



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Vida depois da morte: Narrativas da
experiência de perda de um familiar por
suicídio**

Maria Ana Segurado dos Santos Sebastião

Orientação: Prof. Doutora Sofia Alexandra
da Conceição Tavares

Coorientação: Doutora Sara Anão Lourinho Santos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Vida depois da morte: Narrativas da experiência de perda
de um familiar por suicídio**

Maria Ana Segurado dos Santos Sebastião

Orientadora:

Professora Doutora Sofia Tavares

Coorientadora:

Doutora Sara Santos

ÉVORA, MARÇO de 2017

To live is to suffer; to survive is to find some meaning in the suffering.

Friedrich Nietzsche

Agradecimentos

À Professora Doutora Sofia e à Doutora Sara pela paciência, pelo apoio, e por todos os conhecimentos transmitidos ao longo deste processo.

Aos meus pais, a quem devo a vida, pela paciência, compreensão, carinho, e sobretudo por me permitirem a concretização de um sonho.

À Inês e ao João pela presença e amor incondicionais.

Ao Janeca, por ter escolhido partilhar comigo aventuras como esta.

Aos meus amigos, em particular a Nádia e a Maria João por me terem sempre acompanhado neste processo.

Por fim, a todos os sobreviventes-familiares sem os quais este estudo não teria sido possível.

Resumo

Este estudo, de natureza qualitativa e exploratória, pretende conhecer e analisar os significados que as pessoas constroem a partir da experiência de perda, por suicídio, de um familiar (i.e. sobrevivente-familiar). Procura também perceber se os significados diferem entre pessoas com diferentes níveis de sintomatologia psicopatológica. Foram entrevistados oito adultos que perderam familiares por suicídio, há mais de 1 ano e há menos de 10 anos, recrutados por procedimentos de amostragem por conveniência. Para estes sobreviventes, o suicídio do familiar insere-se no campo semântico do drama, existindo uma tendência dos indivíduos com maior sintomatologia para a construção de significados autorreferentes de ineficácia. Estes resultados podem constituir-se como indicadores discursivos de risco psicopatológico. Surge também como uma implicação deste estudo a importância de se intervir na redução do estigma social e na promoção de acesso a serviços de apoio psicológico capazes de auxiliar os sobreviventes na construção de significados adaptativos.

Palavras-chave: Sobrevivente-familiar, suicídio, construção de significado, indicadores discursivos de risco

Abstract

Life after death: Narratives of a family member loss experience by suicide

This qualitative and exploratory study aims to know and analyze the meanings that people construct from the loss experience of a family member, by suicide (i.e. relative-survivor). It also intends to understand if meanings differ between people with distinct psychopathological symptomatology levels. Eight adults who had lost relatives by suicide, for longer than 1 year and less than 10 years, were recruited through convenience sampling procedures. For these survivors, the relative suicide inserts into the semantic field of drama, existing a tendency of individuals with greater symptomatology to construct meanings self referring of inefficacy. These results may constitute discursive indicators of psychopathological risk. It also arises as an implication of this study a dimension of intervening in reducing social stigma and promoting access to psychological support services who can assist survivors in constructing adaptive meanings.

Key-words: Relative-survivor, suicide, meaning construction, discursive risk indicators

Índice

Introdução	1
Parte I – Revisão da literatura	3
Capítulo 1 - Suicídio e sobreviventes	3
1.1 Suicídio	3
1.2. Sobreviventes	7
1.3 Perda e luto por suicídio	11
1.4 Pósvenção	17
Capítulo 2 - Construcionismo social: A construção de significado	23
Parte II - Contribuição empírica	29
Capítulo 3 – Objetivos	29
Capítulo 4 – Metodologia	31
4.1. Participantes	31
4.2. Instrumentos	31
4.3. Procedimentos de recolha e análise de dados	33
Capítulo 5 - Resultados	37
5.1 Totalidade da amostra	39
5.2 Grupos de sobreviventes com e sem sintomatologia psicopatológica significativa	49
Capítulo 6 - Discussão	61
6.1. Construção discursiva da perda de um familiar por suicídio	61
6.2. Construção discursiva da perda de um familiar por suicídio em função do grau de sintomatologia psicopatológica	63
Referências bibliográficas	71
Anexo I – Consentimento Informado	81
Anexo II – Questionário Sociodemográfico	83
Anexo III – Questionário de Ideação Suicida	85
Anexo IV – Brief Symptom Inventory	87
Anexo V - Guião de Entrevista	89
Anexo VI – Descrição Temas, Categorias e Subcategorias	91
Anexo VII – Unidades de Registo constituintes das Subcategorias	101

Introdução

Estima-se que por ano morra quase 1 milhão de pessoas por suicídio. Por cada suicídio consumado, ocorrem entre 10 a 20 tentativas deste ato. Estes números têm vindo a aumentar nos últimos 50 anos em cerca de 60% (OMS, 2006).

Um efeito comum do suicídio é que este desencadeia um processo de luto exigente para quem fica (Cerel & Campbell, 2008). Deste modo, ao falarmos de suicídio não falamos apenas de quem o comete, mas também daqueles que após o suicídio vivenciam, habitualmente, um longo e intenso percurso de sofrimento. Estes indivíduos cujas vidas foram significativamente alteradas na sequência do suicídio de alguém significativo, são habitualmente designados na literatura de *sobreviventes* (Jordan & McIntosh, 2011b). Edwin Shneidman (1972) – denominado pela literatura da área de pai da suicidologia -, estimou que por cada suicídio pelo menos seis pessoas são afetadas. Esta estimativa pressupõe que anualmente haja pelo menos 6 milhões de novos sobreviventes no mundo (Bartik, Maple, Edwards & Kiernan, 2013). Outros autores (e.g. Wroblewski, 2002), menos conservadores na estimativa da proporção de pessoas afetadas, referem que por cada suicídio existem 10 sobreviventes (Jordan & McIntosh, 2011b). Saraiva (2010) estima que por cada suicídio sejam afetadas cerca de 100 pessoas, direta ou indiretamente, sendo que seis delas são afetadas de forma profunda. Com números desta ordem, torna-se pertinente dar especial atenção a esta população. Para além disso, vários estudos têm mostrado que os sobreviventes são uma população propensa a desenvolver uma série de complicações psicológicas, sociais e comportamentais (Jordan & McIntosh, 2011b; McMenamy, Jordan & Mitchell, 2008; Santos, Campos & Tavares, 2015b; Santos, Tavares & Campos, 2015), sendo a consequência mais severa a propensão para a repetição dos comportamentos suicidários (Crosby & Sacks, 2002; Jordan & McIntosh, 2011b; OMS, 2006; Santos et al., 2015b).

Por outro lado, e tendo em conta as consequências do processo de luto por suicídio, considera-se importante conhecer as necessidades dos sobreviventes. Ainda que internacionalmente existam alguns estudos com informações importantes para que se possa responder às necessidades dos sobreviventes, em Portugal não existe nenhum estudo sistemático das mesmas. Posto isto, torna-se importante a compreensão dessas necessidades para que se possa ir ao encontro das mesmas (Santos & Tavares, 2014). É com este objetivo, e no âmbito de uma linha de

investigação mais vasta em desenvolvimento no Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, que surge o estudo agora apresentado. Este pretende explorar não só os significados pessoais sobre os quais os sobreviventes-familiares edificam a experiência de suicídio do seu ente querido, mas também a eventual existência de padrões de significados associados a diferentes níveis de sofrimento psicológico e ideação suicida.

O presente trabalho está organizado em duas partes. A parte I refere-se à revisão da literatura e compreende dois capítulos. O capítulo 1, intitulado Suicídio e sobreviventes, revê a literatura relacionada com o suicídio. Neste são abordados os aspetos epidemiológicos do suicídio, são definidos alguns conceitos neste âmbito, bem como os fatores de risco associados. Num segundo momento, é revista a literatura relativa aos Sobreviventes, que inclui a descrição das características desta população e a síntese de possíveis consequências do suicídio nos mesmos. Este capítulo aborda, também, a perda e as especificidades do processo de luto por suicídio, bem como algumas estratégias de *coping* utilizadas neste âmbito. A parte final do capítulo é reservada à pós-venção. No capítulo 2 (Construcionismo Social: a Construção de Significado) é apresentada a perspetiva construtivista e construcionista social, que servem de enquadramento teórico ao estudo. A parte II, da Contribuição Empírica, compreende três capítulos: Metodologia, Resultados e Discussão. O trabalho termina com a apresentação das conclusões do estudo realizado.

Parte I – Revisão da literatura

Capítulo 1 - Suicídio e sobreviventes

1.1 Suicídio

O suicídio, fenómeno de todos os tempos e sociedades (Santos, 2014), é considerado pela Organização Mundial de Saúde um grave problema de saúde pública (OMS, 2016). É uma das três principais causas de morte entre os jovens e adultos dos 15 aos 34 anos, ainda que a maioria dos suicídios aconteça entre pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2002). As taxas de suicidalidade aumentaram 60% ao longo dos últimos 50 anos (OMS, 2006), morrendo atualmente quase 1 milhão de pessoas por suicídio por ano, ou seja, 16 pessoas por cada 100 mil habitantes, 1 suicídio a cada 40 segundos (OMS, 2014; 2006). Em Portugal morrem anualmente mais de 1000 pessoas por suicídio (INE–DGS/MS, PORDATA, 2016; OMS, 2006). Em 2014 foram registados 1216 óbitos por suicídio em Portugal (INE–DGS/MS, PORDATA, 2016), o que corresponde a uma taxa de cerca de 11,7 mortos por suicídio por 100.000 habitantes.

Uma das especificidades da distribuição do suicídio no nosso país, ainda que atualmente não tão acentuada (INE–DGS/MS, PORDATA, 2016a) é a assimetria entre o Norte e o Sul no que a estas taxas diz respeito. No Norte as taxas são mais baixas, ao passo que no Sul as taxas são mais elevadas. Os dados publicados pelo INE – DGS/MS PORDATA (2016a) referentes a 2014 mostram uma taxa de óbitos por suicídio de 1,6% para o Alentejo, de 1,% para a região Norte e de 1,1% para o Centro. Vários autores têm avançado com explicações para as elevadas taxas de suicídio no Alentejo. Saraiva (2010) defende que o número alarmante de suicídios no Alentejo parece estar relacionado com a situação social/económica da região, que se reflete em: (1) isolamento social (Quartilho, 2014), devido não só à baixa densidade populacional, mas também à distância física existente entre as várias populações (Cândido, 2010); (2) apoio social insuficiente (Quartilho, 2014); (3) envelhecimento da população (Quartilho, 2014), uma vez que a taxa de suicídio é bastante elevada nos idosos, não só pelos problemas económicos, mas pelo declínio do estado de saúde global e das faculdades sensoriais, pela perda dos amigos e cônjuge por falecimento,

a institucionalização e os elevados custos de saúde (Quartilho, 2014); (4) baixa religiosidade (Saraiva, 2010), dado que níveis mais elevados da mesma levam a uma maior condenação dos atos suicidas, diminuindo o risco deste tipo de comportamentos (Cândido, 2010); (5) baixos níveis de instrução e escolaridade; (6) desemprego; (7) baixa nupcialidade; (8) divórcios; (9) pobreza; (10) desesperança; (11) alcoolismo; (12) depressão; e (13) personalidade melancólica (Saraiva, 2010). Quartilho (2014, p. 27) afirma que “A paisagem nua do Alentejo, cheia de pessoas que se mudaram para longe, ou desapareceram para sempre, é também uma memória de afetos que se perderam, um local de encontro com o isolamento, com o sofrimento social, com a solidão e com a doença, uma ponte simbólica que convida as pessoas mais vulneráveis a uma viagem sem retorno”. Deste modo se defende que zonas de baixa integração social possam estar associadas a um maior risco de suicídio para os indivíduos que nelas vivem (Quartilho, 2014).

A acrescentar às características sociais/culturais e económicas parecem ainda existir outros fatores de risco suicidário. Em termos individuais, a investigação identifica como fatores de risco: o sexo (Brock, Sandoval & Hart, 2006; Carvalho, Peixoto, Saraiva, Sampaio, Amaro, Santos & Santos, 2013; Santos, 2014), sendo que os homens se suicidam três a quatro vezes mais do que as mulheres (OMS, 2014; Santos, 2014); a idade, dado que à medida que esta avança, aumenta o risco de suicídio (Brock et al., 2006; Carvalho et al., 2013; Santos, 2014); a orientação sexual, uma vez que indivíduos homossexuais parecem apresentar um risco superior de comportamentos suicidários (Brock et al., 2006); a doença mental, nomeadamente a depressão, que surge habitualmente associada ao suicídio (Carvalho et al., 2013; OMS, 2014; Santos, 2014), bem como a história de psicopatologia (OMS, 2014; Santos, 2014) ou de suicídio na família (OMS, 2014); doenças somáticas e dor crónica têm uma elevada relação com o suicídio (OMS, 2014; Santos, 2014), sendo que cerca de 30% dos suicidas recorreram a serviços de saúde nos seis meses anteriores à morte; o abuso de substâncias (OMS, 2014); o desemprego (OMS, 2014) ou profissões relacionadas com a saúde; bem como o facto de ser trabalhador rural (Carvalho et al., 2013); tentativa de suicídio prévia (Carvalho et al., 2013; OMS, 2014); comportamentos autolesivos (Carvalho et al., 2013); desemprego (OMS, 2014); estado civil, sendo que as pessoas solteiras, divorciadas, separadas e viúvas apresentam maior risco de cometer o suicídio (Carvalho et al., 2013; Santos, 2014); por fim, parecem existir também fatores genéticos ou biológicos no suicídio (OMS, 2014; Santos, 2014). Já em termos culturais ou relacionais, os fatores de risco apresentados

pela literatura são: desastres naturais, guerras e conflitos sociais (OMS, 2014); maus-tratos e abusos na infância (OMS, 2014; Santos, 2014); isolamento sociofamiliar (OMS, 2014; Santos, 2014) ou fraco suporte social (OMS, 2014); discriminação (OMS, 2014); e a ocorrência de um desgosto amoroso ou familiar (OMS, 2014; Santos, 2014). Para terminar, outros dois aspetos ambientais referidos como tendo também influência no suicídio são: a estação do ano e as temperaturas, verificando-se que as taxas de suicídio são mais elevadas na primavera e no verão (Santos, 2014). Para além disso, em Portugal, os números de suicídio são mais elevados em meio rural (Carvalho et al., 2013).

Ainda que os números que vimos anteriormente comprovem a gravidade atual desta problemática, a questão da morte voluntária já é pensada desde há muitos séculos, existindo, por isso, uma perspetiva histórica bastante ampla deste fenómeno (Azenha & Peixoto, 2014). De acordo com Camus (2005) o suicídio consiste no único problema filosófico verdadeiramente sério, uma vez que se prende com o julgamento de se vale a pena a vida ser ou não vivida. A palavra suicídio que na sua origem etimológica significa *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar), foi utilizada pela primeira vez em 1737 por Desfontaines. Refere-se, então, a uma pessoa que com o desejo de escapar a uma situação de sofrimento muito intenso, decide acabar com a sua própria vida, morrendo, por isso, de um modo intencional (Martins & Leão, 2010).

Desde então, várias têm sido as definições propostas para este fenómeno. Durkheim, em 1897, definiu o suicídio como a “morte que resultava direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido por um indivíduo que conhecia o resultado desse seu comportamento” (Durkheim, 2007, p. 23). Já para Edwin Shneidman (cit. in Saraiva & Gil, 2014, p. 42) o suicídio é um “ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema”. Em 2006, De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof e Bille-Brahe (p. 12), membros integrantes do painel OMS/Europa, reconstruíram a definição original de suicídio, chegando à seguinte: “o suicídio é um ato com um desfecho fatal, em que o falecido, sabendo ou esperando um resultado potencialmente fatal, iniciou e realizou com o objetivo de provocar as mudanças desejadas”.

Numa perspetiva contemporânea, o comportamento suicida é visto num *continuum*. Num dos extremos temos a ideação suicida (pensamentos e desejos sobre o suicídio), passando pela tentativa de suicídio, até ao suicídio consumado (Marques, 2013; Vilhjalmsón, Kristjansdóttir & Sveinbjarnardóttir, 1998). As condutas suicidas

são percebidas como surgindo na sequência de situações de grande *stress* e ansiedade com as quais a pessoa se sente incapaz de lidar e solucionar. Assim sendo, tais sentimentos intensificados podem levar a pensamentos sobre o morrer como a única escapatória possível ao sofrimento (Marques, 2013). Segundo Botega (1996, cit. in Moreira, 2008), o comportamento suicidário abrange qualquer ato através do qual um indivíduo se auto-lesiona, independentemente do nível de intenção letal. Para a delimitação do conceito de suicídio, o Plano Nacional de Prevenção de Suicídio 2013-2017 (p. 104) apresenta o suicídio consumado como a morte provocada “por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica”. O mesmo documento define: ideação suicida como “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Estes podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato” (p. 104); comportamentos autolesivos como “comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais (cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado, ingerir fármaco em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis)”; e tentativa de suicídio como “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado” (p. 104).

Shneidman, em 1985, descreve as seguintes razões como sendo as mais comuns para o suicídio: a procura de uma solução; o cessar da consciência; a dor psicológica intolerável; as necessidades psicológicas ausentes; o isolamento; a desesperança; a ambivalência; a constrição cognitiva; a sensação de que já nada pode ser feito; a comunicação da intenção; e a fuga ou desaparecimento repentina como a única solução (Baptista & Santos, 2014; Saraiva & Gil, 2014).

Ainda que as investigações sugiram que uma variedade de fatores sociais, de personalidade e relacionados com a infância contribuem para o risco de comportamento suicida, a maior contribuição virá dos problemas de saúde mental, como sejam as perturbações do humor, comportamentos suicidas anteriores, depressão e abuso de substâncias (Beautrais, 2005). Estes resultados implicam que uma das grandes vertentes de qualquer estratégia de prevenção do suicídio deva envolver abordagens que visam melhorar a deteção, tratamento, gestão e prevenção dessas doenças na população. Uma abordagem mais geral prende-se com o incentivo

à população para aderir a comportamentos que visem a promoção da saúde mental, a detecção precoce de doença mental e a procura rápida de tratamento nos casos de perturbações mentais. Em particular, podem ser utilizadas iniciativas vocacionadas para o melhor reconhecimento, tratamento e gestão de depressão e a implementação em paralelo, de programas projetados para resolver perturbações de abuso de substâncias. Embora as iniciativas possam reduzir as taxas de perturbações mentais na população, inevitavelmente, uma fração da população irá desenvolvê-las na mesma, pelo que é necessário a disponibilização de serviços psiquiátricos adequados para colmatar estas necessidades (Beautrais, 2005). Outra abordagem possível foca-se no desenvolvimento de programas promotores de competências pessoais e sociais, com vista a desenvolver a resiliência, e a reduzir o *stress* e consequentemente a prevenir as perturbações mentais (Beautrais, 2005).

1.2. Sobreviventes

A palavra sobrevivente é habitualmente utilizada para referir alguém que perdeu uma pessoa significativa por suicídio, e cuja vida sofreu alterações (Adriessen, 2009). Ainda assim, a ausência de uma definição consensual de sobrevivência, e por isso de estudos com base na mesma, dificultam a obtenção de estimativas precisas do número de pessoas afetadas dentro da rede social do suicidado (Cerel, Padget, Conwell & Reed, 2009; Jordan & McMenemy, 2004).

Dado o número elevado de suicídios, e consequentemente de sobreviventes, é importante conhecer melhor o impacto deste fenómeno nas pessoas expostas ao mesmo (Adriessen & Kryszynska, 2012). Edwin Shneidman dedicou-se ao estudo do impacto que o suicídio tem nos indivíduos próximos do suicidado, para os quais o suicídio significa habitualmente o início de um percurso de sofrimento intenso e prolongado (1969, cit. in Santos & Tavares, 2014). McIntosh (1993, p.146) definiu sobreviventes como os “familiares e amigos que experienciam o suicídio de alguém amado”. Segundo Jordan e McIntosh (2011b), a maior parte dos estudos sobre suicídio, no que se refere à definição de sobreviventes, apenas definem como critério a exposição ao suicídio ou apenas estudam familiares diretos do suicidado, incluindo os amigos apenas no caso dos adolescentes. Ainda assim, os autores referem que estas definições são muito amplas no primeiro caso, e muito restritas no segundo, para definirem aquilo que se considera um potencial sobrevivente. Segundo Jordan e

McIntosh (2011b) é comum encontrar-se a sobrevivência associada às seguintes dimensões: parentesco com o suicidado, ligação emocional e grau de sofrimento vivenciado após o suicídio (Santos & Tavares, 2014). No que diz respeito ao parentesco com o suicidado, evidências empíricas suportam a ideia de que a proximidade ao suicidado está diretamente relacionada com o impacto do suicídio (Mitchell, Kim, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004). Zhang, Tong e Zhou (2005) referem que quando se atende à ligação emocional com o falecido e independentemente do grau de parentesco, o número de potenciais sobreviventes aumenta consideravelmente com a proximidade ao falecido, sendo que a ligação emocional surge nos estudos como um preditor importante do impacto do suicídio (Jordan & McIntosh, 2011b). Jordan e McIntosh (2011b, p. 7) definem sobrevivente como “alguém que experiencia um elevado nível de sofrimento psicológico, físico e/ou social, durante um período considerável de tempo, após a exposição ao suicídio”. Ainda assim, há dúvidas sobre o que é considerado sofrimento elevado e período de tempo considerável. Esta definição, para além de permitir a distinção entre exposição e sobrevivência ao suicídio, tendo em conta o sofrimento auto-percebido e a duração do mesmo, dá-nos também a vantagem de nela se poder incluir qualquer indivíduo, independentemente da ligação familiar ou proximidade emocional ao falecido (Jordan & McIntosh, 2011b; Santos & Tavares, 2014). Para a comunidade científica da área da suicidologia, o termo sobrevivente não é consensual, devendo-se essencialmente ao facto de o mesmo termo poder ser também utilizado para fazer referência a alguém que realizou uma tentativa de suicídio não tendo esta sido concretizada (Santos, Campos & Tavares, 2015a). Nesse sentido, Seager (2004) argumenta que o termo sobrevivente refere-se aos indivíduos que pretenderam cometer o suicídio, sem terem atingido o objetivo, acrescentado que a palavra *relict* (reliquia) é mais adequada para fazer referência aos que são deixados para trás.

Em 2014, Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple e Marshalls propõem definir esta população, tendo em conta as consequências do suicídio num *continuum*. Num dos extremos consideram a exposição ao suicídio, trata-se de alguém que conhece ou identifica a morte de alguém por suicídio. Apesar de incluir os sobreviventes, diz também respeito àqueles que de alguma forma tiveram conhecimento, mas não sentiram consequências severas na consequência do mesmo. Ao avançarmos no *continuum*, os autores distinguem os indivíduos que foram afetados pelo suicídio, no sentido em que experienciaram sofrimento psicológico significativo. No seguimento destes dois conceitos, até ao outro extremo do *continuum*, surgem então as duas

categorias seguintes, que englobam os indivíduos enlutados, por um período de tempo curto, a curto prazo em primeira instância, e depois os enlutados um período mais longo, a longo prazo. Ao referirem-se ao luto, os autores pressupõem que os indivíduos que aqui se incluem têm um vínculo próximo com o falecido. À parte desta especificidade, os enlutados de longo prazo podem ser os sobreviventes de suicídio, tal como definidos por Jordan e McIntosh (2011b). Como referem Santos e colaboradores (2015a), Cerel e colaboradores (2014) defendem esta categorização não só para tentarem compreender aparentes inconsistências em alguns estudos, mas também porque permite uma avaliação clínica mais precisa, chegando a um plano de intervenção mais adequado, tendo em conta o nível de impacto do fenómeno suicidário.

As narrativas de sobreviventes revelam que o suicídio de alguém que amamos pode ser uma experiência devastadora (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008). Para além disso, evidências consideráveis mostram que os sobreviventes, perante a morte de alguém querido, têm um risco elevado de desenvolver complicações médicas e psiquiátricas (Cerel et al., 2008; Jordan, 2001; Santos et al., 2015) podendo resultar em sentimentos de culpa, raiva e disfunção familiar (Jordan, 2001; Sveen & Walby, 2008). Um número significativo de sobreviventes apresenta sintomas de perturbação de *stress* pós traumático (Dyregrov, 2009), depressão (McMenamy, Jordan & Mitchell, 2008), abuso de substâncias (Brent, Melhem, Donohoe & Walker, 2009) e dificuldades sócio-culturais, refletindo a natureza traumática deste tipo de morte (Oulanova, Moodley & Séguin, 2014). Os sobreviventes apresentam, ainda, um risco elevado de repetição de comportamentos suicidários (Crosby & Sacks, 2002; Ness & Pfeffer, 1990; Santos et al., 2015b). Crosby e Sacks (2002) relatam nos seus estudos, que as pessoas que conhecem alguém que se tenha suicidado estão 1,6 vezes mais propensas a ter ideação suicida, 2,9 vezes mais propensas a planos suicidas, e têm 3,7 vezes mais probabilidade de cometerem uma tentativa de suicídio.

Em Portugal, o impacto do suicídio nos familiares tem sido pouco explorado, não se conhecendo muita investigação neste âmbito (Santos et al., 2015a). Não obstante, foi realizado, no Alentejo Central, uma investigação de natureza quantitativa que teve como objetivo estudar o impacto do suicídio, em termos de sintomatologia psicopatológica e ideação suicida, em indivíduos que perderam um elemento do seu agregado familiar por suicídio (Santos et al., 2015; 2015b). Este estudo foi realizado com duas amostras: uma constituída por 93 indivíduos que perderam um familiar do seu agregado por suicídio, e uma segunda amostra de 102 indivíduos da comunidade,

sem história familiar de suicídio. Num primeiro momento, os autores (Santos et al., 2015) avaliaram a relação entre um conjunto de variáveis do sobrevivente (nomeadamente, a idade, escolaridade, sexo, estado civil, ser cônjuge do falecido, estratégias de *coping*, e recurso a ajuda profissional) com variáveis relacionadas com o suicídio (tempo decorrido desde o suicídio, história familiar de suicídio, idade do falecido, método utilizado no suicídio e tentativas de suicídio prévias) e a sintomatologia psicopatológica (nas vertentes de sintomatologia geral, depressão e ansiedade). Os resultados mostram que a maior parte dos familiares que perderam um elemento do seu agregado por suicídio apresentam sintomatologia psicopatológica clinicamente significativa. Mais especificamente, os autores verificaram que os familiares com mais idade do sexo feminino, sem estratégias de *coping* eficazes, cônjuges do suicida, que beneficiaram de ajuda profissional após o suicídio, cujo familiar suicida era mais jovem e tinha realizado tentativas de suicídio prévias ao suicídio apresentam níveis de sintomatologia psicopatológica significativamente mais elevados. Numa segunda fase da investigação, os autores (Santos et al., 2015b) verificaram que, comparativamente à amostra da comunidade sem história de suicídio na família, os familiares de suicidas apresentam um grau de ideação suicida significativamente mais elevado. Os autores verificaram ainda que a sintomatologia psicopatológica e que o tempo decorrido desde o suicídio, se relacionam positivamente com a ideação suicida. No que concerne às conclusões desta investigação (Santos et al., 2015; 2015b), destaca-se a constatação de que os familiares se apresentam emocionalmente perturbados e com um elevado nível de ideação suicida na sequência do suicídio. Os resultados identificam ainda algumas características dos sobreviventes que poderão apresentar maior sofrimento psicológico e que assim deverão ser alvo de intervenção prioritária. Fornecem também indicações clínicas a ter em consideração na intervenção com esta população, ao demonstrarem que a depressão, a ansiedade e a hostilidade se encontram relacionadas com a ideação suicida. Finalmente, os resultados remetem para a necessidade de todos os sobreviventes beneficiarem de medidas de pós-venção, independentemente do tempo decorrido desde o suicídio.

1.3 Perda e luto por suicídio

Ao longo da vida somos confrontados com várias perdas significativas. Um indivíduo, face a qualquer perda, desenvolve um processo de luto, necessário para gerir a ausência, e que consiste numa reação adaptativa à perda. Este processo compreende uma série de fases e tarefas, não lineares e muito importantes (Melo, 2004). Para muitas pessoas é a maior crise que terão que enfrentar nas suas vidas (Pereira & Lopes, 2005). Vários têm sido os autores que se têm dedicado ao estudo destes processos. Kübler-Ross (2009, 1996) identifica cinco fases do luto face à perda: a negação, raiva ou revolta, a negociação, a depressão, e a aceitação. Segundo a autora, a fase da negação pode ser caracterizada por um estado inicial de choque, seguindo-se a negação do problema ilustrada com frases do tipo “isto não me pode estar a acontecer” ou “não pode ser verdade”. Nesta fase pode surgir também o isolamento e a solidão. Esta negação dará depois origem a uma aceitação parcial da perda (“está mesmo a acontecer, não é um erro”). Segundo Kübler-Ross (2009, 1996), quando já não é possível prolongar a fase da negação, esta é substituída por sentimentos de raiva ou revolta caracterizada pela pergunta “porquê a mim?”. Esta raiva é frequentemente dirigida a todo o meio envolvente. Para a autora, se numa primeira fase não se consegue encarar a realidade do triste acontecimento e surge a revolta perante Deus ou pessoas, a etapa da negociação caracteriza-se, então, por uma negociação com Deus através de promessas para que aquilo não seja real. Uma outra fase descrita por Kübler-Ross (2009, 1996) é a depressão reativa à perda, consequência da tomada de consciência do acontecimento. Nesta fase, a raiva é substituída pelo sentimento de grande perda. É uma fase em que está presente a tristeza, e em que a expressão da mesma pode facilitar a aceitação final. Por fim, a aceitação, caracterizada pela paz e tranquilidade perante a perda (Kübler-Ross, 2009; 1996).

Worden (2009) descreve quatro tarefas inerentes ao processo de luto. A primeira é a aceitação da realidade da perda. Apesar da pessoa conscientemente aceitar a perda como algo que é não revertível, isto é, um acontecimento definitivo, não o faz, por vezes, emocionalmente. Para que haja uma aceitação real da perda, é necessário que este contraste se dissolva, sendo fundamental, para isso, que os pensamentos e as emoções estejam em sintonia. Depois surge a elaboração da dor da perda. Para que não surjam sintomas ou alterações de comportamento, a pessoa deve permitir-se sofrer a perda, normalizando e criando condições para a elaborar. A

terceira tarefa prende-se com o aprender a viver sem o que lhe era significativo, o voltar a ajustar-se ao dia a dia, dando continuidade à vida e aos sonhos, às relações com os outros e ao amor próprio. Por fim, a última tarefa diz respeito ao reposicionamento e reinvestimento emocional na vida. Este refere-se não só ao dar continuidade à vida, mas também em voltar a investir na mesma, indo para além da dor e do sofrimento (Oliveira, Castro, Almeida & Moutinho, 2012).

Segundo Parkes (1998), o luto pode então ser definido como um processo de aprendizagem do qual fazem parte um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais, como resposta natural à perda, obrigando a um processo de transição com vista à adaptação às ideias concebidas sobre o mundo e sobre si próprio (Baptista & Santos, 2014). Freud (2001, 1917, cit. in Silva & Ferreira-Alves, 2012) refere-se ao “trabalho de luto” (Grief Work) como um processo de diminuição gradual da ligação do indivíduo enlutado à pessoa falecida. Isto significa que é o processo através do qual as pessoas quebram os laços com o falecido, uma vez que o indivíduo enfrenta a realidade da perda e começa a desvincular-se do falecido. Assim, trabalhar o luto representaria o confronto das emoções e sentimentos relativos à perda, onde se inclui o falar sobre o falecido e as circunstâncias da morte. Contudo, Baptista e Santos (2014) referem que os processos de luto podem evoluir desfavoravelmente, podendo afetar a saúde mental e física dos enlutados. Deste modo, a maior parte das configurações de luto complicado (LC) são os problemas de saúde como sejam depressão, ansiedade, abuso de álcool e/ou medicamentos, risco de doenças e suicídios (Baptista & Santos, 2014). Deste modo, sintomas de LC predizem, a longo prazo, uma incapacidade funcional de adaptação (Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Bierhals, Newsom, Fasiczka, Frank, Doman, & Miller, 1995), sendo que o relacionamento mais íntimo com o suicidado parece ser um fator predisponente de LC (Mitchell et al., 2004).

