

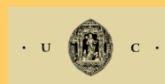


Ana Carina da Silva Martins

**Famílias Enlutadas Face ao Suicídio -
Distrito de Coimbra de 2013 a 2016**

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, sob orientação do Professor Doutor Carlos Braz Saraiva e do Doutor Francisco Corte Real, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Dezembro, 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Universidade de Coimbra

Faculdade de Medicina

Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural

Ana Carina da Silva Martins

Famílias Enlutadas Face ao Suicídio -
Distrito de Coimbra de 2013 a 2016

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, sob orientação do Professor Doutor Carlos Braz Saraiva e do Doutor Francisco Corte Real, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Dezembro, 2017

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU MESTRE
NO ÂMBITO DO CICLO DE MESTRADO EM PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

ANA CARINA DA SILVA MARTINS

**FAMÍLIAS ENLUTADAS FACE AO SUICÍDIO –
DISTRITO DE COIMBRA DE 2013 A 2016**

TESE DE MESTRADO

ÁREA CIÊNCIA DE PSIQUIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR CARLOS
BRAZ SARAIVA E DOUTOR FRANCISCO CORTE REAL

COIMBRA

DEZEMBRO, 2017

Famílias Enlutadas Face ao Suicídio –
Distrito de Coimbra de 2013 a 2016

Ana Carina da Silva Martins

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: ankarinapsi@gmail.com

AGRADECIMENTOS:

Ao longo da elaboração da presente dissertação, em que a alternância entre certezas e dúvidas foi bastante contínua, pude contar com o apoio construtivo de pessoas às quais quero expressar o meu eterno agradecimento.

Ao Dr. Manuel Quartilho pelo incentivo constante, pela disponibilidade demonstrada no curso deste projeto. Todas as palavras seriam exíguas para expressar o reconhecimento e gratidão.

Ao Dr. Carlos Braz Saraiva pela partilha de conhecimentos e por me fazer acreditar no meu objetivo e permanecer na minha resiliência.

Ao Dr. Francisco Corte Real pela cortesia com que tratou esta temática.

Á minha mãe que sempre esteve de mãos dadas comigo em todas as escaladas académicas e profissionais. Nada fazia sentido, sem o seu apoio incondicional.

Aos meus amigos e colegas que sempre me apoiaram profissionalmente e se uniram solidariamente para contribuir de alguma forma nesta jornada.

A todas as famílias enlutadas face ao suicídio que se disponibilizaram e aceitaram participar neste estudo. A partilha enriquecedora fortaleceu-me, quer pessoal como profissionalmente. Sem o seu precioso contributo não teria sido possível concretizar este projeto.

A todos que de forma incansável, ajudaram na recolha de dados e referênciação, nomeadamente Juntas de Freguesia e Agências Funerárias.

Obrigado...

LISTA DE SIGLAS:

DGS: Direção Geral da Saúde

DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

FMI: Fundo Monetário Internacional

INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

INE: Instituto Nacional Estatística

MP: Ministério Público

OMS: Organização Mundial Saúde

PNPS: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017

SICO: Sistema de Informação dos Certificados Óbito

SPS: Sociedade Portuguesa de Suicidologia

WHO: World Health Organization

RESUMO

Este estudo, de natureza quantitativo, correlacional e transversal, debruça-se sobre a temática do suicídio, mais concretamente, famílias enlutadas face ao suicídio.

Esta investigação teve como objetivos, conhecer as características sociodemográficas das famílias enlutadas por suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016; conhecer as características sociodemográficas referente aos suicidas no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016; Analisar a relação existente entre algumas características sociodemográficas (Idade; Género) e Métodos de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016 e Analisar as características relativas ao Processo de Luto e a Duração Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.

Na amostra inicial tivemos a participação de 24 famílias enlutadas face ao suicídio, no entanto, quatro famílias não quiseram participar por motivos de estigma e preconceito e uma família desistiu de participar pelo sofrimento ainda sentido e vincado pela perda do seu familiar. Assim sendo, a amostra foi constituída por 19 famílias enlutadas, sendo 9 do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

Foram utilizados como instrumentos o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) e o Questionário Sociodemográfico.

Foi possível confirmar que o Processo de Luto, está diretamente relacionado com a Duração de Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito Coimbra de 2013 a 2016.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Família; Luto

ABSTRACT

This study, of quantitative, correlational and transversal nature, looks at suicide, and specifically, mourning families due to suicide.

The goal is to understand the socio-demographic characteristics of families mourning due to suicide in Coimbra's District from 2013 to 2016; understand the socio-demographic characteristics of suicidal in Coimbra's District from 2013 to 2016; analyze the correlation between some socio-demographic characteristics (such as age, gender) and suicidal methods in Coimbra's District from 2013 to 2016; analyze the characteristics of the mourning process and the Duration of Accompaniment of families mourning due to suicide in Coimbra's District from 2013 to 2016.

In the initial sample, 24 mourning families due to suicide participated. However, four families didn't want to participate due to stigma and prejudice and one family backed down as the sorrow for the loss of their loved one was too strong. Therefore, the sample was composed of 19 mourning families, 9 being males and 10 females.

It was used as instruments the Instrument of Evaluation of Prolonged Mourning Disturbance (PG-13) and the Socio-Demographic Questionnaire.

It was possible to confirm that the Mourning Process is directly correlated with the Duration of Accompaniment of the mourning families due to suicide in Coimbra's District from 2013 to 2016.

Keywords: Suicide; Family; Mourn

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
CAPITULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	15
1. O LUTO E O SUICÍDIO.....	16
1.1. Refletir sobre o Suicídio e Significar o Luto	17
1.2. Reações e Processos de Luto.....	19
2. O SOFRIMENTO HUMANO E O LUTO.....	24
2.1. O Sofrimento e a Dor como Fenómeno Cultural.....	25
2.2. Luto Normal ou Patológico.....	27
3. O PORTAL DA FAMÍLIA E O PAPEL VINCULATIVO FACE AO LUTO.....	32
3.1. Seres Vinculativos.....	32
3.2. Padrões Vinculativos face ao Luto.....	36
4. PLASTICIDADE DA RELIGIÃO E A ESCULTURA DO SUICÍDIO.....	39
4.1. Religião aos Olhos de Durkheim.....	41
4.2. A Plasticidade da Religião e a Escultura do Suicídio.....	44
5. O PARADIGMA DO SUICÍDIO.....	49
5.1. Reflexão Caleidoscópica das Nomenclaturas.....	49
5.2 Nomenclaturas em Portugal.....	54
6. O IMPACTO DO SUICÍDIO EM PORTUGAL.....	56
6.1. Autópsias Psicológicas.....	56
6.2 Suicídio em Portugal.....	58
6.3 “Sobreviventes” e “Pósvenção”.....	61

