritual* (itens 14, 23, 27 e 30), *aquisição de suporte social* (itens 1, 2, 4, 5, 10, 16, 20, 25 e 29) e *mobilização da família para obter e aceitar ajuda* (itens 6, 8, 9, 20 e 21). As duas primeiras sub-escalas reportam-se a estratégias internas e as outras três a estratégias externas.

O item 18 ("Fazemos exercício físico com os amigos para nos mantermos numa boa condição física e reduzir a tensão") foi retirado por Olson et al. (1983), uma vez que não se enquadrava em nenhum factor. Também na versão portuguesa do instrumento, realizada por Vaz Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1990), esse item não foi incluído. Contudo, a equipa de investigação do ano lectivo 2006/2007 incluiu o item 18 (Azevedo, 2007), seguindo as versões inglesa, espanhola e francesa (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 2001), pelo que este ano decidimos mantê-lo.

No que respeita ao estudo empírico de validação da escala realizado por Olson et al. (1985), os índices de consistência interna (*alphas* de Cronbach) obtidos foram os seguintes: *aquisição de suporte social* (α = 0,83), *reenquadramento* (α = 0,82), *procura de apoio espiritual* (α = 0,80), *mobilização de apoio formal* (α = 0,71), e *avaliação passiva* (α = 0,63), correspondendo a escala total a α = 0,86.

O estudo exploratório de adaptação realizado no ano anterior revelou uma estrutura factorial de 5 factores, cujo itens e α de Cronbach foram os seguintes: *aquisição de suporte social* (itens 1, 2, 4, 5, 6, 16, 21 e 25; α = 0,799), *procura de apoio espiritual* (itens 14, 23, 27 e 30; α = 0,783), *mobilização de apoio formal* (itens 8, 10, 18 e 29; α = 0,702), *reenquadramento* (itens 7, 20, 22 e 24; α = 0,625) e *avaliação passiva* (itens 9, 12, 17 e 26; α = 0,612), correspondendo a escala total a α = 0,866 (Azevedo, 2007).

O estudo de validação deste instrumento, que faz parte do projecto deste ano lectivo, utilizou uma amostra de 372 sujeitos, 68% do sexo feminino (N = 253) e 32% do sexo masculino (N = 119), cuja média de idades é 44,9 anos. O índice Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*), que é uma medida da homogeneidade das variáveis, apresenta um bom índice de adequação da amostra (0,815) (Maroco, 2007; Martins, 2008; Pestana e Gageiro, 2000). Por sua vez, o teste de esfericidade de Bartlett assume a existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis que integram a matriz factorial, uma vez que $p < 0{,}001$ (Maroco, 2007; Martins, 2008). A estrutura factorial revelou a existência de sete factores responsáveis por 58.77% da variância total, que englobam cinco sub-escalas e duas dimensões, respectivamente: *reenquadramento* (itens 3, 7, 11, 13, 15, 22 e 24; α = 0,785), *apoio espiritual* (itens 14, 23, 27 e 30; α = 0,85), *aquisição de apoio social nas relações de vizinhança* (itens 8, 10 e 29; α = 0,823), *apoio social nas relações íntimas* (itens 1, 2, 4, 5, 16 e 25; α = 0,769), *mobilização de apoio formal* (itens 6, 9 e 21; α = 0,707), *atitude passiva* (itens 12, 19 e 20; α = 0,59), e *avaliação passiva* (itens 17, 26 e 28; α = 0,487). A consistência interna da escala total é α = 0,846, o que pode ser um

indicador de uma boa validade de constructo (Anastasi, 1990, cit. *in* Ribeiro, 2007; Martins, 2008). Quanto aos dados normativos, a média do índice total da escala é 93,87, o desvio-padrão é de 14,117, e os valores da simetria e do achamento são 1,49 e 0,32, respectivamente (Martins, 2008).

Especificamente em relação à nossa amostra[2], o α de Cronbach da escala total tem um valor de 0,849, sendo semelhante ao valor encontrado pelo estudo de validação. O teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefors apresenta um valor p = 0,200, pelo que é confirmada a normalidade da distribuição. A média é de 93,40, o desvio-padrão tem um valor de 13,891, a simetria é 0,163 e o achatamento 0,046.

3.2.4 – *Qualidade de Vida* (QOL)

O QOL foi desenvolvido por Olson e Barnes (1982), sendo um inventário de auto-resposta com o objectivo de medir o sentimento de bem--estar ou satisfação com a vida (Olson et al., 1983). Este instrumento tem dois formatos, um para adultos (composto por 40 itens) e outro para adolescentes (composto por 25 itens), de forma a abarcar as preocupações de cada grupo. 19 itens são comuns às duas escalas, sendo que a versão parental é composta por mais 21 itens e a versão para adolescentes é composta por mais seis itens (Olson et al., 1985).

As respostas ao instrumento são dadas à pergunta "Qual o seu nível de satisfação com?", numa escala de Lickert de 1 a 5, em que 1 significa insatisfeito, 2 pouco satisfeito, 3 geralmente satisfeito, 4 muito satisfeito e 5 extremamente satisfeito. É possível obter o resultado total da escala e os resultados para cada um dos factores (Olson et al., 1985).

O estudo empírico da versão parental revelou uma estrutura factorial de 11 factores: *bem-estar financeiro* (itens 29, 30, 31, 32, 33 e 34), *tempo* (itens 16, 17, 18 e 19), *vizinhança e comunidade, educação* (itens 14, 15, 35, 36, 37, 38, 39 e 40), *mass media* (itens 25, 26, 27 e 28), *casa – espaço físico* (itens 9, 12 e 13), *vida familiar* (itens 1, 2 e 3), *emprego* (itens 20, 23 e 24), *membros da família* (item 4), *casa – responsabilidades domésticas* (itens 10 e 11), *saúde* (itens 7 e 8), e *religião, amigos e família alargada* (itens 5, 6, 21 e 22). Por sua vez, a estrutura factorial da versão para adolescentes é composta por 10 factores: *tempo* (item 11), *vizinhança e comunidade, educação* (itens 22, 23, 24 e 25), *preocupações dos adolescentes* (itens 10, 12, 19, 20 e 21), *mass media* (itens 15, 16, 17 e 18), *casa – espaço físico* (item 8), *vida familiar* (item 1), *membros da família* (itens 2 e 3), *casa – responsabilidades domésticas* (item 9), *saúde* (itens 6 e 7), e *religião, amigos e família alargada* (itens 4, 5, 13 e 14). O α de Cronbach da escala total é de 0,92 para a versão parental e de 0,86 quanto à versão para adolescentes (Olson et al., 1985).

O estudo exploratório de tradução e adaptação da versão parental, realizado no ano lectivo 2006/2007, revelou uma estrutura factorial de 10 factores: *casamento e vida familiar* (itens 1, 2, 3 e 4; α = 0,727), *amigos* (itens 5 e 6; α = 0,607), *saúde* (itens 7 e 8; α = 0,649), *lar e educação* (itens 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15; α = 0,786), *tempo* (itens 16, 17, 18 e 19; α = 0,851), *religião* (itens 21 e 22; α = 0,685), *emprego* (itens 20, 23 e 24; α = 0,695), *mass media* (itens 25, 26, 27 e 28; α = 0,721), *rendimento* (itens 29, 30, 31, 32, 33 e 34; α = 0,82), e *vizinhança e comunidade* (35, 36, 37, 38, 39

[2] Consultar tabelas no Anexo 2.

e 40; α = 761). O α de Cronbach da escala total tem um valor de 0,889 (Janeiro, 2007).

O estudo de validação da versão parental, que integra o projecto deste ano lectivo, utilizou uma amostra de 297 sujeitos, 65,3% do sexo feminino (*N* = 194) e 34,7% do sexo masculino (*N* = 103), cuja média de idades é 43,42 anos. O índice Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) apresenta um bom índice de adequação da amostra (0,865) (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2000; Simões, 2008), enquanto que o teste de esfericidade de *Bartlett* assume a existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis que integram a matriz factorial ($p < 0{,}001$) (Maroco, 2007; Simões, 2008). A estrutura factorial e respectivos α de Cronbach são os seguintes: *bem-estar financeiro* (itens 20, 29, 30, 31, 33 e 34; α = 0,89), *tempo* (itens 16, 17, 18 e 19; α = 0,979), *vizinhança e comunidade* (itens 35, 36, 37, 38, 39 e 40; α = 0,888), *casa* (itens 9, 10, 11, 12 e 13; α = 0,90), *mass media* (itens 26, 27 e 28; α = 0,805), *relações sociais e saúde* (itens 5, 6, 7 e 8; α = 0,735), *emprego* (itens 23 e 24; α = 0,739), *religião* (itens 21 e 22; α = 0,971), *família e conjugalidade* (itens 1 e 2; α = 0,797), *filhos* (itens 3 e 4; α = 0,796), e *educação* (itens 14 e 15; α = 0,825). A consistência interna da escala total é de 0,922, o pode ser um indicador de uma boa validade de constructo (Anastasi, 1990, cit. *in* Ribeiro, 2007; Simões, 2008). Quanto aos dados normativos, a média do índice total da escala é 125,49, o desvio--padrão é de 20,08, e os valores da simetria e do achamento são 0,497 e 0,244, respectivamente (Simões, 2008).

Relativamente à nossa amostra[3], para a versão parental o α da escala total tem um valor de 0,920. A correlação do item 3 com a correlação total da escala assume um valor muito baixo (0,063), contudo decidiu-se mantê--lo, uma vez que não alterava muito o valor do α da escala total (passava a 0,924) e que não se pretendia realizar a validação da escala. A normalidade da distribuição não foi confirmada pelo teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ($p = 0{,}019$). A média é 126,86, o desvio-padrão tem um valor de 18,65, a simetria é 0,465 e o achatamento 0,304. A versão para adolescentes obteve um α da escala total de 0,875. A correlação do item 2 com a correlação total da escala assume um valor muito baixo (0,018), contudo decidiu-se mantê-lo, uma vez que não alterava muito o valor do α (passava a 0,887) e que não se pretendia realizar a validação da escala. O teste Shapiro-Wilk obteve um valor de $p = 0{,}607$, garantindo a normalidade da distribuição (Maroco, 2007). Quanto aos dados descritivos, a média é 89,75, o desvio-padrão 11,276, a simetria -0,145 e o achatamento -0,431.

3.3 – Procedimentos da investigação

Acordou-se que a amostra seria recolhida da população geral, para que a investigação se diferenciasse do projecto do ano lectivo 2006/2007, que se debruçava sobre uma população específica: utentes de diversas instituições (e.g. centros de saúde, centros de terapia familiar, etc.). Para o projecto actual, os sujeitos foram escolhidos segundo a conveniência do investigador e a sua disponibilidade, pelo que a amostra se denomina de conveniência (Dommermuth, 1975, cit. *in* Ribeiro, 2007; Maroco, 2007). Assim, a amostra é não probabilística ou intencional, com a consequência de não se conhecer quão representativa ela é da população geral (Maroco, 2007; Smith, 1975,

[3] Consultar tabelas no Anexo 3.

cit. *in* Ribeiro, 2007).

A amostra foi recolhida de Novembro de 2007 a Janeiro de 2008, sendo o local de aplicação do protocolo o mais conveniente para o investigador e para o sujeito, desde que estivessem salvaguardadas diversas condições: aplicação individual (ou, no caso de isso não ser possível, que se garantisse que não havia partilha de informações), confidencialidade, ambiente calmo e existência de condições físicas.

O guia de aplicação do protocolo foi definido tendo em conta a uniformização dos métodos de recolha da amostra. A sua administração foi realizada apenas pelos investigadores que participavam no projecto, para se minimizar a interferência nas respostas e se garantir a confidencialidade. Assim, explicava-se aos sujeitos (com idade igual ou superior a 12 anos) que se fazia parte de um projecto de investigação, agradecia-se a colaboração, abordava-se a confidencialidade e anonimato das respostas, davam-se algumas instruções referentes aos questionários e iniciava-se a sua aplicação pela seguinte ordem: questionário sócio-demográfico, ficha de dados complementares, QOL, *Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida* (FILE; McCubbin, Patterson, & Wilson, 1981) e F-COPES. Por fim, voltava-se a agradecer a participação no estudo.

O questionário sócio-demográfico e a ficha de dados complementares eram preenchidos pelo investigador, ao passo que os outros instrumentos eram de auto-resposta. Contudo, o guia de aplicação do protocolo contemplava os casos em que existisse analfabetismo ou dificuldades de visão, pelo que o investigador devia ler os itens dos questionários em voz alta, mantendo o mesmo tom de voz, de forma a minimizar o grau de interferência na resposta do indivíduo (tentando não comprometer a validade externa), anotando depois a resposta do respondente. Se este manifestasse dúvidas, apenas se relia o item. O guia de aplicação do protocolo dava ainda indicações de como agir perante situações em que os sujeitos, sobretudo idosos, tivessem dificuldade em preencher os questionários sem abordar outros temas, pelo que se pedia aos sujeitos para se concentrarem no preenchimento dos questionários e se garantia que no final se conversaria com eles. Era também garantido aos respondentes que, se desejassem, podiam ter acesso aos resultados da investigação.

Relativamente ao desenho de investigação, utilizando a terminologia de Ribeiro (2007), é observacional descritivo de comparação entre grupos, uma vez que se comparam dois grupos com características diferentes ao nível das variáveis em estudo. No que respeita ao método da investigação, considera-se que é um estudo experimental natural, uma vez que se seleccionaram sujeitos que referiram ter experienciado (ou não) a perda de alguém significativo no último ano e não se manipulou essa variável (Bishop, 1994, cit. *in* Ribeiro, 2007).

A análise de dados foi efectuada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows*, disponível na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

IV – Resultados

De seguida são apresentadas as questões que foram alvo de análise, as análises estatísticas realizadas e as conclusões que se conseguiram retirar. É de sublinhar que o grupo A corresponde aos sujeitos que referiram ter experienciado a perda de alguém significativo no último ano e que o grupo B se refere aos sujeitos que não relataram ter sofrido essa perda.

1) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita à avaliação do *stress*, qualidade de vida e adaptação às dificuldades pela família.

Estes aspectos eram avaliados por três questões da ficha de dados complementares, em que se pretendia conhecer a percepção do sujeito acerca do grau de *stress*, da qualidade de vida e da adaptação às dificuldades da parte da família. O sujeito respondia através de uma escala Lickert de 5 pontos, em que 1 corresponde a muito pouco, muito boa ou muito bem (respectivamente) e 5 corresponde a muitíssimo, muito má e muito mal (respectivamente).

Recorreu-se ao teste de Mann-Whitney[4], uma vez que as variáveis que se pretendia avaliar são ordinais (Maroco, 2007). Os resultados demonstram que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas relativamente à avaliação do *stress* (U = 5944,000; W = 18034,000; p = 0,827), qualidade de vida (U = 5800,500; W = 8881,500; p = 0,528), e adaptação às dificuldades pela família (U = 5923,500; W = 18169,500; p = 0,730).

Tabela 2 – Comparação das médias das ordenações dos grupos relativamente a três questões da ficha de dados complementares.

Questões	Grupos	N	Média das ordenações	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Exact Sig. (2-tailed)
Stress da família	Grupo A	78	118,29	5944,000	18034,000	,827
	Grupo B	155	116,35			
Qualidade de vida da família	Grupo A	78	113,87	5800,500	8881,500	,528
	Grupo B	156	119,32			
Adaptação às dificuldades pela família	Grupo A	78	119,56	5923,500	18169,500	,730
	Grupo B	156	116,47			

2) Avaliar se um elevado nível de *stress* percebido (questão da ficha de dados complementares) está relacionado com baixos níveis de *coping* em ambos os grupos.

Foram realizadas duas regressões ordinais[5], com função *Link Log-log* negativa. A escolha deste teste estatístico deve-se à variável dependente (nível de *stress* percebido) ser ordinal, a não se assumir uma relação linear entre a variável dependente e a covariável (valor total de *coping*), e a ser menos sensível a *outliers* que a regressão linear. Por sua vez, a escolha da função *Link* foi feita de acordo com os critérios de distribuição de frequências das classes da variável dependente definidos em Maroco (2007). O pressuposto do modelo da homogeneidade de declives foi validado tanto para o grupo A (X^2_{LP} (3) = 1,060 e p = 0,787) como para o grupo B (X^2_{LP} (3)

[4] Consultar tabelas no Anexo 4.
[5] Consultar tabelas no Anexo 5.

= 1,845 e p = 0,605).

O modelo não é estatisticamente significativo para o grupo B (sujeitos que não referiram ter sofrido uma perda no último ano) (G^2 (2) = 0,823; p = 0,364), ou seja, o valor total de *coping* não afecta significativamente as probabilidades de ocorrência das classes da variável dependente (nível de *stress* percebido). Contudo, é significativo para o grupo A (sujeitos enlutados) (G^2 (2) = 6,916; p = 0,009): quando o valor total de *coping* aumenta, diminui a probabilidade de se observarem classes de ordem superior da variável dependente, ou seja, à medida que o valor total de *coping* aumenta, diminui a probabilidade de se avaliar o *stress* da família como muitíssimo (b = -0,026; X^2_{Wald} (1) = 6,252; p = 0,012) (Maroco, 2007).

Tabela 3 – *Parameter Estimates* (grupo A).

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[FCD2 = 1]	-3,439	1,001	11,812	1	,001	-5,401	-1,478
	[FCD2 = 2]	-2,290	,957	5,723	1	,017	-4,166	-,414
	[FCD2 = 3]	-,584	,972	,362	1	,548	-2,489	1,320
	[FCD2 = 4]	,576	1,051	,300	1	,584	-1,485	2,637
Location	FCopesTotal	-,026	,010	6,252	1	**,012**	-,046	-,006

Link function: Negative Log-log.

3) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (com e sem registo de morte de alguém significativo no último ano) no *coping*[6]:

3a) para os valores totais do F-COPES;

A significância das diferenças entre os valores totais da percepção das estratégias de *coping* familiares no grupo A e no grupo B foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente a normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias, foram avaliados, respectivamente, com o teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(78)_{grupoA}$ = 0,078; p = 0,200; $KS(158)_{grupoB}$ = 0,046; p = 0,200) e com o teste de Levene (F (1,234) = 1,763; p = 0,185). De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças observadas entre as médias dos dois grupos não são estatisticamente significativas (t(234) = 0,216; p = 0,829).

Tabela 4 – Comparação das médias dos grupos relativamente ao valor total de *coping*.

F-COPES – Escala Total	N	Média	Erro-padrão da média	t	Sig. (2-tailed)
Grupo A	78	93,00	1,479	216	,829
Grupo B	158	93,42	1,143		

3b) para os factores do F-COPES;

Foram realizados os mesmos procedimentos que na alínea anterior. O teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords verificou que os factores não têm uma distribuição normal: *reenquadramento* ($KS(76)_{grupoA}$ =

[6] Consultar tabelas no Anexo 6.

0,132; p = 0,002; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,082; p = 0,013), *apoio espiritual* (KS(76)$_{grupo\mathrm{A}}$ = 0,097; p = 0,073; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,074; p = 0,035), *apoio social nas relações de vizinhança* (KS(76)$_{grupo\mathrm{A}}$ = 0,157; p < 0,001; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,143; p < 0,001), *apoio social nas relações íntimas* (KS(76)$_{grupo\mathrm{A}}$ = 0,126; p = 0,005; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,094; p = 0,002), *apoio formal* (KS(76)$_{grupo\mathrm{A}}$ = 0,125; p = 0,005; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,093; p = 0,002), *atitude passiva* (KS(76)$_{grupo\mathrm{A}}$ = 0,115; p = 0,015; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,110; p < 0,001), e *avaliação passiva* (KS(76)$_{grupo\mathrm{A}}$ = 0,106; p = 0,033; KS(155)$_{grupo\mathrm{B}}$ = 0,100; p = 0,001). O teste de Levene confirmou o pressuposto da homogeneidade das variâncias de todos os factores: *reenquadramento* (F (1,229) = 0,272; p = 0,603), *apoio espiritual* (F (1,229) = 2,343; p = 0,127), *apoio social nas relações de vizinhança* (F (1,229) = 0,017; p = 0,896), *apoio social nas relações íntimas* (F (1,229) = 0,897; p = 0,345), *apoio formal* (F (1,229) = 0,810; p = 0,369), *atitude passiva* (F (1,229) = 0,054; p = 0,816), e *avaliação passiva* (F (1,229) = 0,005; p = 0,943).

Segundo diversos autores citados por Maroco (2007, p. 137), "os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam demasiado enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam extremamente pequenas". Além disso, a violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias é mais grave (Maroco, 2007). Como a amostra é grande e o enviesamento e achatamento das distribuições não é muito considerável, aplicou-se um teste *t*-Student para amostras independentes. Verificou-se que as diferenças entre as médias dos dois grupos não são estatisticamente significativas: *reenquadramento* (t(233) = -1,627; p = 0,105), *apoio espiritual* (t(232) = 1,165; p = 0,245), *apoio social nas relações de vizinhança* (t(234) = 0,581; p = 0,562), *apoio social nas relações íntimas* (t(233) = -0,404; p = 0,686), *apoio formal* (t(233) = 0,562; p = 0,575), *atitude passiva* (t(233) = 0,520; p = 0,604), e *avaliação passiva* (t(234) = -0,406; p = 0,685).

Tabela 5 – Comparação das médias dos grupos relativamente aos factores do F-COPES.

F-COPES – Factores	Grupo	N	Média	Erro-padrão da média	t	Sig. (2-tailed)
Reenquadramento	Grupo A	77	27,00	,442	-1,627	,105
	Grupo B	158	26,13	,303		
Apoio Espiritual	Grupo A	77	10,35	,487	1,165	,245
	Grupo B	157	11,00	,309		
Apoio Social nas Relações de Vizinhança	Grupo A	78	6,00	,317	,581	,562
	Grupo B	158	6,22	,217		
Apoio Social nas Relações Íntimas	Grupo A	78	21,06	,449	-,404	,686
	Grupo B	157	20,82	,359		
Apoio Formal	Grupo A	78	8,38	,356	,562	,575
	Grupo B	157	8,62	,233		
Atitude Passiva	Grupo A	77	9,99	,273	,520	,604
	Grupo B	158	10,16	,198		
Avaliação Passiva	Grupo A	78	7,96	,244	-,406	,685
	Grupo B	158	7,84	,168		

3c) para a utilização das estratégias internas e externas de *coping*.

O teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords verificou que as *estratégias de coping internas* (*reenquadramento*, *atitude passiva* e

avaliação passiva) não têm uma distribuição normal ($KS(76)_{grupoA} = 0,098$; $p = 0,069$; $KS(155)_{grupoB} = 0,077$; $p = 0,025$), enquanto que as *externas* (*apoio espiritual*, *apoio social nas relações de vizinhança*, *apoio social nas relações íntimas* e *apoio formal*) respeitam o pressuposto da normalidade ($KS(76)_{grupoA} = 0,047$; $p = 0,200$; $KS(155)_{grupoB} = 0,059$; $p = 0,200$). Por sua vez, o teste de Levene confirmou a homogeneidade das variâncias: *estratégias de coping internas* (F (1,229) = 3,328; $p = 0,069$) e *externas* (F (1,229) = 0,000; $p = 0,990$). Assim, realizou-se um teste *t*-Student para amostras independentes, cujos resultados demonstram que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas: *estratégias de coping internas* ($t(232) = -0,935$; $p = 0,351$), e *externas* ($t(230) = -0,802$; $p = 0,423$).

Tabela 6 – Comparação das médias dos grupos relativamente aos dois tipos de estratégias de *coping*.

Estratégias de *Coping*	Grupo	N	Média	Erro-padrão da média	t	Sig. (2-tailed)
Internas	Grupo A	76	44,89	,617	-,935	,351
	Grupo B	158	44,14	,475		
Externas	Grupo A	77	45,62	1,178	,802	,423
	Grupo B	155	46,76	,810		

4) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (com e sem registo de morte de alguém significativo no último ano) na percepção da qualidade de vida familiar[7]:

4a) para os valores totais do QOL;

No que respeita à versão parental, a significância das diferenças entre os valores totais da percepção da qualidade de vida familiar no grupo A e no grupo B foi avaliada com um teste *t*-Student para amostras independentes. A normalidade das distribuições foi confirmada pelo teste Kolgomorov--Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(71)_{grupoA} = 0,075$; $p = 0,200$; $KS(142)_{grupoB} = 0,069$; $p = 0,092$), enquanto que a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene (F (1,211) = 0,199; $p = 0,656$). Os resultados indicam que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t(211) = -0,366$; $p = 0,715$).

Tabela 7 – Comparação das médias dos grupos relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida (versão parental).

QOL (versão parental) Escala Total	N	Média	Erro-padrão da média	t	Sig. (2-tailed)
Grupo A	71	126,41	2,102	-,366	,715
Grupo B	142	125,42	1,604		

No que concerne à versão para adolescentes, foi realizado um teste de Mann-Whitney, uma vez que a amostra é composta por apenas 23 sujeitos. Os resultados demonstram que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($U = 50,000$; $W = 186,000$; $p = 0,708$).

[7] Consultar tabelas no Anexo 7.

Tabela 8 – Comparação das médias das ordenações dos grupos relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida (versão para adolescentes).

QOL (versão para adolescentes) – Escala Total	N	Média das ordenações	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Exact Sig. (2-tailed)
Grupo A	7	12,86	50,000	186,000	,708
Grupo B	16	11,63			

4b) para os factores do QOL.

Relativamente à versão parental, o teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords verificou que os factores não têm uma distribuição normal: *bem-estar financeiro* ($KS(64)_{grupoA} = 0,124$; $p = 0,017$; $KS(130)_{grupoB} = 0,056$; $p = 0,200$), *tempo* ($KS(64)_{grupoA} = 0,124$; $p = 0,016$; $KS(130)_{grupoB} = 0,114$; $p < 0,001$), *vizinhança e comunidade* ($KS(64)_{grupoA} = 0,125$; $p = 0,015$; $KS(130)_{grupoB} = 0,164$; $p < 0,001$), *casa* ($KS(64)_{grupoA} = 0,102$; $p = 0,098$; $KS(130)_{grupoB} = 0,120$; $p < 0,001$), *mass media* ($KS(64)_{grupoA} = 0,170$; $p < 0,001$; $KS(130)_{grupoB} = 0,194$; $p < 0,001$), *relações sociais e saúde* ($KS(64)_{grupoA} = 0,147$; $p = 0,002$; $KS(130)_{grupoB} = 0,131$; $p < 0,001$), *emprego* ($KS(64)_{grupoA} = 0,205$; $p < 0,001$; $KS(130)_{grupoB} = 0,134$; $p < 0,001$), *religião* ($KS(64)_{grupoA} = 0,242$; $p < 0,001$; $KS(130)_{grupoB} = 0,311$; $p < 0,001$), *família e conjugalidade* ($KS(64)_{grupoA} = 0,164$; $p < 0,001$; $KS(130)_{grupoB} = 0,155$; $p < 0,001$), *filhos* ($KS(64)_{grupoA} = 0,208$; $p < 0,001$; $KS(130)_{grupoB} = 0,160$; $p < 0,001$), e *educação* ($KS(64)_{grupoA} = 0,192$; $p < 0,001$; $KS(130)_{grupoB} = 0,148$; $p < 0,001$). O teste de Levene confirmou o pressuposto da homogeneidade das variâncias dos seguintes factores: *bem-estar financeiro* (F (1,192) = 0,355; $p = 0,552$), *tempo* (F (1,192) = 0,010; $p = 0,919$), *vizinhança e comunidade* (F (1,192) = 1,156; $p = 0,284$), *casa* (F (1,192) = 0,244; $p = 0,622$), *mass media* (F (1,192) = 0,439; $p = 0,508$), *relações sociais e saúde* (F (1,192) = 3,280; $p = 0,072$), *emprego* (F (1,192) = 0,374; $p = 0,542$), *religião* (F (1,192) = 1,676; $p = 0,197$), e *família e conjugalidade* (F (1,192) = 0,540; $p = 0,463$). Por outro lado, comprovou que os seguintes factores não eram homogéneos: *filhos* (F (1,192) = 6,295; $p = 0,013$) e *educação* (F (1,192) = 3,914; $p = 0,049$).

Face a estes dados, decidiu-se aplicar testes paramétricos aos factores que cumpriam o pressuposto da homogeneidade das variâncias e testes não paramétricos aos factores cujas variâncias não eram homogéneas.

De acordo com o teste *t*-Student para amostras independentes, as diferenças observadas entre as médias dos dois grupos nos factores não são estatisticamente significativas: *bem-estar financeiro* ($t(211) = 0,858$; $p = 0,392$), *tempo* ($t(211) = 0,130$; $p = 0,896$), *vizinhança e comunidade* ($t(211) = -0,916$; $p = 0,361$), *casa* ($t(211) = -0,142$; $p = 0,887$), *mass media* ($t(211) = -0,590$; $p = 0,556$), *relações sociais e saúde* ($t(211) = -0,174$; $p = 0,862$), *emprego* ($t(204) = -0,420$; $p = 0,675$), *religião* ($t(211) = 0,034$; $p = 0,973$), e *família e conjugalidade* ($t(209) = -0,902$; $p = 0,368$).

Tabela 9 – Comparação das médias dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão parental).

Factores do QOL (versão parental)	Grupo	N	Média	Erro-padrão da média	T	Sig. (2-tailed)
Bem-estar Financeiro	Grupo A	71	16,42	,590	,858	,392
	Grupo B	142	17,01	,388		
Tempo	Grupo A	71	11,14	,405	,130	,896

	Grupo B	142	11,20	,278		
Vizinhança e Comunidade	Grupo A	71	17,93	,494	-,916	,361
	Grupo B	142	17,41	,318		
Casa	Grupo A	71	17,65	,416	-,142	,887
	Grupo B	142	17,58	,282		
Mass Media	Grupo A	71	8,46	,241	-,590	,556
	Grupo B	142	8,28	,183		
Relações Sociais e Saúde	Grupo A	71	13,86	,262	-,174	,862
	Grupo B	142	13,80	,222		
Emprego	Grupo A	69	6,68	,250	-,420	,675
	Grupo B	137	6,56	,157		
Religião	Grupo A	71	6,14	,187	,034	,973
	Grupo B	142	6,15	,115		
Família e Conjugalidade	Grupo A	70	8,03	,196	-,902	,368
	Grupo B	141	7,80	,148		

Para os restantes factores foi realizado um teste de Mann-Whitney. Verificou-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos no que concerne ao factor *educação* (U = 4877,500; W = 7433,500; p = 0,823). Contudo, estão presentes diferenças estatisticamente significativas quanto ao factor *filhos* (U = 3565,500; W = 12610,500; p = 0,034). A média das ordenações do grupo B é de 94,11, enquanto que a média do grupo A é 112,15, ou seja, existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos relativamente à percepção da qualidade de vida familiar no que respeita aos filhos, que é superior nos sujeitos que referiram ter experienciado a morte de alguém significativo no último ano.

Tabela 10 – Comparação das médias das ordenações dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão parental) *filhos* e *educação*.

Factores do QOL (versão parental)	Grupos	N	Média das ordenações	Mann--Whitney U	Wilcoxon W	Exact Sig. (2-tailed)
Filhos	Grupo A	65	112,15	3565,500	12610,500	**,034**
	Grupo B	134	94,11			
Educação	Grupo A	71	104,70	4877,500	7433,500	,823
	Grupo B	140	106,66			

No que concerne à versão para adolescentes, foi realizado um teste de Mann-Whitney, devido ao tamanho da amostra. Os resultados demonstram que as diferenças entre os dois grupos nos factores não são estatisticamente significativas: *tempo* (U = 45,000; W = 68,500; p = 0,308), *vizinhança e comunidade, educação* (U = 53,500; W = 81,500; p = 0,877), *preocupações dos adolescentes* (U = 54,500; W = 82,500; p = 0,935), *mass media* (U = 45,000; W = 73,000; p = 0,475), *casa – espaço físico* (U = 46,000; W = 74,000; p = 0,499), *vida familiar* (U = 42,000; W = 178,000; p = 0,320), *membros da família* (U = 48,500; W = 168,500; p = 0,796), *casa – responsabilidades domésticas* (U = 39,000; W = 67,000; p = 0,338), *saúde* (U = 32,500; W = 168,500; p = 0,114), *religião, amigos e família alargada* (U = 47,500; W = 75,500; p = 0,745).

Tabela 11 – Comparação das médias das ordenações dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão para adolescentes).

Factores do QOL (versão para adolescentes)	Grupos	N	Média das ordenações	Mann--Whitney U	Wilcoxon W	Exact Sig. (2-tailed)
Tempo	Grupo A	7	9,79	40,500	68,500	,308

	Grupo B	16	12,97			
Vizinhança e Comunidade, Educação	Grupo A	7	11,64	53,500	81,500	,877
	Grupo B	16	12,16			
Preocupações dos Adolescentes	Grupo A	7	11,79	54,500	82,500	,935
	Grupo B	16	12,09			
Mass Media	Grupo A	7	10,43	45,000	73,000	,475
	Grupo B	16	12,69			
Casa – Espaço Físico	Grupo A	7	10,57	46,000	74,000	,499
	Grupo B	16	12,63			
Vida Familiar	Grupo A	7	14,00	42,000	178,000	,320
	Grupo B	16	11,13			
Membros da Família	Grupo A	7	12,07	48,500	168,500	,796
	Grupo B	15	11,23			
Casa – Responsabilidades Domésticas	Grupo A	7	9,57	39,000	67,000	,338
	Grupo B	15	12,40			
Saúde	Grupo A	7	15,36	32,500	168,500	,114
	Grupo B	16	10,53			
Religião, Amigos e Família Alargada	Grupo A	7	10,79	47,500	75,500	,745
	Grupo B	15	11,83			

5) Avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas dentro do grupo A (sujeitos que referiram ter perdido alguém significativo no último ano) nos valores totais do F-COPES (McCubbin, Larsen, & Olson, 1981) e do QOL (versão parental) (Olson & Barnes, 1982) consoante os factores demográficos (género, faixa etária, local de residência, nível sócio--económico, estado civil, etapa do ciclo vital da família e religião), a existência de doenças crónicas, acidentes (do próprio ou de alguém significativo) e divórcios, a relação com o falecido e o grau de parentesco.

No que respeita ao *coping*[8], o pressuposto da distribuição normal da variável dependente (valor total de *coping*) nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *género*, *faixa etária*, *local de residência*, *nível sócio-económico*, *estado civil*, *etapa do ciclo vital da família*, *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*, foi avaliado pelo teste de Kolgomorov--Smnirnov com correcção de Lilliefords. Apesar de por vezes este pressuposto não ser cumprido, como a ANOVA é robusta a violações da normalidade, e como o pressuposto de homogeneidade da variância foi validado com o teste de Levene para todos os factores (*género* e *faixa etária*: F (14,63) = 1,321; p = 0,221; *local de residência* e *nível sócio-económico*: F (7,70) = 1,547; p = 0,166; *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*: F (15,62) = 0,783; p = 0,691; *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*: F (7,69) = 0,731; p = 0,646), decidimos realizar três ANOVAs *two-way* e uma ANOVA factorial.

Pôde-se constatar que não estão presentes efeitos significativos das seguintes variáveis nos valores totais de *coping*: *género* (F (1,63) = 0,814; p = 0,370), *faixa etária* (F (7,63) = 0,778; p = 0,608), *local de residência* (F (2,70) = 0,451; p = 0,639), *nível sócio-económico* (F (2,70) = 0,977; p = 0,382), *etapa do ciclo vital da família* (F (5,62) = 1,195; p = 0,322), *doenças crónicas* (F (1,69) = 0,037; p = 0,848), *acidentes* (F (1,69) = 1,384; p =

[8] Consultar tabelas no Anexo 8.