Vários investigadores têm procurado compreender as diferenças relativas ao luto consoante o tipo de morte. Estes estudos têm mostrado que, de um modo geral, existem diferenças entre o luto no suicídio e noutros tipos de morte (Cvinar, 2005), sendo vários os aspetos que têm vindo a ser mencionados. Uma das especificidades em destaque é o facto do luto no suicídio ser caracterizado por um sentimento de choque (Jordan & McIntosh, 2011b; Ness & Pfeffer, 1990). Uma outra característica frequente neste tipo de luto remete para a grande necessidade de dar sentido às razões da morte (Ness & Pfeffer, 1990). Range e Calhoun (1990) referem que os sobreviventes de suicídio se sentem mais pressionados a explicar a causa da morte,

do que os indivíduos enlutados por outros tipos de morte (Jordan, 2001). Nas mortes trágicas, como o caso da morte por suicídio, os sobreviventes lutam frequentemente por dar sentido à morte do ente querido, construindo o significado da mesma para as suas vidas (Neimeyer, 2016). Ainda assim, estudos mostram que as crenças religiosas ou espirituais podem ser um apoio importante no processo de construção de significados após a perda (Krysinska, Adriessen & Corveleyn, 2014).

O facto das atitudes sociais sobre os sobreviventes de suicídio serem mais negativas do que noutra tipo de morte (Ness & Pfeffer, 1990) contribuirá para que o estigma social, e consequentemente a vergonha, sejam frequentes nestes processos de luto (Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2002; Jordan & McIntosh, 2011b). Para além disso, a associação do suicídio à percepção de que o indivíduo que o comete é alguém incapaz de resolver eficazmente os seus problemas, contribui também para que surja o estigma social (Cvinar, 2005). Segundo Jordan e McIntosh (2011a), o frequente estigma associado aos sobreviventes de suicídio deve-se ao facto deste tipo de morte ser considerada evitável pelas pessoas próximas do suicidado. Por não o terem feito, surge nestes indivíduos sentimentos de culpa e vergonha e a necessidade de esconder o ocorrido (Range, 1996; Santos & Tavares, 2014). Evidências consideráveis mostram que os sobreviventes de suicídio são vistos mais negativamente do que os enlutados de outros tipos de perda (Jordan, 2001). Um estudo de Allen, Calhoun, Cann e Tedeschi (1993) mostra que, na generalidade, os sobreviventes de suicídio tendem a ser vistos como mais perturbados psicologicamente, menos afáveis, mais envergonhados e com maior necessidade de cuidados profissionais de saúde mental (Jordan, 2001). Esta conotação negativa acaba por ser espelhada nos próprios sobreviventes (Jordan, 2001), num processo que Dunn e Morrish-Vidners (1988) denominam de auto-estigmatização (Jordan, 2001). A vergonha associada à crença de que vão ser julgados negativamente pela comunidade contribui também para este processo, na medida em que acaba por interferir nas interações sociais dos mesmos, levando ao seu isolamento (Feigelman, Gorman & Jordan, 2009; Jordan & McIntosh, 2011a; Santos et al., 2015b; Santos & Tavares, 2014). Ainda nesta linha, não só pela vergonha e pelo estigma, mas também pelo desejo de proteger a memória do falecido surge por vezes a ocultação da causa da morte (Jordan & McIntosh, 2011a; Range, 1996). Outra das especificidades do luto por suicídio são os sentimentos de abandono, rejeição (Batista & Santos, 2014; Harwood et al., 2002) e raiva (Batista & Santos, 2014), pelo falecido ter “escolhido” a morte em detrimento da vida e ter decidido abandonar ou deixar o sobrevivente

(Batista & Santos, 2014; Harwood et al., 2002). Ainda assim, Sveen e Walby (2008) defendem que a história do falecido anterior ao suicídio, bem como a expectativa relativamente à morte, pode levar a diferentes reações por parte dos sobreviventes. Quer isto dizer, que os sobreviventes tanto podem ficar em choque, como podem vivenciar depois do suicídio um sentimento de alívio, ainda que este seja muitas vezes percebido como inaceitável (Batista & Santos, 2014). Jordan e McIntosh (2011a) remetem ainda para a tristeza, para o desejo de se reunir com o falecido, para a negação em que o suicídio parece irreal e difícil de compreender, para a culpa, e para a obsessão pelo fenómeno do suicídio e o envolvimento na prevenção do mesmo (Jordan & McIntosh, 2011a).

O modelo desenvolvido por Jordan e McIntosh (2011a) ajuda a compreender as diferenças nestes processos por diferentes tipos de morte. Pensemos em quatro círculos concêntricos. O círculo mais vasto inclui aspetos do luto após qualquer tipo de morte, tais como a tristeza, a dor e falta do falecido. O segundo círculo engloba as características encontradas em processos de luto após mortes inesperadas, tais como o choque e a sensação de irrealidade. O terceiro círculo inclui os aspetos do luto após mortes violentas, como a experiência de trauma e o fim da ilusão de invulnerabilidade pessoal. Por fim, o círculo mais pequeno inclui características típicas de luto após o suicídio, como a raiva do falecido, sentimentos de abandono e rejeição. Clark e Goldney (2000, cit. in Adriessen, 2009) referem, neste sentido, que há mais semelhanças do que diferenças entre luto por suicídio e outros tipos de morte, sendo que as diferenças entre distintos tipos de luto tendem a diminuir dois anos após a perda (Farberow, 2001).

Apesar da maioria das investigações serem focadas nos efeitos negativos do suicídio, esta abordagem pode levar a uma ideia incompleta das consequências deste acontecimento (Lee, Enright & Kim, 2015). Tedeschi e Calhoun (2004) definem o crescimento associado ao trauma (i.e. *trauma-related growth*) como as mudanças positivas vivenciadas pelos indivíduos, resultantes de uma situação *stressante* ou traumática (Levi-Belz, 2014), por exemplo, ao reafirmarem os seus próprios mundos desafiados pela perda (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002). Smith, Joseph e Das Nair (2011) ao realizarem um estudo com seis sobreviventes de suicídio identificaram que um dos temas que surgiu na análise das entrevistas foi precisamente o crescimento positivo associado ao evento, em aspetos como, por exemplo, o modo de olhar para a vida, o conhecimento sobre si próprios e o relacionamento com os outros (Levi-Belz, 2014).

Kovac e Range (2000) realizaram um estudo com base no paradigma da escrita, desenvolvido por Pennebaker. Os autores pediram aleatoriamente a 40 estudantes do ensino superior, sobreviventes de suicídio, que escrevessem quer sobre a perda sofrida quer sobre assuntos neutros, quatro vezes ao longo de um período de duas semanas. Foram entregues aos participantes escalas de autoavaliação para as reações relativas ao luto por suicídio, para as reações gerais de luto, para sintomatologia de trauma, e indicadores de cuidados de saúde. Estas medidas de avaliação foram aplicadas imediatamente antes e após a intervenção, e seis semanas após a intervenção. Os resultados indicaram reduções significativas na dor relativa ao suicídio, embora não na tristeza geral. Os autores concluíram assim que esta metodologia pode ser particularmente adequada para o luto após o suicídio, mais do que noutro tipo de luto. Para além disso, muitos participantes referiram que a participação no programa lhes permitiu uma melhor compreensão do acontecimento, bem como uma maior abertura para falar com os outros sobre o mesmo.

Em Portugal também já foram realizados alguns estudos sobre o luto por suicídio. Sampaio (2013) estudou o processo de luto por suicídio em familiares. Entre outros aspetos, concluiu que a ruminação, a aceitação e o culpar-se a si foram as estratégias cognitivas mais presentes. Relativamente aos sentimentos, os mais evidenciados foram a raiva e a dificuldade no processo de atribuição de sentido ao acontecimento. Os fatores protetores mais referidos pela amostra foram as crenças acerca da morte e a família. Outra investigação de Baptista e Santos (2014), procurou compreender as vivências no processo de luto de familiares de idosos que se suicidaram. Esta permitiu chegar à conclusão que estes familiares, para além de apresentarem níveis elevados de LC e depressão, apresentam alguns fatores de risco como sejam o isolamento, a solidão, a angústia e a ideia de abandono. Este estudo salienta por isso, a importância da deteção precoce de sinais de risco, do estabelecimento de planos de prevenção de suicídio de acordo com o padrão de suicidalidade da região, e do ajuste dos planos de intervenção adequados às características do enlutado (Baptista & Santos, 2014).

Lazarus e Folkman (1984) referem-se ao *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, que os indivíduos realizam com o intuito de lidar com exigências internas ou externas, e que excedem os recursos pessoais disponíveis. Por outras palavras, o *coping* refere-se às estratégias utilizadas para lidar com acontecimentos stressantes (Serra & Pocinho, 2001) ou, como referem Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), ao conjunto de estratégias utilizadas em prol

da adaptação a circunstâncias adversas. Considera-se por isso, que as estratégias de *coping* são importantes intermediários entre os acontecimentos e as consequências que estes provocam nos indivíduos expostos ao mesmo (Serra & Pocinho, 2001). Numa perspetiva cognitivista, os autores Lazarus e Folkman (1984) propõem a divisão do *coping* em duas categorias, consoante a sua função. Por um lado, o *coping* focalizado no problema, e por outro lado o *coping* focalizado nas emoções. O primeiro refere-se aos esforços realizados no que diz respeito à situação indutora de *stress*, como a resolução do problema ou a reestruturação cognitiva relativa à atribuição de significado. Já o *coping* focado nas emoções diz respeito aos esforços dirigidos à regulação do estado emocional (Antoniazzi et al., 1998). Perante a variedade de recursos utilizados pelas pessoas a fim de lidar com as exigências da vida, podem ser identificadas categorias mais vastas de recursos de *coping*. Assim, as estratégias de *coping* podem ser de carácter fisiológico, psicológico, social ou material (Lazarus & Folkman, 1984). Os recursos fisiológicos prendem-se com aspetos como a saúde e a energia, uma vez que indivíduos doentes ou cansados terão menos energia para despende no processo de *coping*. As estratégias psicológicas remetem para as crenças e valores culturais dos indivíduos. As estratégias sociais relacionam-se com o apoio recebido através das relações sociais do indivíduo. Por fim, as estratégias materiais remetem para o recurso a bens ou serviços de apoio (Lazarus & Folkman, 1984). McMenamy e colaboradores (2008) referem ainda a divisão do apoio recebido em formal e informal, correspondendo o primeiro ao apoio social, psicológico ou burocrático, e o segundo ao apoio da comunidade, família e amigos. Stroebe e Schut (1999) propuseram o modelo do processo dual de lidar com o luto (Dual Process Model of Coping with Bereavement [DPM]). Este modelo propõe uma compreensão das reações dos indivíduos face às perdas, e de forma geral sugere um modelo de compreensão do processo de *coping* perante o luto, e adaptação ao mesmo. Neste modelo, os autores apontam para os três componentes nos quais assentam as reações de perda: a orientação para a perda; a orientação para o restabelecimento; e a oscilação. Ainda assim, pouco se sabe sobre as estratégias de *coping* desenvolvidas pelos sobreviventes e sobre o tipo de ajuda apoio formal ou informal utilizado pelos mesmos (Jordan & McMenamy, 2004).

1.4 Pósvenção

A exposição ao suicídio de alguém querido é um acontecimento penoso, que pode ter graves consequências para os enlutados – tal como já referido anteriormente. Como refere Jordan (2001), se a dor após o suicídio não fosse diferente de outros tipos de perda, não haveria necessidade de uma atenção adicional ou de intervenções especializadas para estes indivíduos. Como os sobreviventes são considerados um grupo de alto risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e comportamentos suicidas (Jordan, 2001), é bastante importante a realização de uma análise pormenorizada das necessidades sentidas pelos mesmos, para que se conheçam e possam ser satisfeitas (Santos & Tavares, 2014). Todavia, poucos estudos empíricos têm procurado conhecer os serviços de suporte que os sobreviventes têm ou de que necessitam.

Shneidman, em 1969, por força da sua preocupação com os sobreviventes, deu origem ao campo de estudo da pósvenção. A pósvenção remete para uma combinação entre a prevenção do suicídio e a intervenção com os sobreviventes (Dyregrov, 2011; Santos & Tavares, 2014). A pósvenção é uma estratégia direcionada para a informação, apoio, assistência e acompanhamento dos sobreviventes (Batista & Santos, 2014). Pretende intervir nas consequências adversas do suicídio, como o comportamento suicida, reduzindo-as (Shneidman, 1969; cit. in Santos & Tavares, 2014). A pósvenção com os sobreviventes pode ser uma forma poderosa de prevenção, o que poderá evitar disfunções familiares, perturbações psiquiátricas ou eventuais suicídios (Jordan & McMenamy, 2004). Como referem Saraiva e Gil (2014), a elevada importância concedida à prevenção do suicídio, prende-se com o facto de esta poder significar a prevenção da mortalidade (do suicídio consumado) e da morbilidade (tentativas de suicídio).

Através da metáfora de uma pedra que é atirada ao lago, provocando várias ondulações e agitação na superfície da água, podemos pensar no alcance e dimensão que pode ter o impacto de um suicídio (Adriessen & Krysinska, 2012). Desta forma, o grande desafio para uma pósvenção eficaz é garantir que cada sobrevivente pode receber a ajuda e o apoio de que necessitam, com a prestação de informação oportuna e adequada, reconhecendo as diferenças individuais entre os enlutados (Adriessen & Krysinska, 2012). Ainda que seja dada uma maior importância às redes de suporte constituídas por pessoas em circunstâncias semelhantes, a ajuda profissional nestas situações é bastante útil e importante (Dyregrov, 2011). Num

estudo com 144 entrevistas telefónicas a sobreviventes, Provini, Everett e Pfeffer (2000) concluíram que 72% dos sobreviventes necessita de ajuda profissional, sendo as questões familiares e as preocupações com as crianças da família os problemas mais vezes referidos. Contudo, apenas 47% referem ter recebido essa ajuda. Outros estudos indicam que o número de sobreviventes que necessita de serviços de apoio de saúde mental é bastante superior ao número dos que acedem aos mesmos (Jordan & McMenemy, 2004).

Uma possível forma de pós-venção são os grupos de apoio de pares, em que os sobreviventes de suicídio, voluntariamente, fornecem suporte e aconselhamento a outros sobreviventes. A literatura (e.g. Aguirre & Slater, 2010) refere, efetivamente, que estes indivíduos voluntários têm um papel bastante importante na melhoria do bem-estar emocional dos sobreviventes (Oulanova et al., 2014). Jordan e McMenemy (2004) sugerem que os grupos de apoio podem ajudar os sobreviventes em geral, enquanto a psicoterapia pode ser útil para sobreviventes que desenvolveram psicopatologia. Apesar de serem poucos os dados sobre os grupos de apoio específicos para sobreviventes de suicídio, este método tem sido descrito como a forma mais comum de intervenção para outras formas de luto, devido à sua conveniência, baixo custo e perceção de menor ameaça do que os tratamentos formais em saúde mental (Cerel et al., 2009; Levy, Derby & Martinkowski, 1993). Este tipo de grupos pode ainda ser útil na medida em que permite que os membros tenham uma sensação de identificação com outros elementos do grupo e se sintam melhor ao partilhar as suas experiências. Como mostram Jordan Fiegelman, McMenemy e Mitchell (2011), os próprios sobreviventes referem os grupos de apoio como o tipo de ajuda mais útil (Oulanova et al., 2014). Ainda assim, nada se sabe sobre as variações da eficácia dos mesmos em função de variáveis como o tamanho do grupo, a duração do atendimento, as regras de entrada de novos elementos, o contexto, entre outros (Cerel et al., 2009).

A pós-venção exige que sejam os sobreviventes a procurar os recursos disponíveis (Cerel & Campbell, 2008), o que pode representar algumas dificuldades na satisfação das necessidades destes indivíduos. Em primeiro lugar, os sobreviventes após o suicídio podem estar deprimidos e traumatizados, e por isso incapazes de se mobilizarem para ir aos serviços de saúde que necessitam (McMenemy et al., 2008). Ainda que seja dito aos sobreviventes que para obterem ajuda apenas necessitam de contactar o serviço, muitos não são capazes de pedir essa ajuda, mesmo que dela realmente precisem (Dyregrov, 2011). Depois, o estigma social face ao suicídio torna

mais difícil a exposição do assunto aos outros (Cerel & Campbell, 2008), podendo fazer com que as pessoas se isolem, dando lugar a lacunas nas redes de apoio (Jordan et al., 2011). Se o suicídio é fortemente estigmatizado, os sobreviventes acabam por tentar esconder a sua perda pela insegurança e medo da discriminação, conduzindo a uma conseqüente renúncia do apoio (Dyregrov, 2011). Outros obstáculos também identificados, prendem-se com o facto de existirem poucos serviços adequados para os enlutados e de o acesso aos mesmos ser difícil, bem como existirem dificuldades financeiras para suportar os custos dos mesmos (Provini et al., 2000).

Farberow (1992, cit. in Jordan & McMenemy, 2004) realizou um estudo com um grupo de apoio para sobreviventes, com duração de oito semanas. Neste utilizou um grupo de controle constituído pelos indivíduos que acabaram por desistir da intervenção. Aos participantes foi-lhes pedido que estimassem a intensidade de nove sentimentos como raiva, tristeza e culpa em três momentos: no momento do suicídio, antes da intervenção e imediatamente após a mesma. Concluiu então, que o grupo sujeito à intervenção tinha níveis significativamente mais elevados de dor, vergonha e culpa no início da intervenção do que os restantes. Contudo, no terceiro momento, os participantes do programa apresentaram um declínio na intensidade em oito dos nove sentimentos, enquanto que nos indivíduos do grupo de controle tinha diminuído a intensidade de apenas um sentimento. Os resultados deste estudo sugerem que a realização de programas de intervenção em indivíduos com sofrimento psicológico elevado pode ser bem sucedida na redução dos sintomas.

De um modo geral, a literatura sugere que o impacto das intervenções no luto é bastante baixo (Jordan & McMenemy, 2004). Embora o motivo destes resultados não seja muito claro, uma possível explicação que poderá contribuir para a baixa eficácia da intervenção, tem a ver com a própria estrutura típica deste tipo de intervenção vulgarmente baseada na partilha, uma vez que pode reforçar o estilo de *coping* utilizado por vários enlutados. Por fim, ainda outra explicação possível prende-se com o facto da intervenção típica no luto ser normalmente inferior ao nível de intervenção necessária para provocar o resultado desejável. Esta, geralmente, envolve apenas entre 8 a 12 sessões semanais e logo após a perda (Jordan & McMenemy, 2004). Deste modo, não corresponde à percepção da necessidade de apoio a longo prazo manifestada por sobreviventes no estudo de Dyregrov (2002), onde 73% da amostra gostaria que a pós-venção durasse no mínimo um ano.

Jordan (2001) refere cinco implicações clínicas decorrentes das especificidades do luto por suicídio. Em primeiro lugar a necessidade de criar grupos de apoio homogéneos no que diz respeito ao tipo de morte. Ainda que nem sempre seja possível, por questões económicas ou logísticas, garantir a homogeneidade, o autor (Jordan, 2001) defende que os sobreviventes de suicídio devem ter, sempre que possível, oportunidade de interagir com outros indivíduos que sofreram perdas semelhantes. Em segundo lugar, dado o elevado risco de suicidalidade associado à sobrevivência, o apoio a estes grupos deve passar não só pelo apoio emocional, mas também pela monitorização dos indivíduos (tendências suicidas e perturbações psiquiátricas). Para além disso, estes serviços devem proporcionar a psicoeducação relativamente à natureza do suicídio e respetivo processo de luto. A quarta implicação prende-se à importância destes serviços trabalharem a integração destes indivíduos na sua rede social através, por exemplo, do treino de capacidades para lidar com o estigma e a vergonha. Finalmente, é também importante que trabalhem com estes indivíduos os aspetos das relações familiares que possam estar danificados, como a comunicação.

Berkowitz, McCauley e Schuurman (2011) fornecem algumas linhas orientadoras da pós-venção a implementar em grupos de pessoas com interações regulares e que partilhem a história de relacionamento com o falecido (e.g, escolas, unidades militares, empresas). São estas:

- Evitar a simplificação das causas do suicídio, enfatizando que este resulta de uma interação complexa de fatores e acontecimentos. Importa também referir que as causas não são inexplicáveis ou inevitáveis, reforçando a existência de soluções para as pessoas que se encontram em sofrimento psicológico e sem esperança. Poderá ajudar caracterizar o ato suicida como um erro no julgamento pelo falecido, dado que o reconhecimento de alternativas e recursos de ajuda terá sido comprometido pelo sofrimento psicológico;

- Reforçar a correlação entre depressão, doença mental e suicídio, enfatizando a existência de ajuda adequada. A redução do estigma associado à doença mental e a promoção de comportamentos de procura de apoio aumenta o conhecimento acerca das redes de apoio;

- Evitar romantizar ou glorificar alguém que morreu por suicídio. Quer isto dizer, evitar retratar os suicidados como heróis e o suicídio como uma morte romântica. Importa aqui reforçar o facto de quase todos os suicídios estarem associados a

perturbações do foro psiquiátrico e do comprometimento do julgamento derivado das mesmas;

- Proporcionar estruturas que desenvolvam esforços de prevenção de suicídios futuros (Gould & Kramer, 2001);

- Desencorajar a centralização no método de suicídio. Este pode ser referido factualmente, ainda que o importante seja enfatizar o facto da pessoa ter achado que não haveria ajuda para os seus problemas, quando de facto era possível tê-la tido.

Os mesmos autores fazem também referência a uma série de tarefas pós-ventivas, consideradas as mais efetivas. Aconselham ainda o cumprimento das mesmas na ordem que se segue: (1) verificação da morte e causa (circunstâncias do suicídio); (2) coordenação dos recursos internos e externos (à organização); (3) disseminação da informação; (4) fornecimento de suporte para os mais afetados pela morte; (5) identificação dos indivíduos em risco e prevenção do contágio; (5) fornecimento de oportunidades para homenagear (6) fornecimento de psicoeducação em luto, depressão, perturbação de *stress* pós-traumático e suicídio (7) triagem de indivíduos com depressão ou risco suicida) (8) elaboração de planos de ação para futuros suicídios (9) realização da ligação com os recursos (10) avaliação e revisão das aprendizagens; e (11) desenvolvimento de um plano de prevenção.

Capítulo 2 - Construcionismo social: A construção de significado

Acompanhando o desenvolvimento da ciência, também os paradigmas nas Ciências Sociais têm vindo a ser alterados. Assim enquanto na Era Moderna dominavam os estudos quantitativos, objetivos e rigorosos; na Era Pós-Moderna da Ciência prevalecem os estudos qualitativos e subjetivos, que consideram a realidade numa construção do sujeito cognoscente. Associados a estes dois grandes momentos do desenvolvimento científico estão dois paradigmas de investigação e construção do conhecimento diferentes nos seus pressupostos: o positivismo e o construtivismo. No primeiro, assume-se que uma proposição verdadeira é aquela que reflete a realidade tal como ela é, onde as palavras são um reflexo da realidade que é única (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Já no construtivismo, ou paradigma interpretativo (Coutinho, 2015), as palavras constituem aquilo que percebemos como real, sendo que não existe uma realidade única (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Quer isto dizer que na ciência Pós-Moderna o indivíduo deixa de ser considerado apenas um processador de informação, para passar a ser visto como um construtor ativo de significados (Fonte, 2006). O paradigma construtivista tem por base a ideia de que os sistemas humanos, desde o indivíduo singular, às organizações e comunidades, procuram constantemente o seu lugar no mundo e procuram dar significado às suas experiências (Botella, 2001). Neste sentido, o construtivismo defende o papel ativo dos indivíduos na construção das suas experiências humanas (Mahoney, 2004). Por outras palavras, a atribuição de significado face a uma experiência é um processo de construção, por parte do indivíduo, recorrendo, para tal, à linguagem (Botella, 2001). A linguagem é utilizada para dar significado (Gonçalves & Gonçalves, 1995), sendo por isso considerada “generativa, ativa e constitutiva” (Botella, 2001, p. 96). O valor e o significado da linguagem dependem do contexto, dos padrões relacionais (Botella, 2001). Para os construtivistas, a linguagem expressa dimensões importantes da nossa experiência no mundo (Mahoney, 2004) e, como tal, também os comportamentos, pensamentos ou emoções constituem expressões discursivas importantes (Gonçalves & Gonçalves, 1995). É a linguagem que permite à experiência tornar-se inteligível, não só para o próprio indivíduo como para os outros (Botella, 2001). É através da linguagem que surgem os chamados modelos de inteligibilidade, isto é, conjuntos de proposições, relacionadas entre si, que permitem a uma comunidade descrever ou explicar um determinado domínio (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Nesta perspetiva, a atividade humana prende-se com os processos de organização dos padrões de

experiência com base nos significados atribuídos, sendo a organização da atividade pessoal um processo individual e auto-referente. Isto torna o indivíduo o centro da experiência, levando-o a um profundo sentido de identidade pessoal. Esta auto-organização ativa de significados, integrada socialmente, reflete um processo de desenvolvimento pessoal dinâmico na procura do próprio equilíbrio (Mahoney, 2004).

Apesar do Construcionismo Social (movimento dentro do paradigma) partilhar da perspetiva construtivista de que o conhecimento é uma construção (Rasera & Japur, 2005), a novidade que este introduz é o maior ênfase atribuído ao contexto social e relacional dos indivíduos, contestando-se o indivíduo como conhecedor isolado (Raskin, 2002). Assume-se pois, que é impossível construir significado isoladamente, sendo que este se constrói na relação com o outro (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Gergen, um dos mais importantes autores contemporâneos do movimento construcionista (Rasera & Japur, 2001), define o construcionismo como uma corrente de investigação que se preocupa essencialmente em explicar os processos através dos quais as pessoas descrevem, explicam, ou representam o mundo em que vivem (Gergen, 1985). A ideia central do construcionismo é a de que a realidade é uma construção social, ou seja, o significado decorre de “articulações relacionais que constituem o mundo de uma determinada forma” (Gonçalves & Gonçalves, 2001, p.15). Deste modo, como referem vários autores (e.g. Brockmeier & Harré, 2001), a compreensão dos fenómenos psicológicos não está contida nas mentes dos indivíduos, mas nas relações estabelecidas entre as pessoas através de práticas discursivas (Rosa & Tavares, in press). Gergen (1997, cit. in Rasera & Japur, 2001) refere cinco pressupostos centrais na perspetiva construcionista do conhecimento. Em primeiro lugar, as descrições do mundo não são por si só uma realidade, mas construções da mesma. Depois, as descrições sobre o mundo surgem dos significados construídos nas relações sociais, inseridas num dado momento e cultura. Assim sendo, outro pressuposto é o de que a manutenção destas descrições acerca do mundo ao longo do tempo está dependente dos processos sociais de comunicação, negociação, conflito e consenso. Para além disso, os significados das palavras decorrem do uso social que lhes é dado, de certos padrões de relacionamento. Por fim, determinadas comunidades de inteligibilidade podem avaliar a credibilidade e aceitabilidade de alguns significados, com base nos relacionamentos nos quais se inserem. Rasera e Japur (2001) referem as consequências destas conjeturas na produção de conhecimento científico. Assim, em primeiro lugar, à luz deste movimento, o conhecimento já não é visto como algo que surge na mente

individual, mas sim algo que é produzido nas relações interpessoais. Outro resultado prende-se com a superação da dicotomia sujeito-objetivo, introduzindo os aspetos sociais. Finalmente, perspetivar a ciência como produção sócio-histórica leva à reflexão sobre a natureza do real, e sobre a verdade e objetividade. À medida que se considera o indivíduo como tendo um papel ativo na construção social do conhecimento, a separação entre significado e comportamento atenua-se. Isto porque diferentes formas de agir podem levar a novos significados e vice-versa (Gonçalves & Gonçalves, 2001). Os construcionistas defendem a existência de tantas realidades quantas culturas, contextos e formas de comunicação (Raskin, 2002). Assim, no construcionismo social o papel da linguagem é fundamental (Raskin, 2002), sendo esta considerada como relacional e pragmática, gerada não no interior do indivíduo, mas na relação entre indivíduos (Gergen & Warhuus, 2001). Deste modo, grande parte dos significados são conseguidos através do diálogo, da conversação. É de notar que o domínio discursivo não se fica pelas palavras, mas também pelas dimensões corporais e materiais, uma vez que outros aspetos sobre a pessoa e sobre a situação em causa são importantes para gerar inteligibilidade. Este processo de construção de significado é um processo contínuo cuja forma e conteúdo se altera, à partida, entre relações (Gergen & Warhuus, 2001). Aquilo que é dito, bem como o modo como é feito, está relacionado com as relações sociais e posições subjetivas (ou papéis sociais) dos interlocutores nas práticas discursivas (Botella, 2001). “Quando localizamos a fonte do significado no seio do processo dialógico, estamos a conceber o processo de construção de significado como uma atividade social” (Gergen & Warhuus, 2001, p.52). Deste modo, o significado não é algo que surge no interior da mente e que lá permanece armazenado (Gergen & Warhuus, 2001). Também o discurso, como referem Davies e Harré (1990), não é uma manifestação externa de um processo mental interno, mas um processo público, caracterizado pela existência de mais do que um interlocutor, concentrados em aprender e entender os outros, de forma deliberada, a partir do qual se constrói significado de modo progressivo e dinâmico. É no diálogo, e através do uso da linguagem, que pode haver a negociação de significados (Botella, 2001).

Pessoas de todos os tempos e culturas têm utilizado as histórias como recursos de organização e de construção de significado das experiências das suas vidas (Hermans & Hermans-Jansen, 1995). Sarbin (1986, cit. in Hermans & Hermans-Jansen, 1995), um dos defensores da abordagem narrativa, entende as narrativas como formas de organizar acontecimentos no tempo e no espaço, defendendo que

estas estruturam as nossas fantasias, sonhos, planos e memórias. Quando se comunica situações de vida complicadas, tal comunicação assume geralmente a forma de narrativa, isto é, de uma história contada de acordo com certas convenções (Brockmeier & Harré, 2003). Nesse sentido, percebemos que nascemos num mundo narrativo, vivemos a nossa vida através da narrativa e, posteriormente, somos descritos em termos narrativos (Murray, 2008). É através de narrativas que organizamos e damos significado ao mundo e que nos começamos a definir a nós próprios. Consequentemente, as narrativas acabam por estruturar o nosso sentido de individualidade (é por isto que a análise da narrativa permite ao investigador obter dados importantes). Ao contarmos as nossas próprias histórias, a nós mesmos e aos outros, estamos a criar uma identidade narrativa. Pelo que, podemos ter tantas identidades narrativas quantas relações sociais diferentes (Murray, 2008). Estas histórias ou auto-narrativas diferem relativamente a uma mesma experiência, consoante a relação com o indivíduo a quem estamos a contar (Gonçalves & Gonçalves, 1995) e o meio cultural mais amplo (Murray, 2008). A identidade narrativa, para além de nos ligar a um conjunto de relações sociais, possibilita também um sentido de coerência e estabilidade. Este processo de formação da identidade narrativa é um processo dinâmico, que ocorre entre um contexto social e pessoal, sendo que o significado de diferentes experiências em cada contexto influencia o significado de experiências passadas e, como consequência, a forma como estas são contadas (Murray, 2008). A analogia do narrador motivado de histórias, de Hermans e Hermans-Jansen (1995), ajuda a compreender o modo como as pessoas dão forma às suas vidas e como constroem os seus significados pessoais (Hubert & Hermans, 2001). O ato de narrar está sempre associado a um processo de autorreflexão, porque um indivíduo ao narrar a sua experiência está a contar a sua vida, a sua própria história. Por fim, quando falamos da auto-narrativa, não falamos de alguém que é apenas contador de uma história factual e objetiva, que descreve uma série de acontecimentos sem que se sinta emocionalmente envolvido com os mesmos. Quando alguém conta a sua própria história, imediatamente surge a componente emocional, sendo que o indivíduo opta por contar uma combinação de acontecimentos em detrimento de outros, tendo por base aqueles que têm um significado afetivo para si, daí que surge o conceito de motivação (Hubert & Hermans, 2001). Neste sentido, as narrativas não são apenas histórias de vida no seu sentido amplo, mas também histórias sobre experiências particulares que de alguma forma perturbaram a vida

diária dos indivíduos. Com a oportunidade e a tempo devido, muitas pessoas dispõem-se bastante a narrar as suas experiências aos investigadores (Murray, 2008).