CAPITULO II – METODOLOGIA.....	64
1.Estrutura do Trabalho.....	65
2. Tipo de Estudo.....	65
3. Objetivos de Investigação.....	65
4. Questões Investigação.....	66
5. Hipóteses.....	66
6. População e Amostra.....	67
7. Instrumentos e Colheita de Dados.....	67
8. Procedimentos Formais e Éticos.....	69
CAPITULO III – RESULTADOS.....	71
1. Análise Estatística.....	72
2. Apresentação e Análise de Resultados.....	72
3. Análise Descritiva.....	72
4. Análise Inferencial.....	79
CAPITULO IV- DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	84
1. Discussão de Resultados.....	85
CAPITULO V – CONCLUSÕES.....	88
1. Conclusões.....	89
ANEXOS.....	100
ANEXO I- Parecer da Comissão Ética FMUC.....	101
ANEXO II- Parecer da Comissão Ética do IMLCF.....	103
-Parecer do IMLCF face à Casuística da Amostra.....	104

ANEXO III- Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado PG13.....	106
ANEXO IV- Formulário de Informação e Consentimento Informado.....	108
ANEXO V- Questionário Sociodemográfico.....	116
ANEXO VI- Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – PG13.....	121

ÍNDICE DE TABELAS

Capítulo I

Tabela 1 – Dados Estatísticos face ao Suicídio em Portugal – Fonte INE: DGS 2016.....60

Capítulo II

Tabela 1- Análise da consistência interna.....68

Capítulo III

Tabela 1 e 2 - Características Sociodemográficas das famílias enlutadas.....73-74

Tabela 3 - Percepção Apoio e Duração Acompanhamento nas famílias enlutadas75

Tabela 4 e 5 - Características Sociodemográficas dos suicidas.....76-77

Tabela 6 e 7 - Características da Circunstancia de morte dos suicidas.....78-79

Tabela 8 - Correlação entre as características sociodemográficas (Género) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.....80

Tabela 9 - Correlação entre as características sociodemográficas (Idade) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.....80

Tabela 10 -Teste Normalidade.....81

Tabela 11-Sumarização do Modelo^b.....82

Tabela 12 – Teste ANOVA^a82

Tabela 13- Coeficientes^a83

“O suicídio é o mais misterioso ato do ser humano”

(Saraiva 2006a:15)

INTRODUÇÃO

No mundo da existência, a interação social é um elemento fundamental para a socialização da vida e para a aquisição de vínculos intersubjetivos, possibilitando e aproximando laços afetivos, sentimentos e afinidades. Consta-se assim, um cenário compartilhado com os outros, interferindo no espaço, na linguagem, no aprendizado e na relação mútua.

Assim sendo, os sujeitos pré-interpretam o mundo mediante uma série de constructos do sentido comum, acerca da realidade quotidiana e tais objetos de pensamento determinam a sua conduta, definem o objeto da sua ação que ajudam a orientar-se dentro do meio natural e sociocultural (Schutz, 2003).

No entanto, circunstancialmente esbarramos com algumas dificuldades de compreensão humana, principalmente quando o tema é a morte e a sua essência é o suicídio. Partindo da ideia de que o ser humano é composto de uma relação biopsicossocial, deve-se compreender a multiplicidade dos fatores envolvidos neste fenómeno a fim de se considerar a visão holística do funcionamento humano e, mais especificamente, do comportamento suicida (Werlang e Botega, 2004).

[...] o ato suicida exitoso constitui o evento final de uma complexa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos (com ênfase nas primeiras experiências vitais), sociais, históricas e culturais (Werlang e Botega, 2004: 27).

O número avassalador de suicídios em todo o mundo e a complexidade de que se reveste este fenómeno, têm determinado a necessidade de se estabelecerem princípios gerais relativos à formação em suicidologia, com o objetivo, de se contribuir de forma eficaz para a planificação de estratégias de prevenção do suicídio. A nossa realidade consciencializa para esse impacto na saúde pública. É importante aumentar a informação, a educação e a reeducação em saúde mental. Neste sentido, diminuindo estigmas e promovendo um maior

planeamento de prevenção face ao suicídio, é possível melhorar a qualidade interventiva na saúde mental.

Considerando a perda, um dos fenómenos universais da existência humana, só é possível entender o luto face ao suicídio, quando determinamos que o ser humano é essencialmente, um ser portador de vínculos. Neste sentido, uma grande perda, promove um processo de transição que obriga as pessoas a uma nova adaptação, a refazer novas conceções sobre o mundo e sobre si próprias. Face a qualquer perda significativa, desenrola-se um processo necessário e fundamental, para que o vazio deixado com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo um conjunto de reestruturações internas para que tal aconteça.

Neste sentido, a dor é uma experiência complexa e multidimensional nas suas vertentes físicas, cognitivas, afetivas, comportamentais, morais e sócio culturais, o que pressupõe uma abordagem multidisciplinar da sua gestão, desde a avaliação, diagnóstico e tratamento. Possui um carácter que varia de pessoa para pessoa, está relacionada com o significado atribuído à situação presente, às experiências vividas, às recordações, ao padrão de apego e força vincular existente, desenvolvido e aprimorado ao longo da sua vida.

Ao longo da estruturação do primeiro Capítulo, e no trilhar desta temática sensível e delicada, fez sentido, desenvolver uma linha orientadora sobre o paradigma do suicídio, tanto histórico, social como culturalmente.

Foi imperativamente significativo, entendermos o fenómeno das perdas, o processo de luto e o inevitável sofrimento humano das famílias enlutadas. Preconizado a este processo foi importante percepcionarmos a estrutura das famílias e padrões vinculativos face ao luto.

A pertinência de dar voz às famílias enlutadas face ao suicídio, principalmente no Distrito de Coimbra no período compreendido entre 2013 e 2016, fez-nos instigar e fomentar ao nível da literacia o papel primordial das autópsias psicológicas e o impacto do suicídio em Portugal.

Um segundo Capítulo, refere-se á metodologia face á problemática investigada. Inclui estrutura, tipo de estudo, objetivos de investigação, questões de investigação, hipóteses, participantes, instrumentos, colheita de dado, procedimentos formais e éticos.

O terceiro Capítulo é dedicado à apresentação dos resultados, que implica, análise estatística, apresentação de análise, análise descritiva e análise inferencial.

O quarto Capítulo referencia a discussão de resultados e por último, o quinto Capítulo que sintetiza as conclusões.

Neste sentido, o presente estudo decorre do contato direto com as famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 e 2016.

Os objetivos primordiais para esta investigação baseiam-se em conhecer as características sociodemográficas das famílias enlutadas por suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 e 2016; conhecer as características sociodemográficas referente aos suicidas no Distrito de Coimbra de 2013 e 2016; analisar a relação existente entre algumas características sociodemográficas (Idade; Género) e Métodos de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 e 2016 e por último analisar as características relativas ao Processo de Luto e a Duração Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 e 2016.

Esta pesquisa preconiza contribuir para uma melhor intervenção clínica junto das famílias enlutadas face ao suicídio, amenizando deste modo, consequências de sofrimento humano permitindo uma adequada intervenção junto das mesmas.

CAPITULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. O LUTO E O SUICÍDIO

“Eu também irei levando até ao fim, gravadas em profunda incisão na minha memória, as recordações de muitos que comigo morreram e que, deste modo, em mim continuam vivos.”