0,243), e *divórcios* (F (1,69) = 2,354; p = 0,130).

Também não se verificam interacções significativas entre os factores: *género*faixa etária* (F (6,63) = 1,282; p = 0,278), *local de residência*nível sócio-económico* (F (3,70) = 0,328; p = 0,805), *estado civil*etapa do ciclo vital da família* (F (5,62) = 0,513; p = 0,765), *doenças crónicas*acidentes* (F (1,69) = 0,341; p = 0,561), *doenças crónicas*divórcios* (F (1,69) = 2,562; p = 0,114), *acidentes*divórcios* (F (1,69) = 2,420; p = 0,124), e *doenças crónicas*acidentes*divórcios* (F (1,69) = 0,174; p = 0,678).

Por outro lado, está presente um efeito significativo do factor *estado civil*, cuja dimensão do efeito é média, sendo a potência do teste elevada (F (5,62) = 2,704; p = 0,028; $\eta^2 p$ = 0,179; potência = 0,783) (Maroco, 2007). Não foi possível realizar testes *post-hoc*, uma vez que dois grupos tinham apenas um caso. As estatísticas descritivas dos grupos relativamente ao valor total de *coping* são as seguintes: solteiro (M = 97,14; SD = 5,166), casado (M = 94,16; SD = 1,863), união de facto (M = 85,63; SD = 2,008), divorciado (M = 107,00; SD = 4,000), separado (apenas um caso), e viúvo (apenas um caso).

Quanto ao factor *religião*, foi realizado um teste *t*-Student para amostras independentes. A normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias nos dois grupos (grupo 1: não pertença a nenhum grupo religioso; grupo 2: católicos) foram avaliadas, respectivamente, com o teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(18)_{grupo1}$ = 0,115; p = 0,200; $KS(60)_{grupo2}$ = 0,094; p = 0,200) e com o teste de Levene (F (1,76) = 0,536; p = 0,466). Os resultados indicam que as diferenças observadas entre as médias dos grupos não são estatisticamente significativas (t(76) = -1,729; p = 0,088).

No que concerne ao factor *relação com o falecido*, verificou-se a normalidade das distribuições dos grupos (grupo 1: amigo; grupo 2: parente) através do teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(15)_{grupo1}$ = 0,164; p = 0,200; $KS(57)_{grupo2}$ = 0,107; p = 0,100), e a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene (F (1,70) = 0,561; p = 0,457). Os resultados do teste *t*-Student para amostras independentes indicam que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (t(70) = -1,358; p = 0,179).

Por fim, relativamente ao factor *grau de parentesco com o falecido*, foi realizada uma ANOVA *one-way*. Todos os grupos (grupo 1: pais; grupo 2: irmãos; grupo 3: avós e bisavós; grupo 4: tios e primos; grupo 5: familiares por afinidade) cumpriam os pressupostos necessários, verificados pelo teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(9)_{grupo1}$ = 0,172; p = 0,200; $KS(6)_{grupo2}$ = 0,285; p = 0,139; $KS(13)_{grupo3}$ = 0,122; p = 0,200; $KS(15)_{grupo4}$ = 0,151; p = 0,200; $KS(12)_{grupo5}$ = 0,183; p = 0,200) e pelo teste de Levene (F (4,50) = 0,892; p = 0,475). Concluiu-se que as diferenças observadas entre as médias dos grupos não são estatisticamente significativas (F (4,50) = 0,578; p = 0,680).

Relativamente à percepção da qualidade de vida familiar pelos adultos

enlutados[9], por vezes os diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *género*, *faixa etária*, *local de residência*, *nível sócio-económico*, *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*, não apresentam distribuições normais, contudo, tal como referido anteriormente, aplicaram-se testes paramétricos, pois todas as variâncias são homogéneas: *género* e *faixa etária*: F (12,58) = 1,902; p = 0,053; *local de residência* e *nível sócio--económico*: F (7,63) = 0,409; p = 0,893; *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*: F (13,57) = 1,281; p = 0,252.

Verificou-se que não estão presentes efeitos significativos das variáveis nos valores totais de qualidade de vida percebida: *género* (F (1,58) = 0,173; p = 0,679), *faixa etária* (F (6,58) = 1,131; p = 0,356), *local de residência* (F (2,63) = 2,334; p = 0,105), *nível sócio-económico* (F (2,63) = 0,756; p = 0,474), *estado civil* (F (4,57) = 1,236; p = 0,306), e *etapa do ciclo vital da família* (F (5,57) = 2,111; p = 0,077).

Também não estão presentes interacções significativas entre os factores: *género*faixa etária* (F (5,58) = 0,112; p = 0,989), *local de residência*nível sócio-económico* (F (3,63) = 0,688; p = 0,563), e *estado civil*etapa do ciclo vital da família* (F (4,57) = 1,119; p = 0,357).

Relativamente às variáveis *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*, o pressuposto da normalidade das distribuições não foi confirmado, tal como o da homogeneidade das variâncias, avaliado com o teste de Levene (F (7,62) = 2,456; p = 0,027), pelo que se realizou uma ANOVA factorial não paramétrica. Como o *SPSS 15.0* não tem um menu com este procedimento instalado, foi necessário proceder à ordenação das observações da variável dependente (valor total de qualidade de vida percebida), criando-se uma nova variável. De seguida, utilizou-se essa variável para realizar uma ANOVA factorial (Maroco, 2007). Podemos concluir que não existem efeitos principais dos factores: *doenças crónicas* (F (1,62) = 2,527; p = 0,117), *acidentes* (F (1,62) = 1,525; p = 0,222) e *divórcios* (F (1,62) = 0,569; p = 0,453). Quanto às interacções, está apenas presente uma interacção entre os factores *doenças crónicas* e *divórcios*, cuja dimensão do efeito é média (F (1,62) = 4,646; p = 0,035; $\eta^2 p$ = 0,070; potência = 0,564) (Maroco, 2007). Contudo, tem que se ter cuidado ao interpretar os resultados, uma vez que esta análise estatística apresenta elevadas probabilidades de erros de tipo I (Shah & Madden, 2004, cit. *in* Maroco, 2007). Como o *SPSS 15.0* não permite seleccionar os grupos definidos pela interacção dos factores para realizar os testes *post-hoc*, teve que se proceder à criação de outra variável, cujos quatro níveis correspondem à interacção dos factores *doenças crónicas* e *divórcios*. Após se verificarem os pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias, procedeu-se à realização de uma ANOVA *one-way*, seguida do teste *post-hoc* de Tukey, que revelou não estarem presentes diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos.

Quanto ao factor *religião*, foi realizado um teste *t*-Student para amostras independentes. Ambos os grupos (grupo 1: não pertença a nenhum grupo religioso; grupo 2: católicos) respeitavam os pressupostos da normalidade das distribuições ($KS(16)_{grupo1}$ = 0,143; p = 0,200; $KS(55)_{grupo2}$

[9] Consultar tabelas no Anexo 9.

= 0,075; p = 0,200) e da homogeneidade das variâncias (F (1,69) = 0,002; p = 0,962). Os resultados indicam que as diferenças observadas entre as médias dos grupos não se revestem de significância estatística (t(69) = 1,100; p = 0,275).

No que respeita ao factor *relação com o falecido*, verificou-se a normalidade das distribuições dos grupos (grupo 1: amigos; grupo 2: parente) através do teste Kolgomorov-Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(12)_{grupo1}$ = 0,102; p = 0,200; $KS(54)_{grupo2}$ = 0,077; p = 0,200), e a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene (F (1,64) = 0,376; p = 0,542). Os resultados do teste t-Student para amostras independentes indicam que as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (t(64) = 1,661 p = 0,102).

Por fim, relativamente ao factor *grau de parentesco com o falecido*, foi realizada uma ANOVA *one-way*. A normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias nos grupos (grupo 1: pais; grupo 2: irmãos; grupo 3: avós e bisavós; grupo 4: tios e primos; grupo 5: familiares por afinidade) foi confirmada, respectivamente, pelo teste de Kolgomorov--Smirnov com correcção de Lilliefords ($KS(9)_{grupo1}$ = 0,146; p = 0,200; $KS(6)_{grupo2}$ = 0,209; p = 0,200; $KS(10)_{grupo3}$ = 0,128; p = 0,200; $KS(15)_{grupo4}$ = 0,134; p = 0,200; $KS(12)_{grupo5}$ = 0,215; p = 0,133) e pelo teste de Levene (F (4,47) = 2,181; p = 0,086). De acordo com os resultados, as diferenças observadas entre as médias dos grupos não são estatisticamente significativas (F(4,47) = 0,598; p = 0,666).

V – Discussão

Apesar deste estudo ter um carácter exploratório, esperávamos que os resultados fossem numa certa direcção, nomeadamente, que existisse uma maior utilização de estratégias de *coping* familiares e uma percepção inferior da qualidade de vida familiar pelos sujeitos que referiram ter experienciado a morte de alguém significativo no último ano. Contudo, os dados não foram neste sentido, deixando-se a ressalva que a amostra não é representativa da população, uma vez que não é muito grande (principalmente no que respeita aos adolescentes), e que não foi recolhida aleatoriamente. Mas, se tivermos em conta as diversas investigações referidas anteriormente, podemos verificar que, por vezes, os estudos relacionados com a perda apresentam resultados divergentes ou até contrários ao esperado, por exemplo, os que estudaram o papel do suporte social e da religião durante o luto e a relação entre o evitamento do luto e a adaptação à perda. Em suma, talvez o nosso estudo não tenha chegado a conclusões improváveis, tal como podemos ver seguidamente.

Relativamente ao primeiro objectivo, verificou-se que a avaliação do *stress*, qualidade de vida e adaptação às dificuldades pela família, pelo sujeito respondente, não assumia diferenças estatisticamente significativas consoante a existência ou não da morte de alguém significativo no último ano. No que concerne ao *stress*, esperava-se que os sujeitos que passaram por uma perda indicassem a existência de mais *stress* na família, uma vez que a morte implica um grande reajustamento, causa diversas perturbações e

é uma das experiências de vida mais *stressantes* (e.g. Bonanno & Field, 2001; Brown, 1995; Monat & Lazarus, 1985; Park, 2004; Rebelo, 2004; Walsh & McGoldrick, 1998a). Ora, apesar de os sujeitos enlutados indicarem a existência de mais *stress* familiar, esse resultado não se reveste de significância estatística, o que talvez possa ser percebido se considerarmos que existem variadíssimos factores que têm influência no impacto da perda, tanto ao nível individual (e.g. características de personalidade), familiar (e.g. coesão) e social (e.g. crenças), como no que toca às circunstâncias da perda (e.g. tipo de morte), possibilitando a adaptação à mesma (e.g. Bonanno, Papa, Lalande, Zhang, & Noll, 2005; Canavarro, 2004; Robinson & Marwit, 2006; Shear & Shair, 2005; Walsh & McGoldrick, 1998b). Assim, podemos colocar a hipótese que existe um conjunto de factores protectores nos sujeitos (e.g. características de personalidade, estratégias de *coping*, etc.), e/ou que já existiu uma adaptação à perda, o que não os leva a ver o nível de *stress* da família como muito elevado. Quanto à qualidade de vida familiar, avaliada pelo sujeito respondente, os resultados vão ser discutidos mais abaixo, quando se discutirem os resultados relativos ao QOL (Olson & Barnes, 1982). Em relação à avaliação da adaptação às dificuldades pela família, os sujeitos enlutados indicam uma pior adaptação, embora esse resultado não seja significativo. Como defendem alguns autores, as crises de vida podem trazer ganhos e benefícios, tornando as famílias mais resilientes (e.g. Caplan, 1974, cit. *in* Nelson, 1982; McGoldrick, 1998b; Shapiro, 2002; Shuchter, 1986, cit. *in* Marrone, 1999; Walsh & McGoldrick, 1998b). Desta forma, os sujeitos enlutados podem considerar que a família ficou mais forte e preparada para enfrentar as adversidades, não percepcionando como muito má a sua adaptação às dificuldades. Além disso, tem de ser considerar, mais uma vez, os factores de protecção individuais, as características próprias de cada família, o contexto social e as circunstâncias da morte, que podem influenciar este resultado.

O segundo objectivo pretendia verificar se um elevado nível de *stress* na família se relacionava com baixos níveis de *coping*. Os resultados corroboram esta relação nos sujeitos que referiram ter experienciado a morte de alguém significativo, mas não nos sujeitos que não sofreram esta perda, talvez por estes não terem necessidade de accionar as estratégias de *coping*. Assim, quando os sujeitos enlutados apresentam uma maior utilização de estratégias de *coping*, menos provável é avaliarem o *stress* da família como muitíssimo. Este resultado vem de encontro à teoria cognitiva do *stress*, que defende que o *stress* é maior quanto mais exceder as capacidades de *coping* do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984, cit. *in* Stroebe & Schut, 1999; Monat & Lazarus, 1985; Serra, 1999).

O terceiro objectivo centrava-se nas estratégias de *coping* familiares. Os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de sujeitos nem nos valores totais de *coping*, nem nos factores do F-COPES (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981), nem na utilização de estratégias de *coping* internas e externas, o que vai de encontro à maioria dos resultados encontrados por Lopes (2008), já referidos anteriormente. No que respeita aos valores totais de *coping*, podemo-nos

questionar se este resultado se pode atribuir às semelhanças entre os dois grupos relativamente às variáveis sócio-demográficas e à própria cultura portuguesa, uma vez que os resultados indicam que a perda não tem impacto na utilização de mais ou menos estratégias de *coping*. Além disso, a morte pode não ameaçar a concretização de objectivos considerados importantes pelos sujeitos (Olson et al., 1983), o que pode não conduzir a um aumento na utilização de estratégias de *coping*. Por exemplo, se a morte era esperada, sendo resultante de uma doença crónica, houve um tempo para a família se mentalizar acerca da perda e até pode ter existido algum "alívio" pela extinção da prestação de cuidados (Rolland, 1998), o que não levaria a um aumento das estratégias de *coping*. Contudo, como não conhecemos as causas das mortes referidas pelos sujeitos, podemos apenas colocar hipóteses.

Relativamente aos factores do F-COPES (McCubbin, Olson, & Larsen, 1981), existem diferenças entre os grupos na utilização das estratégias de *coping*, apesar de não se revestirem de significância estatística. Os sujeitos enlutados apresentam uma maior utilização das estratégias *reenquadramento*, *apoio social nas relações íntimas* e *avaliação passiva*, e uma menor utilização das estratégias *apoio espiritual*, *apoio social nas relações de vizinhança*, *apoio formal* e *atitude passiva*, em comparação com os sujeitos que não experienciaram a perda de alguém significativo no último ano. Quanto ao *reenquadramento*, como consiste na capacidade de redefinir os acontecimentos *stressantes* de forma a torná-los mais controláveis (Olson, 1983, 1985), compreende-se que seja uma estratégia mais utilizada pelos sujeitos enlutados, pois como a morte é um dos acontecimentos que causa mais *stress* nos indivíduos e é inalterável, a sua redefinição pode torná-la mais controlável. Além disso, pensamos que o *reenquadramento* se pode ligar à atribuição de significado que, segundo vários autores, é bastante importante na adaptação à perda (e.g. Neimeyer, 2005, cit. *in* Neimeyer et al., 2006; Neimeyer et al., 2006). Perante a morte, as famílias tendem a fechar-se sobre si mesmas, realizando movimentos centrípetos, numa primeira fase, para depois reinvestirem noutras relações (McGoldrick, 1998a; Walsh & McGoldrick, 1998b). Ora, os resultados nos factores *apoio social nas relações íntimas*, *apoio social nas relações de vizinhança* e *apoio formal* podem reflectir a tendência para a família se centrar mais nos seus membros e nos amigos íntimos, não incluindo outros elementos. No que respeita às diferenças entre a *avaliação passiva* e a *atitude passiva*, pensamos que se devem ao acaso, uma vez que ambas se ligam entre si: a primeira consiste em aceitar as circunstâncias, enquanto que a segunda consiste numa menor reactividade (Olson, 1983, 1985). Por outro lado, entendemos que as famílias enlutadas recorram à *avaliação passiva*, pois a morte é imutável. Finalmente, no que toca ao *apoio espiritual*, o resultado inferior ao dos sujeitos não enlutados pode explicar-se por a morte provocar transformações psicoespirituais (e.g. Marrone, 1997, 1998, cit. *in* Marrone, 1999). Assim, é possível que a família recorresse à religião mas, após a morte, pode não ter encontrado nas crenças religiosas um significado para a perda, desiludindo-se, questionando as suas crenças e deixando de procurar apoio espiritual. É de sublinhar que Kausar e Munir (2004)

encontraram um resultado semelhante: adolescentes órfãos de pai ou mãe utilizavam menos estratégias de *coping* religiosas do que adolescentes cujos pais estavam vivos.

No que respeita às estratégias de *coping* internas e externas, comparando com os sujeitos que não experienciaram a perda de alguém significativo, os sujeitos enlutados utilizam mais as estratégias internas (recursos que a família possui) e menos as externas (recursos obtidos fora da família), apesar de essas diferenças não serem significativas, o que vai de encontro ao que dissemos acima: as famílias onde ocorreram mortes fecham--se sobre si, num movimento centrípeto, logo recorrem aos seus próprios recursos para lidar com a perda.