Apesar da perda ser algo comum na vida do ser humano, os seus significados são bastante particulares (Neimeyer, Klass & Dennis, 2014). Quando surge uma perda significativa, esta experiência pode ir, ou não, ao encontro das estruturas de significado anteriores à perda (Guillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2005). Segundo Braun e Berg (1994), as perdas que são incoerentes com os significados anteriores à mesma levam os sobreviventes à necessidade de reconhecer tais significados como inúteis ou desadaptativos (Gillies & Neimeyer, 2006). Neste sentido, estas perdas podem desafiar as auto-narrativas dos sobreviventes relativamente à sua autobiografia e identidade pós perda (Currier & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2006; Neimeyer, Burke, Mackay & van Dyke Stringer, 2010), pelo que a narrativa da perda de um familiar por uma morte violenta pode ser algo incoerente e sem sentido (Currier & Neimeyer, 2006). Deste modo, após a perda, os enlutados têm que procurar não só o sentido para a perda ocorrida, mas também o novo sentido para as suas próprias vidas (Neimeyer, 2011), tornando a construção e reconstrução de significado uma prioridade no processo de luto para muitos sobreviventes (Neimeyer et al., 2014). São os enlutados por suicídio os que relatam uma luta mais intensa para dar sentido à perda, em comparação com aqueles cujos entes queridos morreram de causas naturais (Currier, Holland & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2011). Para além disso, as mortes violentas geralmente tornam mais difícil o processo de construção de significado (Currier et al., 2006). Contudo, Updegraff, Silver e Holman (2008), num estudo acerca das reações aos eventos de 11 de setembro de 2001, perceberem que a construção de significado dois meses após o dia levou a uma diminuição dos sintomas de *stress* pós-traumático nos anos seguintes (Coleman & Neimeyer, 2010). Desta forma, a procura e construção de significado sobre a perda parece contribuir para a adaptação à mesma (Coleman & Neimeyer, 2010; Neimeyer, 2001; Updegraff et al., 2008). Considera-se por isso, que a falha nestes processos de construção de significado, tarefa central do processo de luto (Worden, 2009), está associada a reações de luto complicadas (Currier & Neimeyer, 2006; Neimeyer et al., 2009). Segundo Braun e Berg (1994), se a morte não fizer sentido na estrutura de significado anterior à perda, pode surgir a desorganização do enlutado (i.e. uma conceptualização da experiência destruidora do mundo como uma desorganização das crenças, suposições, valores e normas).

Neste sentido, o processo de luto é visto como uma atividade interpretativa (e que contraria a ideia do sofrimento como um processo interno e psicológico), onde se pretende de um modo geral encontrar o significado da morte (Neimeyer et al., 2014); reafirmar ou reconstruir uma auto-narrativa coerente que se aproprie das transições ocorridas (Neimeyer et al., 2014; 2002), renegociar um vínculo contínuo com o falecido; e conformar-se ou resistir ativamente às narrativas culturais dominantes (Neimeyer et al., 2014).

Parte II - Contribuição empírica

Capítulo 3 – Objetivos

Na sequência dos estudos de Santos, Tavares e Campos (2015) e Santos, Campos e Tavares (2015b) que mostram que os indivíduos que perderam alguém do seu agregado familiar por suicídio apresentam sintomatologia psicopatológica (correspondente a elevado nível de sofrimento emocional) e ideação suicida significativa, importa complementar esta informação com dados compreensivos sobre os significados construídos pelos familiares para a experiência de suicídio. Assim sendo, a presente investigação, de natureza qualitativa e exploratória (Fortin, 1999), pretende aceder a estes significados, bem como compreender se existem diferenças nos mesmos entre pessoas que terão sobrevivido à perda sem manifestarem elevado sofrimento psicológico ou ideação suicida, e aquelas em que o contrário se verifica (i.e. níveis elevados de sintomas psicopatológicos e elevada ideação suicida). Espera-se que estas diferenças possam ser compreendidas através dos significados idiossincráticos construídos, sendo alguns eventualmente promotores de uma melhor adaptação à perda, e outros, eventualmente mais desadaptativos, contribuindo para a vivência continuada do luto.

Os objetivos principais deste estudo são então:

- A. Explorar os significados pessoais sobre os quais os sobreviventes-familiares edificam a experiência de suicídio do seu ente querido.
- B. Explorar a existência de padrões de significados associados a diferentes níveis de sofrimento psicológico e ideação suicida.

Para atingir os objetivos gerais, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer o impacto do suicídio em termos cognitivos, emocionais e comportamentais nos sobreviventes;
2. Entender as características do processo de luto;
3. Analisar os mecanismos de *coping* para lidar com a perda;
4. Conhecer as necessidades percebidas pelos sobreviventes-familiares;
5. Entender as barreiras encontradas para receber apoio.

“Fazer perguntas é uma atividade especificamente humana e desde os primórdios da estória que o homem se preocupa por conhecer e compreender o

mundo que o rodeia” (Coutinho, 2015, p.5). É como resultado desta atitude, de querer conhecer o mundo, que surge a investigação científica (Latorre et al., 1996; cit. in Coutinho, 2015). A investigação científica pretende, desse modo, descrever factos, acontecimentos ou fenómenos, verificar dados ou hipóteses, prever e controlar fenómenos (Fortin, 1999).

Com o objetivo de conhecer os significados que os sobreviventes-familiares constroem para esta experiência, desenhamos um estudo qualitativo. A investigação qualitativa visa descrever e explicar os acontecimentos e experiências, sem a intenção de os prever (Willig, 2001).

O recurso à análise de conteúdo como metodologia de análise dos dados torna-se pertinente no nosso trabalho uma vez que nos permite a análise das entrevistas realizadas aos sobreviventes-familiares, através das quais podemos conhecer os temas mais importantes nas narrativas da amostra (Coutinho, 2015). Consequentemente permite-nos ainda determinar quais os aspetos que mais caracterizam esta vivência nos indivíduos com elevado sofrimento psicológico e ideação suicida, e nos indivíduos em que isto não se verifica. Bardin (2015, p. 44) define a análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Pretende-se que a análise do investigador ao conteúdo das comunicações não se prenda apenas às palavras, mas também ao sentido subjacente às mesmas (Bardin, 2015). A autora (Bardin, 2015) refere três fases para este tipo de análise. Em primeiro lugar, a pré-análise. Esta corresponde à organização e delimitação do trabalho. Depois, a exploração do material, que se refere à aplicação dos aspetos definidos anteriormente. Por fim realiza-se, então, o tratamento dos resultados e respetivas interpretações, em que o investigador torna os dados brutos em dados significativos (Bardin, 2015).

Capítulo 4 – Metodologia

4.1. Participantes

A amostra do estudo foi obtida através de um procedimento de amostragem não probabilística intencional por conveniência, tendo sido os participantes selecionados em função da informação que poderiam fornecer sobre o fenómeno em estudo. A amostra é constituída por oito sobreviventes-familiares de suicídio, tendo este ocorrido há pelo menos um ano, e há não mais de 10 anos. Dos oito sujeitos, todos com idade superior a 18 anos, dois são do sexo masculino e os seis do sexo feminino. Entre estes, encontramos os seguintes graus de parentesco com o suicida: pai, filho, irmão e avô (veja-se Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes

	Idade	Sexo	Habilitações Literárias	Ocupação	Grau de parentesco com o suicida	Tempo decorrido	Outros suicídios/ tentativas na família
E1	22	F	E. Básico	Não	Pai	2 anos	Não
E2	55	F	E. Superior	Sim	Filho	6 anos	Avô
E3	47	M	E. Superior	Sim	Pai	4 anos	Não
E4	43	M	E. Secundário	Não	Pai	1 ano	Primo, Tio e Prima
E5	31	F	E. Secundário	Sim	Irmão	6 anos	Não
E6	58	F	E. Superior	Sim	Pai	9 anos	2 Tios
E7	21	F	E. Secundário	Sim	Avô	1 ano	Não
E8	29	F	E. Secundário	Sim	Avô	9 anos	Tio Avô

4.2. Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de quatro instrumentos (Questionário Sociodemográfico, Questionário de Ideação Suicida, Inventário de Sintomatologia Psicopatológica e Entrevista), precedidos do preenchimento de uma declaração de consentimento informado (Anexo I).

A aplicação de um Questionário Sociodemográfico (Anexo II) permitiu fazer a caracterização da amostra. Pretendeu-se, assim, conhecer a amostra nomeadamente nas suas variáveis sexo, idade, habilitações literárias e ocupação dos sobreviventes, bem como do grau de parentesco com o suicidado e presença de outros suicídios ou tentativas nas famílias.

O Questionário de Ideação Suicida (versão portuguesa do Suicide Ideation Questionnaire, elaborado por Reynolds e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela, 1999) é um instrumento de autorrelato, com 30 itens, que avalia a gravidade de pensamentos suicidas (Anexo III). A cotação final do questionário pode variar entre 0 e 180, sendo que quanto mais alta for a pontuação, maior a frequência deste tipo de pensamentos no indivíduo. Esta versão aponta para uma média de 21,32 valores, sendo que as cotações iguais ou superiores à mesma permitem-nos detetar os indivíduos que se afastam do valor normativo (Ferreira & Castela, 1999).

O Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (Canavarro, 2007; traduzido e adaptado do original Brief Symptom Inventory de Derogatis) é um inventário de autorresposta constituído por 53 itens, (Anexo IV) que avalia sintomas psicopatológicos considerados em nove dimensões, descritas por Derogatis (1993, cit. in Canavarro, 2007). Segundo o autor (1993, cit. in Canavarro, 2007) a dimensão Somatização reflete os sintomas somáticos dos indivíduos; isto é, o mal-estar percecionado no que diz respeito ao funcionamento fisiológico. Numa outra dimensão, a Obsessões-Compulsões, incluem-se os sintomas característicos da perturbação Obsessivo-Compulsiva, como é o caso das cognições, impulsos e comportamentos persistentes aos quais o indivíduo não consegue resistir. A Sensibilidade Interpessoal remete para os sentimentos de inadequação e inferioridade pessoal, como é o caso da autodepreciação, hesitação e timidez nas relações sociais. Uma outra dimensão, a Depressão, remete para os indicadores de depressão, como o humor disfórico, perda de energia vital e desinteresse pela vida. Na Ansiedade, são abordados os sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, tensão e nervosismo. Uma outra dimensão avaliada no BSI é a Hostilidade, onde se inclui as características relacionadas com a cólera. A Ansiedade Fóbica remete para o evitamento de algum estímulo pelo medo persistente, irracional e desproporcional ao mesmo. A dimensão Ideação Paranoide aborda o comportamento paranoide como reflexo da perturbação cognitiva, que se pode traduzir, por exemplo, em delírios, grandiosidade, egocentrismo e hostilidade. Por fim, a dimensão Psicoticismo abrange desde sintomas de

isolamento até sintomas de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento (Derogatis, 1993; cit. in Canavarro, 2007). Para além destas dimensões específicas, é possível chegar-se a três Índices Globais. O Índice Geral de Sintomas (IGS) representa a pontuação ponderada entre a intensidade do nível de mal estar experienciado pelos indivíduos, com o número de sintomas assinalados. O Índice de Sintomas Positivos (ISP) trata-se da média da intensidade de todos os sintomas que os indivíduos assinalaram. O terceiro Índice, o Total de Sintomas Positivos (TSP) remete para o número de queixas somáticas apresentadas (Derogatis, 1993; cit. in Canavarro, 2007). Segundo Canavarro (2007), é o ISP aquele que melhor discrimina a população geral dos indivíduos com perturbações emocionais.

Foi ainda desenvolvido um guião de entrevista semiestruturado em torno da experiência de suicídio (Anexo V), possibilitando a recolha da restante informação necessária ao cumprimento dos objetivos do estudo. O guião entrevista utilizado consistia na exploração de quatro aspetos:

- a) Significado do suicídio do ente querido;
- b) Impacto do suicídio;
- c) Processo de luto e as estratégias de *coping*;
- d) Alterações no significado de suicídio de um modo geral.

4.3. Procedimentos de recolha e análise de dados

Numa primeira fase da recolha de dados, perante o conhecimento de indivíduos que cumprissem os requisitos necessários para a participação no estudo, procedeu-se ao contacto inicial com os mesmos. Neste primeiro contacto telefónico foi explicado aos participantes o objetivo geral do estudo, bem como os moldes da recolha de dados, tendo sido solicitada a sua colaboração. Após a manifestação da vontade em colaborar, realizou-se ainda nesta primeira abordagem o agendamento das entrevistas, de acordo com a disponibilidade de cada pessoa. Ainda assim, em dois dos oito casos, o agendamento das entrevistas foi efetuado num segundo contacto telefónico. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e maio de 2015. É de salientar alguma dificuldade na obtenção da amostra. Provavelmente devido à sensibilidade do tema em causa, acabou por haver quatro desistências. Num dos casos o contacto foi interrompido após o sujeito se ter mostrado disponível para

participar, enquanto os restantes três se deveram a entrevistas agendadas para as quais os participantes não compareceram

A realização das entrevistas foi possível devido à disponibilização de um espaço adequado por parte da Cruz Vermelha de Vila Viçosa, onde foram realizadas a maioria das entrevistas, com exceção de duas, realizadas numa sala do Colégio Pedro da Fonseca da Universidade de Évora. A escolha destes locais foi realizada tendo em atenção a importância de um local neutro e calmo, facilmente acessível aos participantes. Antes de cada entrevista, para além de terem sido lembrados os objetivos do estudo e os procedimentos utilizados na recolha de dados, foi assegurado aos participantes o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Posto isto, e esclarecidas as dúvidas dos participantes, procedeu-se à apresentação do consentimento informado. De seguida, foram dados aos participantes os questionários (QIS, BSI e sociodemográfico) para o devido preenchimento. Posteriormente passou-se, então, à entrevista. Durante as mesmas, tentou-se manter uma postura neutra, sem manifestação de preconceitos e opiniões, exercendo o melhor possível a escuta ativa. As entrevistas tiveram uma duração total de aproximadamente cinco horas e meia, sendo que a entrevista mais breve durou 18 minutos, e a mais longa uma hora. À medida da realização de cada entrevista, estas iam sendo codificadas através da letra E (correspondente à palavra entrevista) seguida do número compreendido entre 1 e 8, corresponde a cada um dos oito participantes entrevistados de modo sequencial. O passo seguinte foi então a transcrição de cada entrevista, para que a narrativa pudesse ser posteriormente analisada. Neste processo efetuou-se a transcrição na íntegra daquilo que foi dito, não só pelo participante mas também pelo investigador.

Obtidos os dados, em primeiro lugar foi realizada a cotação dos instrumentos de avaliação psicológica.

No fundo, perante estes dois grupos interessa explorar a existência de padrões discursivos potenciadores e/ou protetores da adaptação à perda. Pretendemos examinar os repertórios de significado sobre a experiência de morte por suicídio de um ente querido, associados a diferentes níveis de sofrimento emocional/sintomatologia psicopatológica (e.g. como constroem esta experiência as pessoas que reportam níveis mais elevados de sofrimento emocional e risco suicida? Como constroem esta experiência as pessoas que exibem níveis mais baixos de sofrimento emocional e risco suicida?).

Dado que o presente estudo é de natureza exploratório qualitativo, os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo. Como refere Bardin (2015), perante o material qualitativo tão rico e complexo como as entrevistas, a análise de conteúdo torna-se indispensável. A primeira tarefa realizada na análise de conteúdos foi a leitura “flutuante” da transcrição das entrevistas, processo a partir do qual se estabelece contacto com o texto de modo conhecê-lo e a estruturar as primeiras impressões (Bardin, 2015). As entrevistas foram inseridas numa tabela com duas colunas. A coluna direita foi deixada em branco para que pudessem ser anotadas as unidades de análise encontradas. Estas unidades de análise foram utilizadas como apoio aos passos seguintes. A realização desta tarefa, bem como de todas as tarefas da análise, foram efetuadas sem recurso a qualquer *software*. Devido ao número elevado de informação descritiva obtida nas investigações qualitativas torna-se necessário a redução e organização dos dados adquiridos (Coutinho, 2015). Neste sentido, após a leitura “flutuante” (Bardin, 2015) seguem-se dois processos essenciais. Por um lado procedeu-se à codificação, o que corresponde ao processo que permite transformar e codificar os dados brutos e agregá-los em unidades que permitam a descrição das características do conteúdo (Bardin, 2015). Por outras palavras, é o que permite que o investigador encontre regularidades que justifiquem a categorização dos mesmos (Coutinho, 2015). Por isso, a par da codificação, procedeu-se à categorização. Ainda que o sistema de categorias possa ser fornecido com base na teoria, em que os elementos à medida que vão surgindo vão sendo arrumados entre as categorias existentes, não é obrigatório que assim seja (Bardin, 2015). Neste caso, o sistema de categorias não foi fornecido inicialmente, mas surgiu da classificação dos elementos, sendo que o título de cada categoria apenas se tornou definitivo no fim da análise (Bardin, 2015). Neste estudo, utilizou-se a categorização semântica, ou seja, consoante o tema subjacente aos elementos, sendo que são os fatores comuns aos elementos que lhes permitem uma determinada categorização (Bardin, 2015). Desta feita, cada unidade de registo, secção de texto que com um sentido completo e pertinente para o estudo, possui um significado próprio e autónomo (Coutinho, 2015). O processo de categorização foi então realizado tendo por base as qualidades referidas por Bardin (2015) como a exclusão mútua, a pertinência e a produtividade. A categorização dos dados foi realizada por dois juízes. Após a eliminação dos dados não significativos e perante o conjunto de dados final, procedeu-se então à interpretação dos resultados.

Capítulo 5 - Resultados

No presente capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos através da análise de conteúdo, derivados dos dados obtidos através das entrevistas realizadas. Pretende-se sintetizar e organizar os mesmos, apresentando as categorias e subcategorias que surgiram no decorrer da análise, com o objetivo de responder às questões da investigação.

Prévios à investigação, foram delineados quatro temas de acordo com os objetivos pretendidos. O significado do suicídio (tema S), engloba as categorias e respetivas subcategorias relativas aos significados construídos pelos sobreviventes para o suicídio do seu familiar. O Impacto do suicídio (tema I) remete para as categorias e respetivas subcategorias que versam o impacto do suicídio nos sobreviventes-familiares em termos cognitivos, emocionais, comportamentais e motivacionais. O Processo de luto (tema L) aglomera as categorias e respetivas subcategorias referentes ao processo de luto. Descreve assim o processo de adaptação à perda vivido pelos sobreviventes-familiares. Por fim, o *Coping* (tema C), reúne as categorias e respetivas subcategorias alusivas às estratégias de *coping*. Por um lado, trata as estratégias que os sobreviventes-familiares utilizaram para lidar com a perda. Por outro lado, remete para o apoio que os mesmos acham importante para pessoas que passam por situações semelhantes, bem como as barreiras ao mesmo.

De seguida, apresenta-se um quadro resumo dos temas, categorias e subcategorias (veja-se Tabela 2), descritos na íntegra em anexo (Anexo VI). Posteriormente, aborda-se cada categoria individualmente com recurso a algumas Unidades de Registo, sendo que se pode encontra-las na totalidade em anexo (Anexo VII).

Tabela 2. Resumo dos Temas, Categorias e Subcategorias

Tema	Categoria	Subcategoria
S. Significado do suicídio	S.1. Temas/ Construtos	Difícil Perda Tragédia Inesperado Inacreditável Incompreensível Compreensível Inaceitável Evitável Violento Escolha Egoísta Cobarde Rutura Irreversível Transtorno Marco Horror Limite Insubstituível Morte Corajoso Inesquecível
	S.2. Atribuições causais	Perturbação psicológica Personalidade Saturação Pressão Doença Dependência física Deterioração cognitiva Mudança Dificuldades económicas Aparência física Abstinência
I. Impacto do suicídio	I.1. Cognitivo	Perturbação psicológica Personalidade Saturação Pressão Doença Dependência física Deterioração cognitiva Mudança Dificuldades económicas Aparência física Abstinência
	I.2. Emocional	Saudades Sofrimento Embotamento afetivo Medo da repetição Vergonha Desequilíbrio emocional Pena Coragem Incómodo Solidão Anedonia
	I.3. Comportamental	Desabafar Perturbação do sono Ir ao cemitério Alteração da rotina Dificuldade em estar sozinho Aproximação do corpo
	I.4. Motivacional	Volição Cuidar dos outros

Tema	Categoria	Subcategoria
L. Processo de luto	L.1. Especificidade	Culpa Procura de justificação Estigma social Abandono
	L.2. Etapas	Negação Aceitação Revolta Depressão
C. Coping	C.1. Estratégias Psicológicas	Evitamento Confrontação Fé Distração
	C.2. Apoio Informal	Família/ outros significativos
	C.3. Apoio Formal	Apoio psicológico Apoio médico
	C.4. Apoio desejável	Psicólogo/ Apoio formal Alguém significativo/ Apoio informal
	C.5. Barreiras ao apoio psicológico	Desvalorização Impedimento financeiro Preconceito

5.1 Totalidade da amostra

S. Significado do suicídio

S.1. Temas/ Construtos

Esta categoria compreende os construtos através dos quais os indivíduos caracterizam a vivência do suicídio do familiar. É constituída por 23 subcategorias (287 UR's), de entre as quais se destacam com maiores frequências de aparecimento nove subcategorias (veja-se Tabela 3). Para os sobreviventes-familiares, o suicídio é sobretudo uma *Escolha* (38 UR's), uma morte voluntária, fruto de uma “decisão” “premeditada” (e.g. E4 UR74 “Foi ele que escolheu”). O suicídio do familiar é também frequentemente descrito como um acontecimento *Incompreensível* (29 UR's), algo que nunca irão entender e para o qual nunca conseguirão justificação (e.g. E1 UR101 “Tu nunca, acabas por nunca conseguir perceber realmente o que é que se passou ali naquela cabecinha”); como uma *Tragédia* (28 UR's), ou seja, um acontecimento de grande impacto negativo, traduzido em palavras como “choque”, “drama” e “bomba” (e.g. E6 UR2 “Foi um drama, pronto, um drama”); um acontecimento *Inesperado* (28 UR's) ou imprevisível, contrário à ordem natural da vida (e.g. E3 UR38 “Eu nunca pensei”). É ainda frequente (mas menos do que as subcategorias anteriores) os

sobreviventes-familiares referirem esta experiência como *Perda* (18 UR's) (e.g. E5 UR61 "O que se perdeu por ela já não estar cá"); algo *Evitável* (18 UR's) ou "desnecessário" uma vez que consideram haver outras soluções para os problemas ou dificuldades do suicidado (e.g. E8 UR62 "...penso que ele hoje ainda podia estar cá ao pé da gente..."); como *Morte* (14 UR's) (e.g. E7 UR109 "Já morreu"); *Irreversível* (16 UR's) - dadas as consequências definitivas e impossíveis de reverter ou solucionar - (e.g. E4 UR171 "É uma coisa que fica tão para o resto da vida toda"); e como ato *Egoísta* (14 UR's) e inconsequente, dado que o familiar terá tomado esta decisão atendendo apenas ao próprio e desconsiderando as consequências do seu comportamento nos familiares (e.g. E7 UR81 "Pensou só nele. Acho que aquilo foi mesmo uma atitude do mais egoísta que pode haver").

Tabela 3. Frequências de UR's da categoria Temas/Construtos

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
S.1. Temas/ Construtos	Escolha	38
	Incompreensível	29
	Tragédia	28
	Inesperado	28
	Perda	18
	Evitável	18
	Irreversível	16
	Egoísta	14
	Morte	14
	Rutura	10
	Transtorno	9
	Horror	9
	Inacreditável	9
	Difícil	7
	Violento	7
	Inaceitável	6
	Cobarde	6
	Marco	4
	Corajoso	4
	Inesquecível	4
Limite	3	
Insubstituível	3	
Compreensível	3	
Total	287	

S.2. – Atribuições causais

A presente categoria compreende os fatores considerados precipitantes ou de vulnerabilidade para o suicídio. Esta categoria é composta por 11 subcategorias (114 UR's), das quais se destacam quatro pela sua maior expressividade (veja-se Tabela 4). A *Perturbação psicológica* (38 UR's) - ou sintomatologia psicológica tal como depressão, hipocondria, ansiedade extrema, ou insónia - é a causa mais apontada pelos sobreviventes-familiares (e.g. E8 UR76 “Provavelmente não aguentou a ansiedade”). Outras causas de suicídio mencionadas são a *Doença* (15 UR's) remetendo para doença fisiológica, nomeadamente a doença crónica e/ou terminal (e.g. E3 UR61 “Depois a biopsia (...) confirmou que era cancro...”); a *Dependência física* (14 UR's), sendo estes pessoas que atribuíam grande valor às suas capacidades/competências físicas (e.g. E3 UR52 “Ele suicidou-se, em minha opinião, por se ver decadente fisicamente”); e a *Saturação* (13 UR's) do suicidado, onde se considera o cansaço e a exaustão do mesmo perante atividades do seu quotidiano, também traduzida em “falta de paciência” e “falta de vontade” (e.g. E4 UR28 “Podia andar um bocadinho saturado daquele ritmo...”).

Tabela 4. Frequências de UR's da categoria Atribuições Causais

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
S.2. Atribuições causais	Perturbação psicológica	38
	Doença	15
	Dependência física	14
	Saturação	13
	Pressão	9
	Personalidade	6
	Mudança	5
	Aparência física	5
	Deterioração cognitiva	3
	Dificuldades económicas	3
	Abstinência	3
Total	114	

I. Impacto do Suicídio

I.1. - Cognitivo

A presente categoria compreende as alterações nos processos cognitivos dos sobreviventes-familiares, em consequência do suicídio (e.g. atenção, percepção e aprendizagem). Esta categoria é constituída por 11 subcategorias (102 UR's), das quais três se destacam pelas maiores frequências de aparecimento (Veja-se tabela 5). Com maior número de elocuições, os entrevistados remetem para a *Preocupação com os outros* (27 UR's) e para a vigilância no que toca a eventuais sinais de ideação suicida nos outros (e.g. E2 UR224 "Vejo os sinais dos outros"). Os entrevistados mencionam também com frequência a *Ruminação* (18 UR's), ou seja, a existência de pensamentos recorrentes sobre o familiar suicidado (e.g. E8 UR41 "O sentido, isto não abala de maneira nenhuma"); e a *Desorganização* (16 UR's) cognitiva traduzida em desorientação e "confusão" (e.g. E5 UR9 "Aquilo estava-me a fazer uma confusão enorme").

Tabela 5. Frequências de UR's da categoria Cognitivo

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
I.1. Cognitivo	Preocupação com os outros	27
	Ruminação	18
	Desorganização	16
	Ideação suicida	8
	Aprendizagem	6
	Relativização	6
	Luta constante	5
	Consciência da brevidade da vida	4
	Perda de sentido de vida	3
	Esperança	3
	Mudança de perspetiva	3
Total	102	

I.2. - Emocional

A presente categoria engloba as reações emocionais ou sentimentos presentes nos sobreviventes-familiares como consequência do suicídio. A categoria é constituída por 11 subcategorias (174 UR's), das quais se destacam três pela sua maior

expressividade (Veja-se Tabela 6). Mais de um terço das UR's da categoria mencionam o *Sufrimento* (61 UR's), por vezes intolerável, que se traduz por "complicação" e "dor", "desespero", "tristeza", "fragilidade", "dificuldade" e "tortura" (e.g. E6 UR131 "Deixar a gente sofrer tanto"). Os sobreviventes remetem também para as *Saudades* (42 UR's) e "carinho" pelo familiar, para a "falta" e "necessidade" de o ter por perto, e para "vazio" deixado (e.g. E1 UR70 "A falta dele só. A falta dele e... só"). Outro impacto abordado frequentemente é o *Embotamento afetivo* (24 UR's), ou seja, a dificuldade em processar emocionalmente a experiência e em manifestar os sentimentos. Esta subcategoria é expressa através de expressões como "sem (re)ação", "apático", "não sabia" e "não conseguia" (e.g. E3 UR10 "Fiquei parado").

Tabela 6. Frequências de UR's da categoria Emocional

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
I.2. Emocional	Sufrimento	61
	Saudades	42
	Embotamento afetivo	24
	Desequilíbrio emocional	12
	Coragem	8
	Medo da repetição	7
	Pena	7
	Solidão	4
	Incómodo	3
	Anedonia	3
	Vergonha	3
	Total	174

I.3. - Comportamental

A presente categoria compreende as reações e alterações comportamentais experienciadas pelos sobreviventes-familiares, como consequência do suicídio. A categoria é constituída por seis subcategorias (59 UR's), de entre as quais se destacam três com maiores frequências de aparecimento (veja-se Tabela 7). Com expressão idêntica, os entrevistados mencionam o *Desabafar* (16 UR's) e a *Perturbação do sono* (14 UR's). A primeira subcategoria aborda o ato de desabafar, como seja "chorar" e "falar" (e.g. E8 UR126 "O facto de conseguir falar e de conseguir desabafar"). A segunda refere-se às perturbações do sono experienciadas, tais como

sonhos ou pesadelos relativos ao suicídio do familiar, hipersónia e insónia (e.g. E7 UR31 “Só tinha pesadelos...”). Os sobreviventes-familiares abordam ainda a *Alteração da rotina* (10 UR’s) diária onde se inclui a alteração nos papéis sociais/familiares (e.g. E6 UR30 “Comecei a ser o homem de casa”).

Tabela 7. Frequências de UR’s da categoria Comportamental

Categoria	Subcategoria	(f) UR’s
I.3. Comportamental	Desabafar	16
	Perturbação do sono	14
	Alteração da rotina	10
	Aproximação do corpo	8
	Ir ao cemitério	6
	Dificuldade em estar sozinho	5
	Total	59

I.4. - Motivacional

A presente categoria refere-se às motivações emergentes em cada sobrevivente na sequência do suicídio do familiar. Representa, por isso, aquilo que os sobreviventes começaram a querer como consequência do acontecimento. Esta categoria é constituída por duas subcategorias (42 UR’s), sendo que o *Cuidar dos outros* (23 UR’s) é a mais manifesta (veja-se Tabela 8). Esta aponta para a motivação acrescida para cuidar dos familiares e de outros significativos, para “colaborar” nas suas vidas, e para os “acompanhar” e “apoiar” (e.g. E4 UR45 “[Ser forte] para as minhas filhas e tudo isso, para defender os outros acho eu”).

Tabela 8. Frequências de UR’s da categoria Motivacional

Categoria	Subcategoria	(f) UR’s
I.4. Motivacional	Cuidar dos outros	23
	Volição	19
	Total	42

L. Processo de luto

L.1. Especificidade

Esta categoria reúne as especificidades que os sobreviventes consideram influenciar o modo como experienciam o processo de luto do familiar, tornando-o diferente dos lutos por outro tipo de morte. É constituída por quatro subcategorias (42 UR's) sendo que duas se destacam por uma maior frequência de aparecimento (veja-se Tabela 9). A subcategoria com maior expressão é a *Procura de justificação* (18 UR's) o suicídio, traduzida na procura do “porquê” do mesmo (e.g. E3 UR81 “Morreu, mas porque é que se matou?”). Os entrevistados realçam ainda a *Culpa* (11 UR's) e o arrependimento por terem feito algo ou porque consideram que o podiam ter feito e não fizeram (e.g. E2 UR246 “Era o que eu devia ter feito”).

Tabela 9. Frequências de UR's da categoria Especificidade

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
L.1. Especificidade	Procura de justificação	18
	Culpa	11
	Estigma Social	10
	Abandono	3
	Total	42

L.2. – Etapas

A presente categoria reúne as etapas pelas quais os sobreviventes-familiares passam no decorrer do processo de luto. É constituída por quatro subcategorias (99 UR's), em que duas das quais apresentam uma maior expressividade (veja-se Tabela 10). A subcategoria mais mencionada é a *Aceitação* (48 UR's) do suicídio como um facto passado e perante o qual a vida continua - a “compreensão” do suicídio será um dos motivos que leva à sua aceitação -. As UR's desta subcategoria remetem também para a integração da perda ao longo do tempo, traduzida em expressões como “com o tempo...” e “um dia de cada vez” (e.g. E5 UR58 “Depois começamos a aceitar...”). Os entrevistados abordam ainda com elevada frequência a *Revolta* (30 UR's) e raiva sentidas pelos sobreviventes, dirigida não só ao suicidado, mas também aos entes-queridos (e.g. E7 UR166 “Há sempre aquela revolta...”).