Lobo Antunes (2005: 117)

Esta temática continua a ser, muitas vezes *non grata*, falar da morte recorda-nos a efemeridade da nossa própria vida e todos os esforços são feitos no sentido de tentar contrariar o incontornável facto da mortalidade. Vicent (1991:343) explicita bem este facto, quando diz que "por toda a parte a morte agarra o que está vivo".

Sendo a perda, um dos fenómenos universais da existência humana, é indescritível o tremendo sofrimento que advém da ausência de alguém que nos é querido, pois jamais alguma palavra conseguiria abarcar uma dor que aparenta ser incomensurável. Sanders (1999:3) define como "a dor de uma perda é tão impossivelmente dolorosa, tão semelhante ao pânico, que devem ser inventadas maneiras para se defender contra a investida emocional do sofrimento. Existe um medo de se entregar totalmente à dor, ela será devastada - como que por um maremoto - para nunca mais emergir para estados emocionais comuns outra vez". Quando um ente querido morre por suicídio, a resposta à dor pode ser mais complexa e ainda mais difícil de resolver.

A busca dos sentidos do suicídio impõe-se tanto mais, quanto se tornou claro, que “não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade, as conceções sobre a vida e o seu valor simbólico, sobre a morte e o significado do após a morte” (Prats, 1987: 182).

Segundo Barbosa, as reações adaptativas à perda variam consoante a sua natureza, as expectativas passadas, a personalidade, os valores individuais, e a ameaça percebida em relação ao sentimento de integridade pessoal. O processo do luto é considerado

multidimensional, ativo, altamente personalizado e determinado por inúmeros fatores de vida do enlutado. Não é um processo linear, com limites concretos, mas um composto de fases que podem se sobrepor e variam de pessoa para pessoa ao longo do tempo.

1.1. Refletir sobre o Suicídio e Significar o Luto

Shneidman (1994) daria uma definição de suicídio onde a questão da saúde e do discernimento do indivíduo assume bastante relevância ao referir que se trata de um ato consciente de autodestruição, entendido como um mal-estar multidimensional, levado a cabo por um indivíduo carente, que, perante uma determinada situação, acredita que esse comportamento é a melhor solução.

Apesar de ser um fenómeno que desde sempre despertou a curiosidade do ser humano, este não é de todo um fenómeno simples e unifacetado, pelo que também, a sua definição não é simples nem unifacetada, de tal forma, que “não existe ainda hoje uma nomenclatura globalmente aceite para nos referirmos aos comportamentos suicidários.” (Moreira, 2008:25). Apesar de não existir uma nomenclatura globalmente aceite, o comportamento suicidário é tipicamente descrito num *continuum* de letalidade que vai desde a ideação suicida, passando pelos comportamentos auto lesivos e pelas tentativas de suicídio até ao suicídio consumado (Crosby *et al.*, 1999 *cit in* Weaver *et al.*, 2007; Webster, 1996).

Na compreensão do ato suicida, torna-se relevante salientar que determinados teóricos e intelectuais analisam-no sob prismas distintos, há os que o compreendem numa dimensão individual, ou seja, conceção de que somente o indivíduo determina a sua morte; e há aqueles que compreendem numa dimensão social e individual, ou seja, conceção de que a sociedade é quem induz o indivíduo a suicidar-se. Desse modo, em uma dimensão restrita, individual, compreende-se o ato suicida como uma autoeliminação consciente, voluntária e intencional. Já numa outra dimensão abrangente e social, compreende-o como um ato suscitado por processos autodestrutivos inconscientes, lentos e crónicos (Levy 1979 apud Kovács, 1992).

A dificuldade em lidar com a morte parece ser algo inerente ao ser humano. Freud (1915: 306) assegurou que tendemos a evitar o assunto morte, como se isso, a colocasse à parte da

vida. Segundo o autor, o nosso inconsciente não crê na sua própria morte, comporta-se como se fosse imortal. Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em autorrecriação, culminado numa expectativa de punição.

A perda de uma pessoa querida é uma das experiências mais dolorosas, mais intensas que qualquer ser humano pode sofrer, e não só é dolorosa como vivência, mas também, dolorosa de ser testemunhada pelo simples fato, de sermos impotentes para ajudar (Bowlby, 1980 *apud* Worden, 1998: 153).

“*Pesar*, é um complexo de pensamentos e sentimentos sobre a perda, que são vivenciados internamente. Em outras palavras, é o significado interno dado à experiência do luto. Por sua vez, o *Luto*, é o pesar tornado público, quando o indivíduo, se apodera desses sentimentos e pensamentos e os expressa e compartilha com os que o cercam” (Franco, 2002: 56).

O autor refere ainda, que “fala-se em resultados, sejam eles saudáveis ou patológicos, e os sintomas associados ao luto deixam-nos a clara impressão de que o luto é mais uma doença, do que uma experiência universal. A patologização do luto é sintoma de sua individualização” (Franco, 2002: 22). Bowlby (1998a), por sua vez, adota o termo luto num sentido amplo, para referir-se a uma variedade de processos psicológicos conscientes e inconscientes, provocados pela perda de uma pessoa amada, independente de seguir um curso normal ou resultar em condição patológica.

Sanders (1999) considera que o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda.

O psiquiatra George Engel (*apud* Bromberg, 1994) conceitua o luto como um resultado da perda de um objeto valorizado, ele considera uma doença, porque há um sofrimento, uma alteração funcional global da pessoa, podendo durar dias, semanas ou até meses. É possível identificar a causa real, potencial ou imaginária, preenche os critérios para descrição de uma síndrome, com sintomatologia e evolução previsíveis.

Argumenta ainda, (apud Worden, 1998) que o luto equivale à perda de saúde e bem-estar. Para a recuperação do balanço homeostático, um período de tempo faz-se essencial para que uma pessoa enlutada retome um estado equivalente de equilíbrio.

1.2. Reações e Processos de Luto

"A perda é um poderoso evento nodal que abana a fundação da vida da família e deixa todos os membros afetados (...) [ela] modifica a estrutura familiar, requerendo normalmente uma grande reorganização do sistema familiar. O significado de uma determinada perda e suas respostas são moldados essencialmente pelo sistema de crenças da família, o qual, por sua vez, é modificado por todas as experiências de perda" (Walsh e McGoldrick, 1998:5).

Sendo o luto concebido como reação natural a qualquer perda significativa, principalmente à de um ente querido, o enlutado experimenta um conjunto de respostas fisiológicas, psicológicas, sociais e comportamentais (Worden, 1998; Parkes, 1998). Segundo Freud (1917: 250), no luto há perda de interesse no mundo externo, desânimo profundamente penoso e inibição de toda e qualquer atividade. Entretanto, ele alerta que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica.

Deste modo, torna-se essencial perceber o impacto que uma perda significativa tem não só no indivíduo, como também, no sistema familiar e nas suas interações. Uma maior consciência e compreensão dos possíveis caminhos que cada um pode percorrer para recuperar de uma perda promove, uma maior aceitação das inúmeras diferenças que o processo de luto tem de pessoa para pessoa. Concordamos com Bromberg (1998) quando afirma que o luto demanda uma visão que vai além do psiquismo, havendo necessidade de considerá-lo uma experiência humana objeto de interesse de diversas áreas do conhecimento.