Em relação à qualidade de vida familiar percebida, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nem na pergunta do questionário sócio-demográfico nem nos valores totais do QOL (Olson & Barnes, 1982). No entanto, os adultos e os adolescentes que não relataram a perda de alguém significativo apresentam resultados inferiores, contrariamente ao esperado. Talvez este resultado possa ser entendido tendo em conta diversos aspectos. Em primeiro lugar, se analisarmos o grau de parentesco com o falecido, verificamos que nenhum dos sujeitos enlutados perdeu um filho ou o cônjuge, que são consideradas as mortes mais difíceis de ultrapassar (e.g. Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998). No que concerne aos sujeitos que perderam os pais, verificamos que todos já tinham constituído a sua própria família, tendo o sujeito mais novo 27 anos e o mais velho 61. O mesmo acontece com os sujeitos que perderam um irmão. Podemos inferir que a criação da sua própria família nuclear (que traz desafios próprios e um maior afastamento da família alargada), e que a idade dos sujeitos contribui para um menor impacto na qualidade de vida percebida, uma vez que sujeitos mais novos são considerados mais vulneráveis à perda (Archer, 1999, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Hansson & Stroebe, 2006, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). Além disso, as investigações demonstram que os filhos estão preparados para aceitar a morte dos pais idosos (Lewis, 1976, cit. *in* McGoldrick & Walsh, 1998). Apesar de serem considerados mais vulneráveis, metade dos adolescentes da nossa amostra sofreram a perda de um amigo ou colega, tendo os outros sofrido a perda dos avós, que, normalmente, não se apresentam como mortes tão difíceis de ultrapassar como a dos pais, por exemplo, pelo que se pode entender que não apresentem um valor inferior de qualidade de vida familiar percebida comparativamente aos adolescentes não enlutados. Por outro lado, temos novamente de considerar que os sujeitos podem ter características pessoais que lhes permitam lidar melhor com a perda, que pode ter havido uma melhor aceitação da perda devido às próprias características que rodearam a morte, à realização das tarefas adaptativas pela família, a um bom apoio familiar e social e à relação com o falecido (e.g. boa, má, etc.), e que a morte pode ter sido um "alívio" para a família (e.g. no caso de doença crónica) (e.g. McGoldrick, 1998a; McGoldrick, 1998b; Park, 2004; Rolland, 1998; Walsh & McGoldrick, 1998b). Por fim, a proximidade da morte pode ter tido consequências positivas, tal como foi referido anteriormente (e.g. Folkman & Moskowitz,

2004), levando os sujeitos a valorizar mais a vida e tudo aquilo que possuem.

No que concerne aos factores do QOL (versão parental) (Olson & Barnes, 1982), apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no factor *filhos*, com os sujeitos enlutados a indicarem uma maior satisfação. Ora, perante uma experiência difícil como a morte, em que a família realiza movimentos centrípetos, podemos inferir que os filhos são uma boa fonte de suporte para os pais. Talvez o mesmo se verifique em relação aos outros elementos da família, pois os sujeitos enlutados indicam uma maior satisfação no factor *família e conjugalidade*, apesar do resultado não se revestir de significância estatística. Por outro lado, perante uma experiência tão dolorosa, aspectos do quotidiano que pudessem diminuir a percepção da qualidade de vida familiar relativamente a estes factores (e.g. discussões), podem tornar-se insignificantes, o que não acontece nos sujeitos que não experienciaram uma perda. Quanto aos factores *bem-estar financeiro*, *tempo*, *vizinhança e comunidade*, *casa*, *mass media*, *emprego*, *religião* e *educação*, a não existência de diferenças estatisticamente significativas pode relacionar-se com o facto de ambos os grupos serem muito semelhantes no que toca às variáveis sócio-demográficas, ou seja, a idade, o género, o nível sócio-económico, as habilitações literárias, podem levar a que a percepção dos sujeitos relativamente à sua qualidade de vida seja semelhante. Ao nível das *relações sociais e saúde*, a não significância dos resultados (ao invés de um resultado inferior significativo dos sujeitos enlutados) pode transmitir que os amigos e a família alargada souberam dar o apoio necessário após a perda e que esta não trouxe consequências negativas para a saúde, como é defendido por vários autores (Bonanno, Moskowitz, Papa, & Folkman, 2005; Freeman & Ward, 1998; McGoldrick & Walsh, 1998; Shear & Shair, 2005; Stroebe et al., 1985; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007), o que vai de encontro a Park (2004), que verificou que a resolução da perda pode incrementar a saúde.

Quanto aos factores do QOL (versão para adolescentes) (Olson & Barnes, 1982), as diferenças entre os grupos não se revestem de significância estatística, o que se pode entender tendo em conta que o grupo de adolescentes é muito homogéneo no que respeita às variáveis sócio--demográficas. Além disso, as problemáticas que enfrentam nesta fase da vida são muitas vezes semelhantes, tal como os seus gostos e atitudes. Contudo, é de salientar que os adolescentes enlutados têm apenas resultados superiores nos factores *vida familiar*, *membros da família* e *saúde*. Nos dois primeiros casos, pode-se inferir que, ao contrário dos resultados de Domingos e Maluf (2003), a família tenha sido uma boa fonte de suporte perante a adaptação à perda. Quanto à saúde, talvez se verifiquem os resultados encontrados por Park (2004), já referidos acima.

Por fim, vamos agora debruçar-nos sobre as diferenças entre os sujeitos adultos que experienciaram a perda de alguém significativo no último ano, segundo as variáveis sócio-demográficas. Quanto ao *género* e *idade*, não se verificou que influenciassem nem o valor total de *coping* nem a qualidade de vida percebida, cada factor por si só ou a sua interacção. A relação entre o *género* e o *coping* aqui presente já tinha sido encontrada por

Feeley e Gottlieb (1988) e Murphy, Jonhson e Weber (2002) (em pais que perderam um filho), e por Nabais (2007) (na população clínica), que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à *idade*, não conhecemos outros estudos que tenham analisado o seu impacto na utilização de mais ou menos estratégias de *coping*, pelo que nos resta concluir que, apesar das idiossincrasias de cada um, perante a morte são activadas estratégias de *coping* semelhantes. Quanto à relação entre *género* e qualidade de vida percebida, verificou-se que os homens pontuam mais alto que as mulheres (apesar de não ser um resultado significativo), o que também foi encontrado por Olson et al. (1983) e Nabais (2007), apesar de alguns autores indicarem que os homens se adaptam pior à perda (e.g. Agerbo, 2005, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). No que respeita à idade, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, contrariamente a Nabais (2007), que verificou que as mulheres mais velhas se mostravam menos satisfeitas do que as mais novas, e aos autores que defendem que os sujeitos mais novos são mais vulneráveis à perda (Archer, 1999, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Hansson & Stroebe, 2006, cit. *in* Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007), podendo isso traduzir-se numa pior qualidade de vida percebida. Contudo, estes resultados corroboram o estudo de Neto (1999, cit. *in* Oliveira, 2005), segundo o qual os níveis de satisfação com a qualidade de vida nos sujeitos mais velhos não apresentam valores inferiores aos dos mais jovens.

Relativamente ao *local de residência* e ao *nível sócio-económico*, não se encontraram efeitos significativos, nem dos factores nem da sua interacção, no *coping* e na percepção da qualidade de vida familiar. Apesar disso, quando o *local de residência* é medianamente urbano, verifica-se uma maior qualidade de vida (talvez devido a um elevado número de recursos disponíveis, simultaneamente a uma vida com menos *stress*), embora também se verifique uma maior utilização de estratégias de *coping*. Por sua vez, à medida que o *nível sócio-económico* aumenta, o valor total de *coping* é inferior e a qualidade de vida percebida aumenta, o que é esperado tendo em conta que a existência de recursos económicos possibilita menos dificuldades (a um nível geral), uma menor preocupação com a situação financeira em situações de crise e a utilização de menos estratégias de resolução de problemas.

Em relação ao *estado civil*, verificou-se um efeito significativo no valor total de *coping*, com os divorciados a relatarem a utilização de mais estratégias de resolução de problemas. Apesar de não termos nenhum estudo em que nos fundamentar, podemos inferir que os divorciados têm desafios próprios que lhe são colocados, nomeadamente a discussão de aspectos relacionados com os filhos com o ex-cônjuge (uma vez que todos os divorciados da nossa amostra têm filhos), estando ainda presente um factor de *stress* adicional – a morte de um ente querido. Além disso, estes sujeitos podem ter características pessoais que os levem a adoptar um papel activo na resolução de problemas, adoptando várias estratégias de *coping*. Por outro lado, não se verificou que esta variável tivesse um impacto significativo na qualidade de vida familiar percebida. No que concerne à *etapa do ciclo vital da família*, não se verificaram diferenças entre as várias etapas tanto no que

concerne ao *coping* quanto à percepção da qualidade de vida familiar, indo de encontro aos resultados obtidos por Vilaça (2007), numa população clínica. Assim, como em todas as etapas existem objectivos a atingir e gratificações a diversos níveis, podemos inferir que, no geral, não há nenhuma etapa em que se torne especialmente difícil lidar com a morte de alguém significativo, apesar de alguns autores defenderem que existem certas perdas que trazem mais consequências em determinadas etapas (e.g. Brown, 1995; McGoldrick & Walsh, 1998).

No que concerne às variáveis *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*, verificou-se que os sujeitos não utilizam mais ou menos estratégias de *coping* consoante a ocorrência de um ou mais destes eventos. Uma vez que a morte já é um evento que implica um grande reajustamento, pode-se inferir que acontecimentos que, provavelmente, causam menos *stress*, não conduzem a uma maior utilização de estratégias de *coping*, uma vez que elas já se encontram activadas. Quanto à percepção da qualidade de vida familiar, estes factores por si só não têm impacto sobre a mesma. Contudo, a interacção entre os factores *doenças crónicas* e *divórcios*, traduz-se num valor inferior de qualidade de vida, o que está de acordo com os autores que defendem que factores causadores de *stress* concomitantes podem sobrecarregar a família (Walsh & McGoldrick, 1998b), uma vez que implicam um maior reajustamento.

Quanto à variável *religião*, não se verifica um efeito principal nos valores totais de *coping* e qualidade de vida familiar percebida. Contudo, no que respeita ao *coping*, os sujeitos católicos apresentam uma maior utilização de estratégias relativamente aos sujeitos que não professam nenhuma religião, o que vai de encontro aos autores que atribuem um papel importante à religião no processo de *coping* (Folkman & Moskowitz, 2004; Park & Cohen, 1993). Por sua vez, os sujeitos católicos revelam uma percepção inferior da qualidade de vida familiar. Apesar de vários autores considerarem que as crenças religiosas ajudam na adaptação à perda (e.g. Feher & Maly, 1999, cit. *in* Becker et al., 2007), o que possibilita uma melhoria na qualidade de vida, outros consideram que a perda pode despoletar o questionamento das crenças religiosas e a descrença (e.g. Marrone, 1997, 1998, cit. *in* Marrone, 1999), e que as crenças religiosas podem contribuir para uma pior adaptação à perda (e.g. Johnston, Outlaw, Bernardo, & Roy, 1999, cit. *in* Becker et al., 2007). Talvez os resultados, apesar de não significativos, reflictam esta tendência.

Por fim, também não encontrámos diferenças estatisticamente significativas na percepção das estratégias de *coping* e da qualidade de vida familiares, em função da *relação* e do *grau de parentesco* com o falecido, contrariamente ao defendido por vários autores (Brown, 1995; McGoldrick et al., 1998; Rijo, 2004; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Wing et al., 2001). Contudo, o valor total de *coping* apresenta-se mais baixo perante a morte de um amigo do que de um parente, pelo que podemos inferir que a morte de um parente implica um maior reajustamento, uma vez que tem mais interferência ao nível familiar, conduzindo a uma maior utilização de estratégias de resolução de problemas. Também os resultados em relação à qualidade de vida vão neste sentido, uma vez que perante a morte de um

familiar a qualidade de vida percebida é inferior. No que se refere ao *grau de parentesco*, está presente uma maior utilização de estratégias de *coping* perante a morte dos pais, pelo que podemos supor que, apesar de na nossa amostra os sujeitos que sofreram esta perda já terem constituído a sua própria família nuclear, os pais ainda poderiam ser fontes de suporte a vários níveis (e.g. emocional, instrumental, etc.), pelo que a sua morte conduziu a défices. Quanto à qualidade de vida, está presente um valor inferior perante a morte de familiares por afinidade, o que não corresponde ao esperado. Tal como já referimos, podemos presumir que existe aqui uma influência de vários factores, tanto pessoais, como familiares e sociais. Assim, é possível que a morte de outros familiares tenha sido um alívio para a família, ao contrário da morte de familiares por afinidade, que a relação com estes familiares fosse melhor do que com outros, que a circunstância destas mortes provocasse mais impacto e não trouxesse consequências positivas, etc.

Podemos concluir que, perante um evento *stressante* como a morte, os sujeitos enlutados utilizam estratégias de *coping* familiares semelhantes e percepcionam uma qualidade de vida familiar semelhante, não sendo estas, na maior parte das vezes, influenciadas pelas variáveis referidas.

VI – Conclusões

Este estudo pretendia verificar se a percepção das estratégias de *coping* familiares e da qualidade de vida familiar era diferente em função da morte de uma pessoa significativa (parente, amigo, colega ou namorado) no último ano. Este problema colocou-se após verificarmos que a ficha de dados complementares incluía uma pergunta acerca da ocorrência ou não da morte de alguém significativo no último ano. Além disso, sentíamos uma enorme curiosidade acerca deste tema, ainda mais porque não é muito abordado durante o Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Consideramo-nos também incluídos na reflexão de Shneidman (1985), segundo o qual a atitude das pessoas perante a morte é ambivalente, caracterizando-se por atracção e receio.

No que concerne aos resultados obtidos através desta amostra, na sua maioria, indicam que a ocorrência da morte de alguém significativo no último ano não se traduz num efeito significativo ao nível das estratégias de *coping* familiares e da percepção da qualidade de vida e *stress* familiar, o que vai de encontro a Eisenstad (1978, cit. *in* Coleman, 1998): não é a perda em si, mas o modo como cada um reage perante ela que causa impacto. Após se analisarem os diversos resultados, pode-se pensar que eles serão influenciados por diversos factores: características próprias de cada indivíduo e família, apoio social, existência de adaptação à perda, relação com o falecido, circunstâncias da morte e consequências positivas da perda.

Pôde-se também constatar que o nível de *stress* percepcionado pela família é superior quanto menos estratégias de *coping* se utilizam.

Especificamente em relação aos sujeitos adultos enlutados, verificou-se que apenas existe influência da variável *estado civil* no valor total de *coping* e da interacção *doenças crónicas – divórcios* na qualidade de vida

familiar, ou seja, na sua maioria os resultados indicam que perante a morte são activadas estratégias de *coping* familiares semelhantes e que a percepção da qualidade de vida familiar também é semelhante, independentemente de outras variáveis. Contudo, o efeito da interacção *doenças crónicas – divórcios* na qualidade de vida percebida demonstra que factores de *stress* concomitantes têm um impacto considerável na qualidade de vida percebida.

Estes resultados têm de ser interpretados com precaução, uma vez que ao longo da realização deste trabalho de investigação nos fomos deparando com várias limitações. Uma das primeiras limitações encontradas foi a dificuldade em encontrar bibliografia, tanto portuguesa como estrangeira, que se centrasse em concreto no tipo de estudo que íamos realizar, uma vez que a investigação acerca do impacto da morte no sistema familiar ainda não é muito predominante, o que limitou a construção de hipóteses e a justificação dos resultados obtidos.

Outra limitação, talvez esta a mais importante, diz respeito à amostra. O facto de ser pequena (nomeadamente no que concerne aos adolescentes e adultos enlutados), e não probabilística limita a generalização dos resultados à população, uma vez que apresentam pouca validade externa. Além disso, o facto da amostra ser pequena limitou as análises estatísticas que poderiam ter sido feitas, por exemplo, no que concerne ao grau de parentesco com o falecido. Outro aspecto importante é o facto de os instrumentos apenas obterem informação de um elemento da família, pelo que apenas nos é dada a conhecer uma visão de entre várias possíveis.

Por outro lado, o facto de o estudo ser experimental natural fez com que o grupo de controlo não fosse retirado aleatoriamente do grupo inicial, sendo escolhido apenas pela ausência de uma perda, o que compromete em parte a validade interna. Esta também pode ter sido comprometida pelo estilo de resposta dos sujeitos pois, apesar de ser garantida a confidencialidade e o anonimato dos resultados, existe sempre o risco da falsificação das respostas.

Relativamente aos instrumentos, é de sublinhar que a validação do *Qualidade de vida – versão para adolescentes* (Olson & Barnes, 1982), ainda não foi realizada, pelo que se seguiu a estrutura factorial encontrada pelos autores da escala, que pode não ser a mais adequada para a população portuguesa. Ainda relacionado com os instrumentos, poderia ter sido importante incluir no protocolo um questionário que se centrasse especificamente nos aspectos relacionados com a perda, nomeadamente: tempo exacto decorrido após a morte, circunstâncias da morte (e.g. causa, idade do falecido, etc.), relação com o falecido (e.g. próxima, distante, boa, má, etc.), apoio dado pela rede familiar, social e formal, existência de outros factores de *stress* concomitantes aquando da perda, fase do processo de luto e crenças religiosas. Estas questões iam-nos permitir reflectir sobre alguns dados.

Contudo, apesar destas limitações, pensamos que o estudo continua a ter relevância, uma vez que nos permite conhecer um pouco mais acerca da realidade da morte e levanta questões para investigações futuras. Ora, desta forma, estudos futuros poderiam tentar superar as limitações existentes recorrendo, por exemplo, a uma amostra maior e à integração de um questionário com questões relacionadas com a perda. Por outro lado,

também poderiam analisar a relação entre o *coping* e qualidade de vida familiares e outras variáveis, o que obviamente conduziria à integração de outros instrumentos no protocolo. Por exemplo, poderiam correlacionar os resultados das escalas totais com resultados de intensidade do luto, atitudes e crenças perante a morte, características de personalidade, entre outros, o que permitiria verificar se existem factores protectores, tal como hipotetizámos.