Tabela 10. Frequências de UR's da categoria Etapas

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
L.2.Etapas	Aceitação	48
	Revolta	30
	Depressão	12
	Negação	9
	Total	99

C. Coping

C.1. Estratégias Psicológicas

Esta categoria aborda as estratégias de *coping* psicológicas utilizadas pelos sobreviventes para lidar com suicídio do familiar. A categoria é constituída por quatro subcategorias (58 UR's), sendo apenas uma delas de menor expressão (veja-se Tabela 11). Os sobreviventes-familiares referem o *Evitamento* (18 UR's) da situação, e conseqüentemente, de maior sofrimento e dificuldades, para o qual se desviam de pensamentos e locais associados ao suicídio, ou recorrem à escrita criativa (e.g. E2 UR44 "Tentei contornar os obstáculos"). Outra estratégia mencionada é a *Confrontação* (17 UR's) com o suicídio através de rituais/hábitos que permitem sentir o suicidado presente - como escrever ou falar sobre o familiar ou ver objetos relacionados com o mesmo - (e.g. E4 UR78 "Passar nos sítios onde ele trabalhou"). Por fim a subcategoria *Distração* (17 UR's) aponta para as atividades que os sobreviventes realizam com o objetivo de desviar a atenção da morte do familiar. A distração traduz-se assim em "trabalho", lazer, "ler", "dedicação", "desporto" e "ocupação" (e.g. E1 UR75 "O trabalho, que foi a forma que conseguia-me abstrair de tudo o que se estava a passar (...) enquanto estava no trabalho era mais, mais fácil").

Tabela 11. Frequências de UR's da categoria Estratégias Psicológicas

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
C.1.Estratégias Psicológicas	Evitamento	18
	Confrontação	17
	Distração	17
	Fé	6
	Total	58

C.2. Apoio Informal

A presente categoria compreende o apoio informal recebido pelos sobreviventes-familiares - onde se inclui as estratégias de *coping* sociais – (veja-se Tabela 12). Esta categoria é constituída apenas pela subcategoria *Família/ outros significativos* (20 UR's), e refere-se ao apoio da família e amigos a que os sobreviventes-familiares recorreram (e.g. E2 UR166 “Vou ter com uma amiga (...) porque nós precisamos todos uns dos outros”).

Tabela 12. Frequências de UR's da categoria Apoio Informal

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
C.2. Apoio Informal	Família/ outros significativos	20
	Total	20

C.3. - Apoio Formal

A presente categoria, constituída por duas subcategorias (39 UR's), remete para o apoio formal recebido pelos sobreviventes-familiares - onde se inclui o recurso a estratégias de *coping* materiais - (veja-se Tabela 13). A subcategoria com maior expressividade é o *Apoio psicológico* (28 UR's) recebido pelos sobreviventes-familiares no decorrer processo de luto, salientando-se o modo como este os ajudou (e.g. E7 UR139 “Se eu não tivesse tido acompanhamento psicológico, quer dizer não faço ideia o que é que tinha acontecido”).

Tabela 13. Frequências de UR's da categoria Apoio Formal

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
C.3. Apoio Formal	Apoio psicológico	28
	Apoio médico	11
	Total	39

C.4. - Apoio desejável

A presente categoria compreende o apoio que os sobreviventes-familiares consideram essencial para os sobreviventes de suicídio. Esta categoria é constituída por duas subcategorias (23 UR's), sendo que o apoio de um *Psicólogo/ Apoio formal* (15 UR's) apresenta maior expressão (veja-se Tabela 14). Esta subcategoria aborda a importância dada à presença de um psicólogo no decorrer do processo de luto, considerando que este “ajuda sempre” (e.g. E5 UR74 “O acompanhamento psicológico é muito importante”).

Tabela 14. Frequências de UR's da categoria Apoio desejável

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
C.4. Apoio desejável	Psicólogo/ Apoio formal	15
	Alguém significativo/ Apoio informal	8
	Total	23

C.5. Barreiras ao Apoio psicológico

Esta categoria reúne os fatores que os sobreviventes-familiares consideram impedir ou dificultar o acesso dos sobreviventes a serviços de apoio psicológico/psiquiátrico. A categoria é constituída por três subcategorias (29 UR's), tendo uma delas maior expressividade (veja-se Tabela 15). A *Desvalorização* (19 UR's) do apoio remete para a descrença na sua eficácia - visto frequentemente como desnecessário -, uma vez que na altura da perda “não se acredita em nada” (e.g. E5 UR62 “Nós achamos que ninguém nos pode ajudar”).

Tabela 15. Frequências de UR's da categoria Barreiras ao apoio psicológico

Categoria	Subcategoria	(f) UR's
C.5. Barreiras ao apoio psicológico	Desvalorização	19
	Preconceito	6
	Impedimento financeiro	4
	Total	29

5.2 Grupos de sobreviventes com e sem sintomatologia psicopatológica significativa

Os dados recolhidos através do QIS e do BSI possibilitaram a constituição dos dois grupos da amostra. Ao olharmos para os resultados obtidos no QIS (veja-se Tabela 16), verifica-se que os participantes 2, 5 e 8 atingiram valores de ideação suicida acima da média dos obtidos pela população em geral ($M= 21,32$)¹, tendo obtido os valores de 25, 24 e 24, respetivamente. Deste modo, estes três participantes destacam-se dos restantes elementos da amostra pela maior frequência de pensamentos suicidas (critério para diferenciação dos grupos da amostra). Já no que diz respeito ao BSI, nomeadamente no TSP, o indivíduo 2 apresenta uma cotação superior à média da população com perturbações emocionais ($M= 37,349$). Relativamente ao IGS, ISP e às nove restantes dimensões, apenas os entrevistados 2, 5 e 8 apresentaram cotações superiores à média da população com perturbação emocional, sendo estes os que mostram de forma mais consistente cotações elevadas nestes índices. Ainda que as cotações do indivíduo 8 não sejam tão elevadas como as dos participantes 2 e 5, apresentam várias vezes valores que superam a média da população em geral, destacando-se dos resultados da restante amostra (veja-se Tabela 16). Posto isto, os resultados deste instrumento (segundo critério para diferenciação da amostra), ao selecionarem os entrevistados 2, 5 e 8 pelo maior sofrimento psicológico, vão ao encontro dos indivíduos com as cotações mais elevadas no QIS. Foi assim realizada a divisão dos elementos da amostra em dois grupos distintos (com maior e menor sintomatologia psicopatológica). O termo sintomatologia psicopatológica inclui as dimensões avaliadas pelo BSI e pelo QIS, sendo que os indivíduos que apresentam média superior à população geral no IGS do BSI são os mesmos que apresentam ideação suicida mais elevada no QIS.

¹ Um outro estudo realizado por investigadores da Universidade de Évora (Santos et al, 2015b) encontrou na população alentejana, e com este instrumento, valores médios de ideação suicida de 42,53 para sobreviventes e de 14 para a comunidade.

Tabela 16 - Resultados dos participantes no QIS e BSI

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
QIS	12	25*	17	13	24*	6	6	24*
Somatização	0,29	2,29**	0,29	0	2**	0,86*	0	0,71*
Obsessões-compulsões	1,33*	2,67**	1,67*	0,83	2,43**	1	0,33	1
Sensibilidade Interpessoal	0	2,25**	1*	1*	2*	0,5	0,5	1,5*
Depressão	0	2,5**	0,5	1	2**	0,33	0,5	1,33*
Ansiedade	0	2,5**	0,5	0,83	1,67*	1,67*	0,33	0,83
Hostilidade	1,4*	1*	0,6	1,4*	2	0,8	0,4	1,2*
Ansiedade Fóbica	0	1,6**	0	0,4	0,8*	0	0,2	0
Ideação Paranóide	0	2,2**	1,8*	0,6	1,8**	0,8	0,4	2**
Psicoticismo	0	1,8**	0,6	0,6	1,4	0,2	0,4	0,8*
IGS	0,36	2,15**	0,7	0,76	1,85**	0,64	0,34	1,04*
TSP	9	50**	25	27*	26	30*	16	37*
ISP	2,11*	2,28*	1,48	1,48	3,77**	1,13	1,13	1,49

** - Média superior à média da população com perturbação emocional

* - Média superior à média da população em geral

S. Significado do Suicídio

S.1. Temas/ Construtos

No que diz respeito à forma como os sobreviventes caracterizam a vivência do suicídio do familiar, apenas os sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa ajuízam o suicídio quer como um ato *Cobarde* quer como um ato *Corajoso*.

Os indivíduos com sintomatologia psicopatológica significativa referem-se com maior frequência ao suicídio como uma experiência de *Perda* e *Rutura*, salientando o carácter *Irreversível*, *Incompreensível* e *Inesquecível* do acontecimento. São também estes que, com maior frequência, afirmam que o suicídio marcou as suas vidas.

Ainda que o suicídio seja visto como uma *Tragédia* por todos os indivíduos da amostra, os sobreviventes com menor sintomatologia psicopatológica narram a experiência de suicídio como *Inesperada* e *Evitável*; enquanto os sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica o fazem por recurso a termos como *Tragédia* e *Escolha* (veja-se Tabela 17).

Tabela 17. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Temas/Construtos

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Incompreensível	15	14
Irreversível	12	4
Perda	10	8
Tragédia	9	19
Escolha	8	30
Rutura	8	2
Inesperado	4	24
Transtorno	4	5
Morte	4	10
Violento	3	4
Marco	3	1
Horror	3	6
Inesquecível	3	1
Limite	2	1
Insubstituível	2	1
Inacreditável	2	7
Evitável	2	16
Egoísta	1	13
Compreensível	1	2
Inaceitável	1	5
Corajoso	0	4
Cobarde	0	6

S.2. Atribuições causais

No que concerne às causas mencionadas do suicídio pelos sobreviventes-familiares, apenas os indivíduos sem sintomatologia psicopatológica significativa as atribuem à *Dependência* e *Aparência física*, bem como à *Deterioração cognitiva* e *Dificuldades económicas*.

Por outro lado, apenas os elementos da amostra com sintomatologia psicopatológica significativa fazem referência à *Abstinência* ou *Pressão* como causa do sucedido. É também este grupo que refere com maior frequência a *Personalidade* do suicidado como vulnerabilidade para o suicídio (veja-se Tabela 18).

Tabela 18. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Atribuições Causais

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Pressão	9	0
Perturbação psicológica	6	32
Personalidade	4	2
Abstinência	3	0
Doença	2	13
Saturação	1	12
Mudança	1	4
Dependência física	0	14
Deterioração cognitiva	0	3
Dificuldades económicas	0	3
Aparência física	0	5

I. Impacto do Suicídio

I.1. Cognitivo

No que diz respeito à forma como os sobreviventes-familiars caracterizam o impacto do suicídio ao nível cognitivo, apenas os sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa afirmam ter relativizado aspetos da vida diária, ter sofrido uma *Mudança de perspetiva* relativa à eutanásia, e ter tomado *Consciência da brevidade da vida*.

Já os sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica são exclusivos ao referir a *Luta* constante, bem como a presença de *Ideação suicida*, *Perda de sentido de vida*, e a *Aprendizagem*.

É de notar que todos os indivíduos com sintomatologia psicopatológica significativa mencionam a *Ruminação* e *Desorganização* como consequência

cognitiva, sendo estas subcategorias abordadas com maior frequência pelo grupo referido (Veja-se Tabela 19).

Tabela 19. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Cognitivo

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Desorganização	13	3
Ruminação	10	8
Preocupação com os outros	8	19
Ideação suicida	8	0
Aprendizagem	6	0
Luta constante	5	0
Perda de sentido de vida	3	0
Esperança	1	2
Relativização	0	6
Mudança de perspectiva	0	3
Consciência da brevidade da vida	0	4

I.2. Emocional

Relativamente ao impacto emocional causado pelo suicídio do familiar, os sobreviventes com menor sintomatologia psicopatológica são quem refere a *Vergonha* e *Incómodo* sentidos, bem como o *Desequilíbrio emocional* vivido.

Já a *Anedonia* é mencionada apenas por indivíduos com sintomatologia psicopatológica significativa. São também estes que se referem com maior frequência quer ao *Sufrimento*, quer ao *Embotamento afetivo*.

Importa ainda referir que as *Saudades* e *Sufrimento* são mencionados pela amostra na sua totalidade (veja-se Tabela 20).

Tabela 20. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Emocional

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Sufrimento	32	29
Saudades	14	28
Embotamento afetivo	13	11
Solidão	4	4
Medo da repetição	3	0
Pena	2	5
Coragem	2	5
Incómodo	0	3
Anedonia	0	3
Vergonha	0	3
Desequilíbrio emocional	0	12

I.3. Comportamental

No que diz respeito ao impacto do suicídio no comportamento dos sobreviventes-familiares, apenas os indivíduos sem sintomatologia psicopatológica significativa referem a *Dificuldade em estar sozinho*; ao passo que apenas os sobreviventes que apresentam maior sintomatologia psicopatológica abordam o esforço realizado de *Aproximação do corpo*.

É de notar que todos os sobreviventes que apresentam sintomatologia psicopatológica significativa mencionam a presença de *Perturbação do sono* (veja-se Tabela 21).

Tabela 21. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Comportamental

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Desabafar	8	8
Aproximação do corpo	8	0
Perturbação do sono	3	11
Alteração da rotina	3	7
Ir ao cemitério	2	4
Dificuldade em estar sozinho	0	5

I.4. Motivacional

No que diz respeito ao impacto do suicídio nas motivações dos sobreviventes-familiares, distingue-se a maior frequência com que os sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica remetem para a *Volição* (veja-se Tabela 22).

Tabela 22. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Motivacional

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Volição	13	6
Cuidar dos outros	10	13

L. Processo de Luto

L.1. Especificidade

Na presente categoria, os sobreviventes-familiares com sintomatologia psicopatológica significativa apresentam registos de maior frequência para o *Estigma social* como especificidade do processo de luto por suicídio. Já os sobreviventes-familiares com menor sintomatologia psicopatológica remetem maioritariamente para a *Procura de Justificação* para o suicídio e para a *Culpa* sentida (veja-se Tabela 23).

Tabela 23. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Especificidade

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Estigma Social	8	2
Procura de justificação	2	16
Culpa	1	10
Abandono	1	2

L.2. Etapas

Relativamente às etapas do processo de luto dos sobreviventes-familiares, a *Aceitação* é referida com maior frequência pelos indivíduos sem sintomatologia psicopatológica significativa.

Importa salientar que todos os elementos da amostra se referem à *Aceitação* do suicídio, e que os indivíduos com maior sintomatologia psicopatológica remetem, na sua totalidade, para a *Revolta* (veja-se Tabela 24).

Tabela 24. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Etapas

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Aceitação	14	34
Revolta	9	21
Depressão	3	9
Negação	1	8

C. Coping

C.1. Estratégias psicológicas

No que concerne às estratégias de *coping* psicológicas, os sobreviventes-familiares com sintomatologia psicopatológica significativa referem com maior frequência o *Evitamento*, bem como a *Confrontação* e a *Distração* (veja-se Tabela 25).

Tabela 25. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Estratégias psicológicas

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Evitamento	15	3
Confrontação	12	5
Distração	10	7
Fé	1	5

C.2. Apoio informal

Relativamente ao apoio informal recebido pelos sobreviventes-familiares, o apoio da *Família* e *outros significativos* foi referido com maior frequência pela amostra sem sintomatologia psicopatológica significativa (veja-se Tabela 26).

Tabela 26. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Apoio informal

	(f) UR's Sobreviventes com perturbação psicológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem perturbação psicológica significativa
Família / outros significativos	8	12

C.3. Apoio formal

No que diz respeito ao apoio formal, o *Apoio psicológico*, apesar de ter sido referido como importante por todos os sobreviventes, são os que apresentam sintomatologia psicopatológica significativa que o abordam mais frequentemente. Já o

apoio médico apenas foi referido pelos sobreviventes-familiares sem sintomatologia psicopatológica significativa (veja-se Tabela 27).

Tabela 27. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Apoio formal

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Apoio psicológico	15	13
Apoio médico	0	11

C.4. Apoio desejável

Relativamente ao apoio que os sobreviventes-familiares consideram ser desejável para outros sobreviventes, a amostra que apresenta maior sintomatologia psicopatológica refere-se, na sua totalidade, à importância do apoio de um *Psicólogo*, referindo-o também com maior frequência que os indivíduos sem sintomatologia psicopatológica significativa (veja-se Tabela 28).

Tabela 28. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Apoio desejável

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Psicólogo/ Apoio formal	8	7
Alguém significativo/ Apoio infomal	2	6

C.5. Barreiras ao Apoio psicológico

No que diz respeito aos aspetos considerados como barreiras ao apoio psicológico, a amostra com sintomatologia psicopatológica remete com maior frequência para a *Desvalorização* deste tipo de apoio por parte dos sobreviventes (veja-se Tabela 29).

Tabela 29. Frequências de UR's, por grupos, da categoria Barreiras ao Apoio psicológico

	(f) UR's Sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa	(f) UR's Sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa
Desvalorização	16	3
Preconceito	3	3
Impedimento financeiro	1	3

Capítulo 6 - Discussão

Após a apresentação dos resultados, prosseguimos para a sua reflexão, de acordo com os objetivos a que nos propusemos com este estudo. Para compreendermos os significados pessoais sobre os quais os sobreviventes-familiares edificam a sua experiência de perda, a reflexão dos dados encontra-se organizada em dois tópicos principais: a construção discursiva da perda de um familiar por suicídio para a totalidade da amostra; e construção discursiva da perda de um familiar por suicídio em função do grau de sintomatologia psicopatológica.

6.1. Construção discursiva da perda de um familiar por suicídio

O primeiro objetivo específico consistia em conhecer os significados sobre os quais os sujeitos da amostra organizam discursivamente a experiência de suicídio do familiar. Quando confrontados com estímulos que remetem para essa experiência de perda, os sobreviventes representam-na sobretudo como um acontecimento *Inesperado* e *Incompreensível*. Para além disso, no discurso de todos os participantes esteve presente a *Tragédia* associada à experiência, independentemente da sintomatologia psicopatológica. De um modo geral, a experiência de perda por suicídio inscreve-se no campo semântico do drama; ainda que a perceção do suicídio como uma *Escolha* seja o significado mais frequentemente associado a esta experiência pelos sujeitos do estudo. Aparentemente, *Escolha* parece distinguir-se do primeiro grupo de significados pela ausência da mesma intensidade dramática e do desafio à capacidade de adaptação/aceitação do sucedido. Contudo, em alguns discursos, parece que a *Escolha* não tem necessariamente um significado neutro ou promotor da aceitação. Nestes casos, a *Escolha* do familiar pelo suicídio faz com que esta perda/morte voluntária seja vista como *Evitável*, uma opção que desafia a razão (*Incompreensível*), que contraria a lógica (*Inesperado*) e que provoca uma onda de choque com consequências trágicas (*Tragédia*).

Um outro resultado interessante é o facto de, no discurso acerca do significado do suicídio, os familiares atribuírem o acontecimento sobretudo à *Perturbação psicológica*, um dos fatores já referidos como fator de risco suicidário (Santos, 2014; OMS, 2014). Assumem, desse modo, que o suicida fez uma *Escolha*, mas dentro de

um quadro de perturbação psicológica, o que poderá levar a uma maior aceitação do ato suicidário.

É também frequente os sobreviventes dizerem que, em consequência do suicídio, passaram a estar mais atentos aos sinais de suicídio nos outros, e por isso mais envolvidos na prevenção. Segundo Jordan e McIntosh (2011a) pode existir uma obsessão por parte desta população pelo fenómeno de suicídio e consequentemente, um envolvimento, por vezes excessivo, na prevenção do mesmo. Por outro lado, a par das consequências, é-lhes difícil não estar sistematicamente a pensar no sucedido. Assim, abordam frequentemente a *Ruminação* relativa ao acontecido, uma das estratégias de regulação emocional mais utilizadas nos sobreviventes (Sampaio, 2013).

Os significados de cariz emocional a que os participantes recorrem na narração da experiência são sobretudo o *Sufrimento* e as *Saudades*. Estes resultados vão ao encontro da literatura internacional (Jordan & McIntosh, 2011a) ao referirem tanto a saudade como o sofrimento se encontram associados a situações de perda, nomeadamente por morte, e configuram emoções típicas dos processos de luto.

Quando nos falamos sobre o suicídio, os indivíduos da amostra remetem principalmente, nas suas narrativas, para o *Desabafar* e as *Perturbações do sono*, já referidas como reações típicas nestas situações (Dyregrov & Dyregrov, 2008; Worden, 2009), como os comportamentos que mais marcam a experiência.

Um outro resultado foi o facto de se verificar nos discursos dos sobreviventes um reposicionamento e reinvestimento emocional para *Cuidar dos outros* como consequência do sucedido. Este resultado vai de encontro à teoria de Worden (2009) que salienta o voltar-se para os outros, como uma forma de dar continuidade e investir na vida; o que lhes permite superar a dor e a perda que o suicídio do familiar representa (Oliveira et al., 2012).

No que diz respeito ao processo de luto em consequência do suicídio, segundo a amostra - na sua totalidade -, este define-se principalmente pela *Aceitação* do suicídio. Ainda assim, a *Procura de justificação* (e.g. Neimeyer, 2011) representa, para estes indivíduos, a principal especificidade do processo de luto tendo em conta o tipo de morte.

6.2. Construção discursiva da perda de um familiar por suicídio em função do grau de sintomatologia psicopatológica

Perante a intenção de se conhecer os significados sobre os quais os sobreviventes-familiares organizam discursivamente a experiência, e a partir da análise dos seus discursos, foi possível verificar algumas diferenças entre os dois grupos.

- Temas principais

Um resultado interessante é o que mostra que são sobretudo os participantes do grupo sem sintomatologia psicopatológica significativa que na narrativa apresentam significados sem conotação negativa. É o caso do suicídio como uma *Escolha*. Para além disso, apenas este grupo aborda o suicídio como um ato de *Coragem*, pelo que podemos concluir que os indivíduos com menor sintomatologia psicopatológica foram exclusivos ao construir um significado que, de algum modo, enaltece o ato suicida. Ainda que a perspetiva do suicídio como um ato de *Coragem* possa ter consequências negativas no sentido de poder incentivar a repetição do comportamento, parece ser positiva como ajuda à integração da perda. Sugere-se que a construção de significados mais adaptativos leva a um nível de sofrimento menor, sendo que se perturba quem constrói significados disfuncionais ou desadaptativos. Posto isto, as auto-narrativas tornam-se não-adaptativas devido à rigidez cognitiva e, conseqüentemente, afetiva e comportamental (Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles & Gonçalves, 2011). A ajuda a esta população poderá passar pela co-construção de narrativas alternativas, mais flexíveis e adaptativas (Gelo, Vilei, Maddux & Gennaro, 2015), e por isso mais fáceis de integrar.

Outra verificação prende-se com o facto do discurso do grupo com maior sintomatologia psicopatológica centrar-se principalmente no carácter *Incompreensível* e *Irreversível* do sofrimento decorrente do suicídio. Como é possível conferir, estes indivíduos constroem significados autorreferentes, centrados em si próprios. Deste modo, projetam os significados para fora do acontecimento, o suicídio do familiar. Ao que parece, este tipo de significados parece ser menos adaptativo em comparação com outros significados construídos pelo outro grupo da amostra, mais centrados no outro (e.g. *Escolha*). Uma vez que a incompreensão e a incapacidade de reverter o

Sufrimento decorrente do suicídio podem pôr em causa a capacidade de eficácia dos mesmos.

Já o discurso dos sobreviventes sem sintomatologia psicopatológica significativa centra-se principalmente no facto do suicídio ter sido uma *Escolha*, que consideram também ter sido um acontecimento *Inesperado*, que era *Evitável* e fruto de um ato *Egoísta*. Em contraposição com o grupo anterior, estes significados dirigem-se não para o próprio mas para o acontecimento, numa perspetiva de atribuição de culpa para o próprio suicida. Assim, nesta perspetiva, foi o familiar o verdadeiro responsável pela morte, ao ter optado de um modo *Egoísta* pelo suicídio, abdicando da sua própria vida. Para além disso, o facto de ter sido *Inesperado*, isto é, de nunca ter sido ponderada a possibilidade por estes sobreviventes que o suicídio poderia vir a acontecer, e por isso, terem sido surpreendidos.

Uma outra diferença entre os grupos, prende-se com o facto do discurso dos sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica se deter principalmente na *Pressão laboral* sentida pelo suicidado como a causa do suicídio. Deste modo, atribuir o suicídio à *Pressão* parece ser menos promotor de adaptação. Este facto pode ser possivelmente explicado pela possibilidade da ideia de que tal *Pressão* poderia ter sido gerenciável de outro modo. Já a *Perturbação psicológica*, onde se centra a narrativa dos indivíduos com menor sintomatologia psicopatológica, remete para uma perspetiva mais compassiva, o que parece estar associado a uma melhor adaptação à perda.

No discurso dos sobreviventes com sintomatologia psicopatológica significativa é frequente estes referirem-se à *Desorganização* cognitiva como uma consequência do suicídio. Esta *Desorganização* ou confusão é mais uma vez um aspeto referente ao próprio e muito centrado na negatividade do acontecimento, frequente no luto (Worden, 2009) e já referida por Braun e Berg (1994) como consequência da dificuldade em dar sentido à perda. Já as narrativas dos restantes indivíduos da amostra, remetem sobretudo para a *Preocupação com os outros*. Ou seja, enquanto uns se focam no passado, no sucedido, outros conseguem avançar e focar-se no futuro, desenvolvendo estratégias promotoras de adaptação à perda pelo reinvestimento na vida.

Nos significados de natureza emocional, os sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica centram-se maioritariamente no *Sufrimento*. Já os discursos dos indivíduos da amostra sem sintomatologia psicopatológica significativa, ainda que abordem o *Sufrimento*, abordam também bastante as *Saudades*. Apesar

das *Saudades* remeterem também para a dor e para a tristeza a propósito da distância, não se referem só a isso. Este sentimento implica também o sentir amor pelo falecido, o que pressupõe um significado mais positivo.

Ainda no que respeita ao modo como os significados construídos implicam o comportamento dos sobreviventes, a amostra com maior sintomatologia psicopatológica centra o seu discurso maioritariamente no ato de *Desabafar* (Cain, 1972; cit. in Jordan & McIntosh, 2011a), e na tentativa de *Aproximação do corpo* após a morte. Já os sobreviventes-familiares com menor sintomatologia deste tipo abordam maioritariamente a *Perturbação do sono*, comum em processos de luto (Dyregrov & Dyregrov, 2008; Worden, 2009).

No que diz respeito aos significados de natureza motivacional construídos pelos sobreviventes, os indivíduos sem sintomatologia psicopatológica significativa abordam o *Cuidar dos outros*, enquanto os indivíduos com maior sintomatologia psicopatológica focam-se na *Volição*.

- Luto

Um resultado interessante, emergente da análise dos discursos dos sobreviventes-familiares da amostra, remete para as etapas dos seus processos de luto. Perante uma carga negativa tão elevada associada à experiência, e do intenso sofrimento que dela advém, é bastante satisfatório que os sobreviventes-familiares, independentemente do grau de sintomatologia psicopatológica, tenham abordado sobretudo a *Aceitação* do suicídio. Quer isto dizer que mesmo assim conseguem ir superando as dificuldades até que atingem a tranquilidade perante a perda (Kübler-Ross, 2009; 1996).

Também os discursos dos participantes, com maior ou menor sintomatologia psicopatológica, detêm-se com bastante frequência na *Revolta*. De um modo geral, a raiva, tal como a tristeza, são reações a experiências negativas. Contudo, ao passo que a tristeza torna os indivíduos mais passivos perante a vida tornando-os mais vulneráveis, a raiva promove um papel ativo perante a vida, fazendo com que os indivíduos se sintam invencíveis (Schreiner, 2013). Neste sentido, e confrontando com os dados obtidos da amostra, a *Revolta* parece ser um significado promotor de adaptação à perda.

Os participantes deste estudo, ao serem incentivados a elaborar sobre a sua experiência de luto, referem várias especificidades que são suportadas pela literatura científica como típicas do processo de luto por suicídio. Desta forma, para além da *Procura de justificação* para o suicídio, isto é, de entender o porquê do mesmo (e.g. Currier et al., 2008), remetem ainda para a *Culpa* (Harwood et al., 2002; Sampaio, 2013) por algo que fizeram ou algo que poderiam ter feito para evitar o suicídio; para o *Estigma social* associado ao suicídio (Cvinar, 2005; Harwood et al., 2002) devido à conotação social negativa do mesmo, mais que não seja porque, ao ser autoinfligido, contrapõe as normas da autopreservação (Jordan, 2001); para o sentimento de *Abandono* associado à morte do familiar (Batista & Santos, 2014; Harwood et al., 2002); para a *Revolta* (Baptista & Santos, 2014); e para o *Choque e Negação* (Jordan & McIntosh, 2011a). Contudo, consoante o grau de sintomatologia psicopatológica, os indivíduos da amostra centram-se em especificidades distintas. Posto isto, os indivíduos em maior sofrimento abordam principalmente o *Estigma social*. Ao contrário do que nos aspetos anteriores, aqui remetem para aspetos externos, uma vez que a resolução desse problema não estará ao seu alcance. O *locus* de controlo externo parece ser menos promotor de adaptação dada a ideia de impotência perante o estigma. Para além disso, sabe-se que o *locus* de controlo interno relaciona-se positivamente com o ajustamento psicológico, ao passo que o *locus* de controlo externo se associa a níveis elevados de psicopatologia (Marreiros, 2009; Youkilis & Bootzin, 1979). Assim sendo, os sobreviventes-familiares com sintomatologia psicopatológica significativa remetem nos seus discursos para o *Estigma social*, sendo um aspeto ao qual estão sujeitos, sem terem alguma capacidade de o modificar. Já os indivíduos sem sintomatologia psicopatológica significativa detêm-se sobretudo na *Procura de justificação* para o suicídio do familiar. Neste caso já se trata de um *locus* de controlo interno, pelo que é um aspeto controlável e atingível pelo próprio indivíduo.

Um aspeto interessante dos resultados obtidos prende-se com o facto da *Culpa* ser abordada, quase na totalidade, pelos indivíduos da amostra que apresentam menor sintomatologia psicopatológica. Para além de ser uma das estratégias de regulação emocional mais utilizadas (Sampaio, 2013), e comum nos sobreviventes de suicídio (Worden, 2009), parece ser, ao contrário do esperado, uma estratégia promotora de adaptação à perda. Como explicam Dyregrov e Dyregrov (2008), após um suicídio as questões "o que eu poderia ter feito para evitar o que aconteceu?" ou "E se..." são pensamentos particularmente intensos e, eventualmente, das reações humanas mais importantes após eventos traumáticos. A análise da experiência e a

procura de sentido para o que poderia ter sido feito, pode constituir-se uma valiosa aprendizagem. Deste modo, a culpa ao despoletar um movimento interno de procura de significado, estará a promover a reconstrução/integração da experiência dolorosa (Dryregrov & Dyregrov, 2008).

- *Coping*

Um outro objetivo do estudo consistia em analisar os mecanismos de *coping* utilizados pelos sobreviventes para lidar com o suicídio do familiar. Os participantes, quando questionados sobre quais os aspetos que os ajudaram a lidar com a perda, remetem de modo mais expressivo para o recurso a estratégias psicológicas. No que diz respeito a este tipo de estratégias de *coping*, os indivíduos com sintomatologia psicopatológica significativa centram-se principalmente no *Evitamento*. Esta estratégia é considerada uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de *stress* elevado, sendo que perante os mesmos eventos, pessoas que recorrem ao evitamento provavelmente experienciam níveis de *stress* mais intensos em períodos de tempo mais longos, em comparação com aqueles que enfrentam a situação (Bardeen, Fergus & Orcutt, 2013). Já os sobreviventes-familiares com menor sintomatologia psicopatológica abordam maioritariamente a *Distração*, isto é, desviar a atenção das reações emocionais produzidas pelo estímulo doloroso, considerada pela literatura como uma técnica eficaz para lidar com a dor (McCaul & Malott, 1984).

No que diz respeito ao apoio formal, apenas o grupo sem sintomatologia psicológica significativa, afirma, nos seus discursos, ter recorrido ao *Apoio médico*. Uma explicação possível poderá prender-se com o facto de o *Apoio médico* ser o mais adaptativo, uma vez que poderá ter contribuído para a diminuição de eventual sintomatologia que tenha estado presente. Deste modo, esta constatação pode ser um alerta para a importância da medicação/apoio médico neste tipo de situações.

- *Necessidades*

Ao tentarmos compreender as necessidades percecionadas pelos sobreviventes-familiares, verificámos que estes, quando questionados acerca das mesmas, negaram a sua existência. De um modo geral, todos os indivíduos da amostra referiram como necessidade primordial a presença do familiar suicidado. Tal sugere uma dificuldade em elaborar necessidades reais centrando-se no desejo ficcionado de se voltar a reunir com o ente perdido (Jordan & McInstosh, 2011a).