Acrescenta ainda que “os familiares têm dificuldade em associar certos sintomas com a vivência do luto, sendo exceção as manifestações classicamente entendidas como pertinentes ao luto: depressão, saudade, necessidade de manter-se em luto. Reações como agressividade,

atividade frenética e errática, distúrbios psicossomáticos, dificuldades na aprendizagem são as que causam maior estranheza quando associadas ao luto” (Bromberg, 1994: 15).

Lindemann (1944) observou, após ter realizado um estudo¹, que o luto se manifesta como uma síndrome. Para o autor, o familiar enlutado apresenta sintomas somáticos, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reações de hostilidade e perda dos padrões de comportamento. De acordo com Sullivan (1956 cit. por Sanders, 1999), o processo de luto oferece ao sobrevivente a oportunidade de se deslindar dos laços da vinculação. Em condições normais, o processo de luto elimina estas vinculações que ameaçam manter as ilusões de amor eterno. O autor vê, portanto, o processo de luto como um mecanismo extremamente valioso e protetor, sem no entanto negligenciar a dor e o aspeto desagradável que o caracterizam.

Após a perda de alguém que nos é querido, existe uma série de tarefas de luto que têm de ser concretizadas para que se restabeleça o equilíbrio e para que o processo de luto fique completo. Desta forma, a adaptação à perda, de acordo com Worden (1991), envolve quatro tarefas básicas: aceitar a realidade da perda²; trabalhar a dor advinda da perda³; ajustar a um ambiente em que o falecido está ausente⁴, transferir emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida⁵.

Segundo a linha orientadora de Worden (1991), o processo de luto termina quando as tarefas *supra* descritas, são concluídas. Quanto à duração do processo, não existe uma resposta conclusiva, sendo impossível definir uma data precisa. Outra opinião advém de Parkes que postula, que o luto se desenvolve em fases. O autor estudou muitos dos aspetos culturais relacionados com a perda e descreve o processo de luto em quatro fases que constituem um

¹ Estudo efetuado em 1942, após um grande incêndio em *Coconut Grove*. Quase 500 pessoas perderam a vida. Lindemann, naquela época, chefiava o Departamento de Psiquiatria do Hospital Geral de Massachusetts. Ele e sua equipa acompanharam 101 familiares em luto recente.

² O permanecer nesta tarefa pode dever-se a não acreditar na perda através de um determinado tipo de negação (Dorpat, 1973 cit. por Worden, 1991): factos da perda; significado da perda; irreversibilidade da perda.

³ Muitas pessoas experimentam a dor física, bem como a dor emocional e comportamental, associadas à perda. Uma vez que a pessoa em luto tem que passar pela dor causada pela perda, de modo a fazer o trabalho do sofrimento, então tudo o que permitir ao enlutado evitar ou suprimir essa dor irá muito provavelmente prolongar o processo de luto (Parkes cit. Por Worden, 1991).

⁴ Para as pessoas que definem a sua identidade através das relações e atenção que tem pelos outros, o processo de luto significa não só a perda de um ente querido, mas também um sentimento de perda do *self* (Zaiger cit. por Worden, 1991). Outra área de ajustamento diz respeito ao sentido que a pessoa tem do mundo, pois a perda pode pôr em causa várias crenças e desafiar valores fundamentais.

⁵ Uma pessoa nunca perde as memórias de uma relação significativa. De acordo com Volkan (cit. por Worden, 1991), o processo de luto termina quando o enlutado deixar de ter uma necessidade de reativar a representação do falecido com uma intensidade exagerada no quotidiano.

ponto de partida para se entender a perda, sendo elas, o entorpecimento; o anseio - protesto; desespero - desorganização e por último a recuperação ou restituição.

Assim, verifica-se que o luto não é um processo que progride de forma linear, podendo reaparecer para ser novamente trabalhado.

Sanders (1999) vai mais longe e defende que as regressões são inevitáveis num processo de luto. Até mesmo quando o enlutado já passou claramente para uma fase seguinte, a pessoa pode regressar a padrões anteriores durante alturas stressantes ou de extrema fadiga.

Esta autora, baseou-se em diversas teorias, nomeadamente na teoria de Cannon⁶ (1929 cit. por Sanders, 1999), e socorreu-se da investigação empírica para construir um modelo integrativo que pretende explicar a necessidade e o desenrolar do processo de luto. De acordo com a autora, o processo de luto tem cinco fases, sendo o choque⁷; a consciência da perda⁸; a conservação -retirada⁹; a cura e a renovação¹⁰. Cada uma das forças psicológicas que operam durante o processo de luto, têm um correspondente biológico que determina o bem-estar físico do indivíduo.

A teoria integrativa¹¹ considera tanto variáveis moderadoras internas, como externas. Os moderadores externos incluem fatores como os sistemas de suporte social, a forma como o falecido morreu, quem faleceu, o estatuto socioeconómico, entre outros. Os moderadores internos descrevem elementos que são caracterizadores do estado pessoal interno, tais como, a idade, o género, a força do ego e personalidade, a vinculação ao falecido, entre outros.

⁶ Teoria Integrativa do Processo de Luto (adaptado de Sanders, 1999). Esta teoria demonstra onde as fases do processo de luto são influenciadas, inicialmente, por mediadores externos e internos, podendo o processo ter diferentes resultados.

⁷ O enlutado movimenta-se num estado confuso de descrença e está num intenso estado de alarme, além de manifestar uma espécie de anestesia dos sentimentos, que protege o enlutado de experimentar a dor intensa que se vai seguir.

⁸ À medida que este estado "dormente" face à perda desaparece, o enlutado tem que enfrentar a agonia física e mental sem o apoio adicional de um agente biológico de entorpecimento. A ansiedade de separação torna-se predominante enquanto o enlutado prepara-se para o que sente como um esgotamento nervoso. Os sentimentos de perigo predominam e parece não haver um lugar seguro.

⁹ O enlutado percebe que não há quantidade suficiente de anseio ou concentração que possam trazer de volta a pessoa perdida. Desta forma, ele começa a perceber que são necessárias novas abordagens, novas relações estabelecidas e uma nova vida construída. Numa análise final, o trabalho do luto depende da aceitação da perda e das consequentes mudanças na vida do enlutado.

¹⁰ Há uma mudança gradual de atitude e o ganho de controlo.

¹¹ O enlutado pode: escolher seguir em frente com a vida de uma nova maneira; decidir não fazer mudanças e viver como se o enlutado não estivesse presente apenas temporariamente ou submeter-se às complicações que surgem e ficar doente ou morrer, sendo que este último resultado, deriva normalmente de uma decisão inconsciente. Esta teoria pode ser dividida não apenas em fases do processo de luto, mas também em níveis representados pelas componentes emocional, biológica e social.

Assim, a experiência da morte é afetada por inúmeras variáveis moderadoras, tanto situacionais, como pessoais e a forma como estas variáveis interagem durante o processo de luto vai, por sua vez, ter um efeito significativo no resultado.