Em suma, temos esperança que este estudo suscite a curiosidade de outros investigadores para o tema, contribuindo para o aumento da investigação na área e levando a um maior conhecimento acerca do impacto da morte na família.

Bibliografia

Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review, 3*, 529-550. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de PsycARTICLES database.

Azevedo, O. C. R. (2007). *Configurações estruturais da família e coping familiar*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., Lutterbach, J., Momm, F., Gysels, M., et al. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine, 21*, 207-217. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de SAGE JOURNALS Online.

Bonanno, G. A., & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist, 44*, 798-816. Retirado em 12 de Março de 2008 através de SAGE JOURNALS Online.

Bonanno, G. A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 126-137. Retirado em 12 de Março de 2008 através de PsycARTICLES database.

Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal--autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality & Social Psychology, 69*, 975-989. Retirado em 12 de Março de 2008 através de Ovid MEDLINE database.

Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality & Social Psychology, 88*, 827-843. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de PsycARTICLES database.

Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Zhang, N., & Noll, J. G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: A prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 86-98. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através

de PsycARTICLES database.

Bonanno, G. A., Znoj, H., Siddique, H. I., & Horowitz, M. J. (1999). Verbal--autonomic dissociation and adaptation to midlife conjugal loss: A follow-up at 25 months. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 605-624. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de Journals@Ovid Full Text database.

Boss, P. (1998). A perda ambígua. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 187-198). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Bowen, M. (1998). A reacção da família à morte. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 105-117). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. London: The Hogarth Press.

Brown, F. H. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. *In* B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), [As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar] (2ª ed.) (pp. 393-414). (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, Brasil: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1989)

Byng-Hall, J. (1998). Os roteiros familiares e a perda. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 153-165). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Canavarro, M. C. (2004). Vinculação, perda e luto: Implicações clínicas. *Psychologica, 35*, 35-47.

Cleiren, M. (1999). Guest editorial: The complexity and simplicity of grief. *Mortality, 4*, 109-110. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Coifman, K. G., Bonanno, G. A., Ray, R. D., & Gross, J. J. (2007). Does repressive coping promote resilience? Affective-autonomic response discrepancy during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 745-758. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de Ovid MEDLINE database.

Coleman, S. B. (1998). Padrões intergeracionais de perda traumática: Morte e desespero em famílias de drogadictos. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 282-294). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 699-706. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de Whiley Interscience.

Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (1998). *Tipologia de áreas urbanas*. Retirado em 12 de Dezembro de 2007 através de http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SineClass_Vers.aspx

Domingos, B., & Maluf, M. R. (2003). Experiências de perda e de luto em

escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 16*, 577-589. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de SciELO database.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment, 6*, 50-60. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de PsycARTICLES database.

Feeley, N., & Gottlieb, L. N. (1988). Parents, coping and communication following their infant's death [Abstract]. *Omega: Journal of Death and Dying, 19*(1), 51-67. (ERIC Document Reproduction Service No. EJ379631)

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine, 45*(8), 1207-1221. Retirado em 12 de Março de 2008 através de PsycINFO database.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de PsycARTICLES database.

Freeman, S. J., & Ward, S. (1998). Death and bereavement: What counselors should know. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 216-226. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(2), 389-385. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de PsycARTICLES database.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação nacional de profissões*. Retirado em 12 de Dezembro de 2007 através de http://metaweb.ine.pt/sine/anexos/pdf/V00004cnp1994-Introducao.pdf

Imber-Black, E. (1998). Os rituais e o processo de elaboração. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 229-245). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Janeiro, C. (2007). *Relação entre hipertensão e qualidade de vida, stress e coping familiares: um estudo exploratório com uma amostra de serviços de saúde de Coimbra*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Kausar, R., & Munir, R. (2004). Pakistani adolescents' coping with stress: Effect of loss of a parent and gender of adolescents. *Journal of Adolescence, 27*, 599-610. Retirado em 12 de Março de 2008 através de Science Direct database.

Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006) *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.

Lopes, C. (2002). *Citações e referências bibliográficas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (Texto policopiado)

Lopes, M. L. (2008). *Luto parental: Qualidade de vida, stress e coping face à crise. Um estudo exploratório*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Marcu, O. (2007). Meaning making and coping: Making sense of death.

Cognition, Brain, Behavior, 9(2), 397-416. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Marrone, R. (1999). Dying, mourning, and spirituality: A psychological perspective. *Death Studies, 23*, 495-519. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Martins, C. F. (2008). *F-COPES: Estudo de validação para a população portuguesa*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

McCubbin, M. A. (1995). The typology model of adjustment and adaptation: A family stress model. *Guidance & Counseling, 10*(4), 31-37. (ERIC Document Reproduction Service No. RI89002001)

McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (2001). *Family measures: Stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice*. Hawaii: Kamehameha Schools.

McGoldrick, M. (1998a). Ecos do passado: Ajudando as famílias a fazerem o luto de suas perdas. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 76-104). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

McGoldrick, M. (1998b). O legado da perda. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 129-154). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

McGoldrick, M., Almeida, R., Hines, P. M., Rosen, E., Garcia-Preto, N., & Lee, E. (1998). O luto em diferentes culturas. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 199-228). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

McGoldrick, M., & Walsh, F. (1998). Um tempo para chorar: A morte e o ciclo de vida familiar. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 56-75). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Monat, A., & Lazarus, R. (1985). Introduction. Stress and coping – Some current issues and controversies. In A. Monat, & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (2ª ed.) (pp. 1-12). New York: Columbia University Press.

Murphy, S. A., Chung, I., & Johnson, L. C. (2002) Patterns of mental distress following the violent death of a child and predictors of change over time. *Research in Nursing & Health, 25*, 425-437. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de Ovid MEDLINE database.

Murphy, S. A , Johnson, L. C., & Weber, N. A. (2002). Coping strategies following a child's violent death: How parents differ in their responses [Abstract]. *Omega: Journal of Death and Dying, 45*, 99-118. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de PsycINFO database.

Murray, J. A., & Terry, D. J. (1999). Parental reactions to infant death: The

effects of resources and coping strategies. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(3), 341-369. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de PsycINFO database.

Nabais, A. F. G. (2007). *Diferenças de género na percepção do stress, coping e qualidade de vida familiares*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies, 30*, 715-738. Retirado em 12 de Março de 2008 através de Taylor & Francis Group database.

Nelson, G. (1982). Coping with the loss of father: Family reaction to death or divorce. *Journal of Family Issues, 3*, 41-60. Retirado em 12 de Março de 2008 através de SAGE JOURNALS Online.

Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.

Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families: What makes them work*. Beverly Hills: Sage Publishing.

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

Paredes, T. F. C. (2006). *Qualidade de vida e doença oncológica. Validação da versão em português de Portugal do WHOQOL-100 em doentes com patologia tumoral do aparelho locomotor*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Park, C. (2004). Previous life stressors and coping with a current stressor. *The Gerontologist, 44*, 139. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Park, C. L., & Cohen, L. H. (1992). Personal responsibility versus God's will: Religious and non-religious attributions for the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research, 17,* 561-577. (ERIC Document Reproduction Service No. ED348582)

Park, C. L., & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend [Abstract]. *Cognitive Therapy and Research, 17,* 561-577. Retirado em 12 de Março de 2008 através de PsycINFO database.

Park, C. L., & Folkman, L. H. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115-144. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de PsycARTICLES database.

Paul, N. L., & Grosser, G. H. (1998). O luto operacional e seu papel na terapia familiar conjunta. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 118-128). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Rebelo, J. E. (2004). *Desatar o nó do luto: Silêncios, receios e tabus*. Lisboa: Editorial Notícias.

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.

Rijo, D. (2004). Temas críticos do luto patológico: Diagnóstico, modelos e intervenção psicoterapêutica. *Psychologica, 35,* 49-67.

Robinson, T., & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death Studies, 30*, 677-696. Retirado em 12 de Março de 2008 através de Taylor & Francis Group database.

Rolland, J. S. (1998). Ajudando famílias com perdas antecipadas. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 166-186). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Rossi, N. E., Bisconti, T. N., & Bergeman, C. S. (2007). The role of dispositional resilience in regaining life satisfaction after the loss of a spouse. *Death Studies, 31*(10), 863-883. Retirado em 12 de Março de 2008 através de Taylor & Francis Group database.

Rozanski, A., & Kubzansky, L. D. (2005). Psychologic functioning and physical health: A paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine, 67*(1), S47-S53. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de PsycARTICLES database.

Rubin, S. S. (1999). The two-track model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect. *Death Studies, 23*(8), 681-714. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

Shapiro, E. R. (2002). Family bereavement after collective trauma: Private suffering, public meanings, and cultural contexts. *Journal of Systemic Therapies, 21*, 81-92. Retirado em 12 de Março de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology, 47*, 253-267. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de Wiley InterScience database.

Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., et al. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance [Abstract]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*, 453-461. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Shneidman, E. S. (1985). The college student and death. In A. Monat, & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (2ª ed.) (pp. 277-293). New York: Columbia University Press.

Simões, J. M. L. (2008). *Qualidade de vida: Estudo de validação para a população portuguesa*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

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

Coimbra, Coimbra, Portugal.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 350-62. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de PsycARTICLES database.

Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1150-1169. Retirado em 5 de Maio de 2008 através de PsycARTICLES database.

Stelle, C. D., & Uchida, M. (2004). The stability and change in the social support networks of widowers following spousal bereavement [Abstract]. *Journal of Men's Studies, 13*, 85-106. Retirado em 12 de Março de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, M. S. (1998). New directions in bereavement research: Explorations of gender differences. *Palliative Medicine, 12*, 5-12. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, M. S. (2003). Bereavement research: Methodological issues and ethical concerns. *Palliative Medicine, 17*, 235-240. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, M. S., Boelen, P. A., van den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., & van den Bout, J. (2007). Ruminative coping as avoidance: A reinterpretation of its function in adjustment to bereavement [Abstract]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*, 462-472. Retirado em 12 de Março de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*, 197-224. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (2005). To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved [Abstract]. *Death Studies, 29*, 477-494. Retirado em 12 de Março de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, M. S., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet, 370*, 1960-1973. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Stroebe, W., Stroebe, M. S., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1241-1249. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de PsycARTICLES database.

Stroebe, W., Stroebe, M. S., Gergen, K. J., & Gergen, M. (1985). The effects of bereavement on mortality: A social psychological analysis. In A. Monat, & R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (2ª ed)

(pp. 277-293). New York: Columbia University Press.

Stroebe, M. S., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 169-178. Retirado em 12 de Março de 2008 através de PsycARTICLES database.

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*, 1030-1050. Retirado em 16 de Janeiro de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Sussillo, M. V. (2005). Good grief. What becomes of the lost relationship: Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues, 15*, 559-566. Retirado em 12 de Março de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

University of Saskatchewan (2005). *A concise guide to APA citation style*. Retirado em 12 de Dezembro de 2007 através de https://library.usask.ca/files/education/apa2005.pdf

Vilaça, A. M. B. (2007). *Vulnerabilidade ao stress, coping e qualidade de vida ao longo do ciclo vital da família*. Tese de mestrado, não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process, 46*(2), 207-227. Retirado em 12 de Março de 2008 através de ProQuest Psychology Journals database.

Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998a). Introdução. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. xxi-xxv). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998b). A perda e a família: Uma perspectiva Sistêmica. In F. Walsh, & M. McGoldrick (Eds.), [*Morte na família: Sobrevivendo às perdas*] (pp. 27-55). (C. O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: ArtMed Editora. (Obra original publicada em 1995)

Wing, D. G., Clance, P. R., Burge-Callaway, K., & Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications for treatment. *Psychotherapy, 38*(1), 60-73. Retirado em 12 de Março de 2008 através de PsycARTICLES database.

Anexos

Anexo 1 – Comparação dos grupos A e B quanto às variáveis sócio--demográficas

Tabela 12 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *género*.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,005(b)	1	,944		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,005	1	,944		
Fisher's Exact Test				1,000	,527
Linear-by-Linear Association	,005	1	,944		
N of Valid Cases	236				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,75.

Tabela 13 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *nacionalidade*.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,393(b)	1	,531		
Continuity Correction(a)	,021	1	,883		
Likelihood Ratio	,428	1	,513		
Fisher's Exact Test				1,000	,465
Linear-by-Linear Association	,392	1	,531		
N of Valid Cases	236				

a Computed only for a 2x2 table
b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,65.

Tabela 14 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *estado civil*.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,766(a)	5	,736	,759		
Likelihood Ratio	2,989	5	,702	,808		
Fisher's Exact Test	3,326			,650		
Linear-by-Linear Association	,001(b)	1	,977	1,000	,518	,068
N of Valid Cases	236					

a 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,66.
b The standardized statistic is ,029.

Tabela 15 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *etapa do ciclo vital da família*.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,304(a)	5	,507
Likelihood Ratio	4,285	5	,509
Linear-by-Linear Association	1,088	1	,297
N of Valid Cases	236		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,59.

Tabela 16 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *formas de família*.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6,346(a)	3	,096	,097		
Likelihood Ratio	6,378	3	,095	,126		
Fisher's Exact Test	6,158			,098		
Linear-by-Linear Association	3,775(b)	1	,052	,055	,032	,008
N of Valid Cases	236					

a 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,64.
b The standardized statistic is 1,943.

Tabela 17 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *profissão*.

	Value	df	Asymp Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided) Sig.	99% Confidence Interval Lower Bound	99% Confidence Interval Upper Bound	Monte Carlo Sig. (2-sided) Sig.	99% Confidence Interval Lower Bound	99% Confidence Interval Upper Bound
Pearson Chi-Square	18,813(a)	11	,065	,061(b)	,055	,067			
Likelihood Ratio	19,460	11	,053	,073(b)	,066	,079			
Fisher's Exact Test	18,361			,064(b)	,058	,070			
Linear-by-Linear Association	,001(c)	1	,976	,987(b)	,985	,990	,491(b)	,478	,504
N of Valid Cases	235								

a 8 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,99.
b Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.
c The standardized statistic is -,030.

Tabela 18 – Teste do Qui-Quadrado para a variável *religião*.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,272(b)	1	,039		
Continuity Correction(a)	3,524	1	,060		
Likelihood Ratio	4,100	1	,043		
Fisher's Exact Test				,057	,032
Linear-by-Linear Association	4,253	1	,039		
N of Valid Cases	230				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,55.

Tabela 19 – Teste de Mann-Whitney para as variáveis *idade*, *habilitações literárias* e *nível sócio-económico*.

	Faixa etária	Habilitações literárias	Nível sócio-económico
Mann-Whitney U	5270,500	6056,000	6070,500
Wilcoxon W	17831,500	18459,000	18473,500
Z	-1,851	-,139	-,122
Asymp. Sig. (2-tailed)	,064	,889	,903
Exact Sig. (2-tailed)	,064	,890	,925
Exact Sig. (1-tailed)	,032	,445	,463
Point Probability	,000	,000	,015

a Grouping Variable: FCD morte

Anexo 2 – Estudos de fidelidade e normalidade do F-COPES

Tabela 20 – Estatísticas de fidelidade do F-COPES.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,849	,846	30

Tabela 21 – Estatísticas item-total do F-COPES.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1	89,49	180,660	,405	,435	,843
FC2	89,68	179,116	,463	,545	,841
FC3	89,26	189,004	,169	,401	,849
FC4	90,05	180,193	,469	,401	,842
FC5	89,91	177,019	,496	,510	,840
FC6	90,93	178,051	,411	,516	,843
FC7	89,71	185,242	,251	,273	,847
FC8	91,23	179,019	,391	,493	,843
FC9	90,15	174,755	,496	,464	,840
FC10	91,25	178,735	,441	,603	,842
FC11	89,34	186,791	,228	,407	,848
FC12	90,32	184,156	,191	,417	,851
FC13	89,77	185,371	,242	,404	,848
FC14	90,69	174,127	,494	,753	,840
FC15	89,96	184,933	,272	,380	,847
FC16	89,93	179,891	,433	,467	,842
FC17	90,52	179,390	,430	,404	,842
FC18	90,83	178,709	,391	,354	,843
FC19	90,08	185,837	,240	,325	,848
FC20	89,69	182,668	,327	,470	,845
FC21	90,58	175,740	,498	,554	,840
FC22	89,50	188,921	,148	,494	,849
FC23	90,87	174,705	,497	,758	,840
FC24	89,79	183,916	,379	,360	,844
FC25	90,38	177,376	,477	,397	,841
FC26	90,37	185,539	,258	,338	,847
FC27	91,59	177,861	,516	,566	,840
FC28	91,44	187,030	,165	,301	,850
FC29	91,62	182,818	,347	,513	,845
FC30	89,63	180,034	,339	,477	,845

Tabela 22 – Estatísticas da escala do F-COPES.

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
93,40	192,962	13,891	30

Tabela 23 – Testes de normalidade do F-COPES.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCopesTotal	,045	236	,200(*)	,993	236	,363

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Anexo 3 – Estudos de fidelidade e normalidade do QOL

Tabela 24 – Estatísticas de fidelidade do QOL (versão parental).