Ainda assim, os discursos dos sobreviventes remetem para dois tipos de apoio que consideram desejáveis. Por um lado, os indivíduos da amostra em maior sofrimento centram-se na importância do *Apoio psicológico* para quem passou por situações semelhantes, admitindo, como reforça Dyregrov (2011), que a ajuda profissional nestas situações é indispensável. Já os indivíduos em menor sofrimento, para além de reforçarem a importância do *Apoio formal* (psicológico/médico) consideram também frequentemente a importância do *Apoio informal*, como seja o apoio de familiares ou amigos. Estes resultados vão de encontro com outros estudos internacionais (De Groot, Keijser, & Neeleman, 2006; Jordan et al., 2011; McMenemy et al., 2008; Proveni et al., 2000), que revelam que os sobreviventes apresentam a necessidade de beneficiar de *Apoio formal*, nomeadamente de profissionais de saúde mental, e de *Apoio informal*. Contudo, o facto dos indivíduos em maior sofrimento se deterem sobretudo no *Apoio formal* como apoio desejável poderá ser justificado pelo facto destes sobreviventes apresentarem uma menor disponibilidade emocional para se manterem em relação com os outros; ou por percecionarem essas necessidades como satisfeitas. Outra explicação possível, diz respeito ao facto de, como referem Jordan e McIntosh (2011a), os sobreviventes abdicarem das relações sociais pelo medo de serem negativamente julgados (Feigelman et al., 2009; Santos et al., 2015b; Santos & Tavares, 2014).

- Barreiras

Relativamente aos obstáculos que dificultam o acesso aos serviços de apoio por parte dos sobreviventes, destaca-se a *Desvalorização* dos mesmos por parte dos indivíduos com maior sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, estes indivíduos desvalorizam este tipo de ajuda, ou por não acreditarem nos benefícios da mesma (uma vez que não lhes restitui a perda), ou os desconhecem.

Conclusões

Neste estudo exploratório procurou-se compreender os significados pessoais sobre os quais os sobreviventes constroem a experiência de suicídio do seu familiar. Na sequência do mesmo, parece possível elencar algumas conclusões.

A experiência de luto por suicídio de um familiar surge associada a significados negativos, independentemente do grau de sintomatologia psicopatológica. De um modo geral, esta experiência é percebida de forma negativa e dramática pela generalidade da amostra.

Uma outra conclusão prende-se com o facto dos sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica construírem o seu discurso sobre significados centrados no próprio e na sua incapacidade para compreender (*Incompreensível*) ou agir sobre o sucedido (*Irreversível*). Estes significados, bloqueadores do sentido de eficácia pessoal, parecem dificultar a acomodação narrativa desta experiência. Já os indivíduos com menor sintomatologia psicopatológica constroem o acontecimento de morte do familiar por suicídio em torno de significados centrados no outro, como sejam *Escolha*, *Coragem* e *Egoísmo*; o que parece promotor de uma maior aceitação do sucedido.

A constatação de uma associação entre significados mais positivos, melhor adaptação à perda e ausência de sintomatologia psicopatológica significativa, reforça a importância, já referida por Gelo e colaboradores (2015), do apoio psicológico enquanto promotor de narrativas mais flexíveis, e por isso mais adaptativas. Deste modo, fomentar a reconstrução ou reorganização dos significados desafiados pela perda, será uma prioridade terapêutica não só para aliviar a dor, mas também para renovar o sentimento de esperança e autoeficácia nas vidas dos sobreviventes (Neimeyer, 2011).

O conhecimento dos significados mais prevalentes nos discursos dos sobreviventes com maior sintomatologia psicopatológica (i.e. significados autorreferentes de ineficácia; desorganização cognitiva; estigma social; evitamento; e desvalorização dos serviços de apoio) podem constituir-se como Indicadores Discursivos de Risco. Este conhecimento permitirá identificar através das narrativas, os indivíduos que se encontram em maior risco de se perturbarem.

Um outro resultado a destacar é o de que são a *Procura de justificação* para o suicídio e o *Estigma social* os significados que distinguem o processo de luto por suicídio do de outros tipos de morte. Assim é importante que os profissionais estejam

atentos à necessidade de apoiar os sobreviventes na procura de significado para o acontecimento. Por outro lado, numa estratégia de pós-venção alargada, é importante combater o estigma social associado ao suicídio. A baixa literacia da população sobre este assunto levará a uma menor procura de apoio psicológico pelo preconceito e desvalorização; e simultaneamente mantém o estigma social. Deste modo, é também importante considerar a disponibilização de sessões de esclarecimento à população.

Uma limitação deste estudo, para além do número reduzido de sujeitos da amostra, é a disparidade entre o número de indivíduos do sexo masculino e feminino, sendo que os indivíduos do sexo masculino representam apenas 25% da totalidade da amostra. Para além disso o facto das entrevistas terem sido conduzidas por um licenciado em Psicologia, mas sem experiência acumulada na utilização desta metodologia de recolha de dados, constitui uma outra limitação. Cremos que alguém com mais experiência poderia ter explorado de forma mais aprofundada as questões/respostas, conduzindo a uma maior riqueza nos dados recolhidos. Esta constatação pode ser ilustrada pela dificuldade em encontrar verbalizações das necessidades pessoais dos sobreviventes.

Os resultados deste estudo de carácter exploratório podem, no futuro, ser a base para o desenvolvimento de uma grelha de análise do que são narrativas protótipo de risco em sobreviventes de suicídio.

Referências bibliográficas

- Adriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30, 43–47.
- Adriessen, K., & Kryszka, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International journal of environmental research and public health*, 9, 24-32.
- Aguirre, R. T., & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*, 34, 529-540.
- Allen, B. G., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (1994). The effect of cause of death on responses to the bereaved: Suicide compared to accident and natural causes. *Omega: Journal of Death and Dying*, 28, 39-48.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Azenha, A., & Peixoto, B. (2014). Suicídio, Cultura e Religião. In C. Saraiva, D. Peixoto, & D. Sampaio (2014), *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 3-14). Coleção Psicologia.
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress. *Behavior Therapy*, 44, 459–469.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. 3ª. Lisboa: Edições, 70.
- Bartik, W., Maple, M., Edwards, H., & Keirnan, M. (2013). Adolescent survivors of suicide: Australian young people's bereavement narratives. *Crisis*, 34, 211–217.
- Batista, P., & Santos, J. C. (2014). Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 17-24.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Berkowitz, L., McCauley, J., Schuurman, D. L., & Jordan, J. R. (2011). Organizational postvention after suicide death. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh, *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 157-178). New York: Routledge.

- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 91-156). Coimbra: Quarteto Editora.
- Braun, M. J., & Berg, D. H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of parental bereavement. *Death Studies*, 18, 105–129.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 786-794.
- Brock, S. E., Sandoval, J., & Hart, S. R. (2006). Suicidal ideation and behaviors. In G. Bear & K. Minke (Eds.), *Children's needs III: Understanding and addressing the developmental needs of children* (pp. 225-238), Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Brockmeier, J., & Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16, 525-535.
- Brockmeier, J., & Harré, R. (2001). Narrative: Problems and promises of an alternative paradigm. In J. Brockmeier & D. Carbaugh (Eds.), *Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture* (pp. 39-58). Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Camus, A. (2005). *O mito de Sísifo*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos efectuados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. 3) (pp. 305–330). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Cândido, S. (2010). *Cultura suicida no Alentejo: Os fatores promotores de ideação suicida e desesperança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., & Santos, N. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Cerel, J., & Campbell, F. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38, 30–34.

- Cerel, J., Jordan, J. J., & Duberstein, P. R. (2008). Impact of suicide on family survivors. *Crisis*, 29, 38–44.
- Cerel, J., Padgett, J. H., Conwell, Y., & Reed, G. A. Jr. (2009). A Call for Research: The Need to Better Understand the Impact of Support Groups for Suicide Survivors. *Suicide Life Threat Behavior*, 39, 269-281.
- Cerel, J., McIntosh, J., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The Continuum of “Survivorship”: Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 591-600.
- Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in later life. *Death Studies*, 34, 804-834.
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Almedina.
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behaviour: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 321–328.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006) Sense making, grief and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403-428.
- Currier, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Fragmented stories: The narrative integration of violent loss. In E. K. Rynearson (Ed.), *Violent death* (pp. 85–100). New York: Routledge.
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 14–2.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20, 43-63.
- De Groot, M. H., De Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 418-431.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior. *Crisis*, 27, 4–15.
- Dunn, R. G., & Morrish-Vidners, D. (1988). The psychological and social experience of suicide survivors. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 175-215.
- Durkheim, E. (2007). *O suicídio: Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Dyregrov, K. (2002) Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Studies*, 26, 647-668.

- Dyregrov, K. (2009). The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide? *Omega: Journal of Death and Dying*, 59, 147-161.
- Dyregrov, K. (2011). What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? A Phenomenological Perspective. *Crisis*, 32, 310–318.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Farberow, N. (2001). Helping suicide survivors. In D. Lester (Ed.), *Suicide prevention. Resources for the millennium* (pp.189–212). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33, 591-608.
- Ferreira, J. A., & Castela, M.C. (1999). Questionário da Ideação Suicida (Q.I.S.). In L. Simões, M. Gonçalves, & Almeida, L. (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gelo, O. C. G., Vilei, A., Maddux, J. E., & Gennaro, A. (2015). Psychopathology as social construction: the case of Anorexia Nervosa. *Journal of Constructivist Psychology*, 28, 105-125.
- Gergen, K., & Warhuus, L. (2001). Terapia como Construção Social: Características, Reflexões e Evoluções. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 27-64). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American psychologist*, 40, 266-275.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. (2006). Loss, Grief, and The Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65.
- Gonçalves, M. M., & Gonçalves, O. F. (1995). Funções políticas do conceito de identidade: A psicologia, o self e o poder. *Análise Psicológica*, 4, 395-403.

- Gonçalves, M. M., & Gonçalves, O. F. (2001). A Psicoterapia como Construção Conversacional. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 7-24). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gould, M. S., & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and life-threatening behavior*, 31, 6-31.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72, 185–194.
- Hermans, M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- INE–DGS/MS, PORDATA (2016). Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte em Portugal. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>
- INE–DGS/MS, PORDATA (2016a). Óbitos por algumas causas de morte (%) nos Municípios (2016). Disponível em [http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91–102.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011a). Is a Suicide Bereavement Different? A Framework for Rethinking the Question. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds), *Grief after suicide: Understanding the Consequences and Caring for The survivors* (pp. 19-42). New York: Routledge.
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011b). Suicide Bereavement: Why Study Survivors of Suicide Loss? In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds), *Grief after suicide: Understanding the Consequences and Caring for The survivors* (pp. 3-17). New York: Routledge.
- Jordan, J. R., Fiegelman, W., McMenamy, J., & Mitchell, A. M. (2011). Reseach on the needs of survivors. In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds), *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 115-131). New York: Routledge.
- Jordan, J., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34, 337-349.

- Kovac, S. & Range, L. S. (2000). Writing projects: Lessening undergraduates' unique suicidal bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 50-60.
- Krysinska, K., Adriessen, K., & Coverley, J. (2014). Religion and Spirituality in Online Suicide Bereavement. An analysis of Online Memorials. *Crisis*, 35, 349–356.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (2009). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. London and New York: Routledge.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, E., Enright, R., & Kim, J. (2015). Forgiveness Postvention with a Survivor of Suicide Following a Loved One Suicide: A Case Study. *Soc. Sci.*, 4, 688–699.
- Levi-Belz, Y. (2014). Stress-related growth among suicide survivors: the role of Interpersonal and Cognitive Factors. *Archives of suicide research*, 19, 305-320.
- Levy, L. H., Derby, J. F., & Martinkowski, K. S. (1993). Effects of membership in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Community Psychology*, 21, 361-381.
- Mahoney, M. J. (2004). What is constructivism and why is it growing. *Contemporary Psychology*, 49, 360-363.
- Marques, A. F. S. (2013). *Avaliação do Teste Stroop Emocional para o Screening de risco suicida (TSESRS) como medida de ideação suicida*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior.
- Marreiros, N. (2009). Considerações teóricas sobre o conceito Locus de Controlo: Reflexões acerca do seu potencial preventivo. *Revista Toxicodependências*, 15, 61-68.
- Martins, S. & Leão, M. (2010). Análise dos fatores envolvidos no processo de luto das famílias nos casos de suicídio. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, 2, 123-35.
- McCaul, K. D., & Malott, J. M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological bulletin*, 95, 516-533.
- McIntosh, J. L. (1993). Control group studies of suicide survivors: A review and critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 146-161.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 375-389.

- Melo, R. (2004). Processo de luto: o inevitável percurso face à inevitabilidade da morte.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, 25, 12–18.
- Moreira, N. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Murray, M. (2008). Narrative Psychology. In J. A. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (pp. 85-107). SAGE Publications Ltd.
- Neimeyer, R. A. (2005). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. In D. Carr, R. M. Nesse, & C. B. Wortman (Eds.), *Late life widowhood in the United States* (pp. 227-252). New York: Springer.
- Neimeyer, R. A. (2006). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. In D. Carr, R. M. Nesse, & C. B. Wortman (Eds.), *Late life widowhood in the United States* (pp. 227–252). New York: Springer.
- Neimeyer, R. A. (2011). Reconstructing meaning in bereavement: summary of a research program. *Estudos de Psicologia*, 28, 421-426.
- Neimeyer, R. A. (2016). Meaning reconstruction in the wake of loss: Evolution of a research program. *Behaviour Change*, 1-15.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 73-83.
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death studies*, 38, 485-498.
- Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235–251.
- Ness, D. E. & Pfeffer, C. R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 279-285.
- Oliveira, A., Castro, S., Almeida S. N., & Moutinho, S. (2012). *Cancro, Vidas em Reconstrução: Uma Abordagem Psicológica à Doença, Suas Problemáticas e Emoções*. Porto: Livpsic.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative, Luxembourg*. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2016). *Suicide*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Oulanova, O., Moodley, R., & Séguin, M. (2014). From suicide survivor to peer counselor: breaking the silence of suicide bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 69, 151-168.
- Parkes, C. M. (1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24, 1-20.
- Quartilho, M. (2014). Contextos sociais e interpessoais. In C. Saraiva, D. Peixoto, & D. Sampaio (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 15-32). Coleção Psicologia.
- Range, L. M. (1996). When a loss is due to suicide: Unique aspects of bereavement. *Journal of Loss & Trauma*, 1, 71-81.
- Range, L. M. & Calhoun, L. G. (1990). Responses following suicide and other types of death: The perspective of the bereaved. *Omega: Journal of Death and Dying*, 21, 311-320.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2001). Contribuições do Pensamento Construcionista para o Estudo da Prática Grupal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 201-209.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, 15, 21-219.
- Raskin, J. D. (2002). Constructivism in Psychology: Personal Construct Psychology, Radical Constructivism, and Social Constructionism. *American Communication Journal*, 5, 1-25.
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, 21, 54–69.

- Rosa, C., & Tavares, S. (in press). A semiotic-dialogical and socio-cultural account on suicide. Special Issue on *International Journal of Dialogical Self*.
- Sampaio, I. V. (2013). *Luto em famílias que perderam um ente querido por suicídio*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade do Minho.
- Santos, M. J. (2014). Da proteção e do risco. In C. Saraiva, D. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 111-126). Coleção Psicologia.
- Santos, S., & Tavares, S. (2014). Sobreviventes. In C. M. B. Saraiva, A. J. B. Peixoto & D. J. B. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos* (pp. 445-454). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015a). O impacto do Suicídio: Evidências atuais. *Evidências*, 1, 16-24. ISSN: 2182-9284. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/gid/publicacoes/evidencias/>
- Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015b). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*, 39, 332-341.
- Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. C. (2015). Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 267-280.
- Saraiva, C. (2010) Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, 185-205.
- Saraiva, C. B., & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. Saraiva, D. Peixoto, & D. Sampaio (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*. Coleção Psicologia.
- Schreiner, M. (2013). *Sadness and Anger*. Disponível em <http://evolutioncounseling.com/sadness-and-anger/>
- Seager, P. (2004). Is it too late to turn back the clock?. *Crisis*, 25, 93-94.
- Serra, A. V., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22, 9-21.
- Shneidman, E. (1972). Foreword. In A. C. Cain (Eds.), *Survivors of suicide* Springfield (pp. ix-xi). IL: Charles C Thomas.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Silva, A. S., & Pinto J. M. (1986). *Metodologias das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Silva, M. D. F., & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology*, 25, 588-595.
- Smith, A., Joseph, S., & Das Nair, R. (2011). An interpretative phenomenological analysis of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 413-430.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Sveen, C. A., & Walby, F.A. (2008) Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 13-34.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Updegraff, J. A., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2008). Searching for and finding meaning in collective trauma: results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *Journal of personality and social psychology*, 95, 709-722.
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G., & Sveinbjarnardottir, E. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 97-103.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Philadelphia: Open University Press.
- Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer.
- Wroblewski, A. (2002). *Suicide, Survivors: A Guide for Those Left Behind*. SAVE.
- Youkilis, H. D., & Bootzin, R. R. (1979). The relationship between adjustment and perceived locus of control for female psychiatric inpatients. *The Journal of genetic psychology*, 135, 297-299.
- Zhang, J., Tong, H. Q., & Zhou, L. (2005). The effect of bereavement due to suicide on survivors' depression: A study of Chinese samples. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51, 217-227.

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

O presente consentimento tem como objectivo solicitar autorização informada para a participação numa investigação de mestrado, a decorrer na Universidade de Évora, sobre o impacto do suicídio nos familiares. A participação solicitada consiste no preenchimento de três questionários (sociodemográfico, QIS e BSI) e uma entrevista, sendo o tempo médio de resposta de 1h 30m.

Garantimos perante toda a informação facultada total confidencialidade e anonimato, sendo a mesma exclusivamente utilizada no âmbito da realização da investigação e redação da dissertação em causa, e a identificação dos participantes jamais será revelada.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como eventuais esclarecimentos que me foram facultados. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do participante:

Data: ____/____/____

Anexo II – Questionário Sociodemográfico

Data da recolha dos dados: _____ Local: _____
_____ Cód.: _____

I. Dados referentes ao participante:

Localidade: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Nível de Escolaridade: _____

Composição do agregado na data do suicídio (quem vivia em casa nesta data):

Grau de parentesco com a pessoa que se suicidou: _____

Conhecimento de outros suicídios na família (se possível referir quem): _____

Ou tentativas de suicídio na família (se possível referir quem): _____

Após o suicídio do seu familiar beneficiou de algum tipo de apoio?
(Se sim, assinalar com X): Psicológico___; Médico___; Psiquiátrico___; Outro ___
Qual? _____

Quanto tempo durou esse apoio? _____

Quantas vezes frequentou o apoio? _____

Considerou o apoio eficaz?

Que formas encontrou para lidar com a perda?

Actualmente como se sente?

II. Dados referentes ao suicídio:

Idade do familiar que se suicidou: _____ Sexo: _____

Data da ocorrência: _____

Local da ocorrência: _____

Forma: _____

Recorda-se o que estava acontecer na vida da pessoa nessa altura?

O seu familiar já tinha tentado o suicídio:

O seu familiar beneficiava de algum acompanhamento na data do suicídio?

(Se sim, assinalar com X): Psicológico____; Médico ____; Psiquiátrico____;

Outro__ Qual?_____

Quanto tempo durou desse apoio: _____

Quantas vezes frequentou esse apoio? _____

Aquando do suicídio o seu familiar deixou alguma coisa escrita?

Anexo III – Questionário de Ideação Suicida

QIS

(SIQ; W. M. Reynolds, 1987)

Versão portuguesa de Maria C. Castela e Joaquim A. Ferreira (1999)

Na lista, em baixo, há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. **Por favor indique quais destes pensamentos teve no mês passado.** Preencha o círculo que estiver por baixo da resposta que melhor descreve os seus pensamentos. Certifique-se que preenche um círculo para cada frase. Lembre-se que **não há respostas certas ou erradas.**

PENSEI NISTO	Quase todos os dias	Duas vezes por semana	Cerca de uma vez por semana	Duas vezes por mês	Cerca de uma vez por mês	Pensei Nisto mas não no último mês	Nunca tive este pensamento
1. Pensei que seria melhor não estar vivo.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pensei suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pensei na maneira como me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pensei quando me suicidaria.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pensei em pessoas a morrerem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pensei na morte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pensei em escrever um testamento.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Desejei estar morto(a).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INTERDITA A REPRODUÇÃO

13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.....
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.....
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).....
16. Desejei ter coragem para me matar.....
17. Desejei nunca ter nascido.....
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.....
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.....
20. Pensei em matar-me, mas não o faria.....
21. Pensei em ter um acidente grave.....
22. Pensei que a vida não valia a pena.....
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.....
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.....
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.....
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).....
27. Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.....
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.....
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.....
30. Desejei ter o direito de me matar.....

INTERDITA A REPRODUÇÃO

Anexo IV – Brief Symptom Inventory

BSI (Brief Symptom Inventory)

L. R. Derogatis, 1993; Versão: M. C. Canavarro, 1995

CLIENTE _____

Data ____/____/____

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descrever o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar estes pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldades em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	<input type="checkbox"/>				

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>				
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>				
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>				
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>				
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>				
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>				
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>				
34. Ter a ideia de que poderá ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>				
35. Sentir-se sem esperança para o futuro	<input type="checkbox"/>				
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>				
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>				
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>				
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>				
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>				
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>				
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
43. Sentir-se mal no seio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>				
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>				
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>				
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>				
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>				
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho e às suas capacidades	<input type="checkbox"/>				
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se quieto	<input type="checkbox"/>				
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>				
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>				
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>				
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>				

INTERDITA A REPRODUÇÃO

Anexo V - Guião de Entrevista

Significado do suicídio

Pergunta inicial: Gostaria que me contasse como foi para si a experiência de perda do seu familiar por suicídio.

Para ajudar a estruturar o seu discurso pense que me vai contar uma história sobre aquele momento da sua vida. Vamos começar pelo início: que título lhe daria? E agora narre a sua história... [...]

- que significado/impacto teve esta perda para si?
- quais as palavras/imagens que associa a este acontecimento?
- que explicações/justificações encontrou para aquele suicídio?

Impacto do suicídio

- O que pensou na altura? Que tipo de pensamentos eram mais frequentes? E hoje o que pensa sobre o que aconteceu?
- O que sentiu na altura? Que sentimentos eram por essa altura mais frequentes? E hoje o que sente face a esse acontecimento?
- Como reagiu a este acontecimento? O que fez?

Processo de luto e *coping*

- Considera que o facto da morte ter sido por suicídio (i.e. autoinfligida e voluntária) teve influencia na forma como viveu esta perda?
- Como foi o processo de luto?
- Que etapas identifica no mesmo?
- O que foi mais difícil de ultrapassar?
- Quais as maiores necessidades pelas quais passou na altura (juntamente com a sua família)?
- O que considera que mais o ajudou na altura a lidar com o sucedido?
- Teve ajuda profissional? Se sim, como decorreu este processo (e.g. duração, regularidade das sessões, medicação)
- O que acha que o/vos poderia ter ajudado?
- O que acha que pode ajudar as pessoas que passem por processos semelhantes?

- Porque acha que acha que não receberam esse tipo de apoio/ajuda?

Alterações no significado do suicídio

- Este acontecimento mudou a forma como vê/entende/significa o suicídio?
- Se sim, em que sentido? ou de que maneira?
- o que mudou efetivamente?
- o que fez com que mudasse a sua perspetiva?
- O que acha das pessoas que se suicidam?
- O que pensa do suicídio?
- O que sente face ao suicídio?

Anexo VI – Descrição Temas, Categorias e Subcategorias

❖ Significado do suicídio

Este tema engloba as categorias e respetivas subcategorias relativas aos significados construídos pelos sobreviventes para o suicídio do seu familiar

➤ Temas/ Constructos

Esta categoria remete para os descritores, constructos principais ou palavras-chave através dos quais os indivíduos caracterizam a vivência do suicídio do familiar

- Difícil - Nesta subcategoria as UR's remetem para a dificuldade experienciada no suicídio do ente querido, muitas vezes também traduzida por "complicação"
- Perda - As UR's desta subcategoria focam-se na experiência de perda
- Tragédia - Nesta subcategoria, as UR's referem-se ao suicídio como um acontecimento de grande impacto negativo, traduzido por palavras como "choque", "drama" e "bomba"
- Inesperado - Nesta subcategoria as UR's descrevem o suicídio do familiar como um acontecimento inesperado e imprevisível; também perspectivado como contrário à ordem natural da vida, perturbador das expectativas de futuro
- Inacreditável - Esta subcategoria integra as UR's que expressam a incredulidade do sucedido para os sobreviventes. Perspetivado como irreal, impossível de acontecer, não antecipado e logo "inacreditável"
- Incompreensível - As UR's desta subcategoria remetem para a dificuldade ou impossibilidade de compreensão do suicídio do familiar. Visto como algo que nunca irão entender e para o qual nunca conseguirão justificação. A incompreensão torna-o um acontecimento "inexplicável"
- Compreensível - Esta subcategoria reúne as UR's relativas à compreensão perante a decisão final de suicídio do familiar, expressa por "respeito"
- Inaceitável – As UR's desta subcategoria expressam a incapacidade dos sobreviventes-familiares para aceitarem o suicídio do familiar. É algo com o qual não se conformam, que não aceitam e logo, que não perdoam ("imperdoável")

- Evitável – Esta subcategoria engloba as elocuições que se referem ao suicídio como algo evitável e “desnecessário”. Abordam a existência de outras soluções para os problemas ou dificuldades do suicidado, como pedir ajuda. Estas alternativas, são vistas como capazes de ter evitado o suicídio, podendo fazer como que os familiares estivessem vivos ainda hoje
- Violento - As UR’s desta subcategoria descrevem o suicídio como uma morte extremamente violenta, um acontecimento brutal
- Escolha - Esta subcategoria centra-se no facto do suicídio ser uma escolha individual, uma morte voluntária. Esta escolha traduz-se frequentemente numa “decisão” onde tudo é “premeditado” pelo que o suicídio não decorre um ato momentâneo
- Egoísta - As elocuições desta subcategoria caracterizam o suicídio como um ato egoísta e inconsequente, uma vez que o familiar tomou uma decisão centrada nele próprio, sem considerar as consequências do seu comportamento nos familiares (e.g. sofrimento)
- Cobarde - A presente subcategoria refere-se ao suicídio como um ato cobarde, sendo ainda descrito como alguém que “desistiu”
- Rutura - As UR’s desta subcategoria remetem para o suicídio como uma rutura nos sobreviventes. Significa que uma parte de si ficou separada, “partida”, ou que parte da sua vida se desmoronou. Esta rutura é também expressa através da expressão “queda”.
- Irreversível - Esta subcategoria remete para o suicídio como tendo consequências definitivas, impossíveis de reverter ou solucionar
- Transtorno - A presente subcategoria remete para o transtorno causado pelo suicídio nomeadamente na vida dos sobreviventes e no ambiente familiar. Nas UR’s, o transtorno traduz-se frequentemente em mudança.
- Marco - As elocuições desta subcategoria perspetivam o suicídio do familiar como um acontecimento marcante a partir do qual se pode medir o tempo; assinala uma clivagem ou fronteira entre o antes e o depois da morte do familiar por suicídio
- Horror - As UR’s desta subcategoria associam o suicídio ao horror, um acontecimento de terror e “assustador”
- Limite - As UR’s desta subcategoria descrevem o suicídio como a solução para um sofrimento intolerável

- Insubstituível – As elocuções desta subcategoria referem-se ao valor ímpar do suicidado considerando-o sem “substituição”
 - Morte - As UR’s desta subcategoria focam-se na consequência última do suicídio: a morte. Para os participantes a morte corresponde não só ao desaparecimento do familiar, mas ao fim da sua existência e da sua estória
 - Corajoso - As UR’s da presente subcategoria descrevem o suicídio como um ato de coragem e determinação
 - Inesquecível - As elocuções desta subcategoria referem-se ao suicídio como um acontecimento impossível de esquecer
- Atribuições Causais - Esta categoria é referente, não só àqueles que na perspectiva dos sobreviventes-familiares são os fatores precipitantes do suicídio, mas também alguns fatores de vulnerabilidade para os mesmos.
- Perturbação Psicológica - As UR’s desta subcategoria centram-se na perceção da presença de perturbação psicológica no suicidado como sejam, depressão ou hipocondria, ou sintomatologia psicopatológica, como ansiedade extrema, obstinação ou insónia.
 - Personalidade - As UR’s desta subcategoria referem-se a características particulares da personalidade do familiar como ser “perfeccionista” ou “fechado”
 - Saturação - Nesta subcategoria reúnem-se UR’s nas quais os sobreviventes-familiares referem a saturação, o cansaço e a exaustão do suicidado perante atividades do seu quotidiano. Esta traduz-se também em “falta de paciência” e “falta de vontade”
 - Pressão - As UR’s desta categoria referem, como fator predisponente para o suicídio, a pressão causada pela perceção de expetativas elevadas sobre o desempenho laboral e pela excessiva autorresponsabilização
 - Doença - A presente subcategoria engloba as UR’s referentes à doença fisiológica como justificação para o suicídio, nomeadamente a doença crónica e/ou terminal
 - Dependência física - As elocuções dos sobreviventes-familiares agrupadas nesta subcategoria remetem para a dependência física dos outros, como fator causal do suicídio, manifestando-se em pessoas que atribuíam grande valor às suas capacidades/competências físicas

- Deterioração cognitiva - Esta subcategoria reúne UR's que apontam para a perda de funções cognitivas como razão para o suicídio
- Mudança - Esta subcategoria engloba UR's que abordam a mudança ocorrida na vida do suicidado no que diz respeito à sua rotina diária
- Dificuldades económicas - As UR's constantes desta subcategoria referem dificuldades económicas na família
- Aparência física - As UR's da presente subcategoria focam-se na dificuldade em aceitar as alterações ocorridas na aparência física, algo muito valorizado pelo suicidado
- Abstinência - As UR's da presente subcategoria justificam o suicídio ocorrido com base na privação dos consumos habituais de álcool e nicotina por parte do suicidado

❖ **Impacto do suicídio**

Este tema abrange as categorias e respetivas subcategorias que versam o impacto do suicídio nos sobreviventes-familiares em termos cognitivos, emocionais, comportamentais e motivacionais

- **Cognitivo** - As UR's desta categoria descrevem alterações ocorridas nos processos cognitivos dos sobreviventes-familiares, tais como memória, atenção, perceção e aprendizagem, na sequência do suicídio.
 - Ruminação - A presente subcategoria engloba UR's que espelham a existência de pensamentos recorrentes sobre o familiar suicidado e o suicídio.
 - Preocupação com os outros – As UR's desta subcategoria remetem para a preocupação e cuidado que os sobreviventes-familiares demonstram para com os outros. Remetem ainda para a elevada vigilância no que se refere a eventuais sinais de ideação suicida nos outros
 - Desorganização - As UR's desta subcategoria centram-se na desorganização cognitiva como impacto do suicídio, frequentemente traduzida em desorientação e “confusão”
 - Luta constante - As elocuições desta subcategoria remetem para a “luta” pessoal constante e contínua com que os sobreviventes-familiares se deparam para conseguir enfrentar a situação

- Aprendizagem - A presente subcategoria reúne UR's que abordam a aprendizagem decorrente do suicídio do familiar, como um percurso ou um "caminho" de construção pessoal
 - Ideação suicida - A presente categoria remete para UR's em que a ideação suicida é descrita como consequência cognitiva do suicídio
 - Diminuição da autoestima - As UR's desta subcategoria referem a diminuição da autoestima como impacto decorrente do suicídio do familiar
 - Perda de sentido de vida - Esta subcategoria engloba UR's que abordam a perda de sentido de vida nos sobreviventes-familiares na sequência do suicídio
 - Esperança - Esta subcategoria reúne UR's que remetem para a esperança, na vida e no futuro nos sobreviventes-familiares, que se traduz numa "luz ao fundo do túnel" e na esperança que o "dia de amanhã seja melhor"
 - Relativização – As elocuições da presente subcategoria remetem para a relativização, perante este acontecimento, de outros aspetos da vida que antes do suicídio eram valorizados
 - Mudança de perspetiva – As UR's desta subcategoria espelham a mudança de perspetiva ocorrida nos sobreviventes-familiares em relação à eutanásia
 - Consciência da brevidade da vida - As UR's presentes nesta subcategoria referem-se ao processo de tomada de consciência de que a vida é "muito breve"
- Emocional - Esta categoria engloba reações emocionais ou sentimentos presentes nos sobreviventes-familiares na sequência da perda do seu familiar por suicídio
- Saudades - A presente subcategoria contém as UR's que expressam a saudade do suicidado. A saudade traduz-se na "falta" do familiar e na "necessidade" de o ter por perto, mas também no "vazio" e no "carinho" que sentem pelo mesmo
 - Sufrimento - As UR's desta subcategoria focam-se no sofrimento, por vezes intolerável, dos sobreviventes perante a perda do seu familiar. Este sofrimento traduz-se frequentemente em "complicação" e em "dor", "desespero", "tristeza", "fragilidade", "dificuldade" e "tortura"
 - Embotamento afetivo – As elocuições da presente subcategoria remetem para o embotamento afetivo dos sobreviventes-familiares. Este representa

a sua dificuldade em processar emocionalmente a experiência e em expressar os seus sentimentos. O embotamento traduz-se através de expressões como “sem (re)ação”, “apático”, “não sabia”, “não conseguia”, como se tivessem ficado parados, anestesiados.