Já Stroebe e Schut (1999) construíram uma teoria baseada na ideia da existência de um processo dinâmico no confronto com a perda, ou seja, o modelo dual do luto. Esta teoria estipula, como pressupostos, a existência de stressores secundários à perda, a integração de estratégias cognitivas e a existência de um processo dinâmico de oscilação. Prevê que o indivíduo, ao vivenciar o processo de luto, oscila entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração, ou seja, entre enfrentar a dor (examinando os pormenores da experiência e expressando os seus sentimentos) e evitá-la (evitando as recordações, distraíndo-se e mantendo-se ocupado). Este processo caracteriza-se pela alternância entre os dois tipos de orientação. A certa altura, no processo de luto, a pessoa enlutada irá confrontar-se com alguns aspetos da perda e enfrentá-los, ao mesmo tempo que evita lidar com outros.

Nos primeiros meses, é mais provável que os enlutados manifestem comportamentos orientados para a perda mas, para se adaptarem à experiência da vida diária, é necessário que se adotem gradualmente comportamentos orientados para a recuperação ou restauração. Sendo assim, o indivíduo apresentará um processo de luto saudável ou normal, entre estes dois tipos de comportamentos, sem se reter exclusivamente na orientação para perda (luto crónico) ou na orientação para a restauração (luto inibido).

Já Peterson (1980 *apud* Farberow et al. 1992) propõe um modelo de resolução de luto, em que tanto a resolução do luto, quanto a adaptação durante este período, depende da interação de três principais fatores: a força de enfrentamento do enlutado, a rede social de suporte e a forma como o enlutado passou por perdas e eventos stressores anteriormente.

Knieper (1999) compartilha da visão quando atribui grande importância ao âmbito social para a elaboração do luto. Ressalta que no caso das mortes por suicídio, devido ao estigma e preconceito, os rituais sociais ficam alterados e o suporte social ao enlutado falha. Isso dificulta o processo de luto para com o familiar enlutado face ao suicídio.

Por sua vez, Aldrige (1984 (6) 309-322) explora diversos conceitos relevantes para a descrição da comunicação familiar em famílias onde decorrem suicídios ou mesmo tentativas

de suicídio. Segundo este autor, existem alguns fatores na comunicação familiar associados ao suicídio, sendo eles, um padrão de hostilidade marcada; um padrão de perturbação de papéis e falha de papéis; um processo de escalada de conflito quando ocorre uma mudança desenvolvimentista relacionada com o ciclo vital da família; uma relação simbólica entre parceiros que não tolera a autonomia; intolerância à crise; uma relação entre gestão de crise, conflito familiar e organização familiar; comportamento suicida, como uma forma de comunicação e existência de uma tradição familiar de gerir as crises através da manifestação de comportamentos sintomáticos.

Segundo Barbosa, algumas famílias emergem dificuldades persistentes que limitam as capacidades para lidar com perda e nos períodos precoces de luto estas famílias descompensam pela deterioração do seu funcionamento em três dimensões fundamentais, sendo a coesão, a falha na comunicação e o aumento do conflito. As principais características destas várias dimensões podem ser resumidas de acordo com a tipologia de famílias de Kissane¹².

Por sua vez Muller and Thompson (2003:184) alertam para o fato de “as reações variarem dependendo de quem era o ente querido perdido, (...) pai/mãe, filho, cônjuge ou amigo. Diferentes relacionamentos evocam diferentes respostas ao luto”.

Face ao exposto, concluímos que existem muitos modelos para definir e explicar o processo de luto, e que cada um apresenta vantagens e desvantagens. O importante é consciencializar que o luto é um processo dinâmico, ativo que varia de pessoa para pessoa, no qual se cria uma nova relação com o que se perdeu e com o mundo através de novas relações e interesses. Do ponto de vista sistémico, a morte na família envolve múltiplas perdas: a perda da pessoa; a perda de papéis e de relações; a perda da unidade familiar intacta e a perda de esperanças e sonhos por tudo o que poderia ter sido (Walsh e McGoldrick, 1998).

¹² Adaptado por António Barbosa (2010).

2. O SOFRIMENTO HUMANO E O LUTO

Morrer com dignidade é uma oportunidade inestimável, um grande presente, uma grande dádiva e ao mesmo tempo uma grande tarefa para a humanidade (Jaramillo, 2006: 21). A autora acrescenta ainda que “morrer com dignidade depende também, de como se abordou, durante a vida a questão da morte” (Jaramillo, 2006: 21).

À medida que progredimos pelas várias etapas do ciclo vital, aproximamo-nos do nosso incontornável destino que é a morte. Contudo, são vários os acontecimentos que podem antecipar esse confronto, sendo a morte de alguém próximo, um dos mais penosos momentos. O sofrimento que advém desta perda é tremendo, indescritível e incomensurável.

Para a maioria dos enlutados a perda de um ente querido é uma tragédia inigualável. É uma experiência que ocorre na vida de quase todos (Strobe, Strobe & Hanson, 1993). A ruptura unilateral do vínculo amoroso provoca desprazer, tristeza e muita dor, exigindo um lapso de tempo subjetivo para amenizar, elaborar, adaptar-se e/ou “curar” esta dor emocional advinda da perda de quem se ama. No que concerne ao povo do Ocidente, o processo de perda é deveras difícil, torna-se um obstáculo para quem sofre e para aqueles que se encontram mais próximos do indivíduo que vive o luto (Domingos & Maluf, 2003:16 (3) 577-589).

Embora o luto e o pesar sejam experiências universais, têm um contexto cultural. As sociedades ajudam a superar o luto mediante os seus rituais e costumes, dando significado à turbulência da perda. Neste sentido, podemos dizer que o luto é culturalmente aceite e vivenciado de diversas formas, umas seguem as prescrições religiosas, outras de índole legal. Cada comunidade, grupo social ou mesmo família, caracteriza-se pelo uso de uma linguagem de sofrimento muito própria, padronizam os modos de expressar a dor tendo em conta as influências culturais do meio onde vivem. Podem aparecer, reações extravagantes das emoções ou reações caracterizadas pelo estoicismo e repressão (Helman, 2003).

Continuando ainda, na linha de pensamento do autor, “as respostas individuais ao estímulo doloroso são influenciadas e/ou condicionadas por valores e modelos culturais, pela experiência anterior, comportamento, cognição, personalidade, idade, ansiedade e ambiente envolvente” (Helman, 2003:49). Apesar de existirem várias teorias, sendo as mais conhecidas, a “Teoria da Especificidade” (fundamentada por Perl, 1971 e Prodacci, 1969) e a “Teoria do Controle do Portão” (proposta por Melzack e Wall em 1965), o sofrimento humano é

recheado de variados estilos culturais e a dor é mistificada pela cultura. Neste sentido, citamos alguns contextos onde a cultura intensifica o seu poder e retrata diferentes sentimentos face ao luto. Abordamos o sofrimento e a dor como fenómeno universal e finalizamos com o luto normal ou patológico.