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,920	,923	40

Tabela 25 – Estatísticas item-total QOL (versão parental).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q Casamento 1	122,79	336,437	,352	.	,919
Q Casamento 2	123,03	333,455	,313	.	,920
Q Casamento 3	122,72	343,313	,063	.	,924
Q Casamento 4	123,13	333,761	,295	.	,920
Q Amigos 5	123,17	332,940	,463	.	,918
Q Amigos 6	123,26	334,651	,350	.	,919
Q Saúde 7	123,54	335,597	,332	.	,919
Q Saúde 8	123,66	333,480	,400	.	,918
Q Casa 9	123,04	329,874	,483	.	,917
Q Casa 10	123,34	331,915	,508	.	,917
Q Casa 11	123,53	332,416	,464	.	,918
Q casa espaço 12	123,40	327,982	,534	.	,917
Q casa espaço 13	123,30	328,024	,596	.	,916
Q Educação 14	123,71	331,328	,379	.	,919
Q Educação 15	123,72	330,875	,496	.	,917
Q Tempo 16	124,19	327,616	,513	.	,917
Q Tempo 17	124,21	327,577	,551	.	,917
Q Tempo 18	123,93	326,793	,603	.	,916
Q Tempo 19	123,95	326,391	,594	.	,916
Q Tempo 20	123,89	329,030	,554	.	,917
Q Religião 21	123,70	338,356	,321	.	,919
Q Religião 22	123,87	333,847	,436	.	,918
Q Emprego 23	123,55	330,985	,411	.	,918
Q Emprego 24	123,58	331,219	,399	.	,918
Q Mass media 25	123,71	334,590	,483	.	,918
Q Mass media 26	124,18	331,910	,457	.	,918
Q Mass media 27	124,11	334,429	,399	.	,918
Q rendimento 28	123,93	337,907	,327	.	,919
Q rendimento 29	124,06	323,893	,654	.	,915
Q rendimento 30	124,02	324,487	,654	.	,915
Q rendimento 31	123,76	330,537	,536	.	,917
Q rendimento 32	123,69	331,106	,377	.	,919
Q rendimento 33	124,11	326,484	,576	.	,916
Q rendimento 34	124,14	325,716	,594	.	,916
Q vizinhança 35	123,85	333,178	,424	.	,918
Q vizinhança 36	123,83	331,033	,542	.	,917
Q vizinhança 37	123,81	326,984	,579	.	,916
Q vizinhança 38	123,41	329,787	,559	.	,917
Q vizinhança 39	124,26	330,172	,458	.	,918
Q vizinhança 40	124,32	332,799	,402	.	,918

Tabela 26 – Estatísticas da escala do QOL (versão parental).

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
126,86	347,813	18,650	40

Tabela 27 – Testes de normalidade do QOL (versão parental).

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVAduTotal	,068	213	**,019**	,984	213	,016

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 28 – Estatísticas de fidelidade do QOL (versão para adolescentes).

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,875	,887	25

Tabela 29 – Estatísticas item-total do QOL (versão para adolescentes).

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Qa vida familiar 1	85,70	115,695	,744	.	,864
Qa vida familiar 2	85,80	125,011	,018	.	,887
Qa vida familiar 3	85,95	122,682	,204	.	,876
Qa amigos 4	85,85	118,029	,389	.	,872
Qa família alargada 5	85,60	117,726	,548	.	,868
Qa saúde 6	85,85	112,871	,648	.	,864
Qa saúde 7	86,35	118,134	,515	.	,868
Qa casa 8	85,55	118,576	,533	.	,868
Qa casa 9	85,95	120,892	,277	.	,874
Qa educação 10	86,15	115,924	,478	.	,869
Qa lazer 11	86,40	113,937	,517	.	,868
Qa lazer 12	86,10	110,726	,792	.	,860
Qa religião 13	86,20	115,116	,549	.	,867
Qa religião 14	86,25	114,197	,694	.	,863
Qa mass media 15	86,10	115,042	,722	.	,864
Qa mass media 16	86,50	119,632	,401	.	,871
Qa mass media 17	86,20	116,800	,542	.	,867
Qa mass media 18	86,15	115,292	,634	.	,865
Qa bem estar fin 19	85,95	120,892	,377	.	,872
Qa bem estar fin 20	86,65	118,661	,509	.	,869
Qa bem estar fin 21	86,65	120,029	,342	.	,873
Qa vizinhança 22	86,65	122,345	,216	.	,876
Qa vizinhança 23	86,35	124,029	,134	.	,878
Qa vizinhança 24	86,20	120,695	,268	.	,875
Qa vizinhança 25	86,90	111,779	,428	.	,873

Tabela 30 – Estatísticas da escala do QOL (versão para adolescentes).

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
89,75	127,145	11,276	25

Tabela 31 – Testes de normalidade do QOL (versão para adolescentes).

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVTotal	,089	23	,200(*)	,967	23	,607

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Anexo 4 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 1

Tabela 32 – Médias das ordenações dos grupos relativamente a três questões da ficha de dados complementares.

	FDCmorte	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stress da família	controlo	155	116,35	18034,00
	morte	78	118,29	9227,00
	Total	233		
Qualidade de vida da família	controlo	156	119,32	18613,50
	morte	78	113,87	8881,50
	Total	234		
Adaptação às dificuldades pela família	controlo	156	116,47	18169,50
	morte	78	119,56	9325,50
	Total	234		

Tabela 33 – Teste de Mann-Whitney para comparar as médias das ordenações dos grupos relativamente a três questões da ficha de dados complementares.

	Stress	Qualidade de vida	Adaptação às dificuldades
Mann-Whitney U	5944,000	5800,500	5923,500
Wilcoxon W	18034,000	8881,500	18169,500
Z	-,220	-,631	-,347
Asymp. Sig. (2-tailed)	,826	,528	,728
Exact Sig. (2-tailed)	,827	,528	,730
Exact Sig. (1-tailed)	,414	,264	,365
Point Probability	,001	,000	,001

a Grouping Variable: FCD morte

Anexo 5 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 2

Tabela 34 – Modelo da homogeneidade dos declives (grupo A).

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Null Hypothesis	148,604			
General	147,545	1,060	3	,787

The null hypothesis states that the location parameters (slope coefficients) are the same across response categories.
a Link function: Negative Log-log.

Tabela 35 – Modelo da homogeneidade dos declives (grupo B).

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Null Hypothesis	281,708			
General	279,863	1,845	3	,605

The null hypothesis states that the location parameters (slope coefficients) are the same across response categories.
a Link function: Negative Log-log.

Tabela 36 – *Model Fitting Information* (grupo A).

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	155,520			
Final	148,604	6,916	1	**,009**

Link function: Negative Log-log.

Tabela 37 – *Model Fitting Information* (grupo B).

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	282,530			
Final	281,708	,823	1	,364

Link function: Negative Log-log.

Tabela 38 – *Parameter Estimates* (grupo B).

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[FCD2 = 1]	-1,221	,589	4,302	1	,038	-2,375	-,067
	[FCD2 = 2]	-,334	,586	,324	1	,569	-1,481	,814
	[FCD2 = 3]	1,181	,605	3,813	1	,051	-,004	2,366
	[FCD2 = 4]	2,759	,703	15,387	1	,000	1,380	4,137
Location	FCopesTotal	-,005	,006	,677	1	,411	-,017	,007

Link function: Negative Log-log.

Anexo 6 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 3

Tabela 39 – Teste de normalidade do valor total de *coping* segundo os grupos.

	FCD morte	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCopesTotal	controlo	,046	158	,200(*)	,990	158	,346
	morte	,078	78	,200(*)	,972	78	,083

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 40 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* segundo os grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
FCopesTotal	Based on Mean	1,763	1	234	,185
	Based on Median	1,707	1	234	,193
	Based on Median and with adjusted df	1,707	1	233,838	,193
	Based on trimmed mean	1,737	1	234	,189

Tabela 41 – Estatísticas descritivas dos grupos relativamente ao valor total de *coping*.

	FCD morte	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FCopesTotal	controlo	158	93,42	14,372	1,143
	morte	78	93,00	13,066	1,479

Tabela 42 – Teste *t*-Student para comparar as médias dos grupos relativamente ao valor total de *coping*.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	1,763	,185	,216	234	,829	,418	1,931	-3,387	4,223
Equal variances not assumed			,223	167,194	,823	,418	1,870	-3,274	4,109

Tabela 43 – Testes de normalidade dos factores do F-COPES segundo os grupos.

	FCD morte	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento	controlo	,082	155	**,013**	,988	155	,184
	morte	,132	76	**,002**	,966	76	,039
Apoio Espiritual	controlo	,074	155	**,035**	,974	155	,005
	morte	,097	76	,073	,953	76	,007
Apoio Social nas Relações de Vizinhança	controlo	,143	155	**,000**	,912	155	,000
	morte	,157	76	**,000**	,892	76	,000
Apoio Social nas Relações Íntimas	controlo	,094	155	**,002**	,975	155	,007
	morte	,126	76	**,005**	,962	76	,022
Apoio Formal	controlo	,093	155	**,002**	,974	155	,005
	morte	,125	76	**,005**	,962	76	,022
Atitude Passiva	controlo	,110	155	**,000**	,973	155	,004
	morte	,115	76	**,015**	,974	76	,115
Avaliação Passiva	controlo	,100	155	**,001**	,974	155	,005
	morte	,106	76	**,033**	,975	76	,132

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 44 – Testes de homogeneidade das variâncias dos factores do F-COPES segundo os grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Reenquadramento	Based on Mean	,272	1	229	,603
	Based on Median	,199	1	229	,656
	Based on Median and with adjusted df	,199	1	225,356	,656
	Based on trimmed mean	,247	1	229	,619
Apoio Espiritual	Based on Mean	2,343	1	229	,127
	Based on Median	2,253	1	229	,135
	Based on Median and with adjusted df	2,253	1	228,680	,135
	Based on trimmed mean	2,310	1	229	,130
Apoio Social nas Relações de Vizinhança	Based on Mean	,017	1	229	,896
	Based on Median	,031	1	229	,861
	Based on Median and with adjusted df	,031	1	221,871	,861
	Based on trimmed mean	,003	1	229	,959
Apoio Social nas Relações Íntimas	Based on Mean	,897	1	229	,345
	Based on Median	,801	1	229	,372
	Based on Median and with adjusted df	,801	1	224,481	,372
	Based on trimmed mean	,808	1	229	,370
Apoio Formal	Based on Mean	,810	1	229	,369
	Based on Median	,612	1	229	,435
	Based on Median and with adjusted df	,612	1	226,746	,435
	Based on trimmed mean	,838	1	229	,361
Atitude Passiva	Based on Mean	,054	1	229	,816
	Based on Median	,027	1	229	,870
	Based on Median and with adjusted df	,027	1	228,055	,870
	Based on trimmed mean	,065	1	229	,798
Avaliação Passiva	Based on Mean	,005	1	229	,943
	Based on Median	,000	1	229	,997
	Based on Median and with adjusted df	,000	1	228,392	,997
	Based on trimmed mean	,001	1	229	,974

Tabela 45 – Estatísticas descritivas dos grupos relativamente aos factores do F-COPES.

	FCD morte	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Reenquadramento	controlo	158	26,13	3,813	,303
	morte	77	27,00	3,880	,442
Apoio Espiritual	controlo	157	11,00	3,870	,309
	morte	77	10,35	4,276	,487
Apoio Social nas Relações de Vizinhança	controlo	158	6,22	2,731	,217
	morte	78	6,00	2,801	,317
Apoio Social nas Relações Íntimas	controlo	157	20,82	4,497	,359
	morte	78	21,06	3,962	,449
Apoio Formal	controlo	157	8,62	2,921	,233
	morte	78	8,38	3,143	,356
Atitude Passiva	controlo	158	10,16	2,488	,198
	morte	77	9,99	2,398	,273
Avaliação Passiva	controlo	158	7,84	2,116	,168
	morte	78	7,96	2,159	,244

Tabela 46 – Teste *t*-Student para comparar as médias dos grupos nos factores do F--COPES.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
Reenquadramento	Equal variances assumed	,380	,538	-1,627	233	,105	-,867	,533	-1,917	,183
	Equal variances not assumed			-1,617	148,452	,108	-,867	,536	-1,927	,192
Apoio Espiritual	Equal variances assumed	2,026	,156	1,165	232	,245	,649	,558	-,449	1,748
	Equal variances not assumed			1,126	138,437	,262	,649	,577	-,491	1,790
Apoio Social nas Relações de Vizinhança	Equal variances assumed	,006	,937	,581	234	,562	,222	,381	-,529	,972
	Equal variances not assumed			,576	150,055	,565	,222	,384	-,538	,981
Apoio Social nas Relações Íntimas	Equal variances assumed	1,045	,308	-,404	233	,686	-,242	,599	-1,424	,939
	Equal variances not assumed			-,422	172,283	,674	-,242	,575	-1,376	,892
Apoio Formal	Equal variances assumed	,875	,351	,562	233	,575	,233	,415	-,584	1,051
	Equal variances not assumed			,548	144,176	,584	,233	,425	-,608	1,074
Atitude Passiva	Equal variances assumed	,068	,794	,520	233	,604	,178	,342	-,496	,851
	Equal variances not assumed			,526	155,886	,600	,178	,337	-,489	,844
Avaliação Passiva	Equal variances assumed	,021	,885	-,406	234	,685	-,120	,295	-,701	,461
	Equal variances not assumed			-,404	150,734	,687	-,120	,297	-,706	,467

Tabela 47 – Testes de normalidade dos dois tipos de estratégias de *coping* segundo os grupos.

	FCD morte	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Estratégias de *Coping* Internas	controlo	,077	155	**,025**	,983	155	,057
	morte	,098	76	,069	,979	76	,232
Estratégias de *Coping Externas*	controlo	,059	155	,200(*)	,991	155	,447
	morte	,047	76	,200(*)	,987	76	,617

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 48 – Testes de homogeneidade das variâncias dos dois tipos de estratégias de *coping* segundo os grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Estratégias de *Coping* Internas	Based on Mean	3,328	1	229	,069
	Based on Median	3,344	1	229	,069
	Based on Median and with adjusted df	3,344	1	228,268	,069
	Based on trimmed mean	3,364	1	229	,068
Estratégias de *Coping* Externas	Based on Mean	,000	1	229	,990
	Based on Median	,000	1	229	,985
	Based on Median and with adjusted df	,000	1	227,337	,985
	Based on trimmed mean	,000	1	229	,988

Tabela 49 – Estatísticas descritivas dos grupos relativamente aos dois tipos de estratégias de *coping*.

	FCD morte	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Estratégias de *Coping* Internas	controlo	158	44,14	5,972	,475
	morte	76	44,89	5,375	,617
Estratégias de *Coping* Externas	controlo	155	46,76	10,087	,810
	morte	77	45,62	10,340	1,178

Tabela 50 – Teste *t*-Student para comparar as médias dos grupos relativamente aos dois tipos de estratégias de *coping*.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Diffe-rence	Std. Error Diffe-rence	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
Estratégias de *Coping* Internas	Equal variances assumed	3,343	,069	-,935	232	,351	-,755	,808	-2,347	,836
	Equal variances not assumed			-,971	163,032	,333	-,755	,778	-2,293	,782
Estratégias de *Coping* Externas	Equal variances assumed	,013	,910	,802	230	,423	1,138	1,418	-1,656	3,932
	Equal variances not assumed			,796	148,470	,427	1,138	1,430	-1,688	3,964

Anexo 7 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 4

Tabela 51 – Teste de normalidade do valor total de qualidade de vida percebida (versão parental) segundo os grupos.

	FCD morte	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVAduTotal	controlo	,069	142	,092	,980	142	,038
	morte	,075	71	,200(*)	,984	71	,505

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 52 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida (versão parental) segundo os grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QVAduTotal	Based on Mean	,199	1	211	,656
	Based on Median	,195	1	211	,659
	Based on Median and with adjusted df	,195	1	208,520	,659
	Based on trimmed mean	,179	1	211	,673

Tabela 53 – Estatísticas descritivas dos grupos relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida (versão parental).

	FCD morte	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QVAduTotal	controlo	142	125,42	19,119	1,604
	morte	71	126,41	17,709	2,102

Tabela 54 – Teste *t*-Student para comparar as médias dos grupos relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida (versão parental).

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	,199	,656	-,366	211	,715	-,993	2,713	-6,340	4,355
Equal variances not assumed			-,376	150,063	,708	-,993	2,644	-6,217	4,232

Tabela 55 – Médias das ordenações dos grupos relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida (versão para adolescentes).

	FDCmorte	N	Mean Rank	Sum of Ranks
QVTotal	controlo	16	11,63	186,00
	morte	7	12,86	90,00
	Total	23		

Tabela 56 – Teste de Mann-Whitney para comparar as médias das ordenações dos grupos relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida (versão para adolescentes).

	QVTotal
Mann-Whitney U	50,000
Wilcoxon W	186,000
Z	-,401
Asymp. Sig. (2-tailed)	,688
Exact Sig. (2-tailed)	,720(a)
Exact Sig. (1-tailed)	,708
Point Probability	,354

a Not corrected for ties.
b Grouping Variable: FCD morte

Tabela 57 – Testes de normalidade dos factores do QOL (versão parental) segundo os grupos.