- Medo da repetição - Esta subcategoria contém UR's que abordam o medo da repetição do suicídio, como se o mesmo pudesse ser contagioso ou “hereditário”, quer nos próprios, quer nos outros familiares
 - Vergonha - A presente subcategoria engloba UR's que colocam o foco na vergonha decorrente do suicídio do familiar
 - Desequilíbrio emocional- As UR's desta subcategoria descrevem o desequilíbrio emocional dos sobreviventes-familiares, como sendo “descontrolo” ou “descompensação”
 - Pena - As UR's desta subcategoria referem-se à pena sentida não só em relação ao suicídio em si, mas também aos momentos que ficaram por (con)viver.
 - Coragem - As UR's desta subcategoria remetem para o esforço e a “coragem”, ao ser-se “forte” para resistir à dor e ao sofrimento
 - Solidão - As UR's desta subcategoria expressam o sentimento de solidão que os sobreviventes-familiares experienciam
 - Incómodo – As elocuições da presente subcategoria abordam o incómodo experienciado não só relativo ao suicídio do familiar, mas também ao tema do suicídio. As UR's traduzem-se em algo que “mexe comigo”
 - Anedónia - As UR's desta subcategoria referem a incapacidade de sentir prazer em atividades que anteriormente ao suicídio era prazerosas
- Comportamental - Esta categoria abarca as reações comportamentais, bem como alterações de comportamento experienciadas pelos sobreviventes-familiares como consequência do suicídio
- Desabafar - Esta subcategoria contempla as UR's que se dirigem para o ato de desabafar, como sejam o “chorar” e o “falar”
 - Perturbação do sono - Esta subcategoria contempla as perturbações do sono experienciadas, a determinada altura, pelos sobreviventes-familiares, tais como sonhos ou pesadelos relativos ao suicídio do familiar, hipersónia insónia

- Ir ao cemitério - A presente subcategoria reúne as UR's que abordam as visitas dos sobreviventes-familiares ao cemitério
 - Alteração da rotina - As UR's desta categoria descrevem a alteração de rotina diária decorrente do suicídio do familiar, onde se inclui, para além das alterações na vida diária, a alteração nos papéis sociais/familiares
 - Dificuldade em estar sozinho - Esta subcategoria engloba as elocuições que remetem para a dificuldade dos participantes em estarem sós
 - Aproximação do corpo - As UR's desta subcategoria dizem respeito à vontade dos participantes estarem próximos do corpo do suicidado, bem como aos esforços empreendidos para que isso acontecesse.
- **Motivacional** - Esta categoria refere-se às motivações emergentes em cada sobrevivente-familiar na sequência do suicídio do familiar. Representa, por isso, aquilo que os sobreviventes começaram a *querer* como consequência do acontecimento
- Volição – As UR's da presente subcategoria abordam a vontade e as escolhas realizadas pelos sobreviventes-familiares. Esta subcategoria está associada à escolha pessoal no que diz respeito a “ser forte”, a “continuar a com a vida”, a “viver” e a “combater”, remetendo para a resiliência ao sucedido
 - Cuidar dos outros– As UR's desta subcategoria remetem para a motivação acrescida para cuidar dos familiares e outros significativos, para “colaborar” nas suas vidas, e para os “acompanhar” e “apoiar”

❖ **Processo de luto**

Este tema aglomera as categorias e respetivas subcategorias referentes ao processo de luto. Descreve assim o processo de adaptação à perda vivido pelos sobreviventes-familiares

- **Especificidade** – Esta categoria reúne as especificidades experienciadas pelos sobreviventes-familiares no processo de luto por suicídio, ou seja, os aspetos que tornam estes processos de luto diferentes dos processos de luto por outro tipo de morte, e que têm influência no modo como este processo é vivido

- Culpa - As UR's desta subcategoria expressam a culpa e o arrependimento porque fizeram algo ou porque consideram que o podiam ter feito e não fizeram, como especificidade do processo de luto por suicídio
 - Procura de justificação- Esta subcategoria reúne as UR's que remetem para a especificidade do processo de luto por suicídio que se caracteriza pela necessidade dos sobreviventes-familiares em encontrar uma justificação para o que aconteceu, o “porquê” do suicídio
 - Estigma social– A presente subcategoria aglomera UR's que remetem para o estigma social derivado do suicídio do familiar
 - Abandono - As UR's desta subcategoria remetem para os sentimentos de abandono perante a atitude do familiar suicidado
- Etapas - Esta categoria dirige-se para as etapas que os sobreviventes-familiares passam no decorrer do processo de luto por suicídio
- Negação - As UR's desta subcategoria descrevem a fase de negação vivida pelos entrevistados e que encontra tradução na expressão “não podia ser verdade”. Esta fase é também caracterizada pelo “choque”, muitas vezes referido nas elocuições dos sobreviventes-familiares
 - Aceitação - ▪ A presente subcategoria agrupa elocuições referentes à aceitação do suicídio como um facto passado e perante o qual a vida continua. A “compreensão” do suicídio, presente em algumas UR's, será um dos motivos que terá levado à aceitação do mesmo. As UR's traduzem, ainda, a integração da perda na vida dos sobreviventes-familiares ao longo do tempo, com elocuições que expressam frequentemente noções temporais como por exemplo “com o tempo...” e “um dia de cada vez”.
 - Revolta- As UR's desta subcategoria expressam a revolta e raiva sentidas pelos sobreviventes numa determinada etapa do processo do luto, dirigida não só ao suicidado, mas também aos entes-queridos
 - Depressão – As UR's da presente subcategoria remetem para a depressão reativa ao suicídio do familiar. As UR's abordam, de um modo geral, a racionalização da perda, o “reagir”, o “sentir a perda”, a “ausência” a “tristeza” e a “dor”

❖ **Coping**

Este tema engloba as categorias e respetivas subcategorias alusivas às estratégias de *coping*. Por um lado, trata as estratégias que os sobreviventes-familiares utilizaram para lidar com a perda. Por outro lado, remete para o apoio que os mesmos acham importante para pessoas que passam por situações semelhantes, bem como as barreiras ao mesmo.

- Estratégias psicológicas – Esta categoria aborda as estratégias de *coping* psicológicas utilizadas pelos sobreviventes-familiares
 - Evitamento - A presente subcategoria reúne as elocuições que expressam o evitamento ou distanciamento da situação como modo de evitar maior sofrimento e dificuldades. O evitamento traduz-se em evitar pensamentos e locais associados ao suicídio, bem como em escrita criativa
 - Confrontação - As elocuições da presente subcategoria remetem para a confrontação com a morte do familiar como estratégia de *coping*. Os sobreviventes referem os rituais/hábitos que lhes permitem sentir o suicídio presente no dia-a-dia, como o escrever ou falar sobre o familiar e ver fotografias ou objetos do mesmo
 - Fé - As UR's desta subcategoria dizem respeito ao recurso à fé, focando-se essencialmente no “acreditar em Deus” como estratégia de *coping*
 - Distração – A presente subcategoria aglomera UR's que expressam a distração como estratégia de *coping* utilizada pelos sobreviventes. Isto é, as elocuições focam-se nas atividades que estes realizam com o objetivo de desviar a atenção da morte do familiar. A distração traduz-se assim em “trabalho”, lazer, “ler”, “dedicação”, “desporto” e “ocupação”

- Apoio Informal – A presente categoria foca-se no apoio informal onde se inclui as estratégias de *coping* sociais utilizadas pelos sobreviventes-familiares
 - Família/ outros significativos - A presente subcategoria aglomera UR's referentes ao apoio familiar e de outros significativos, mais precisamente, dos amigos

- Apoio Formal - A presente categoria remete para o apoio formal, onde se incluem o recurso a estratégias de *coping*, utilizadas pelos sobreviventes-familiares, como é o caso do recurso a serviços de apoio
 - Apoio psicológico - Esta subcategoria engloba as elocuções que dão enfoque ao apoio psicológico recebido pelos sobreviventes-familiares, realçando de que forma é que este os ajudou no processo de luto
 - Apoio médico - Esta subcategoria reúne UR's que expressam o recurso a apoio médico como estratégia de *coping*

- Apoio desejável - Esta categoria remete para o apoio que os sobreviventes-familiares consideram ser essencial para pessoas que passam por situações semelhantes de perda por suicídio
 - Psicólogo/ Apoio formal - As UR's desta subcategoria referem-se à importância da presença de um psicólogo no decorrer do processo de luto, considerando que este "ajuda sempre"
 - Alguém significativo/ Apoio informal - A presente subcategoria engloba as elocuções dos sobreviventes-familiares que se focam no apoio social. Mais precisamente, remetem para o apoio da família e dos amigos

- Barreiras ao apoio psicológico - Esta categoria reúne os fatores que os sobreviventes-familiares consideram impedir ou dificultar o acesso, por parte da população, a serviços de apoio psicológico/psiquiátrico
 - Desvalorização - As UR's desta subcategoria focam-se na desvalorização do apoio, bem como na descrença relativamente à eficácia do mesmo. É frequentemente visto como algo desnecessário uma vez na altura da perda "não se acredita em nada"
 - Impedimento financeiro - A presente subcategoria reúne as elocuções que remetem para a existência de dificuldades económicas como impedimento do acesso aos serviços de apoio
 - Preconceito - Esta subcategoria reúne UR's que expressam o preconceito da sociedade relativo ao apoio psicológico. As elocuções traduzem-se no juízo pré-concebido de que este tipo de apoio serve apenas para "malucos" e na "vergonha" subjacente

Anexo VII – Unidades de Registo constituintes das Subcategorias

SIGNIFICADO DO SUICÍDIO

> Temas / Construtos

- Dificil

E1 UR1 “Sei lá... um dos momentos mais difíceis da minha vida”

E1 UR6 “É muito muito muito complicado”

E1 UR10 “Sei lá... Talvez a forma mais difícil de perder alguém.”

E2 UR 248 “Aquilo é uma dificuldade muito grande”

E3 UR68 “Depois cheio de formigas, depois toda gente a ver... o homem ali cheio de formigas, sentado (...) foi mau, pronto”

E5 UR6 “Foi muito complicado”

E5 UR35 “Foi muito difícil, muito difícil mesmo”

- Perda

E2 UR5 “Nós todos os dias, eu digo nós porque sinto que todos os pais que, que perdem os filhos, que perdem filhos”

E2 UR135 “Eu perdi-o”

E2 UR136 “Eu perdi o M.”

E2 UR137 “Eu perdi o meu [filho]”

E2 UR226 “A perda de um filho”

E2 UR237 “Perder é perder”

E2 UR239 “Eu acho que perda é perda”

E3 UR62 “Sensação de perda”

E3 UR102 “Foi uma outra perda [suicídio] em cima da perda [doença terminal]”

E3 UR110 “Pela perda”

E3 UR119 “Há uma perda, uma perda grande”

E4 UR26 “...quando os perdemos...”

E4 UR88 “Perdemos a pessoa”

E4 UR164 “A perda”

E4 UR168 “A perda do meu pai”

E5 UR61 “O que se perdeu por ela já não estar cá”

E8 UR68 “Sentimento de perda”

E8 UR130 “Tinha perdido o meu avô”

- Tragédia
 - E1 UR3** “E depois quando aconteceu foi assim um bocado bomba.”
 - E1 UR5** “Ser tipo uma bomba assim, BUM”
 - E1 UR131** “No início é um choque tão grande”
 - E2 UR63** “Eu fiquei como se tivesse havido uma explosão e eu ficasse no meio da explosão”
 - E3 UR153** “É um choque”
 - E4 UR10** “Foi um choque”
 - E4 UR12** “Um choque, um choque tremendo”
 - E4 UR35** “Vem um, uma bomba destas”
 - E4 UR89** “Foi um choque tremendo”
 - E4 UR91** “A morte choque”
 - E4 UR93** “Foi um choque tremendo”
 - E4 UR112** “Levas assim um soco”
 - E4 UR129** “É um choque”
 - E5 UR5** “Aquilo para mim foi mesmo uma coisa (...) um choque enorme, enorme, mesmo”
 - E5 UR13** “Para mim foi um choque enorme, mesmo.”
 - E5 UR15** “Foi um choque enorme.”
 - E5 UR90** “Choca muito...”
 - E6 UR2** “Foi um drama, pronto, um drama”
 - E6 UR3** “A estória do drama”
 - E6 UR36** “Para mim é um drama”
 - E6 UR37** “Uma tragédia na minha vida”
 - E7 UR15** “Levar com o choque”
 - E7 UR53** “Aquele choque”
 - E7 UR116** “Daquele choque todo”
 - E8 UR15** “Foi um choque”
 - E8 UR25** “Acho que uma pessoa leva assim um grande choque”
 - E8 UR26** “Um grande impacto”
 - E8 UR29** “Foi mesmo um choque para mim, chegar ali e ver o meu avô enforcado”
- Inesperado
 - E1 UR4** “Porque nem eu estava à espera, nem ninguém estava à espera ...”

E1 UR39 “Se tivesse sido uma doença ninguém quer mas, mas sabemos que ao fim ao cabo vai acontecer”

E1 UR93 “Porque toda a gente tem aquela coisa de os nossos pais só morrem quando nós somos, temos quarentas, cinquentas, sessenta anos”

E1 UR130 “Epá, num dia quando eu me casar o meu pai vai entrar comigo na igreja, num dia quando eu tiver filhos”

E1 UR139 “É sempre aquela ideia que tu tens estruturada que só vai acontecer daqui a muitos anos...”

E1 UR158 “Agora ser de um momento para o outro”

E2 UR97 “Eu falava tanto com ele e nunca me apercebi disso”

E2 UR218 “Não estava à espera que me acontecesse aquilo”

E3 UR38 “Eu nunca pensei”

E3 UR66 “Aquilo que eu nunca pensei que ele fizesse, ter-se suicidado”

E3 UR103 “Se de facto ele tivesse chegado a dezembro, janeiro, como era previsível...”

E3 UR104 “Porque se ele estivesse a sofrer muito e há muito tempo e fosse uma coisa horrorosa...”

E3 UR105 “...O suicídio é algo para que ninguém está preparado”

E3 UR107 “Ninguém está preparado”

E3 UR108 “Eu acho que ninguém está preparado para isso”

E4 UR22 “Sempre vi o meu pai fisicamente bem, mentalmente bem (...) via-o a viver até aos 90, até aos 100...”

E4 UR23 “Via-o muito bem (...) Sempre, sempre achei que ia estar connosco muito mais tempo, a ver as netas a crescer e nas festas e, enfim, a estar connosco”

E4 UR69 “O meu pai nunca sequer (...) nunca houve ali um mínimo sinal...”

E4 UR90 “Vê-lo bem e achar, e ter uma perspetiva de que como o via bem e a viver muitos anos, ia estar muito tempo connosco”

E5 UR2 “Estava completamente alheia a tudo”

E5 UR4 “Nunca achei nada de estranho no meu irmão”

E6 UR52 “Nunca pensei que o meu pai fizesse uma coisa dessas”

E7 UR5 “... nunca deu indícios disso, nem sequer de se mostrar deprimido nem nada”

E7 UR12 “Se fosse uma coisa que nós desconfiássemos, e estivéssemos à espera, acho que era diferente...”

E7 UR18 “Se nós nem sequer fazíamos ideia como é que nós íamos desconfiar de alguma coisa”

E7 UR19 “Ele nunca sequer tinha mencionado nada”

E7 UR48 “Eu não imaginava ninguém da minha família mais próxima a morrer.”

E7 UR156 “Nós nem sequer desconfiávamos...”

- Inacreditável

E1 UR9 “Como é que posso dizer, foi assim um... um abre olhos ...(...) a pessoa diz que faz e que tu pensas (...) são ameaças, é talvez para tentar chamar a atenção, e nunca, nunca pensas que é mesmo”

E3 UR1 “Inacreditável. Portanto, o inacreditável”

E3 UR2 “Porque eu nunca acreditei”

E3 UR3 “ O inacreditável”

E3 UR42 “Eu acreditei que o meu pai nunca se iria suicidar”

E3 UR102 “...o que eu ainda não tinha mentalizado, é que o meu pai pudesse fazer isso”

E4 UR144 “Acredito nisso, que o meu pai fez aquilo porque não era ele, não estava, não sei”

E5 UR49 “Primeiro aquilo não parece real, não parece que está a acontecer mesmo.”

E8 UR85 “Não acreditava”

- Incompreensível

E1 UR12 “E... nunca és capaz [de encontrar uma justificação para o que aconteceu]”

E1 UR61 “Mas não consegues entender o porquê”

E1 UR63 “Mas a explicação mesmo nunca vai haver”

E1 UR96 “Nós nunca chegámos a perceber o porquê”

E1 UR98 “[A doença] não é desculpa”

E1 UR101 “Tu nunca, acabas por nunca conseguir perceber realmente o que é que se passou ali naquela cabecinha”

E2 UR3 “É uma coisa que não se explica. Ninguém consegue explicar. Por tudo o que nós possamos dizer, fica sempre muito aquém daquilo que é”

E2 UR68 “É inexplicável”

E2 UR76 “Eu não posso avaliar o que passou pela cabeça do M”

E2 UR236 “Eu não te sei explicar”

E4 UR27 “... nunca vamos saber [a justificação]”

E4 UR32 “Só ele é que na altura é que poderia ter respondido”

E4 UR33 “Portanto não sei, só ele é que poderia saber (...) acho que nunca vamos saber”

E5 UR8 “Nem conseguia perceber...”

E5 UR10 “Não consigo explicar”

E5 UR14 “Não conseguia compreender porque é que ele tinha feito aquilo”

E5 UR20 “Não conseguia compreender”

E5 UR23 “Não consegui compreender”

E5 UR28 “ [É difícil] perceber o que é que aconteceu ali para que ele tomasse uma atitude daquelas”

E5 UR36 “Não sei explicar”

E5 UR57 “Não conseguia perceber porque é que ele tinha feito isso”

E6 UR1 “É incompreensível”

E6 UR25 “Não compreendo porque é que ele fez isso”

E6 UR35 “De resto o meu pai não tinha razão”

E6 UR41 “Não consigo perceber”

E8 UR53 “Nunca se encontra uma justificação para, porquê (...) Uma pessoa nunca encontra...”

E8 UR54 “Nunca encontra um... nunca encontra um porquê, porque não há.”

E8 UR78 “Isto não entra na cabeça de ninguém”

E8 UR80 “Uma pessoa nunca vai encontrar uma resposta porquê, porque não há um porquê”

- Compreensível

E1 UR18 “Sabes que muitas vezes quando me perguntam eu digo que respeito”

E1 UR20 “Respeito [pela decisão]”

E2 UR173 “Até consigo neste momento respeitar a que ele teve, a última [ideia]”

- Inaceitável

E1 UR19 “Mas não aceito”

E1 UR21 “Não aceito”

E1 UR136 “... não consigo, não consigo aceitar”

E3 UR36 “Mas acho que não aceitei”

E5 UR27 “É muito difícil de aceitar “

E6 UR21 “Não consigo desculpá-lo”

- Evitável

E1 UR40 “Se fosse um acidente tipo, não previa, não podia fugir disso”

E1 UR145 “Pensar que, que todos os dias ele podia estar cá connosco”

E3 UR31 “Porque eu achava que se eu estivesse cá talvez tivesse mais vigilante”

E3 UR33 “Porque achava que se estivesse cá ele não o tinha feito”

E3 UR90 “Ainda podia cá estar”

E4 UR17 “... Evitar o que aconteceu”

E4 UR70 “Se houvesse esse sinal eu próprio tinha corrido”

E4 UR72 “Se ele tem pedido ajuda (...) eu ajudava”

E4 UR175 “Precisava de ajuda”

E6 UR48 “Só que o meu pai podia ter estado cá mais anos ao pé de mim”

E6 UR74 “Podias ter ficado comigo mais tempo e não ficaste”

E7 UR58 “Se havia solução e tão fácil...”

E7 UR66 “Porque aquilo era uma coisa tão fácil de ser resolvida”

E7 UR74 “Continuo a achar que aquilo foi uma coisa completamente desnecessária”

E7 UR125 “Ele podia estar aqui se calhar ainda hoje”

E7 UR164 “Adorava que ele tivesse dito que queria ir ao médico”

E8 UR62 “...penso que ele hoje ainda podia estar cá ao pé da gente...”

E8 UR104 “Estava a família toda junta e ele faltava ali e podia estar ali...”

- Violento

E1 UR56 “Foi uma coisa tão bruta”

E4 UR18 “... a forma como o fez”

E4 UR19 “A forma como o fez”

E5 UR42 “Foi muito violento”

E5 UR88 “Violência”

E5 UR89 “...ele escolheu uma, uma forma muito violenta, muito agressiva”

E6 UR47 “...acho que foi muito dura [a morte]”

- Escolha

E1 UR41 “Ter sido o facto de ele ter sido ele a escolher o que quis fazer...”

E1 UR94 “Sabes que foi mesmo decisão dele e que não foi um ato, não foi uma coisa do momento...”

E1 UR134 “Foi uma decisão dele, a vida era dele, ele tomou a decisão dele”

E1 UR146 “...por opção dele”

E2 UR99 “A maneira como ele o fez, foi porque quis mesmo. Aquilo não falhava.”

E3 UR39 “Chegar à conclusão que ele já tinha tomado essa decisão”

E3 UR41 “Embora ele já tivesse tomado a decisão”

E3 UR47 “Ele já tinha a decisão tomada”

E3 UR58 “... por isso é que eu digo que ele premeditou isso... ele premeditou”

E3 UR59 “Já tinha a decisão tomada”

E3 UR88 “Uma decisão em que eu não intervim”

E3 UR171 “Ele já tinha [a decisão tomada]...”

E4 UR74 “Foi ele que escolheu”

E4 UR75 “Foi uma decisão dele”

E4 UR83 “... achou que era a altura de fazer”

E4 UR85 “O suicídio (...) é uma morte que, que é a pessoa que, que, que decide”

E4 UR87 “O suicídio a pessoa decide e, enfim, e faz”

E4 UR92 “Foi ele que decidi”

E5 UR52 “Agora saber que a pessoa quis mesmo, quis mesmo suicidar-se...”

E7 UR13 “Acho que foi uma coisa que ele pensou e pronto...”

E7 UR61 “Quando saiu ele já sabia o que ia fazer”

E7 UR62 “Ele já andava, ele deve ter passado a noite inteira a pensar naquilo”

E7 UR171 “...pensar fazer aquilo e fazer mesmo aquilo acho que, o luto é sempre completamente diferente”

E7 UR172 “A primeira coisa que nos vai vir sempre à cabeça é ele matou-se”

E7 UR120 “Quando ele tinha escolhido aquilo...”

E7 UR122 “Ele escolheu o dia que morreu, a hora que morreu, a forma...”

E7 UR124 “Aquilo foi uma decisão dele”

E7 UR167 “Ele escolheu fazer aquilo”

E7 UR168 “Não consigo estar triste a cem por cento, porque sei que ele escolheu aquilo”

E7 UR169 “Só o facto de ele ter escolhido fazer aquilo...”

E7 UR170 “Tudo é premeditado (...) ele já sabia que ia fazer aquilo”

E7 UR176 “Alguém tão próximo ter essa vontade”

E8 UR12 “E optou-se talvez... pronto por colocar termo à vida assim”

E8 UR14 “Optou assim”

E8 UR66 “Comecei a ver que ele se andou a despedir dos netos, ah... que ele andou preparando tudo, tudo consoante o que ele quis”

E8 UR73 “Ele entendeu que queria morrer”

E8 UR77 “Resolveu pôr termo à vida. Porque ele assim o entendeu”

E8 UR148 “Acredito que o meu avô tenha planeado isto muito bem. Muito mesmo bem”

- Egoísta

E1 UR107 “Não pensou em nós, pensou só nele”

E1 UR109 “Podia não pensar em mim, podia não pensar no meu irmão”

E1 UR135 “Ele não o fez só a ele, ele tirou o meu pai de mim, do meu irmão e da T. ...”

E1 UR144 “Por não ter pensado na M.”

E5 UR22 “Conseguiu estragar a nossa vida toda, dos meus pais, de toda a gente”

E6 UR40 “Eu acho que ele não pensou nisso [no sofrimento que causou]”

E6 UR120 “Pensar só nele e não pensar nos outros.”

E7 UR27 “Nem sequer pensou nas consequências que podia ter”

E7 UR68 “Para nos fazer aquilo...”

E7 UR78 “Ele não pensou sequer no que é que nos estava a fazer”

E7 UR79 “Acho que ele não pensou como é que nos ia dei, como é que nos ia deixar (...) acho que ele nunca pensou nisso”

E7 UR80 “Foi completamente inconsciente”

E7 UR81 “Pensou só nele. Acho que aquilo foi mesmo uma atitude do mais egoísta que pode haver”

E7 UR94 “Acho que ele não tinha o direito de nos fazer aquilo”

- Cobarde

E1 UR141 “Cobardia”

E1 UR142 “Mas acho cobardia”

E1 UR143 “Mas cobardia”

E7 UR23 “Não é ter coragem, é completamente o oposto. Que é desistir de tudo”

E7 UR25 “... e então desistiu”

E7 UR26 “Achou que era o mais fácil”

- Rutura

E2 UR10 “O título é a asa partida. (...) não fiquei doente. Fiquei foi partida”

E2 UR12 “Eu fiquei foi completamente partida”

E2 UR24 Um título que eu lhe daria (...) é a asa partida.”

E2 UR55 “O mundo desmoronou-se.”

E2 UR132 “É uma queda que tu dás”

E2 UR231 “Aquilo é um poço onde tu cais”

E2 UR233 “Eu lembro-me na altura era como se tivesse caído num poço”

E3 UR73 “É no fundo uma, uma tela a cair”

E3 UR76 “Como se o mundo, como tudo tivesse a cair”

E5 UR51 “É um buraco fundo que se abre e que ficamos lá dentro”

- Irreversível

E1 UR148 “Vai ser o resto da vida assim”

E2 UR11 “Porque se eu tivesse ficado doente, sabes que as doenças normalmente a gente restabelece-se delas ...”

E2 UR13 “Para o resto da vida”

E2 UR27 “Não é dar a volta, que a volta não se dá”

E2 UR42 “As dificuldades [a morte] não têm solução”

E2 UR133 “Quando o grau de irreversibilidade é enorme”

E2 UR134 “O meu [sofrimento] é irreversível, eu já não vou conseguir resolver isto”

E3 UR80 “Não há nada a fazer”

E4 UR171 “É uma coisa que fica tão para o resto da vida toda”

E5 UR11 “Quando eu realmente me apercebi que aquilo era irreversível, eu apercebi-me depois que aquilo não se conseguia voltar para atrás”

E5 UR12 “Quando eu me apercebi que aquilo era mesmo irreversível”

E5 UR50 “Quando nós realmente nos apercebemos que realmente aconteceu e que é irreversível”

E5 UR90 “Isto não se ultrapassa”

E5 UR93 “Nunca se diz assim pronto, está resolvido. Não consigo.”

E7 UR98 “Nunca mais o vou ver”

E8 UR101 “... não é isso que os vai trazer de volta”

- Transtorno

E2 UR18 “O mundo fica virado”

E3 UR243 “Isso aí muda-te logo”

E4 UR36 “...completamente transtornado”

E5 UR29 “Desde aí a nossa família nunca mais foi igual, nunca mais (...)
nunca mais”

E5 UR73 “Ficou tudo diferente”

E5 UR83 “Ver a família completamente diferente”

E7 UR28 “Claro que a vida muda”

E7 UR107 “Mudanças todas que tive na minha vida e na minha família toda
a que aquilo nos obrigou”

E7 UR129 “Comecei a ver a minha vida a não andar para a frente”

- Marco

E2 UR56 “Aquilo é um (...) marco (...) e então nós começamos a medir a
nossa vida, o nosso tempo assim, antes e depois.

E2 UR202 “O meu tempo agora está dividido em dois”

E2 UR203 “A partir daqui para lá, antes, é o antes, e agora é o agora, não
é, a partir daqui”

E6 UR178 “Que me vai marcar para sempre.”

- Horror

E2 UR67 “É horrível”

E2 UR100 “É horrível...”

E4 UR1 “Só consigo pensar no horror...”

E4 UR3 “...o horror...”

E4 UR4 “A estória do horror”

E4 UR7 “Foi o horror.”

E4 UR11 “assustador”

E4 UR13 “foi o horror.”

E8 UR1 “O pior dia da minha vida...”

- Limite

E2 UR98 “... não aguentou e pumba...”

E2 UR212 “Ter imaginado o processo todo de sofrimento que o meu filho
teve até, até fazer aquilo”

E3 UR20 “Ele aguentou tudo até ao limite.”

- Insubstituível

E4 UR14 “Não tem, não tem substituição. Um pai...”

E5 UR30 “Aquele sítio não se consegue preencher com ninguém.

Ninguém”

E5 UR32 “Aquele sítio do meu irmão nunca se consegue preencher por ninguém”

- Morte

E1 UR138 “Meter assim tipo um ponto final...”

E2 UR21 “o M. que se foi embora”

E2 UR225 “É a morte dele”

E3 UR167 “Pronto, e acabou”

E3 UR168 “Depois vi-o morto.”

E3 UR173 “Foi a primeira vez que a morte me bateu mesmo à porta”

E4 UR6 “Enfim, acabou”

E4 UR63 “E acabou”

E4 UR111 “O facto de veres alguém tão próximo de ti que desaparece”

E4 UR161 “Ele estava morto”

E7 UR97 “Conseguí encarar aquilo como uma morte, vá. Morreu”

E7 UR109 “Já morreu”

E8 UR72 “Ele morreu”

E8 UR108 “Ele morreu”

- Corajoso

E6 UR39 “Como é que ele teve coragem”

E6 UR78 “Teres coragem para fazeres uma coisa dessas”

E7 UR60 Como é que ele tinha feito aquilo com tanto sangue frio”

E7 UR67 “Como é que ele tinha tido coragem”

- Inesquecível

E7 UR56 “... não é bem num ano que a gente esquece tudo...”

E8 UR52 “A gente lembra-se, é uma coisa que nunca se esquece”

E8 UR100 “Apesar de a gente, de haver certos pormenores que uma pessoa não se esquece”

E8 UR134 ”Passem os anos que passarem, uma pessoa não se esquece”

➤ Atribuições causais

▪ Perturbação Psicológica

E1 UR14 "...a doença dele. Porque para além de ele ter tido uma depressão profunda, e ter estado internado, entretanto desenvolveu a bipolar..."

E1 UR15 "Portanto a justificação que eu dou mesmo é, é a doença."

E1 UR97 "A doença foi uma grande parte"

E1 UR100 "A doença"

E1 UR137 "Quando ele esteve com a depressão"

E2 UR79 "Ele (...) quando tinha um (...) enquanto não esclarecesse aquilo tudo não conseguia fazer mais nada..."