2.1. O Sofrimento e a Dor como Fenómeno Cultural

Frei Clodovis Boff (2012:31) cita em seu livro sobre escatologia que “a morte sempre suscitou temor. É uma experiência absolutamente solitária, incompartilhável, cada um morre a sua própria morte. Embora rodeado de pessoas queridas, todo ser humano parte deste mundo absolutamente só”.

A conceção de dor alterou-se a partir de meados do século XX. Até então era vista, como consequência de uma doença ou lesão. Contudo podemos dizer que hoje em dia, o fenómeno da dor é visto em toda a sua complexidade, ou seja, ultrapassa o problema da doença, envolvendo fatores como a personalidade e a cultura (Melzack e Wall, 1982).

As definições de dor fruíram numa evolução que patenteia as suas múltiplas dimensões e subjetividades. Assim sendo, o conceito de dor evoluiu historicamente. Na antiga Grécia, Aristóteles considerava a dor, uma emoção e não um fenómeno físico, enquanto na Idade Média, em que prevalecia o Teocentrismo, a dor era vista como punição pelos pecados cometidos. Com a corrente Iluminista, emergiu a racionalidade, o conhecimento científico e o avanço tecnológico. Descartes, mentor da clássica separação corpo/mente entendia a dor como um fenómeno físico que podia ser eliminado por técnicas mecânicas (Quartilho, 1996).

Veremos, o homem de Neanderthal (100.000 ac) enterrava seus mortos em posição fetal, como que devolvendo-os à terra da maneira como nasceram. Isto indicava um sentido de que, para ele, de algum modo, já existia uma ideia de continuidade para aquele membro da sua comunidade (D’Assumpção, 2010:31).

No velório Irlandês, era festejado o luto durante a noite com a participação dos familiares e amigos que brindavam à memória da pessoa falecida. No antigo “*livro dos mortos do Egito*”, eram retratadas instruções para sacrifícios e rituais, no sentido, de ajudar o falecido a conquistar o seu lugar legítimo na comunidade dos mortos. Na sociedade Malaia, a morte era vista como uma transição gradual. Um corpo era provisoriamente sepultado, dando a possibilidade aos sobreviventes de realizar rituais fúnebres enquanto o corpo se decompunha, até ao ponto, que acreditavam que a alma partia para o reino espiritual com tranquilidade.

Um costume Judaico tradicional prescrevia nunca deixar um morto sozinho, existia a crença de que os espíritos do mal pairavam em torno do falecido (Ausubel, 1964). A vigília Judaica junto ao leito de morte não apenas proporcionava conforto espiritual, como também, ajudava a mitigar a culpa que alguns sobreviventes poderiam sentir. Alguns autores descrevem, que um funeral judaico ortodoxo¹³, visa ajudar os enlutados a enfrentar a sua perda e a comunidade proporciona apoio emocional, servindo em suas casas uma refeição como padrão de simbolismo face ao sofrimento humano.

No Japão, rituais religiosos estimulavam os sobreviventes a manter um altar em casa dedicado aos seus ancestrais (Stroebe, 1992). Em Gâmbia os mortos eram parte integrante da comunidade. Já os americanos nativos, os hopis¹⁴ tentavam esquecer o falecido o mais rapidamente possível, isto porque, acreditavam que a morte trazia contaminação, por conseguinte, abdicavam de guardar objetos pessoais ou mesmo lembranças, temendo o espírito do morto. Os muçulmanos no Egito mostravam o pesar por meio de expressões de profunda tristeza, por sua vez, os muçulmanos em Bali eram estimulados a suprimir a tristeza (Stroebe et al., 1992: 47 (10):1205-1212).

Realmente, “a existência humana é rodeada de muitíssimas indefinições que têm perturbado o ser humano ao longo dos tempos e que estão na base da sua ação, demonstrando a procura em atribuir um sentido à sua própria vida. O mistério inicia-se quando se tenta compreender quem somos, porque vivemos ou porque temos de sofrer e morrer. O sofrimento

¹³ Nas culturas tradicionais, como a seita dos Hasidianos, a cremação era proibida segundo a lei Judaica ortodoxa, contudo na Grécia Antiga, os corpos dos heróis eram publicamente queimados em sinal de honra.

¹⁴ Povo indígena nativo da América do Norte.

subjetivamente falando é uma experiência pessoal e só a conhecemos através da comunicação daquele que sofre¹⁵”.

Assim sendo, existe um valor antropológico em que a dor é apreendida numa série complexa de valores culturais, remetendo-a para uma ordem simbólica e não para uma ordem puramente biológica. Percebemos então, que não existe uma ideia única de experienciar as perdas, o processo de luto e o sofrimento, sendo vivido de diferentes formas em diferentes culturas. Aceitar o sofrimento como algo que faz parte da vida, gera instabilidade, incompreensão, revolta, fere, e muitas das vezes, põem em causa a identidade e a integridade do indivíduo. Do princípio ao fim da nossa peregrinação na terra, o sofrimento acompanha-nos e demarca o seu lugar na vida de cada pessoa em diversas circunstâncias.

2.2. Luto Normal ou Patológico

Percebemos anteriormente que não existe uma fórmula mágica ou uma equação precisa para lidarmos com a dor da perda ou com qualquer outro evento no âmbito das emoções. Billy Graham escreveu que o luto é, com certeza, algo que a maioria de nós tem que enfrentar em algum momento da vida. “Quando a morte nos separa de alguém que amamos, passamos por um período em que chegamos a pensar que nunca ninguém sofreu o que estamos a sofrer. Mas acontece que a melancolia é universal”.

Segundo McCaffery¹⁶ “a dor é qualquer coisa que a pessoa que a sente diz que sente, existindo sempre o que ela diz que existe”. Para Seeley (1997:442) é a sensação que se caracteriza por um grupo de experiências perceptuais e emocionais desagradáveis, que desencadeiam respostas autonómicas, psicológicas e somatomotoras. Neste sentido, constitui um desafio para quem a experiencia de perto, para os profissionais de saúde, para a sociedade que deve encontrar meios médicos, científicos e financeiros para controlar ou prevenir, da melhor forma possível, a dor e o sofrimento humano (Melzack e Wall, 1982:9).

¹⁵ Acedido em: Maria Teresa Ribeiro (2005 (3) 160- 231). «*Que sofrimento? Que morte?*». in *Brotéria, Cristianismo e Cultura*

¹⁶ Citado por Phipps et al, 2003:303

A persistência temporal da dor propaga-a a um espaço partilhado por outras pessoas, incluindo a família e o seu mundo social mais amplo, mostrando que a sua complexidade não se coaduna apenas com o modelo biomédico (Quartilho, 1996: v17 (3): 171-180). Distinguir a dor face ao luto normal e ao luto anormal tem sido algo observado e ventilado na diversa literatura, sendo difícil de alcançar o consenso em torno de uma definição clara de cada um destes conceitos (Bonanno & Kaltman, 2001 (21):705-734; Holland, Neimeyer, Boelen & Prigerson, 2008).