	FCD morte	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Bem-estar Financeiro	controlo	,056	130	,200(*)	,990	130	,501
	morte	,124	64	**,017**	,960	64	,036
Tempo	controlo	,114	130	**,000**	,974	130	,013
	morte	,124	64	**,016**	,971	64	,132
Vizinhança e Comunidade	controlo	,164	130	**,000**	,954	130	,000
	morte	,125	64	**,015**	,974	64	,192
Casa	controlo	,120	130	**,000**	,969	130	,005
	morte	,102	64	,098	,983	64	,538
Mass Media	controlo	,194	130	**,000**	,948	130	,000
	morte	,170	64	**,000**	,957	64	,025
Relações Sociais e Saúde	controlo	,131	130	**,000**	,951	130	,000
	morte	,147	64	**,002**	,966	64	,075
Emprego	controlo	,134	130	**,000**	,953	130	,000
	morte	,205	64	**,000**	,910	64	,000
Religião	controlo	,311	130	**,000**	,852	130	,000
	morte	,242	64	**,000**	,915	64	,000
Família e Conjugalidade	controlo	,155	130	**,000**	,904	130	,000
	morte	,164	64	**,000**	,907	64	,000
Filhos	controlo	,160	130	**,000**	,865	130	,000
	morte	,208	64	**,000**	,846	64	,000
Educação	controlo	,148	130	**,000**	,962	130	,001
	morte	,192	64	**,000**	,946	64	,008

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 58 – Testes de homogeneidade das variâncias dos factores do QOL (versão parental) segundo os grupos.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Bem-estar Financeiro	Based on Mean	,355	1	192	,552
	Based on Median	,137	1	192	,712
	Based on Median and with adjusted df	,137	1	178,071	,712
	Based on trimmed mean	,365	1	192	,546
Tempo	Based on Mean	,010	1	192	,919
	Based on Median	,002	1	192	,969
	Based on Median and with adjusted df	,002	1	191,276	,969
	Based on trimmed mean	,014	1	192	,907
Vizinhança e Comunidade	Based on Mean	1,156	1	192	,284
	Based on Median	1,346	1	192	,247
	Based on Median and with adjusted df	1,346	1	191,980	,247
	Based on trimmed mean	1,221	1	192	,271

Casa	Based on Mean	,244	1	192	,622
	Based on Median	,177	1	192	,675
	Based on Median and with adjusted df	,177	1	186,732	,675
	Based on trimmed mean	,227	1	192	,634
Mass Media	Based on Mean	,439	1	192	,508
	Based on Median	,521	1	192	,471
	Based on Median and with adjusted df	,521	1	191,905	,471
	Based on trimmed mean	,421	1	192	,517
Relações Sociais e Saúde	Based on Mean	3,280	1	192	,072
	Based on Median	3,372	1	192	,068
	Based on Median and with adjusted df	3,372	1	190,420	,068
	Based on trimmed mean	3,248	1	192	,073
Emprego	Based on Mean	,374	1	192	,542
	Based on Median	,371	1	192	,543
	Based on Median and with adjusted df	,371	1	191,286	,543
	Based on trimmed mean	,368	1	192	,545
Religião	Based on Mean	1,676	1	192	,197
	Based on Median	2,212	1	192	,139
	Based on Median and with adjusted df	2,212	1	190,796	,139
	Based on trimmed mean	1,832	1	192	,178
Família e Conjugalidade	Based on Mean	,540	1	192	,463
	Based on Median	,387	1	192	,535
	Based on Median and with adjusted df	,387	1	190,560	,535
	Based on trimmed mean	,353	1	192	,553
Filhos	Based on Mean	6,295	1	192	**,013**
	Based on Median	4,776	1	192	,030
	Based on Median and with adjusted df	4,776	1	186,493	,030
	Based on trimmed mean	5,419	1	192	,021
Educação	Based on Mean	3,914	1	192	**,049**
	Based on Median	3,137	1	192	,078
	Based on Median and with adjusted df	3,137	1	191,916	,078
	Based on trimmed mean	3,657	1	192	,057

Tabela 59 – Estatísticas descritivas dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão parental).

	FCD morte	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bem-estar Financeiro	controlo	142	17,01	4,628	,388
	morte	71	16,42	4,968	,590
Tempo	controlo	142	11,20	3,310	,278
	morte	71	11,14	3,411	,405
Vizinhança e Comunidade	controlo	142	17,41	3,787	,318
	morte	71	17,93	4,159	,494
Casa	controlo	142	17,58	3,359	,282
	morte	71	17,65	3,501	,416
Mass Media	controlo	142	8,28	2,184	,183
	morte	71	8,46	2,034	,241
Relações Sociais e Saúde	controlo	142	13,80	2,643	,222
	morte	71	13,86	2,206	,262
Emprego	controlo	137	6,56	1,843	,157
	morte	69	6,68	2,076	,250
Religião	controlo	142	6,15	1,373	,115
	morte	71	6,14	1,579	,187
Família e Conjugalidade	controlo	141	7,80	1,762	,148

morte	70	8,03	1,642	,196

Tabela 60 – Teste *t*-Student para comparar as médias dos grupos nos factores do QOL (versão parental).

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
Bem-estar Financeiro	Equal variances assumed	,223	,637	,858	211	,392	,592	,689	-,768	1,951
	Equal variances not assumed			,838	131,634	,404	,592	,706	-,805	1,988
Tempo	Equal variances assumed	,015	,902	,130	211	,896	,063	,486	-,895	1,022
	Equal variances not assumed			,129	136,420	,897	,063	,491	-,908	1,034
Vizinhança e Comunidade	Equal variances assumed	,995	,320	-,916	211	,361	-,521	,569	-1,643	,600
	Equal variances not assumed			-,888	129,069	,376	-,521	,587	-1,683	,640
Casa	Equal variances assumed	,052	,820	-,142	211	,887	-,070	,495	-1,047	,906
	Equal variances not assumed			-,140	135,038	,889	-,070	,502	-1,063	,923
Mass Media	Equal variances assumed	,098	,754	-,590	211	,556	-,183	,310	-,795	,429
	Equal variances not assumed			-,604	149,335	,547	-,183	,303	-,782	,416
Relações Sociais e Saúde	Equal variances assumed	3,903	,050	-,174	211	,862	-,063	,364	-,782	,655
	Equal variances not assumed			-,185	164,498	,854	-,063	,343	-,741	,614
Emprego	Equal variances assumed	,592	,442	-,420	204	,675	-,119	,284	-,679	,441
	Equal variances not assumed			-,403	122,996	,687	-,119	,295	-,704	,465
Religião	Equal variances assumed	2,020	,157	,034	211	,973	,007	,210	-,407	,421
	Equal variances not assumed			,032	124,123	,975	,007	,220	-,428	,443
Família e Conjugalidade	Equal variances assumed	,670	,414	-,902	209	,368	-,227	,252	-,724	,269

	Equal variances not assumed	-,923	146,797	,357	-,227	,246	-,713	,259

Tabela 61 – Médias das ordenações dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão parental) *filhos* e *educação*.

	FDCmorte	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Filhos	controlo	134	94,11	12610,50
	morte	65	112,15	7289,50
	Total	199		
Educação	controlo	140	106,66	14932,50
	morte	71	104,70	7433,50
	Total	211		

Tabela 62 – Teste de Mann-Whitney para comparar as médias das ordenações dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão parental) *filhos* e *educação*.

	Filhos	Educação
Mann-Whitney U	3565,500	4877,500
Wilcoxon W	12610,500	7433,500
Z	-2,115	-,225
Asymp. Sig. (2-tailed)	,034	,822
Exact Sig. (2-tailed)	**,034**	,823
Exact Sig. (1-tailed)	,017	,412
Point Probability	,000	,000

a Grouping Variable: FCD morte

Tabela 63 – Médias das ordenações dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão para adolescentes).

	FDCmorte	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo	controlo	16	12,97	207,50
	morte	7	9,79	68,50
	Total	23		
Vizinhança e Comunidade, Educação	controlo	16	12,16	194,50
	morte	7	11,64	81,50
	Total	23		
Preocupações dos Adolescentes	controlo	16	12,09	193,50
	morte	7	11,79	82,50
	Total	23		
Mass Media	controlo	16	12,69	203,00
	morte	7	10,43	73,00
	Total	23		
Casa – Espaço Físico	controlo	16	12,63	202,00
	morte	7	10,57	74,00
	Total	23		
Vida Familiar	controlo	16	11,13	178,00
	morte	7	14,00	98,00
	Total	23		
Membros da Família	controlo	15	11,23	168,50
	morte	7	12,07	84,50
	Total	22		
Casa – Responsabilidades Domésticas	controlo	15	12,40	186,00
	morte	7	9,57	67,00
	Total	22		
Saúde	controlo	16	10,53	168,50
	morte	7	15,36	107,50
	Total	23		
Religião, Amigos e Família Alargada	controlo	15	11,83	177,50
	morte	7	10,79	75,50

	Total	22			

Tabela 64 – Teste de Mann-Whitney para comparar as médias das ordenações dos grupos relativamente aos factores do QOL (versão para adolescentes).

	Tempo	Vizinhança e Comunidade, Educação	Preocupações dos Adolescentes	*Mass* Media	Casa – Espaço Físico
Mann-Whitney U	40,500	53,500	54,500	45,000	46,000
Wilcoxon W	68,500	81,500	82,500	73,000	74,000
Z	-1,073	-,170	-,102	-,744	-,751
Asymp. Sig. (2-tailed)	,283	,865	,919	,457	,452
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,308(a)	,871(a)	,922(a)	,492(a)	,535(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,308	,877	,935	,475	,499
Exact Sig. (1-tailed)	,163	,438	,467	,238	,306
Point Probability	,021	,008	,014	,011	,073

a Not corrected for ties.
b Grouping Variable: FCD morte

	Vida Familiar	Membros da Família	Casa – Responsabilidades Domésticas	Saúde	Religião, Amigos e Família Alargada
Mann-Whitney U	42,000	48,500	39,000	32,500	47,500
Wilcoxon W	178,000	168,500	67,000	168,500	75,500
Z	-1,012	-,289	-1,027	-1,618	-,357
Asymp. Sig. (2-tailed)	,311	,773	,304	,106	,721
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,376(a)	,783(a)	,368(a)	,118(a)	,731(a)
Exact Sig. (2-tailed)	,320	,796	,338	,114	,745
Exact Sig. (1-tailed)	,200	,400	,164	,057	,381
Point Probability	,094	,015	,023	,010	,019

a Not corrected for ties.
b Grouping Variable: FCD morte

Anexo 8 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 5 (F-COPES)

Tabela 65 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *género* e *faixa etária*, no grupo A.

Dependent Variable: FCopesTotal

F	df1	df2	Sig.
1,321	14	63	,221

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+Género+faixaetária+Género * faixaetária

Tabela 66 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo os factores *género* e *faixa etária*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Género	Faixa etária	Mean	Std. Deviation	N
M	15-18	102,75	13,150	4
	19-24	88,00	.	1
	25-34	96,00	17,550	6
	35-44	87,83	13,243	6
	45-54	81,60	8,325	5
	55-64	86,40	13,240	5
	65-74	100,00	.	1
	75-82	99,00	.	1
	Total	91,07	13,859	29
F	15-18	89,67	12,423	3
	19-24	89,50	19,092	2
	25-34	93,55	7,699	11
	35-44	91,36	9,245	14
	45-54	95,62	18,870	13
	55-64	101,00	7,842	5
	65-74	109,00	.	1
	Total	94,14	12,580	49
Total	15-18	97,14	13,668	7
	19-24	89,00	13,528	3
	25-34	94,41	11,609	17
	35-44	90,30	10,362	20
	45-54	91,72	17,589	18
	55-64	93,70	12,824	10
	65-74	104,50	6,364	2
	75-82	99,00	.	1
	Total	93,00	13,066	78

Tabela 67 – ANOVA *two-way* para comparar as médias do valor total de *coping* do grupo A segundo os factores *género* e *faixa etária*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2335,832(b)	14	166,845	,972	,491
Intercept	292059,351	1	292059,351	1702,077	,000
Género	139,743	1	139,743	,814	,370
Faixa etária	934,105	7	133,444	,778	,608
Género * faixa etária	1319,784	6	219,964	1,282	,278
Error	10810,168	63	171,590		
Total	687768,000	78			
Corrected Total	13146,000	77			

a Computed using alpha = ,05
b R Squared = ,178 (Adjusted R Squared = -,005)

Tabela 68 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *local de residência* e *nível sócio-económico*, no grupo A.

Dependent Variable: FCopesTotal

F	df1	df2	Sig.
1,547	7	70	,166

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+residencia+QDEMOsociodemografico+residencia * QDEMOsociodemografico

Tabela 69 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo os factores *local de residência* e *nível sócio-económico*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Local de residência	Nível sócio-económico	Mean	Std. Deviation	N
Predominantemente urbano	baixo	97,43	18,752	7
	médio	90,26	9,368	19
	elevado	87,43	12,660	7
	Total	91,18	12,549	33
Medianamente urbano	baixo	98,14	9,529	7
	médio	92,73	11,403	11
	elevado	97,00	8,485	2
	Total	95,05	10,390	20
Predominantemente rural	baixo	94,50	20,030	12
	médio	93,08	10,889	13
	Total	93,76	15,611	25
Total	baixo	96,27	16,899	26
	médio	91,74	10,210	43
	elevado	89,56	12,126	9
	Total	93,00	13,066	78

Tabela 70 – ANOVA *two-way* para comparar as médias do valor total de *coping* do grupo A segundo os factores *local de residência* e *nível sócio-económico*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	741,925(b)	7	105,989	,598	,755
Intercept	392245,704	1	392245,704	2213,563	,000
Local de residência	159,781	2	79,891	,451	,639
Nível sócio-económico	346,169	2	173,084	,977	,382
Local de residência * Nível sócio-económico	174,185	3	58,062	,328	,805
Error	12404,075	70	177,201		
Total	687768,000	78			
Corrected Total	13146,000	77			

a Computed using alpha = ,05
b R Squared = ,056 (Adjusted R Squared = -,038)

Tabela 71 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*, no grupo A.

Dependent Variable: FCopesTotal

F	df1	df2	Sig.
,783	15	62	,691

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+estadocivil+QDEMOcv+estadocivil * QDEMOcv

Tabela 72 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo os factores *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Estado civil	Etapa do ciclo vital da família	Mean	Std. Deviation	N
Solteiro	filhos adolescentes	99,50	13,323	6
	família lançadora	83,00	.	1
	Total	97,14	13,668	7
Casado	casal sem filhos	92,29	10,965	7
	filhos pequenos ou pré-escolar	105,50	13,204	4
	filhos em idade escolar	90,50	12,902	12
	filhos adolescentes	99,17	22,320	6
	família lançadora	90,25	10,154	12
	ninho vazio	97,00	10,729	10
	Total	94,16	13,305	51
União de facto	casal sem filhos	83,00	10,794	5
	filhos pequenos ou pré-escolar	85,80	6,419	5
	Filhos em idade escolar	87,00	9,487	4
	filhos adolescentes	89,00	1,414	2
	Total	85,63	8,032	16
Divorciado	filhos em idade escolar	111,00	.	1
	família lançadora	103,00	.	1
	Total	107,00	5,657	2
Separado	ninho vazio	113,00	.	1
	Total	113,00	.	1
Viúvo	família lançadora	75,00	.	1
	Total	75,00	.	1
Total	casal sem filhos	88,42	11,437	12
	filhos pequenos ou pré-escolar	94,56	13,920	9
	filhos em idade escolar	90,88	12,668	17
	filhos adolescentes	97,86	16,557	14
	família lançadora	89,60	10,609	15
	ninho vazio	98,45	11,264	11
	Total	93,00	13,066	78

Tabela 73 – ANOVA *two-way* para comparar as médias do valor total de *coping* do grupo A segundo os factores *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Observed Power(a)
Corrected Model	3619,188(b)	15	241,279	1,570	,109	,275	,819
Intercept	174160,602	1	174160,602	1133,428	,000	,948	1,000
Estado civil	2077,303	5	415,461	2,704	**,028**	,179	,783
Etapa do ciclo vital da família	917,762	5	183,552	1,195	,322	,088	,396
Estado civil * Etapa do ciclo vital da família	394,120	5	78,824	,513	,765	,040	,179
Error	9526,812	62	153,658				
Total	687768,000	78					
Corrected Total	13146,000	77					

a Computed using alpha = ,05

b R Squared = ,275 (Adjusted R Squared = ,100)

Tabela 74 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*, no grupo A.

Dependent Variable: FCopesTotal

F	df1	df2	Sig.
,731	7	69	,646

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a Design: Intercept+FDC1.1+Acidentes+FCD9+FDC1.1 * Acidentes+FDC1.1 * FCD9+Acidentes * FCD9+FDC1.1 * Acidentes * FCD9

Tabela 75 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo os factores *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Doença crónica	Acidentes	Divórcios	Mean	Std. Deviation	N
Sim	Não	Não	93,73	11,764	22
		Sim	86,43	15,065	7
		Total	91,97	12,749	29
	Sim	Não	88,44	10,187	9
		Sim	96,25	4,272	4
		Total	90,85	9,371	13
	Total	Não	92,19	11,423	31
		Sim	90,00	12,892	11
		Total	91,62	11,704	42
Não	Não	Não	96,76	14,645	21
		Sim	80,40	10,237	5
		Total	93,62	15,219	26
	Sim	Não	99,14	11,782	7
		Sim	91,50	23,335	2
		Total	97,44	13,547	9
	Total	Não	97,36	13,814	28
		Sim	83,57	13,782	7
		Total	94,60	14,709	35
Total	Não	Não	95,21	13,179	43
		Sim	83,92	13,097	12
		Total	92,75	13,863	55
	Sim	Não	93,13	11,871	16
		Sim	94,67	11,219	6
		Total	93,55	11,451	22
	Total	Não	94,64	12,771	59
		Sim	87,50	13,237	18
		Total	92,97	13,150	77

Tabela 76 – ANOVA factorial para comparar as médias do valor total de *coping* do grupo A segundo os factores *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*.

Dependent Variable: FCopesTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1902,531(b)	7	271,790	1,669	,131
Intercept	372792,416	1	372792,416	2288,613	,000
Doenças crónicas	6,062	1	6,062	,037	,848
Acidentes	225,505	1	225,505	1,384	,243
Divórcios	383,466	1	383,466	2,354	,130
Doenças crónicas * Acidentes	55,536	1	55,536	,341	,561
Doenças crónicas * Divórcios	417,265	1	417,265	2,562	,114
Acidentes * FCD9	394,159	1	394,159	2,420	,124
Doenças crónicas * Acidentes * Divórcios	28,315	1	28,315	,174	,678
Error	11239,417	69	162,890		
Total	678743,000	77			
Corrected Total	13141,948	76			

a Computed using alpha = ,05
b R Squared = ,145 (Adjusted R Squared = ,058)

Tabela 77 – Teste de normalidade do valor total de *coping* segundo o factor *religião*, no grupo A.

	Religião	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCopesTotal	Não	,115	18	,200(*)	,953	18	,466
	Sim (católica)	,094	60	,200(*)	,964	60	,076

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 78 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* segundo o factor *religião*, no grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
FCopes Total	Based on Mean	,536	1	76	,466
	Based on Median	,563	1	76	,455
	Based on Median and with adjusted df	,563	1	73,738	,456
	Based on trimmed mean	,557	1	76	,458

Tabela 79 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo o factor *religião*.