E4 UR29 "Andava sempre numa rotina que para ele pode-lhe ter causado algum, algum desequilíbrio"

E4 UR145 "Estava doente, enfim, estava doente... espiritualmente"

E4 UR172 "Possivelmente não, não estava bem"

E6 UR4 "Uma pessoa um bocadinho nervosa"

E6 UR7 "O meu pai começou a entristecer"

E6 UR8 "Acho que se mentalizou que tinha uma doença ruim"

E6 UR9 "O meu pai foi entristecendo"

E6 UR10 "Ele não dormia"

E6 UR11 "Ele estava triste"

E6 UR14 "Não conseguia dormir"

E6 UR15 "Comia bem mas emagrecia"

E6 UR16 "...as coisas não estavam bem"

E6 UR17 "Ele não se sentia bem em quarto nenhum"

E6 UR31 "Acho que foi doença"

E6 UR32 "Ele tinha ido a um psiquiatra há pouco tempo (...) às vezes a medicação de psiquiatria pode dar o efeito contrário, acho que foi mesmo isso"

E6 UR33 "Porque eu tinha ido (...) a um psiquiatra com ele e ele começou nova medicação (...) eu acho que foi o que levou a isso"

E6 UR34 "O desgosto dele era a minha mãe ser doente e eu ter-me aparecido a doença de crohn"

E6 UR42 "Penso que talvez tivesse sido doença, a nível do cérebro"

- E6 UR43** “Volto-me também um bocado para a medicação nova que ele começou a tomar”
- E6 UR53** “Era uma pessoa um bocado nervosa”
- E6 UR54** “Um bocado receosa, tinha receio do dia de amanhã”
- E6 UR55** “Muito preocupado com o dia de amanhã”
- E6 UR77** “Porque é que ficaste tão doente”
- E7 UR9** “Conseguia dormir”
- E7 UR10** “E durante o dia também não dormia”
- E7 UR20** “...não conseguia dormir”
- E7 UR161** “Ele podia estar extremamente deprimido...”
- E8 UR2** “O meu avô já andava em baixo (...) era mesmo ansiedade”
- E8 UR9** “Ele começou a ficar num estado de ansiedade”
- E8 UR11** “Pode ter entrado em estado de depressão”
- E8 UR70** “Com ataques de ansiedade...”
- E8 UR76** “Provavelmente não aguentou a ansiedade”
- Personalidade

E2 UR77 “Mas sei, no entanto sei, que ah, o M. sempre foi um miúdo diferente...”

E2 UR78 “Para saberes que ele era um miúdo diferente”

E2 UR80 “Ah... era perfeccionista, muito”

E2 UR90 “Era mesmo perfeccionista. Tudo o que ele fazia tinha que ser tudo perfeito”

E6 UR18 “Ele era uma pessoa mais pacata, mais calado”

E7 UR6 “Era uma pessoa muito fechada (...) Tinha quase sempre o mesmo tipo de humor”
 - Saturação

E1 UR151 “Porque ele muitas vezes dizia que estava farto, e que estava cansado...”

E3 UR43 “Dois meses antes no telheiro ele disse-me ah, estou farto disto (...) estou farto disto”

E3 UR44 “Não aguento isto”

E4 UR28 “Podia andar um bocadinho saturado daquele ritmo...”

E4 UR156 “De andar saturado”

E5 UR25 “Aquilo tem que ser um grande, um conjunto muito grande de situações que vão abatendo”

E7 UR1 “É mesmo falta de vontade, completamente”

E7 UR2 “[Falta de vontade] por parte dele”

E7 UR24 “Dei o nome de falta de vontade à estória”

E7 UR65 “Como é que houve tanta falta de paciência da parte dele”

E7 UR76 “Continuo a achar que aquilo foi falta de paciência”

E7 UR77 “Falta de vontade”

E7 UR177 “É muito mau para nós sabermos que a pessoa com que convivíamos todos os dias não tinha vontade de estar aqui...”

- Pressão

E2 UR81 “o M. (...) estava a trabalhar (...) e ele era sempre muito bom. Mas isso é um grande problema seres muito bom a uma coisa (...) esperam tanto de ti, as expectativas são tão altas, não é, que é um peso para ti”

E2 UR82 “Uma responsabilidade enorme”

E2 UR83 “E ele, ele davam-lhe trabalhos que achavam que ele tinha perfil para, para os poder desempenhar, e ele ia desempenhando, mas ultimamente andava assim, lá em casa, queixava-se que sentia um grande peso”

E2 UR84 “Naquela altura estava(...) a desenvolver um projeto não sei quê de lá na câmara e, e aquilo estava a ser muito complicado”

E2 UR85 “Ele gostava que lhe dessem algum apoio (...) porque ele estava a fazer aquilo sozinho”

E2 UR86 “Eles acham que eu sou capaz sozinho”

E2 UR88 “Sentia uma grande responsabilidade em fazer, desenvolver aquilo, e que não se sentia capaz e os outros ah não és capaz M., tu és capaz sim senhora”

E2 UR89 “Só que ele sentia tal pressão que não aguentou”

E2 UR91 “Ele não aguentando, e com medo de desiludir o chefe, teve tanto medo de o desiludir que não aguentou”

- Doença

E3 UR4 “O meu pai estava doente”

E3 UR5 “Ele estava doente (...) confirmou-se o cancro no esófago”

E3 UR25 “Está aqui qualquer coisa muito grave com o seu pai (...) o seu pai tem milhares de metástases no cérebro...”

E3 UR26 “Epá isto metastizou”

E3 UR27 “«O seu pai tem um cancro»...”

E3 UR28 "Dois médicos que me disseram «olhe, isto não há nada a fazer. A situação é muito muito grave»...."

E3 UR40 "Só estava à espera do momento em que a coisa se tornasse irreversível"

E3 UR60 "Só estava à espera do momento em que (...) achasse que não havia possibilidade de recuperar nada"

E3 UR61 "Depois a biopsia (...) confirmou que era cancro..."

E3 UR170 "A coisa já era muito maior e muito má, e depois, pronto, e era irreversível."

E5 UR3 "Sabia que o meu irmão estava doente mas não sabia o que ele tinha"

E7 UR3 "Ele foi operado uma semana ou duas antes, ele foi, foi meter um pacemaker"

E7 UR4 "Ele já tinha sido operado duas ou três vezes ao coração ser ter problemas de coração."

E7 UR8 "Começava a ter dores"

E8 UR74 "Só tinha era um problemzinho nos pulmões mas também não era nada de grave"

- Dependência física

E3 UR18 "Ele era militar portanto era alguém que não gostava de ver diminuídas as suas capacidades ou funções ah físicas. A parte física era importante"

E3 UR21 "Já viste, estou farto disto, não consigo cortar o bife"

E3 UR48 "Meu pai ah.. já não (...) controlava as fezes (...) não se conseguia controlar"

E3 UR49 "... já não conseguia (...) fazer determinados tipo de movimentos, não era capaz"

E3 UR50 "Era a minha mãe que tinha que o limpar e isso para ele era muito humilhante"

E3 UR51 "A parte física era muito importante para ele [daí a dificuldade de aceitar a deterioração física]"

E3 UR52 "Ele suicidou-se, em minha opinião, por se ver decadente fisicamente"

E3 UR53 "[Suicidou-se por estar] dependente dos outros"

E3 UR54 "... estar dependente fisicamente era, não valia a pena"

E3 UR55 “A parte física para ele era muito importante.”

E3 UR56 “Portanto a parte física era tudo (...). A parte física para ele era muito muito importante.”

E3 UR57 “A parte física para ele era muito importante”

E3 UR63 “Quando ele não conseguiu cortar o bife”

E4 UR86 “Altruísta (...) no sentido de (...) chegar ao fim da vida e não querer dar trabalho”

- Deterioração cognitiva

E3 UR22 “Já não consigo ler. Porque ele conhecia as letras mas já tinha perdido a função de leitura”

E3 UR24 “Já não conseguia ler”

E3 UR64 “Disse que já não conseguia ler”

- Mudança

E3 UR23 “Ele todos os dias lia o jornal de manhã [antes de perder a função cognitiva de leitura]”

E4 UR155 “Da mudança”

E4 UR162 “O facto de ter mudado a rotina”

E4 UR163 “Acho que essa mudança”

E8 UR13 “Como foi uma vida inteira à maneira dele”

- Dificuldades económicas

E4 UR30 “Vim a saber que ele não tinha dinheiro quase nenhum”

E4 UR31 “Não tinham, não tinham dinheiro nenhum, ou quase nenhum...”

E4 UR154 “Aquela questão do dinheiro”

- Aparência física

E6 UR5 “Muito exigente com a aparência física”

E6 UR6 “O meu pai começou a perder peso”

E6 UR12 “Emagreceu muito”

E6 UR13 “Depois não se podia ver tão margo”

E6 UR26 “Ele não aceitou nunca envelhecer, ele via-se muitas vezes ao espelho (...) levava o tempo a ver-se”

- Abstinência

E8 UR8 “...o médico optou por lhe tirar o tabaco e a bebida (...) as duas de uma vez.”

E8 UR10 “Fumava bastante e ao terem-lhe tirado tudo de uma vez ele”

E8 UR75 “A única solução que eu encontrei para o problema dele foi (...) o médico tirou-lhe o tabaco e a bebida, tudo ao mesmo tempo (...) Uma pessoa que tá habituada a beber todos os dias e a fumar três maços de ventil por dia, é bastante.”

IMPACTO DO SUICÍDIO

> Cognitivo

▪ Ruminação

E1 UR16 “Nele, todos os dias, todos os dias...”

E1 UR44 “Todos os dias penso nele”

E1 UR45 “Todos os dias pedia para ter mais um bocadinho com ele”

E1 UR53 “Todos os dias pensas”

E1 UR123 “Porque como é uma coisa em que penso nele todos os dias”

E2 UR180 “Não se pensa outra coisa”

E4 UR15 “Todos os dias penso nele, sempre, constantemente, constantemente.”

E4 UR56 “Não há um único dia que não, não pense nele e que não pense em tudo o que aconteceu”

E4 UR77 “Continuo sempre a pensar nele”

E5 UR34 “Não conseguia descansar a minha cabeça”

E5 UR37 “Penso no meu irmão, todos os dias penso no meu irmão”

E5 UR38 “Penso nele”

E5 UR43 “...só imaginava o meu irmão deitado à espera que o comboio viesse”

E5 UR45 “Nós imaginarmos ali uma pessoa que nós amamos deitada numa linha de comboio”

E5 UR47 “Imaginamos tudo, tudo, tudo, tudo”

E8 UR41 “O sentido, isto não abala de maneira nenhuma”

E8 UR45 “Só via o meu avô enforcado”

E8 UR47 “Vinha-me constantemente aquela imagem à cabeça”

▪ Preocupação com os outros

E1 UR7 “Não só por mim mas [preocupação] pela M. que na altura tinha 2 anos, e pela M., pelo meu irmão que é completamente diferente de mim”

E1 UR17 “Na M., por ser muito pequenina e ir crescer sem o pai...”

E1 UR27 “A minha primeira reação foi perguntar pelo meu irmão...”

E1 UR67 “...o mais difícil foi quando a M. pergunta mas porque é que, porque é que o pai é uma estrelinha, e porque é que o pai morreu, e porque é que o pai não pode sair da estrelinha para vir cá abaixo brincar comigo”

E1 UR68 “E...a parte mais complicada de tudo é tentar fazer entender a uma criança que, que não pode e que nunca vai acontecer e... e que... estar com o pai... epá, não dá. Essa parte é complicada”

E1 UR69 “E tentar explicar a uma criança de 4 anos, na altura de 2 anos e meio, que o pai não está cá e, e ela agora ter 4 anos e continuar a perguntar pelo pai e tu... ela saber que o pai morreu mas, mas não entender que o pai não pode voltar. Essa é a parte complicada”

E1 UR111 “A M. precisava muito muito muito muito muito”

E2 UR218 “Agora qualquer resposta que eu oiço ou qualquer comentário (...) já fico atenta”

E2 UR220 “Estou atenta a todos os sinais porque as pessoas normalmente dão sinais”

E2 UR224 “Vejo os sinais dos outros”

E2 UR244 “... gostava de as ajudar a todas”

E4 UR37 “Depois logo a seguir o cérebro começa logo a pensar no sentido de agora vou ter que chegar a casa e dizer à minha mãe”

E4 UR114 “Não falo [no pai] às vezes também porque receio que ela possa ir-se um bocado abaixo”

E4 UR115 “Então não falo porque penso que estou a protegê-la”

E4 UR132 “...a minha mulher e as minhas filhas, sobretudo as minhas filhas, preocupam-me imenso”

E4 UR166 “Obviamente a gente preocupa-se com os nossos”

E6 UR27 “Não sabia como é que havia de compensar a falta do meu pai perante a minha mãe.”

E6 UR53 “A mãe à frente de tudo”

E6 UR55 “Eu tive que ajudar”

E6 UR66 “A mãe doente tinha que me preocupar com a mãe”

E6 UR71 “... chorava sozinha”

E6 UR89 “A minha mãe ficar sem o meu pai [foi o mais difícil]”

E6 UR107 “Vivo muito em função dos outros.”

E8 UR81 “Quem mais se preocupa com ela.”

E8 UR88 “Há sempre aquela... aquela preocupação”

E8 UR112 “...nunca os quis massacrar”

E8 UR122 “Para não magoar a minha avó e a minha mãe...”

- Desorganização

E1 UR35 “... é tanta coisa misturada”

E2 UR23 “Porque é um enleio”

E2 UR59 “Uma pessoa fica completamente perdida”

E2 UR62 “Completamente perdida e o mundo não sei o que é que era.”

E2 UR113 “Eu andava perdida”

E2 UR186 “Eu estou mesmo perdida”

E2 UR64 “[Como se] eu ficasse no meio da explosão”

E3 UR13 “Não sei o que é que eu senti”

E4 UR140 “Ficamos completamente num estado de insegurança”

E5 UR7 “Nem conseguia pensar em nada”

E5 UR9 “Aquilo estava-me a fazer uma confusão enorme”

E8 UR20 “Fez-me confusão...”

E8 UR32 “Senti-me baralhada”

E8 UR33 “Perdida”

E8 UR27 “Não sabe bem como é que há-de reagir”

E8 UR34 “Não sabia bem o que é que havia de fazer”

- Luta constante

E2 UR1 “Isto é uma situação com a qual eu me debato todos os dias”

E2 UR4 “Porque todos os dias é uma luta”

E2 UR7 “[Os pais que perdem os filhos] enfrentam uma, uma luta diária (...)
Se não, hora a hora”

E2 UR162 “Luto contra mim”

E2 UR163 “As lutas que eu tenho contra mim, comigo, não é contra mim (...)
mas, comigo”

- Aprendizagem

E2 UR8 “É uma coisa que se constrói”

E2 UR109 “A gente já deu um salto, já, já percorreu o caminho. O caminho é muito longo e... e não é um, não é um caminho que tenha, não tem regras, não tem nada disso. Quer dizer, cada pessoa tem o seu ritmo”

E2 UR122 “Já percorri muito caminho”

E2 UR156 “Já consigo percorrer muito caminho”

E2 UR223 “Eu aprendi”

E2 UR247 “Devemos tirar sempre algo de bom que é a aprendizagem, nem que seja a aprendizagem”

- Ideação suicida

E2 UR19 “Eu cheguei a pensar ... opa pôr fim a mim”

E2 UR93 “Eu digo assim, eu agora, ... se eu tivesse coragem”

E2 UR96 “...ia agora fazer tamanho disparate”

E2 UR100 “Era... era de fazer o mesmo comigo”

E2 UR199 “Nunca, nunca tentei, não é, mas, mas sei o que leva a isso. Já experimentei a sensação”

E2 UR201 “[Já pensei] eu vou fazer isto... ”

E8 UR56 “Querida ir para ao pé dele”

E8 UR97 “Uma pessoa nunca se abstrai de, de pensar e... e se, e se eu fizer, e se acontecer”

- Perda de sentido de vida

E2 UR177 “Eu achava que a vida tinha perdido o sentido.”

E2 UR179 “Como é que eu agora consigo viver daqui para a frente, se eu já não tenho o meu filho”

E2 UR178 “Já não valia a pena eu estar aqui”

- Esperança

E2 UR234 “...uma luz ao fundo do túnel”

E6 UR47 “Sempre com esperança que o dia de amanhã é melhor”

E6 UR84 “Sempre com esperanças que o dia de amanhã vai ser um bocadinho melhor”

- Relativização

E3 UR94 “Houve uma coisa que, que a partir daí se modificou um pouco que é a, a relativização da urgência”

E3 UR95 “Relativizei um bocadinho as coisas”

E3 UR96 “Leva-nos a relativizar um bocado determinado tipo de pormenores a que damos muita importância”

E3 UR97 “Há determinado tipo de pormenores sem importância que eu deixei de ligar. Relativizei muito. Pormenores que hoje eu considero sem importância”

E3 UR154 “Mudou muito a minha maneira de ver (...) todas as outras questões, ah, da vida”

E3 UR172 “Relativizei”

- Mudança de perspectiva
 - E3 UR16** “Nesse dia ali ao pé dele, mudei completamente a minha, a minha opinião sobre a eutanásia. Completamente. Foi uma viragem totalmente ao contrário.”
 - E3 UR69** “Então mudei aí a minha opinião sobre a eutanásia”
 - E3 UR152** “Mudei a completamente a minha ideia relativamente à eutanásia. Foi o impacto que teve em mim o suicídio foi essa mudança”
- Consciência da brevidade da vida
 - E3 UR98** “Tomei exatamente consciência de que a vida (...) é algo que termina muito rapidamente”
 - E3 UR99** “Muito breve, muito breve.”
 - E4 UR110** “Senti uma urgência maior de aproveitar isto (...) aproveitar os dias”
 - E4 UR113** “Isto não dura para sempre (...) a vida”

➤ Emocional

- Saudades
 - E1 UR22** “Saudades”
 - E1 UR25** “A falta dele, e a falta que ele fazia...”
 - E1 UR66** “Ah... saudade”
 - E1 UR70** “A falta dele só. A falta dele e... só”
 - E1 UR71** “Agora necessidade mesmo era ele ter cá ficado”
 - E1 UR110** “Porque nós todos precisávamos muito dele, sim”
 - E2 UR126** “...é o, é o nada. Não há nada pior que o nada, pois não?”
 - E2 UR130** “Não te passa pela ideia o vazio em que uma pessoa (...) fica (...) com uma situação destas”
 - E2 UR131** “Só te sei explicar que aquilo é um vazio total”
 - E2 UR168** “O maior, o maior dificuldade é não ver o meu, o M.”
 - E3 UR7** “E de repente comecei a sentir assim um, um vazio”
 - E3 UR89** “Sinto uma ausência do meu pai”
 - E4 UR55** “Uma saudade tremenda, sempre”
 - E4 UR80** “Obviamente uma saudade tremenda”
 - E4 UR100** “Senti que havia ali uma falta”
 - E4 UR103** “É a ausência dele, não é? É não o ter cá. A saudade”
 - E5 UR60** “A saudade, sentir falta da pessoa”

E5 UR84 “Sentir a falta da pessoa...”

E6 UR23 “Saudade do que ele era para mim.”

E6 UR24 “Tenho tantas saudades do meu pai”

E6 UR67 “O pai já cá não estava”

E6 UR92 “Tenho muitas saudades dele e sinto muitas saudades dele”

E6 UR90 “A presença dele, a presença dele. A presença dele”

E6 UR94 “Sentimos a falta dele”

E6 UR95 “A falta dele”

E6 UR96 “Queríamos, queríamos-lo era a ele, mais nada”

E7 UR84 “Agora tenho saudades dele”

E7 UR85 “Quando me lembro dele lembro-me com carinho”

E7 UR86 “Lembro-me com saudade”

E7 UR90 “...ter saudades dele”

E7 UR103 “E depois então comecei a sentir outra vez saudades”

E7 UR104 “Carinho”

E7 UR110 “Sinto um carinho por ele que não sentia naquela altura”

E7 UR165 “Tenho saudades dele...”

E8 UR3 “Ainda hoje sinto bastante falta dele”

E8 UR39 “Faltava ali qualquer coisa”

E8 UR40 “Sinto a falta, pronto. Sinto a falta”

E8 UR57 “Senti muito a falta dele. E continuo a sentir”

E8 UR63 “Cá ao pé da gente é que ele fazia falta”

E8 UR103 “Faltava ali um, faltava ali uma coisa, faltava ali ele”

E8 UR105 “Faltou ali. Faltou ali o pilar”

E8 UR117 “Eu sinto a falta do meu avô”

- Sofrimento

E1 UR8 “Foi assim um bocadinho, muito muito complicado”

E1 UR24 “E aquela parte depois que custa, quando tens uma criança de três anos, a pedir para trazer o pai de volta para poder brincar com ele. Aí torna-se um bocadinho complicado”

E1 UR33 “... foi muito complicado (...) foi assim um bocadinho complicado”

E1 UR34 “Os primeiros dias é.. é muita complicado”

E1 UR36 “Os dias a seguir também não foram muito fáceis”

E1 UR38 “É um bocado complicado”

E1 UR43 “Mas... há dias que custa mais um bocadinho”

E1 UR48 “...como ainda não te habituaste à ideia é tudo ainda muito complicado...”

E1 UR58 “Não é propriamente muito muito fácil”

E1 UR89 “É muito complicado”

E1 UR129 “É complicado. É complicado”

E1 UR149 “É ouvires a M. com 2 anos e meio a pedir para ir ver o pai...”

E1 UR156 “No início custava bué (...) tipo custava-me bué dizer suicídio”

E2 UR2 “Eu hoje estou muito mal para falar”

E2 UR6 “São coisas extremamente difíceis”

E2 UR20 “Porque não estava a aguentar. É uma coisa que não se aguenta”

E2 UR25 “Eu não conseguindo lidar com a situação”

E2 UR33 “Eu não estou a aguentar”

E2 UR35 “Não aguento”

E2 UR36 “Ai... sabes.... estou a ficar mesmo mal”

E2 UR38 “Estou mesmo mal”

E2 UR46 “Sabes o que é, a gente fica tão aflita com tal, com tal dor”

E2 UR92 “Eu já passei por tantos momentos de desespero”

E2 UR113 “Foi difícil”

E2 UR148 “Não estás a aguentar aquilo”

E2 UR167 “É tudo difícil de ultrapassar”

E2 UR169 “ Quando estou triste”

E2 UR170 “Isto é complicado”

E2 UR172 “Eu sofro tanto com isto”

E2 UR200 “Assim fogo isto é tão forte, tão forte, tão forte, isto está-me a ser tão, tão impossível de aguentar”

E2 UR238 “Sofrimento é sofrimento”

E3 UR9 “Eu não estava bem”

E3 UR92 “Tinha uns momentos assim mais, mais em baixo”

E4 UR5 “Vai ser sempre um dia de dor”

E4 UR34 “Uma tristeza tremenda”

E4 UR46 “...deixou-me frágil durante muito tempo”

E4 UR48 “Foi muito duro...”

E4 UR49 “Eu fiquei muito frágil, muito”

E4 UR165 “O sofrimento”

- E5 UR24** “... É muito difícil mesmo”
- E5 UR44** “É muito difícil”
- E5 UR46** “É muito difícil”
- E5 UR48** “É muito mau”
- E5 UR62** “Eu estava muito em baixo”
- E5 UR74** “É muito difícil”
- E5 UR82** “Foi tudo muito difícil”
- E5 UR86** “Foi tudo mesmo muito complicado. Foi tudo muito complicado, muito difícil de ultrapassar”
- E6 UR54** “Foi muito difícil”
- E6 UR63** “Pronto era o cansaço”
- E6 UR93** “É difícil”
- E6 UR48** “Quando eu vejo cordas não entro em pânico mas não me sinto bem”
- E6 UR131** “Deixar a gente sofrer tanto”
- E7 UR11** “E depois uma pessoa está naquela aflição...”
- E7 UR21** “Para mim foi uma tortura gigante”
- E7 UR147** “Às vezes estava triste...”
- E8 UR58** “Foi complicado digerir”
- E8 UR67** “Sofrer”
- E8 UR82** “Tem sido mesmo para esquecer”
- E8 UR92** “Se me doía o corpo, se me doía a alma”
- E8 UR129** “...não me sentia bem”
- E8 UR131** “Não me sentia como deve ser”
- Embotamento afetivo
 - E2 UR37** “Hoje não consigo conversar contigo”
 - E2 UR58** “Quando ouvi aquilo, eu lembro-me que sentei-me, fiquei sem ação. Olha, eu não gritei, não, não disse nada, fiquei assim...”
 - E2 UR103** “Eu tive muito tempo que não reagia. Olha, não... comia porque me davam, não falava”
 - E2 UR106** “Não agia, não comecei a agir por mim”
 - E2 UR124** “Sabes o que é naquele momento a gente não sente nada”
 - E2 UR127** “Eu não estava a sentir nada”
 - E2 UR128** “Eu nem conseguia reagir”
 - E2 UR138** “Andei apática montes de tempo”

- E2 UR139** “Para mim existir ou não existir era igual”
- E2 UR184** “Eu sempre apática, sempre apática”
- E3 UR10** “Fiquei parado”
- E3 UR11** “Sem reação”
- E3 UR8** “Não sabia bem o que dizer”
- E3 UR77** “Eu já não conseguia falar”
- E4 UR43** “Tinha dificuldade em chorar, não conseguia chorar...”
- E4 UR98** “Depois querer chorar para começar a fazer o luto e não conseguir”
- E6 UR56** “Não consegui fazer o luto devidamente”
- E6 UR57** “Essa altura foi aquela altura que não caí bem em mim, porque tinha muitas coisas...”
- E7 UR34** “Sempre que estava em casa eu era capaz de estar duas horas sentada num sofá sem fazer nada (...) Estava ali, só”
- E7 UR112** “Naquela altura nem falava sobre isso, sequer”
- E7 UR132** “Não tinha vontade de fazer nada”
- E8 UR16** “Não consegui, não consegui gritar, não consegui chorar.”
- E8 UR24** “Porque não consegui reagir como queria”
- E8 UR69** “Não sabermos lidar com a situação”
- Medo da repetição

E2 UR219 “Pá tenho medo”

E4 UR117 “Tenho muito medo pelo meu irmão (...) eu tenho um bocado receio...”

E6 UR128 “Agora os meus receios digo sinceramente, é as pessoas dizerem assim, ah não sei que, não sei que mais, os tios fizeram ah não sei quê isso é de família, isso comigo mexe muito”

E6 UR129 “Mete-me medo”

E6 UR130 “Assusta-me, porque as pessoas ah, não sei quê, isso é hereditário...”

E8 UR89 “Tinha muito medo da parte do meu irmão...”

E8 UR145 “Tenho medo que volte a acontecer...”
 - Vergonha

E3 UR12 “No momento em que alguém se mata nós sentimos talvez vergonha”

E3 UR14 “Para mim era uma vergonha o meu pai estar ali pendurado e toda a gente (...) vê-lo pendurado”

E3 UR34 “Primeiro senti vergonha por o meu pai ter feito aquilo”

- Desequilíbrio emocional

E4 UR2 “Sei que fiquei descontrolado”

E4 UR8 “Descontrolei-me”

E4 UR47 “Muito desequilibrado em vários níveis”

E4 UR51 “Vi o meu casamento a abanar (...) Na sequência daquilo.”

E4 UR53 “Eu não, não andava nada, nada bem. Pronto, afetado”

E4 UR99 “Então depois comecei a andar desequilibrado”

E4 UR118 “Dentro daquele desequilíbrio”

E4 UR120 “Porque eu andava mal, eu andava com grandes filmes na minha cabeça”

E4 UR121 “Aquilo [desequilíbrio] estava a, a afetar muito o casamento”

E4 UR123 “Andava tão descompensado”

E4 UR136 “Desequilibrou-me um bocadinho”

E4 UR142 “Andei mal”

- Pena

E4 UR24 “Tenho pena, tenho muita pena de não ter (...) não ter estado mais com ele”

E4 UR25 “[Pena por não] ter uma convivência maior”

E4 UR76 “Tenho muita pena que o tenha feito...”

E4 UR84 “Tenho muita pena que o tenha feito. Sinceramente.”

E5 UR40 “Só tenho pena que ele tenha feito o que fez. Tenho pena pronto...”

E5 UR114 “Eu tenho pena, tenho pena que as pessoas não procurem ajuda...”

E7 UR163 “Claro que tenho pena”

- Coragem

E2 UR14 “Todas as minhas forças (...) é que todos os dias, todos os dias, ganhar forças para poder enfrentar”

E2 UR228 “...tinha esta força toda”

E4 UR42 “Tinha de ser forte”

E4 UR44 “Tentei ah, ser forte”

E6 UR29 “Mas tive coragem para tudo...”

E6 UR46 “Sinto-me uma pessoa cheia de força”

E6 UR58 “Resolvi tudo com força”

E6 UR59 “Com coragem”

- Incómodo

E4 UR134 “Mexeu muito conosco”

E6 UR50 “É uma coisa que mexe comigo”

E6 UR51 “É uma coisa que mexe comigo”

- Solidão

E5 UR16 “Comecei-me a sentir sozinha no mundo”

E5 UR17 “Eu não tenho ninguém”

E5 UR18 “Senti-me muito sozinha”

E8 UR59 “...senti-me sozinha”

- Anedonia

E7 UR133 “... Nada me agradava, nem... tudo o que, aliás tudo o que fazia antes deixei de fazer (...) Não gostava de nada”

E7 UR152 “Sem gostar de fazer nada em casa”

E7 UR153 “A partir do momento em que eu deixo de gostar de estar na minha própria casa...”

> Comportamental

- Desabafar

E1 UR26 “A minha reação foi... começar a chorar quando me disseram”

E1 UR28 “A minha reação foi levantar-me, começar a chorar”

E1 UR132 “Eu enquanto, quando estou mal consigo falar e dizer, porque é que estou mal”

E2 UR158 “Tenho uma coisa que reconheço que é muito boa, eu falo, eu gosto muito de conversar”

E2 UR229 “A gente também precisa de descarregar”

E2 UR171 “Hoje até me ajudaste a chorar (...) Hoje foi muito bom vir ter contigo para chorar”

E2 240 “Não é só importante falar”

E4 UR9 “Chorei claro”

E4 UR38 “No outro dia de manhã ainda chorei...”

E4 UR81 “...às vezes há momentos que (...) elas [as lágrimas] correm, às vezes elas vêm por aí abaixo”

E4 UR169 “Eu sim, eu sim. Falei com, em casa”

E6 UR70 “Eu chorava”

E8 UR60 “Acho que não devemos guardar tudo para dentro de nós porque... não é saudável”

E8 UR61 “Pessoa desabafar e... aliviar um bocadinho mais a dor”

E8 UR125 “Para falar”

E8 UR126 “O facto de conseguir falar e de conseguir desabafar”

- Perturbação do sono

E1 UR49 “Depois os tempos a seguir começou aquela fase dos, dos sonhos”

E1 UR51 “E então os meses a seguir foi mesmo isso, foi os sonhos e o pensar como é que, como é que estava”

E1 UR150 “4 meses os meus sonhos todas as noites”

E1 UR151 “...durante três meses sonhares sempre a mesma coisa”

E2 UR104 “... só dormia”

E4 UR106 “Epá as minhas noites de sono (...) o meu sono é muito irregular. Às vezes chego a dormir três quatro horas por noite, ah... outras enfim às, às vezes às dez da noite estou já com sono ou adormeço”

E5 UR33 “Eu não conseguia dormir...”

E7 UR30 “Dormia mal”

E7 UR31 “Só tinha pesadelos...”

E7 UR32 “Comecei a não dormir quase nada”

E7 UR130 “Não dormia”

E7 UR137 “Não conseguir dormir”

E7 UR150 “Não conseguia fazer o meu dia normal sem dormir”

E8 UR46 “Era rara a noite que eu tinha um sono descansado”

- Ir ao cemitério

E4 UR64 “Voltei ao cemitério...”

E4 UR79 “Estive no outro dia no cemitério”

E6 UR72 “Ia visitar o pai como vou ainda muitas vezes”

E6 UR73 “Ia visitar o pai, ia pôr flores, fazia isso tudo”

E8 UR4 “Estou constantemente a, no, a ir ao cemitério”

E8 UR90 “Eu vou ao cemitério quando eu quero (...) Se for preciso vou lá a semana inteira...”