Lindemann (1944:143) descreve-nos, o desenvolvimento de um luto normal, como sendo, “a duração das reações ao luto, perante o sucesso com que cada pessoa faz o seu trabalho de luto, nomeadamente, a libertação dos laços que a unem à pessoa falecida, a readaptação a um ambiente sem a presença da pessoa falecida e a formação de novas relações”. Nesta descrição Lindemann parece reforçar o conceito de “trabalho de luto” de Freud ao assumir que a quebra dos laços com a pessoa falecida (desvinculação das memórias e lembranças da pessoa falecida) é necessária numa adaptação bem-sucedida.

Para Horowitz e col. (2003: 904-910), preconiza que um luto normal pode envolver humores stressantes e turbulentos, assumindo que, com o passar do tempo, se atingirá um equilíbrio como resultado final. Prigerson e col. (2007) postula que apesar de o luto normal ser doloroso e perturbador, a maioria dos indivíduos enlutados ultrapassa a sensação inicial de descrença e gradualmente, aceita a perda, como uma realidade. Esta aceitação é o espelhar dos recursos internos e das capacidades individuais como foco para progredirem com as suas próprias vidas, adaptando novas atividades e fomentando novas rotinas.

No entanto, tal como já vimos, diferenciar luto normal de luto anormal (complicado, traumático ou patológico) não é uma tarefa fácil, segundo Stroebe, Hansson, Stroebe e Schut (2001) as definições de luto complicado, patológico ou traumático procederam, não da teoria, mas de estudos empíricos e estes talvez tenham usado diferentes critérios para classificar as consequências do luto. Referem ainda, que esta situação é agravada pela ausência de definição de critérios para o diagnóstico de um luto patológico e que a linha que separa o luto normal do luto complicado é uma tarefa difícil, da mesma forma, que é complicado diferenciar o luto patológico de outras perturbações relacionadas, como é o caso da depressão ou do stress pós-traumático.

Por seu lado, Sable (1992: 266-273) acrescenta que o luto complicado é uma variante do luto normal. Caracteriza-se, segundo a mesma autora, pela incapacidade do indivíduo em constituir e manter relações satisfatórias, pela dificuldade em fazer planos ou por apresentar uma saúde debilitada. O luto patológico pode ser acreditado como a intensificação do luto ao ponto da pessoa se sentir sobrecarregada e apresentar comportamentos mal adaptativos¹⁷.

Face ao referido, Worden (1998) destaca a negação dos fatos da perda que varia em diferentes níveis de intensidade, desde uma leve distorção até uma desilusão completa, com uma negação maciça da realidade, pois a aceitação da realidade da perda envolve uma consciencialização intelectual, afetiva e efetiva da morte da pessoa amada. O autor destaca também, que a negação pode gerar na pessoa enlutada o medo de amar novamente, ou seja, de reinvestir em novas relações emocionais, revelando a dificuldade em desapegar-se de quem partiu e da dor sofrida com a perda, assumindo um compromisso consigo de nunca mais amar e vincular-se a alguém a fim de evitar perder novamente.

Seguindo ainda os estudos sobre luto e na perspectiva da terapia, Worden (1998), corrobora que eventos severamente adversos, tais como, morte de ente queridos e as circunstâncias em que esta se deu, por si só, provocam inseguranças e dificuldades de adaptação à perda, mas pessoas com estilo de apego¹⁸ seguro, tendem a um melhor prognóstico de adaptação. Tal condição deve-se ao fato de estas disporem de mais recursos psicológicos e cognitivos para o enfrentamento do processo do luto e conseqüente reposicionamento afetivo da pessoa que faleceu para seguirem as suas vidas com novos investimentos afetivos.

Por sua vez, Boelen, Bout e Hout (2003) realizaram um estudo acerca da relação entre as cognições negativas e os problemas emocionais após o luto, com o intuito, de adquirirem um maior conhecimento acerca dos mecanismos psicológicos subjacentes que estão envolvidos no desenvolvimento e persistência dos problemas emocionais.

De acordo com Boelen et al. (2003), apesar da perda de uma pessoa amada ser geralmente considerada como um dos acontecimentos de vida mais stressantes que o ser humano pode experimentar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda. Porém, algumas pessoas

¹⁷ Nesse caso, o luto não progride para a sua assimilação e a dor e o sofrimento estão estampados a cada dia. Neste sentido podemos dizer que o enlutado pode abraçar cada uma destas fases, ou seja, luto crónico, luto retardado/ausente ou luto severo.

¹⁸ Bowlby, J. (1984). *Apego*. (Vol.1). (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Original publicado em 1969); Bowlby, J. (1984). *Separação. Angústia e raiva* (Vol.2). (L. Hegenberg, M. Hegenberg & O. Mota, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Original publicado em 1973); Bowlby, J. (1984). *Perda: Tristeza e depressão*. (Vol.3). (L. Hegenberg, M. Hegenberg & O. Mota, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1975).

experimentam alterações constantes na saúde mental. “Os problemas comumente observados incluem depressão, sintomas da perturbação de stress pós-traumático e outras perturbações ansiosas, raiva e sentimentos de culpa” (Bonanno e Kaltman cit. por Boelen, Bout e Hout, (2003 (41): 1123-1136).

Uma minoria significativa de pessoas em luto desenvolve a perturbação de “*luto traumático*”. Existe uma série de variáveis cognitivas que está significativamente relacionada com a severidade dos sintomas de “*luto traumático*”, caracterizado por sintomas de ansiedade de separação (saudade, procura, preocupação com o falecido ao ponto de incapacidade funcional) e angústia traumática (entorpecimento, amargura, falta de confiança nos outros, desprendimento emocional, etc.), de depressão e ansiedade.

Essas variáveis são: 1) crenças globais negativas (acerca de si mesmo, do mundo, da vida e do futuro); 2) crenças acerca de autculpabilizações; 3) crenças negativas acerca das respostas de outras pessoas após a perda; 4) crenças negativas acerca das reações de luto do próprio (crenças negativas relativamente à adequação dos sentimentos do próprio, crenças acerca da tendência para estimar a dor emocional como forma de manter o laço com a pessoa falecida e interpretações das reações de luto como sendo uma "ameaça para a sanidade mental" do próprio).

Os autores do estudo verificaram que estas variáveis cognitivas são responsáveis, numa parte significativa, pela severidade dos sintomas, sendo que essa parte é superior àquela explicada pelas variáveis demográficas (idade, género, etc.) e pelas situações antecedentes (grau de parentesco com o falecido, tipo de morte, etc.). É hipotetizado que estas últimas variáveis, tais como o tipo de morte e grau de parentesco com o falecido afetem as consequências mais "benignas" do luto, enquanto outros fatores, tais como as respostas cognitivas do indivíduo à perda, estão envolvidos no desenvolvimento e persistência de respostas mais debilitantes.

“Para que o luto seja resolvido adequadamente, o enlutado precisa confiar nos seus bons objetos internalizados. O sofrimento da perda pode estimular sublimações, que contribuem para a elaboração do luto. Há pessoas que, após o luto intenso, tornam-se mais produtivas, mais tolerantes, mais sensatas. Outras produzem verdadeiras obras de arte. São experiências prazerosas e representam uma forma de vencer as frustrações e o desprazer” (Freitas, 2000).