	Religião	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FCopes Total	Não	18	88,39	10,982	2,588
	Sim (católica)	60	94,38	13,403	1,730

Tabela 80 – Teste *t*-Student para comparar as médias do valor total de *coping* segundo o factor *religião*, no grupo A.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Diffe-rence	Std. Error Diffe-renc	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
FCopes Total	Equal variances assumed	,536	,466	-1,729	76	,088	-5,994	3,467	-12,899	,911
	Equal variances not assumed			-1,925	33,650	,063	-5,994	3,114	-12,324	,335

Tabela 81 – Teste de normalidade do valor total de *coping* segundo o factor *relação com o falecido*, no grupo A.

	Relação	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCopes Total	amigo	,164	15	,200(*)	,933	15	,298
	parente	,107	57	,100	,957	57	,042

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 82 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* segundo o factor *relação com o falecido*, no grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
FCopes Total	Based on Mean	,561	1	70	,457
	Based on Median	,422	1	70	,518
	Based on Median and with adjusted df	,422	1	68,218	,518
	Based on trimmed mean	,574	1	70	,451

Tabela 83 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo o factor *relação com o falecido*.

	Relação	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FCopes Total	amigo	15	89,40	13,335	3,443
	parente	57	94,65	13,312	1,763

Tabela 84 – Teste *t*-Student para comparar as médias do valor total de *coping* segundo o factor *relação com o falecido*, no grupo A.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
FCopes Total	Equal variances assumed	,561	,457	-1,358	70	,179	-5,249	3,864	-12,956	2,458
	Equal variances not assumed			-1,357	21,928	,189	-5,249	3,868	-13,273	2,775

Tabela 85 – Teste de normalidade do valor total de *coping* segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*, no grupo A.

	Grau de parentesco com o falecido	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCopesTotal	Pais	,172	9	,200(*)	,940	9	,581
	Irmãos	,285	6	,139	,878	6	,259
	Avós e bisavós	,122	13	,200(*)	,984	13	,993
	Tios	,151	15	,200(*)	,936	15	,336
	Familiares por afinidade	,183	12	,200(*)	,894	12	,131

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 86 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de *coping* segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*, no grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
FCopes Total	Based on Mean	,892	4	50	,475
	Based on Median	,625	4	50	,647
	Based on Median and with adjusted df	,625	4	37,283	,648
	Based on trimmed mean	,826	4	50	,515

Tabela 87 – Estatísticas descritivas do grupo A relativamente ao valor total de *coping* segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*.

FCopesTotal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	Upper Bound	Minimum Lower Bound	Maximum Upper Bound
Pais	9	99,78	11,977	3,992	90,57	108,98	84	123
Irmãos	6	91,00	8,246	3,367	82,35	99,65	76	100
Avós e bisavós	13	93,38	13,445	3,729	85,26	101,51	67	117
Tios	15	94,80	10,489	2,708	88,99	100,61	69	116
Familiares por afinidade	12	97,42	17,469	5,043	86,32	108,52	75	141
Total	55	95,44	12,874	1,736	91,96	98,92	67	141

Tabela 88 – ANOVA *one-way* para comparar as médias do valor total de *coping* segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*, no grupo A.

FCopesTotal

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	395,578	4	98,895	,578	,680
Within Groups	8553,949	50	171,079		
Total	8949,527	54			

Anexo 9 – Análises estatísticas realizadas para o objectivo 5 (QOL – versão parental)

Tabela 89 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *género* e *faixa etária*, nos adultos do grupo A.

Dependent Variable: QVAduTotal

F	df1	df2	Sig.
1,902	12	58	,053

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+Género+faixaetária+Género * faixaetária

Tabela 90 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo os factores *género* e *faixa etária*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Género	Faixa etária	Mean	Std. Deviation	N
M	19-24	118,00	.	1
	25-34	128,17	16,030	6
	35-44	133,17	24,863	6
	45-54	132,20	14,061	5
	55-64	122,40	11,760	5
	65-74	144,00	.	1
	75-82	158,00	.	1
	Total	130,44	17,359	25
F	19-24	119,00	16,971	2
	25-34	122,09	20,608	11
	35-44	126,50	20,508	14
	45-54	123,46	15,257	13
	55-64	121,60	10,784	5
	65-74	149,00	.	1
	Total	124,22	17,697	46
Total	19-24	118,67	12,014	3
	25-34	124,24	18,833	17
	35-44	128,50	21,454	20
	45-54	125,89	15,068	18
	55-64	122,00	10,646	10
	65-74	146,50	3,536	2
	75-82	158,00	.	1
	Total	126,41	17,709	71

Tabela 91 – ANOVA *two-way* para comparar as médias do valor total de qualidade de vida percebida dos adultos do grupo A segundo os factores *género* e *faixa etária*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2972,648(b)	12	247,721	,757	,691
Intercept	468963,474	1	468963,474	1433,043	,000
Género	56,728	1	56,728	,173	,679
Faixa etária	2220,564	6	370,094	1,131	,356
Género * faixa etária	182,984	5	36,597	,112	,989
Error	18980,507	58	327,250		
Total	1156469,000	71			
Corrected Total	21953,155	70			

a Computed using alpha = ,05
b R Squared = ,135 (Adjusted R Squared = -,043)

Tabela 92 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *local de residência* e *nível sócio-económico*, nos adultos do grupo A.

Dependent Variable: QVAduTotal

F	df1	df2	Sig.
,409	7	63	,893

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+residencia+QDEMOsociodemografico+residencia * QDEMOsociodemografico

Tabela 93 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo os factores *local de residência* e *nível sócio--económico*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Local de residência	Nível sócio-económico	Mean	Std. Deviation	N
Predominantemente urbano	baixo	129,43	23,172	7
	médio	124,84	16,774	19
	elevado	130,86	12,773	7
	Total	127,09	17,229	33
Medianamente urbano	baixo	128,86	18,774	7
	médio	131,73	19,484	11
	elevado	143,50	13,435	2
	Total	131,90	18,390	20
Predominantemente rural	baixo	113,78	16,491	9
	médio	124,33	14,832	9
	Total	119,06	16,155	18
Total	baixo	123,13	20,008	23
	médio	126,67	17,025	39
	elevado	133,67	13,266	9
	Total	126,41	17,709	71

Tabela 94 – ANOVA *two-way* para comparar as médias do valor total de qualidade de vida percebida dos adultos do grupo A segundo os factores *local de residência* e *nível sócio-económico*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2660,963(b)	7	380,138	1,241	,294
Intercept	693492,954	1	693492,954	2264,650	,000
Local de residência	1429,264	2	714,632	2,334	,105
Nível sócio-económico	463,248	2	231,624	,756	,474
Local de residência * nível sócio-económico	631,667	3	210,556	,688	,563
Error	19292,192	63	306,225		
Total	1156469,000	71			
Corrected Total	21953,155	70			

a Computed using alpha = ,05
b R Squared = ,121 (Adjusted R Squared = ,024)

Tabela 95 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*, nos adultos do grupo A.

Dependent Variable: QVAduTotal

F	df1	df2	Sig.
1,281	13	57	,252

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+estadocivil+QDEMOcv+estadocivil * QDEMOcv

Tabela 96 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo os factores *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Estado civil	Etapa do ciclo vital da família	Mean	Std. Deviation	N
Casado	casal sem filhos	119,43	16,940	7
	filhos pequenos ou pré-escolar	144,00	10,985	4
	Filhos em idade escolar	125,17	14,345	12
	filhos adolescentes	140,33	15,782	6
	família lançadora	122,42	14,022	12
	ninho vazio	129,60	18,650	10
	Total	127,86	16,633	51
União de facto	casal sem filhos	129,60	17,729	5
	filhos pequenos ou pré-escolar	133,80	25,908	5
	filhos em idade escolar	110,00	20,607	4
	filhos adolescentes	122,50	6,364	2
	Total	125,13	21,074	16
Divorciado	Filhos em idade escolar	119,00	.	1
	família lançadora	114,00	.	1
	Total	116,50	3,536	2
Separado	ninho vazio	126,00	.	1
	Total	126,00	.	1
Viúvo	família lançadora	93,00	.	1
	Total	93,00	.	1
Total	casal sem filhos	123,67	17,270	12
	filhos pequenos ou pré-escolar	138,33	20,242	9
	filhos em idade escolar	121,24	16,265	17
	filhos adolescentes	135,88	15,869	8
	família lançadora	119,71	15,183	14
	ninho vazio	129,27	17,726	11
	Total	126,41	17,709	71

Tabela 97 – ANOVA *two-way* para comparar as médias do valor total de qualidade de vida percebida dos adultos do grupo A segundo os factores *estado civil* e *etapa do ciclo vital da família*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	5810,624(b)	13	446,971	1,578	,119
Intercept	222632,589	1	222632,589	786,126	,000
Estado civil	1400,593	4	350,148	1,236	,306
Etapa do ciclo vital da família	2988,774	5	597,755	2,111	,077
Estado civil * Etapa do ciclo vital da família	1267,159	4	316,790	1,119	,357
Error	16142,531	57	283,202		
Total	1156469,000	71			
Corrected Total	21953,155	70			

a Computed using alpha = ,05
b R Squared = ,265 (Adjusted R Squared = ,097)

Tabela 98 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento dos factores *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*, nos adultos do grupo A.

Dependent Variable: QVAduTotal

F	df1	df2	Sig.
2,456	7	62	**,027**

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.
a Design: Intercept+FDC1.1+Acidentes+FCD9+FDC1.1 * Acidentes+FDC1.1 * FCD9+Acidentes * FCD9+FDC1.1 * Acidentes * FCD9

Tabela 99 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo os factores *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*.

Dependent Variable: QVAduTotal

Doenças crónicas	Acidentes	Divórcios	Mean	Std. Deviation	N
Sim	Não	Não	121,90	14,021	21
		Sim	133,86	16,046	7
		Total	124,89	15,186	28
	Sim	Não	124,83	21,479	6
		Sim	133,75	36,527	4
		Total	128,40	26,875	10
	Total	Não	122,56	15,540	27
		Sim	133,82	23,553	11
		Total	125,82	18,612	38
Não	Não	Não	131,62	16,132	21
		Sim	119,80	16,468	5
		Total	129,35	16,558	26
	Sim	Não	119,60	15,258	5
		Sim	98,00	.	1
		Total	116,00	16,248	6
	Total	Não	129,31	16,395	26
		Sim	116,17	17,209	6
		Total	126,84	17,079	32
Total	Não	Não	126,76	15,717	42
		Sim	128,00	17,072	12
		Total	127,04	15,870	54
	Sim	Não	122,45	18,201	11
		Sim	126,60	35,444	5
		Total	123,75	23,660	16
	Total	Não	125,87	16,173	53
		Sim	127,59	22,691	17
		Total	126,29	17,807	70

Tabela 100 – ANOVA factorial não paramétrica para comparar as médias das ordenações do valor total de qualidade de vida percebida dos adultos do grupo A segundo os factores *doenças crónicas*, *acidentes* e *divórcios*.

Dependent Variable: Rank of QVAduTotal

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Observed Power(a)
Corrected Model	4152,944(b)	7	593,278	1,445	,204	,140	,563
Intercept	31078,293	1	31078,293	75,684	,000	,550	1,000
Doenças crónicas	1037,814	1	1037,814	2,527	,117	,039	,347
Acidentes	626,150	1	626,150	1,525	,222	,024	,229
Divórcio	233,769	1	233,769	,569	,453	,009	,115
Doenças crónicas * Acidentes	518,957	1	518,957	1,264	,265	,020	,198
Doenças crónicas * Divórcio	1907,595	1	1907,595	4,646	**,035**	,070	,564
Acidentes * Divórcio	123,294	1	123,294	,300	,586	,005	,084
Doenças crónicas * Acidentes * Divórcio	2,899	1	2,899	,007	,933	,000	,051
Error	25459,202	62	410,632				
Total	119362,750	70					
Corrected Total	29612,146	69					

a Computed using alpha = ,05

b R Squared = ,140 (Adjusted R Squared = ,043)

Tabela 101 – Teste de normalidade do valor total de qualidade de vida percebida segundo a interacção *doenças crónicas*divórcios*, nos adultos do grupo A.

	Doenças_Divórcios	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVAdu Total	+doença-divórcio	,113	26	,200(*)	,965	26	,498
	+doença+divórcio	,337	6	**,032**	,803	6	,062
	-doença-divórcio	,091	27	,200(*)	,962	27	,416
	-doença+divórcio	,131	11	,200(*)	,984	11	,985

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 102 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida segundo a interacção *doenças crónicas*divórcios*, nos adultos do grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QVAdu Total	Based on Mean	1,298	3	66	,283
	Based on Median	1,349	3	66	,266
	Based on Median and with adjusted df	1,349	3	58,657	,267
	Based on trimmed mean	1,313	3	66	,277

Tabela 103 – Teste *post-hoc* de Tukey para comparar as médias dos quatro níveis da interacção *doenças crónicas* e *divórcios*, nos adultos do grupo A.
Dependent Variable: QVAduTotal
Tukey HSD

(I) Doenças Divórcios	(J) Doenças Divórcios	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
+doença -divórcio	+doença+divórcio	13,141	7,889	,350	-7,65	33,94
	-doença-divórcio	6,752	4,786	,497	-5,86	19,37
	-doença+divórcio	-4,510	6,265	,889	-21,02	12,00
+doença +divórcio	+doença-divórcio	-13,141	7,889	,350	-33,94	7,65
	-doença-divórcio	-6,389	7,862	,848	-27,11	14,33
	-doença+divórcio	-17,652	8,841	,200	-40,95	5,65
-doença -divórcio	+doença-divórcio	-6,752	4,786	,497	-19,37	5,86
	+doença+divórcio	6,389	7,862	,848	-14,33	27,11
	-doença+divórcio	-11,263	6,231	,279	-27,69	5,16
-doença +divórcio	+doença-divórcio	4,510	6,265	,889	-12,00	21,02
	+doença+divórcio	17,652	8,841	,200	-5,65	40,95
	-doença-divórcio	11,263	6,231	,279	-5,16	27,69

Tabela 104 – Teste de normalidade do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *religião*, nos adultos do grupo A.

	Religião	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVAduTotal	Não	,143	16	,200(*)	,907	16	,103
	Sim (católica)	,075	55	,200(*)	,976	55	,339

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 105 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *religião*, nos adultos do grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QVAdu Total	Based on Mean	,002	1	69	,962
	Based on Median	,039	1	69	,845
	Based on Median and with adjusted df	,039	1	66,616	,845
	Based on trimmed mean	,018	1	69	,894

Tabela 106 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *religião*.

	Religião	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QVAdu Total	Não	16	130,69	18,198	4,549
	Sim (católica)	55	125,16	17,537	2,365

Tabela 107 – Teste *t*-Student para comparar as médias do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *religião*, nos adultos do grupo A.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Differenc	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
QVAdu Total	Equal variances assumed	,002	,962	1,100	69	,275	5,524	5,023	-4,496	15,544
	Equal variances not assumed			1,077	23,719	,292	5,524	5,127	-5,065	16,113

Tabela 108 – Teste de normalidade do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *relação com o falecido*, nos adultos do grupo A.

	Relação	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVAdu Total	amigo	,102	12	,200(*)	,969	12	,899
	parente	,077	54	,200(*)	,978	54	,403

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 109 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *relação com o falecido*, nos adultos do grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QVAdu Total	Based on Mean	,376	1	64	,542
	Based on Median	,296	1	64	,588
	Based on Median and with adjusted df	,296	1	62,122	,588
	Based on trimmed mean	,376	1	64	,542

Tabela 110 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *relação com o falecido*.

	Relação	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QVAdu Total	amigo	12	133,67	14,643	4,227
	parente	54	124,91	16,888	2,298

Tabela 111 – Teste *t*-Student para comparar as médias do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *relação com o falecido*, nos adultos do grupo A.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Diffe-rence	Std. Error Diffe-renc	95% Confidence Interval of the Difference Lower	Upper
QVAdu Total	Equal variances assumed	,376	,542	1,661	64	,102	8,759	5,274	-1,776	19,294
	Equal variances not assumed			1,820	18,135	,085	8,759	4,811	-1,344	18,862

Tabela 112 – Teste de normalidade do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*, nos adultos do grupo A.

	Grau de parentesco com o falecido	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QVAdu Total	Pais	,146	9	,200(*)	,964	9	,840
	Irmãos	,209	6	,200(*)	,889	6	,313
	Avós e bisavós	,128	10	,200(*)	,928	10	,430
	Tios	,134	15	,200(*)	,935	15	,328
	Família por afinidade	,215	12	,133	,911	12	,222

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Tabela 113 – Teste de homogeneidade das variâncias do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*, nos adultos do grupo A.

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QVAdu Total	Based on Mean	2,181	4	47	,086
	Based on Median	1,775	4	47	,150
	Based on Median and with adjusted df	1,775	4	44,466	,151
	Based on trimmed mean	2,170	4	47	,087

Tabela 114 – Estatísticas descritivas dos adultos do grupo A relativamente ao valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*.
QVAduTotal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound
Pais	9	127,00	19,268	6,423	112,19	141,81	93	154
Irmãos	6	125,67	16,967	6,927	107,86	143,47	103	144
Avós e bisavós	10	124,40	20,419	6,457	109,79	139,01	97	153
Tios	15	128,67	18,380	4,746	118,49	138,84	104	158
Família por afinidade	12	118,67	11,032	3,185	111,66	125,68	93	138
Total	52	124,90	17,124	2,375	120,14	129,67	93	158

Tabela 115 – ANOVA *one-way* para comparar as médias do valor total de qualidade de vida percebida segundo o factor *grau de parentesco com o falecido*, nos adultos do grupo A.
QVAduTotal

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	724,786	4	181,196	,598	,666
Within Groups	14229,733	47	302,760		
Total	14954,519	51			