- Alteração da rotina
 - E6 UR30** “Comecei a ser o homem de casa”
 - E7 UR22** “A minha rotina costumava ser acordar, durante a tarde vinha até Évora, depois voltava para casa, estava com os meus amigos (...) e eu fiquei com o trabalho de ficar com ela em casa”
 - E7 UR49** “Uma rotina que foi toda completamente mudada”
 - E7 UR50** “Mudou completamente”
 - E7 UR115** “Acho que foi [o mais difícil]”
 - E7 UR117** “Ainda tive que mudar a minha vida toda naquele mês a seguir”
 - E7 UR118** “Foi aquela grande alteração”
 - E8 UR42** “Depois voltei para a casa dos meus pais”
 - E8 UR43** “Entretanto tive a faltar à escola porque na altura estávamos a dar uma peça sobre o, o enforcamento (...) e os professores não me queriam presente”
 - E8 UR44** “Voltei para o meu quarto mesmo, para o meu quarto para a casa dos meus pais”
- Dificuldade estar sozinho
 - E7 UR33** “Ah... não conseguia estar em casa”
 - E7 UR35** “Odiava estar sozinha”
 - E7 UR36** “...nunca estava em casa”
 - E7 UR37** “Odiava estar em casa”
 - E7 UR38** “Só ia a casa para dormir”
- Aproximação do corpo
 - E8 UR17** “...a minha primeira reação foi subir à árvore para o tirar...”
 - E8 UR18** “Eu acho que nunca tinha corrido tanto”
 - E8 UR19** “Foi logo para onde eu fui a correr”
 - E8 UR31** “Foi o querer tirá-lo”
 - E8 UR36** “Uma noite inteira de volta da urna do meu avô”
 - E8 UR84** “...a minha primeira reação na altura foi ver”
 - E8 UR86** “Foi mesmo ver”
 - E8 UR91** “Parece que criei raízes àquele chão e não consegui sair dali”

➤ Motivacional

▪ Volição

E2 UR9 “A pessoa vai, vai buscar forças onde, uma pessoa até aí nem se apercebia que era forte”

E2 UR45 “E continuar a vida”

E2 UR54 “Conseguir andar aqui e não é a respirar, que eu não quero cá andar a respirar. Só, eu quero cá andar a viver. Portanto das duas uma, ou ficas para viver a vida, ou para andares só a respirar e ser aqui um, como é que se chama, um zombie, então não”

E2 UR95 “Mas depois, daí por uns dias (...) digo assim epá, ainda bem que eu não fiz aquilo naquela altura [cometer o suicídio]”

E2 UR102 “Digo-te, se não fosse, se não fosse eu agarrar-me [à vida]”

E2 UR108 “Quando eu comecei a, a agir por mim própria (...) não queria ficar parva, eu queria, opa eu queria decidir a minha vida”

E2 UR157 “Tudo se faz com vontade”

E2 UR161 “Não me apetece sair, obviamente, mas já tenho aquela coisa de dizer assim, fogo ai não te apetece sair, mas vais sair”

E2 UR164 “Tento combater a solidão”

E2 UR165 “Tento combater quando tenho vontade de me isolar (...) porque é perigoso uma pessoa que se isola”

E4 UR107 “Eu gosto de viver”

E4 UR108 “Gosto de fazer coisas”

E4 UR109 “Gosto imenso (...) de fazer coisas e estar ocupado”

E4 UR158 “Temos de lutar e tentar aproveitar isto, que isto, a vida ao fim ao cabo é uma dádiva”

E6 UR80 “Eu prometi que vou ser forte e vou ser forte”

E6 UR86 “[Prometi] que ia ser forte e encarar todas as situações da vida com, com força”

E8 UR51 “A gente todos os dias enfrenta novos obstáculos e... e se não fizermos pela vida ninguém faz por nós”

E8 UR144 “Uma pessoa ganha coragem para levar isto de outra maneira, porque temos sempre quem se preocupe connosco”

E8 UR55 “Quero é viver”

▪ Cuidar dos outros

E2 UR15 “[Arranjar forças] para poder colaborar na vida dos outros”

E2 UR16 “Porque eu estou aqui, não, não, não posso ser egoísta”

E2 UR22 “Eu daqui a pouco também vou e vai tudo atrás”

E2 UR143 “...a S. em vez de perder só um irmão está a perder uma mãe. Eu comecei-me a aperceber que ela estava a ficar sem mãe”

E2 UR144 “...o meu marido estava a ficar sem a mulher e, e por aí fora, os meus irmãos iam ficar sem irmã”

E2 UR155 “[Fazer coisas] sempre em prol do bem”

E4 UR41 “Tinha de apoiar aquela gente toda”

E4 UR45 “[Ser forte] para as minhas filhas e tudo isso, para defender os outros acho eu”

E4 UR143 “... eu quero ver os meus filhos a crescer...”

E4 UR159 “Ter amigos”

E4 UR160 “Ver os filhos a crescer... os sobrinhos”

E6 UR28 “Ela estava a sofrer muito, e então eu tentava dar a volta por cima”

E6 UR44 “Tomei coragem para encarar tudo para ajudar a minha mãe”

E6 UR46 “Só tinha uma pessoa por quem olhar (...) dar-lhe a melhor qualidade de vida a nível emocional...”

E6 UR60 “Por ele e pela mãe”

E6 UR69 “Acompanhar a mãe...”

E6 UR81 “Tenho que criar a minha filha”

E6 UR108 “Estamos a trabalhar por ela porque ela é muito querida”

E7 UR72 “Acho que adoptei aquela posição do vou ter que tomar conta de todos...”

E8 UR98 “Tentei apoiar a minha família o mais que consegui...”

E8 UR119 “Eu tinha que os acarinhar.”

E8 UR20 “Estava a tentar unir a família”

E8 UR123 “Tentei acompanhar o meu irmão”

PROCESSO DE LUTO

> Especificidade

- Culpa

E1 UR2 “ ... o meu pai muitas vezes me tinha pedido para voltar para Évora, e.... nunca quis”

- E1 UR133** “... eu nunca achei que o meu pai estivesse nesse limite. (...) tu como ouves a mesma coisa tantas vezes, chegas a um ponto em que comesças a pensar, epá se tivesse que ser era, e ele não está assim tão mal, pensamos nós, para que isso aconteça”
- E2 UR246** “Era o que eu devia ter feito”
- E3 UR6** “Senti muita culpa por isto...”
- E3 UR29** “Porque senti-me tão mal [por ter ido de férias]”
- E3 UR30** “Mas eu senti-me muito culpado por não estar cá”
- E3 UR32** “Mas culpei-me a mim”
- E3 UR79** “A culpa é minha! Não estava lá”
- E3 UR82** “Pensei a culpa é minha. Porque é que eu não estava lá?”
- E4 UR16** “A coisa que mais penso era que, em vez de ter ido na quarta-feira, ter ido lá na sexta”
- E4 UR74** “Alguma sensação também de seguramente de culpa (...) porque é que não fui lá aos sábados?”
- Tentativa de justificar
 - E1 UR11** “Tentar arranjar uma justificação do que é que se passou”
 - E3 UR78** “Porquê?”
 - E3 UR81** “Morreu, mas porque é que se matou?”
 - E3 UR83** “O distanciamento permite-nos alguma clarividência e alguma racionalidade sobre o assunto, que nos leva obviamente a justificar tudo”
 - E4 UR21** “[Penso] sobretudo muitas vezes porquê”
 - E4 UR66** “A questão é sempre o porquê, porque é que fez”
 - E4 UR67** “Porquê, a pergunta, é sempre porquê, porque é que fez”
 - E4 UR105** “Depois há tentar entender o porquê, tantas vezes, vezes e vezes porquê”
 - E4 UR139** “Porque é que o fez...”
 - E5 UR53** “Nas perguntas que nós fazemos e porquê”
 - E5 UR85** “Tentar entender porque é que a pessoa tinha feito isso”
 - E6 UR75** “Porque é que fizeste isso?”
 - E6 UR76** “Porque é que tu te puseste nesse estado?”
 - E7 UR57** “Pensava no porquê”
 - E7 UR59** “Nessa altura pensei no porquê”
 - E7 UR64** “Pensar o porquê”
 - E7 UR100** “A seguir foi o tentar entender o porquê”

E7 UR101 “Tentar entender o como e o que é que ia na cabeça dele, e o que é que se passava na cabeça dele”

- Estigma social

E4 UR20 “Como outras pessoas não-de pensar...”

E7 UR17 “...a parte complicada (...) por parte das outras pessoas é completamente o oposto que é, em vez de apoiarem (...) o que eles perguntam é o que nós nem sequer sabemos responder naquela altura. É como é, mas porquê, ah... mas ele nunca tinha dito, é muito esquisito nunca ter dito nada, ah... como é que vocês não deram por nada ou, o que é que fizeram para evitar isto?”

E8 UR6 “A nível de comentários do que as outras pessoas dizem também perturbam...”

E8 UR7 “...ai mas porque é que ele se enforcou? Então a família tratava-o mal? Ou olha... para aí lhe tiravam dinheiro”

E8 UR28 “Se uma pessoa, se uma pessoa chora, ai coitada está a chorar. Se uma pessoa grita, ah olha é fingida, está a exagerar...”

E8 UR64 “As pessoas, ah... ai olha matou-se, ah inclusive ouvimos bocas na altura, de, do tipo quem morre porque quer não se lhe reza por alma...”

E8 UR65 “As pessoas ai, ai coitado, matou-se, ai sabe lá o que é que se passou, e sempre a porem em causa que poderíamos ser nós a tratá-lo, a tê-lo tratado mal, a tê-lo induzido a cometer o suicídio”

E8 UR132 “Tinha receio de passar e as pessoas olha aquela, olha o avô enforcou-se...”

E8 UR138 “Porque as pessoas ah... vá a gente pode morrer de muita maneira né? Mas quando se fala do suicídio acho que ainda acaba por ser em parte um tabu...”

E8 UR140 “As pessoas podem morrer de todas as maneiras mas suicidarem-se não”

- Abandono

E5 UR19 “Muito abandonada”

E7 UR121 “Deixar-nos a nós”

E7 UR123 “Como nos deixou”

➤ Etapas

- Negação

E1 UR47 “A negação primeiro, porque quando tu quando, quando acontece pensas não, não é verdade e não pode ser verdade”

não é propriamente muito muito fácil”

E1 UR59 “Negação”

E1 UR62 “Depois acho que entras outra vez em negação porque, porque comesças a pensar que, que não, não pode, não pode ter sido isso”

E3 UR109 “Um choque imenso”

E4 UR95 “Portanto naquela fase foi o choque”

E4 UR104 “Há o choque”

E7 UR55 “Ainda estou na fase em que me lembro da parte toda do choque.”

E7 UR71 “Lembro-me de ter ficado em choque”

E8 UR30 “Fiquei assim tipo em estado de choque”

- Aceitação

E1 UR42 “Já foi mais difícil”

E1 UR46 “Acho que com o tempo vais, vais-te habituando, e então começa a ser um bocadinho mais, mais fácil todos os dias”

E1 UR52 “Entretanto tu, tu não esqueces mas atenuas

E1 UR54 “Chegas a um ponto em que já não queres saber”

E1 UR64 “Depois comesças a aceitar aos poucos”

E1 UR65 “Vais atenuando (...) e vai começando a passar”

E1 UR157 “Devagarinho tipo vais, vais começando a pensar, não, espera, que as coisas vão, vão ter que correr de outra maneira, pois é. Devagarinho, vai-se lá”

E2 UR141 “Como se estivesse a nascer, quase”

E2 UR142 “Depois comesças a dar-te conta que tu fazes falta também.”

E2 UR145 “Começas-te a aperceber que és ali uma peça importante (...) é o recuperares a autoestima”

E2 UR147 “Começas a recuperar, a recuperar”

E2 UR153 “Comecei a, a, a sair um pouco, não é, do meu problema, digamos assim...”

E2 UR230 “Consigo estar-te a dizer coisas do M. a rir, a sorrir.”

E3 UR35 “Eu até compreendi a posição dele”

E3 UR84 “[O distanciamento leva-nos] a compreender tudo”

E3 UR85 “[O distanciamento leva-nos] a aceitar tudo”

E3 UR87 “Aceitei isso como um facto da minha vida passado”

E3 UR91 “Segui a minha vida normalmente, aceitei, pronto”

E3 UR93 “Aceitei assim. Ah... aceitei, penso que aceitei, segui a minha vida normal”

E3 UR100 “Eu já tinha aceitado a perda”

E3 UR117 “Tivemos duas noites com ele, fui logo racionalizando, e quando saí do cemitério racionalizei pronto”

E3 UR118 “A vida continua”

E3 UR120 “Tem que se aceitar e, e tem que se viver com isso”

E4 UR40 “[Comecei] a reagir”

E4 UR54 “Depois o tempo foi acalmando um bocadinho as coisas”

E4 UR65 “A gente agora já olha para as coisas um bocadinho mais a frio”

E4 UR94 “Vai-se gerindo”

E4 UR101 “A partir dos, dos primeiros seis meses comecei a tentar gerir e a ganhar algum equilíbrio também”

E4 UR102 “Agora vamos vivendo”

E5 UR31 “... irmos vivendo um dia de cada vez”

E5 UR39 “Já consegui arrumar aquilo”

E5 UR58 “Depois começamos a aceitar...”

E5 UR70 “Depois comecei a ficar melhor...”

E6 UR65 “As coisas depois foram passando”

E6 UR82 “Tenho levado a minha vida para a frente”

E6 UR83 “Tenho feito a minha vida normal”

E6 UR103 “Aceitar”

E7 UR87 “Já adoptámos a morte dele como uma morte normal”

E7 UR102 “Depois consegui tirar aquele peso que tinha de cima das costas de a culpa não foi nossa e não havia nada que nós pudéssemos fazer para evitar aquilo”

E7 UR105 “...deixei de fazer perguntas porque acho que algumas delas claro nunca vou ter resposta”

E7 UR106 “Deixei de dar importância ao porquê, e ao como foi feito e ao sítio onde foi feito”

E7 UR108 “Entre na fase do... esquecer a parte toda má e entrar na fase boa”

E7 UR111 “E hoje em dia já lido com isso de forma normal”

E7 UR114 “Acho que acabámos por, no final, reagir todos bem...”

E8 UR83 “...um dia de cada vez”

E8 UR95 “Depois olhe tive que me resignar a avançar com a minha vida aos pouco”

E8 UR99 “Depois tentei voltar a fazer a minha vida normalmente, pronto, aos poucos”

E8 UR133 “Vamos lidando com isto um dia de cada vez”

- Revolta

E1 UR23 “Revolta. Revolta não comigo, mas com ele”

E2 UR123 “A revolta vem só depois”

E2 UR125 “O sentir a revolta”

E2 UR129 “Comecei a sentir revolta”

E3 UR65 “Depois a revolta”

E3 UR111 “Uma revolta”

E5 UR21 “Fiquei muito chateada com ele, por ele ter feito aquilo”

E5 UR56 “Acho que primeiro fiquei durante muito tempo chateada com ele”

E6 UR19 “Uma grande revolta”

E6 UR20 “Sinto ainda hoje”

E6 UR50 “Revolta”

E6 UR110 “Revolta-me e fico, fico, fico muito incomodada com isso”

E7 UR63 “Fiquei, fiquei revoltada nessa altura, bastante”

E7 UR69 “Acho que nessa altura essencialmente fiquei bastante revoltada”

E7 UR70 “Chateada com ele”

E7 UR82 “Estar revoltada”

E7 UR83 “Estar chateada”

E7 UR88 “Por ele ter feito aquilo naquela altura sentia raiva só”

E7 UR92 “...tinha raiva”

E7 UR93 “Acho que foi como se tivesse deixado de gostar dele na altura depois, daquilo”

E7 UR95 “Não merecia que nós tivéssemos pena dele”

E7 UR99 “A primeira etapa foi logo raiva”

E7 UR119 “Estava naquela fase de ter raiva, ou seja irritava-me, mesmo”

E7 UR127 “Achava que nós devíamos seguir em frente... epá achava que ele tinha sido mau, mesmo mau”

E7 UR128 “Irritava-me mesmo”

E7 UR166 “Há sempre aquela revolta...”

E8 UR23 “Fiquei um bocado revoltada”

E8 UR113 “Olha eu estou revoltada”

E8 UR114 “Eu não quero falar com vocês”

E8 UR115 “Eu estou revoltada”

- Depressão

E1 UR60 “Depois começas a pensar que realmente aconteceu”

E1 UR147 “Quando tu comesas e desligar a ficha e pronto, comesas a pensar isto realmente aconteceu”

E2 UR232 “Quando tu comesas a sentir coisas”

E2 UR233 “É sinal que estás a reagir”

E3 UR112 “A constatação do facto”

E3 UR113 “O sentir a perda”

E3 UR115 “O momento em que desce o caixão à terra foi a terceira fase, portanto que é a ausência total”

E3 UR116 “É a [fase] que vivo hoje”

E3 UR234 “Quando eu comecei a sentir coisas (...) já está a reagir”

E4 UR39 “...comecei a processar a informação”

E5 UR59 “Depois fica a tristeza”

E6 UR49 “Primeira fase foi a fase de dor”

COPING

- > Estratégias psicológicas

- Evitamento

E1 UR55 “O mais fácil é mesmo não pensar nisso”

E2 UR29 “Já era tão pesada a minha estória verdadeira, eu não podia ir repisá-la, enfatizá-la numa estória, falando outra vez na primeira pessoa que era como se eu me retratasse aí”

E2 UR30 “[A forma de distanciar tal sofrimento] foi inventar”

E2 UR32 “Afastem-me disto”

E2 UR34 “E inventei isso”

E2 UR41 “Eu tive necessidade de trocar tudo”

E2 UR43 “Nós temos que saber contorná-las [as dificuldades]”

E2 UR44 “Tentei contornar os obstáculos”

E2 UR47 “[Uma pessoa] inventa montes de cenas”

E2 UR50 “Para nós conseguirmos aguentar a estuporada da vida, temos que a, temos que inventar um estilo”

E2 UR53 “No fundo o meu estilo é esse. São as coisas a que eu me dedico para conseguir viver [escrita criativa]”

E2 UR69 “Isso foi, é o que eu não quero pensar. Eu não quero pensar nisso, aliás eu arrumei, eu arrumei isto...”

E2 UR151 “Para tentar sair de um problema, não é andando à volta dele que a gente consegue algo. Temos que ver outras coisas, sair um pouco dele...”

E2 UR152 “Distancias-te um bocadinho, e voltas (...) Porque a gente não consegue fazer tudo de repente, tem que fazer um desmame das coisas”

E2 UR119 “Enquanto isto, vou, vou... o M., está no trabalho”

E2 UR227 “A minha forma de me distanciar de tal sofrimento”

E3 UR126 “Eu ainda hoje passo ali à rua (...) quase nunca olho para a porta. E nunca mais fui àquele quinta”

E7 UR73 “Acho que adoptei uma posição mais como se estivesse de fora da situação toda. Que era para não me custar na altura”

- Confrontação

E2 UR72 “Eu falo dele”

E2 UR114 “Era escrever [para lidar com a situação]”

E2 UR120 “[Estou a sorrir] porque falar faz bem”

E2 UR150 “O segredo que não é segredo, o, é a gente no fundo usar a nossa inteligência também, emocional”

E2 UR169 “Eu vejo-o todos os dias, todos os dias dou beijinhos na fotografia (...) no monitor do computador porque tenho-o lá”

E2 UR26 “Como eu, sempre escrevi e sempre gostei muito de escrever, a minha maneira de, de... desabotoar”

E2 UR28 “Lidar, lidar com esta situação foi escrevendo”

E2 UR51 “Eu, eu não, eu não conseguiria viver se não me deixassem escrever”

E2 UR70 “O meu objetivo é ir arrumando de forma a pensar todos os dias e a falar todos os dias do M. (...) há lá, em casa tenho as coisas dele e faço questão que continue, porque ele para mim continua vivo, entendes? Mas é que tem mesmo que continuar, se não eu não aguento outra vez...”

E2 UR71 “...para mim, o M. continua a existir, dentro de mim existe.”

E2 UR74 “Continuo a comunicar com ele”

E2 UR75 “Não, não consigo desligar”

E4 UR59 “Vou muito aos sítios onde ele andou, onde ele trabalhou, sinto-o aí”

E4 UR78 “Passar nos sítios onde ele trabalhou”

E4 UR82 “Escrevi (...) escrevi porque apeteceu-me escrever”

E4 UR116 “Encontrei lá uma fotografia e pus lá na sala, dele (...) quero que ela esteja ali...”

E6 UR91 “...ver as coisas do meu pai, guardei as gravatas todas dele, de vez em quando vou dar um beijinho às gravatas”

- Fé

E6 UR68 “Todos os atos fúnebres desde missas (...) eu mandei fazer”

E6 UR85 “Prometi a Deus”

E6 UR87 “Com fé”

E6 UR102 “A religião também ajuda muito”

E6 UR104 “Sou católica, sou praticamente”

E8 UR50 “Sou religiosa, sou praticante e... e acredito em Deus”

- Distração

E1 UR37 “... comecei a trabalhar e aí a cabeça já está um bocadinho mais ocupada, já consegues deixar de pensar em muita coisa...”

E1 UR73 “O trabalho”

E1 UR75 “O trabalho, que foi a forma que conseguia-me abstrair de tudo o que se estava a passar (...) enquanto estava no trabalho era mais, mais fácil”

E2 UR52 “[Não conseguia viver] se não me deixassem ler”

E2 UR73 “Faço coisas que me façam sentir bem”

E2 UR112 “Enquanto me dedico (...) ando entretida...”

E2 UR116 “Ler porque eu adoro ler”

E2 UR110 “Eu já arranjei, já fiz a minha escolha, não é, não tem outra hipótese porque é, é as coisas que eu gosto de fazer, é as coisas que eu gosto de fazer”

E2 UR111 “Dedico-me a muita coisa. Mas dedico-me de corpo e alma”

E2 UR115 “Dedicar-me aos meus alunos, fazer coisas para eles”

E2 UR117 “Faço montes de projetos (...) ando sempre à ... a fazer coisitas”

E2 UR118 “Dedico-me às coisas”

E2 UR154 “Fazendo coisas giras, sempre fazendo coisas giras”

E4 UR58 “Faço um bocadinho desporto”

E4 UR167 “Há dias que ando mais ocupado, obviamente (...) penso menos”

E6 UR105 “Arranjo muitas atividades”

E6 UR106 “Arranjo muita ocupação, sou uma pessoa muito ocupada”

➤ Apoio Informal

- Família/ Outros significativos

E1 UR72 “A família”

E1 UR74 “A família porque sabia que, que estavam lá para mim e que eu estava lá para eles, família mãe e irmãos”

E1 UR77 “Acabávamos por estar todos juntos e falávamos entre nós”

E1 UR79 “Então acaba, acabava por ser mais fácil falar com, com alguém amigo ou familiares”

E1 UR82 “Acabava por ser mais fácil porque falava com, na altura, com o meu ex-namorado, ah, e então acabava por ser mais, mais fácil”

E2 UR39 “É uma amiga minha que é psicóloga que me apoiou este tempo todo”

E2 UR166 “Vou ter com uma amiga (...) porque nós precisamos todos uns dos outros”

E2 UR182 “Nós temos aquela amiga (...) A partir deste momento que, que nos aconteceu isso a L. começou a ir a casa, a minha casa, todos os fins-de-semana”

E2 UR183 “Enquanto amiga, ela nunca, até hoje nunca me largou (...) veio-me acompanhar”

E2 UR187 “Ela [amiga] ainda continua a lá ir a casa”

E4 UR52 “Ela [esposa] deu-me sempre um apoio tremendo, espetacular...”

E4 UR119 “Tive muito apoio da minha mulher, foi muito compreensiva”

E4 UR122 “Depois tive sobretudo duas amigas (...) com quem falei...”

E4 UR124 “Ela [amiga] ajudou-me bastante”

E4 UR125 “E tinha uma outra pessoa, outra rapariga também amiga (...) e que também me ajudou, pelo facto de ter ouvido e ter sido compreensiva e ter sido realmente muito amiga”

E6 UR51 “Muito acompanhada por amigas”

E6 UR52 “Muito acompanhada pela família”

E8 UR110 “...Ela teve ali sempre p’ra mim sempre que foi preciso”

E8 UR124 “Eu tinha o meu namorado”

E8 UR127 “Tive as minhas amigas também sempre por perto, que se preocuparam sempre comigo”

➤ Apoio Formal

▪ Apoio Psicológico

E2 UR48 “O psicólogo é aquela pessoa que nos ajuda, que nos ajuda a ver não é, que nos ajuda a pensar, pelo menos foi assim que eu vi”

E2 UR49 ... ajudou-me imenso a pensar, ah... e a descobrir um caminho porque realmente conseguisse, opa, conseguisse aguentar a, a vida”

E2 UR121 “Faz bem ir ao psicólogo. Falar faz bem, a gente começa a renovar o... cá dentro e, e, e depois consegues lidar com as coisas assim”

E2 UR149 “Então a L. é que me ajudou a fazer, a, a ver isso”

E2 UR191 “A mim ajudou me imenso a, a estruturar o meu pensamento, ah, a minha forma de, o meu processo de escolha”

E2 UR192 “Não foi a L. que fez alguma escolha por mim, ela ajudou-me a pensar, a encontrar um caminho”

E5 UR64 “Mas realmente fui falar com uma psicóloga, uma única vez”

E5 UR66 “Ao longo dos dias fui sentindo que se calhar aquela conversa realmente fez-me encarar de outra maneira”

E5 UR67 “Aliviou-me um bocadinho, aliviou-me”

E5 UR68 “Quando é uma, uma pessoa estranha desabafamos.”

E5 UR69 “É importante, acho que ficamos mais aliviados”

E5 UR111 “... como naquela altura me fizeram ver outros pontos de vista, e realmente senti-me melhor”

E7 UR14 “Depois a psicóloga até me explicou...”

E7 UR41 “...e então fui a uma psicóloga”

E7 UR44 “Então fui lá aí umas três vezes”

E7 UR46 “E por sorte encontrei a minha nova psicóloga (...) completamente especializada naquela área”

E7 UR47 “...a partir daí fui sempre melhorando e, e consegui resolver a situação e consegui orientar a minha vida de forma normal outra vez.”

E7 UR96 “...sessões de psicologia”

E7 UR113 “Comecei a falar só quando, quando fui para a psicóloga”

E7 UR134 “Achei que precisava de ajuda psicológica”

E7 UR138 “Precisei de ajuda psicológica”

E7 UR139 “Se eu não tivesse tido acompanhamento psicológico, quer dizer não faço ideia o que é que tinha acontecido”

E7 UR146 “Há tantas dicas que recebi por parte da psicóloga...”

E7 UR148 “A psicóloga ensinou-me a pensar”

E7 UR154 “Acho que é essencial nessas alturas, tanto para a família ou até para pessoas de fora que não tenham aceitado bem a situação”

E8 UR48 “Falei com uma amiga minha que é psi, que era psicóloga lá na escola”

E8 UR49 “Ela foi-me fazer acompanhamento a casa e, acompanhou-me pronto durante o processo todo”

E8 UR107 “Tinha esta amiga minha que é psicóloga não tive problemas nenhuns em ir-lhe dizer preciso de ti, eu preciso que tu venhas ter comigo, preciso de falar contigo”

- Apoio médico

E1 UR50 “Chegares a um ponto em que eu tomava uma medicação daqueles produtos naturais para conseguir descontraír o cérebro, para conseguir descansar...”

E6 UR62 “Quando fui a uma psiquiatra”

E6 UR64 “Fui falar com ela um bocadinho, pronto fez-me bem”

E7 UR29 “Fui à médica de família”

E7 UR40 “Fui à médica de família”

E7 UR135 “[Precisava de ajuda] médica”

E7 UR136 “Primeiro até fui à médica de família”

E7 UR39 “Tomava comprimidos para dormir”

E7 UR41 “Ela receitou-me, primeiro receitou-me uns comprimidos naturais e depois receitou-me alprazoran ou uma coisa qualquer assim.”

E7 UR42 “Para dormir (...) tomava dois por noite uma coisa assim”

E7 UR143 “Os comprimidos para dormir não, não me faziam nada”

➤ Apoio desejável

▪ Psicólogo / Apoio formal

E1 UR76 “Pessoas por exemplo como o meu irmão, que são pessoas muito mais retraídas e que não, não mostram os sentimentos, não falam sobre os sentimentos (...) deveria haver algum, algum apoio de psicologia.”

E1 UR80 “Mas que há pessoas que deveriam ter tido ajuda psicológica, sim”

E2 UR188 “Ajuda sempre”

E2 UR190 “Mas ajuda. Ajuda”

E2 UR193 “Ajuda sempre”

E2 UR195 “Mas eu acho que ajuda sempre muito”

E2 UR196 “Como eu vejo isto é um processo que é, é uma grande cumplicidade uma pessoa cria com a outra, não é...”

E5 UR74 “O acompanhamento psicológico é muito importante”

E5 UR76 “Acho que realmente faz muito sentido.”

E6 UR97 “Acho que o acompanhamento psicológico faz muita falta”

E6 UR99 “Quem fica sozinho acho que precisa de acompanhamento tanto a nível psicológico”

E7 UR140 “Um psicólogo sem dúvida”

E7 UR141 “Um acompanhamento (...) acompanhamento a fundo, dos problemas”

E7 UR142 “Acho que um psicólogo é... é essencial”

E8 UR87 “Acho que se devia falar pelo menos com alguém, nem que seja só para aliviar aquilo que estamos a sentir”

▪ Alguém significativo /apoio informal

E3 UR121 “A família”

E3 UR122 “Alguém perto com laços de pertença fortes”

E3 UR123 “Entreajuda dentro de um núcleo familiar pequeno”

E4 UR126 “Eu acho que ter verdadeiros amigos que ouvem e que estão lá e que apoiam é essencial”

E6 UR98 “[Apoio] da família”

E6 UR101 “De família, de amigos se não tiverem família”

E8 UR135 “Tentarem não se isolar...”

E8 UR136 “...ter à-vontade com amigos que ache que deve conversar, se não for caso de querer falar com a família”

➤ Barreiras ao apoio psicológico

▪ Desvalorização

E1 UR78 “... eu tenho que falar com as pessoas que estão, que estão próximas de mim e não com uma pessoa que eu não conheço de lado nenhum, que não sabe minimamente o que é que se passou”

E1 UR81 “... porque não quis, porque achei que com o tempo que havia de passar”

E1 UR84 “No nosso caso foi mesmo porque não, não quisemos porque achámos que não, não era preciso”

E2 UR40 “Tu estás a imaginar uma pessoa agora acreditar que um psicólogo ajudar-nos a lidar com tal dor, é impossível...”

E2 UR174 “Nessa altura não acreditei em nada. Eu nessa altura nem me falassem em psicólogos, quais psicólogos”

E2 UR175 “Achas que agora o psicólogo me vai trazer o M.? Opa porque isto é tão simples quanto isto, então se o nosso problema é a perda do nosso filho, para que é que eu quero o psicólogo? Longe”

E2 UR176 “Eu não acreditava em nada”

E2 UR181 “Não se acredita em nada”

E2 UR185 “Depois até pensava (...) ela pensa já que me ajuda, vai ajudar o tanas”

E2 UR189 “A gente na altura, ao princípio não acredita”

E5 UR62 “Nós achamos que ninguém nos pode ajudar”

E5 UR63 “Eu achava que realmente não ia adiantar nada (...) não se conseguia mesmo fazer nada”

E5 UR65 “Saí de lá lembro-me de achar que não, não tinha servido para nada”

E5 UR71 “Lembro-me que realmente certas perguntas que ela me fez naquela altura não me fazia sentido”

E5 UR77 “...eu pelo menos era por achar que não, que aquilo não tinha solução”

E5 UR78 “Eu achava que não ia fazer nem bem nem mal...”

E5 UR79 “Não era por falar que, as coisas não podiam voltar atrás”

E5 UR80 “Nunca pensei que pudesse ajudar”

E5 UR81 “Quando precisamos de um, achamos que não precisamos.”

- Impedimento financeiro

E1 UR83 “Mas há pessoas que se calhar é mais pelo, pelo facto de uma consulta no psiquiatra, no psicólogo, ser um bocadinho mais, mais caro”

E1 UR85 “Tenho uma amiga minha que aconteceu-lhe (...) mas ela não quis não porque não achasse que não precisava, mas porque, porque não podia”

E2 UR194 “Se não têm o apoio haverá razões inúmeras para as pessoas não terem, até económicas”

E6 UR109 «Porque às vezes não têm dinheiro para pagar”

- Preconceito

E7 UR144 “Talvez para pessoas da idade dos meus pais ainda continua a ser uma espécie de tabu”

E7 UR145 “Acho que as pessoas ainda continuam a entender ah, o ir a um psicólogo como uma coisa para maluquinhos”

E7 UR149 “Acho que as pessoas novas ainda continuam muito com essa mentalidade. De que só em casos extremos é que se deve ir a um psicólogo”

E8 UR106 “As pessoas não... não lidam bem, não aceitam bem a parte do apoio...”

E8 UR137 “Penso que às vezes é por vergonha”

E8 UR139 “Eu acho que em parte é mesmo vergonha”