A identificação como objeto perdido, no sentido freudiano, pode ser um preenchimento, um reabastecimento do eu (Pincus, 1989: 110)¹⁹.

Relativamente ao tempo do luto, este é variável podendo em alguns casos nunca terminar. Isto causa um agravamento somático, levando o enlutado a desenvolver doenças graves e configurar, também, uma depressão reativa. Durante o período da elaboração do luto, podem se desencadear distúrbios na alimentação ou sono e quadros sintomáticos de enfermidades graves e a depressão reativa (Caterina, 2013:25)²⁰.

Para Worden (2013) a “conclusão do processo de luto efetua-se, quando a pessoa consegue encontrar uma conexão duradoura com a pessoa que morreu, promovendo uma nova vida”. Assim face ao exposto, o padrão de luto mais comum e amplamente estudado refere-se às três etapas, nas quais a pessoa enlutada aceita a dolorosa realidade da perda, liberta-se gradualmente do laço com a pessoa morta e por fim readapta-se à vida desenvolvendo novos interesses e relacionamentos.

¹⁹ Pensamento Freudiano apresentado por Lily Pincus (1989) em seu livro “A família e Morte”.

²⁰ Acedido em: Caterina, M. “O luto: perda e rompimento de vínculos”. www.apvi-psicanalise.com

3. O PORTAL DA FAMÍLIA E O PAPEL VINCULATIVO FACE AO LUTO

A vinculação é considerada um constructo psicológico que dispõe de uma capacidade explicativa do desenvolvimento, da formação do “eu” e do comportamento humano, mostrando que o ser, se desenvolve ao crescer, sentindo, pensando e comunicando com os outros (Soares, 2007). Para Monteiro (2009:91) “a vinculação segura promove a proximidade, o sentimento de segurança e bem-estar, a competência social, o funcionamento mental eficaz e a resiliência”.

Assim sendo, a vida pode ser vista como um caminho que se segue ao longo dos tempos, em que normalmente há uma evolução quer a nível emocional, físico, social e cognitivo, variando consoante os padrões de vinculação do indivíduo. Sendo a família considerada como um subsistema que se inter-relaciona com outros subsistemas dentro de um contexto social, foi pertinente abordar o seu conceito, o significado de ciclo vital e descrever uma breve reflexão sobre os vínculos e padrões vinculativos face ao luto.

A perda de uma pessoa querida é uma das experiências mais dolorosas, mais intensas que qualquer ser humano pode sofrer, e não só é dolorosa como vivência, mas também, dolorosa de ser testemunhada”. (Bowlby, 1980 *apud* Worden, 1998:153). Sendo a perda, um dos fenómenos universais da existência humana, só é possível entender o luto, quando determinamos que o ser humano é essencialmente, um ser portador de vínculos.

3.1. Seres Vinculativos

Somos seres que vivemos lado a lado, em partilha direta com o outro. Somos submissos de existência e vivemos aprisionados à essência. Somos tudo o que encontramos na ergonomia da vida. Somos sensatos de criança e esmagadores de adultez. Somos o contemplo de memórias e vivemos eternamente em torno do tempo. Somos vinculados à família. Somos seres de adaptação e construção.

Assim sendo, família representa “o espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros, independentemente dos arranjos apresentados ou das novas estruturas que se vão formando. A sua dinâmica é própria, afetada tanto pelo desenvolvimento do seu ciclo vital, como pelas políticas económicas e sociais” (Carter & McGoldrick, 1995:7-29).

“Ela é um dos principais contextos de socialização dos indivíduos e, portanto, possui um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, que por sua vez, é um processo em constante transformação, sendo multideterminado por fatores do próprio indivíduo e por aspetos mais amplos do contexto social no qual estão inseridos” (Dessen & Braz, 2005:113-131).

Jackson (1965)²¹, ao definir família como uma unidade, “alertava-nos para a necessidade de encontrar medidas que a não reduzissem à soma dos seus indivíduos: Temos necessidade de medir as características da unidade familiar supra individual, para as quais não temos atualmente nenhuma terminologia. Podemos fazer apelo ao bom senso: o todo é mais do que a soma das suas partes”.

Já Andolfi (1979)²² considera a família “como um sistema de interação que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais”. A pertinência das relações interpessoais e a exploração das normas grupais são fundamentais para dar forma à compreensão do comportamento dos membros que a formam.

Sampaio e Gameiro (1985:11-12) definem-na como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados”.

No mesmo sentido, Gameiro (1992:187) complementa que “ a família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados. A

²¹ Acedido em: Madalena Alarcão (2002: 39), (des) Equilíbrios Familiares. Edições Quarteto.

²² Acedido em: Ana Paula Relvas (1997:22), Por detrás do Espelho: Da Teoria à Terapia em Família. Edições Quarteto.

simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional da estrutura”.

Neste sentido, Ana Paula Relvas (1996:25) observa que “cada família se transforma ao longo do seu tempo de vida em três aspetos fundamentais: estrutural, interacional e funcional”. Relvas (1996:17) refere ainda que “a família é um sistema em permanente evolução, caracterizando-se por (...) uma sequência previsível, designada de ciclo vital da família e representa um esquema de classificação em estádios (...), diferenciando fases ou etapas (...) e concretiza-se no caminho que a família percorre desde que nasce até que morre”.

O ciclo vital por sua vez “é constituído pelos momentos mais significativos da vida familiar, considerada no seu conjunto, no qual existem zonas de particular instabilidade, correspondentes a mudanças na organização da família, por si sós geradoras de desequilíbrios momentâneos a que a família tem de dar resposta, de modo a atingir uma nova organização” (Sampaio e Gameiro, 1985:10).

Assim sendo, desmistificando o portal e o conceito de família, passaremos a sensibilizar e a promover uma melhor compreensão e reflexão sobre o conceito de vinculação. Primeiramente teremos que recorrer, a John Bowlby, cuja grande obra vanguardista “*Attachment and Loss*” foi publicada na trilogia “Vinculação”, “Separação” e “Perda” em 1969, 1973 e 1980.

Bowlby²³ centrou-se inicialmente na relevância da vinculação na infância e posteriormente, contribuiu com o seu conhecimento para o papel vincutivo na adolescência e idade adulta. Esta teoria sustende, que existe uma capacidade para a criação de laços emocionais que tendem a formar um elemento determinante para o desenvolvimento e funcionamento psicológico.

Bowlby através das suas ideias vanguardistas possibilitou compreender o desenvolvimento da ciência, permitiu que se olhasse e refletisse de outra forma sobre temáticas relevantes, como a teoria da vinculação. Contribuiu também, de certa forma, para a compreensão das

²³ Bowlby (1973/1980) sugeriu um “sistema comportamental subjacente à tendência das crianças para formar fortes laços emocionais com os seus cuidadores, ou seja, as suas figuras de vinculação. Este sistema de vinculação, quando ativado, permite à criança procurar a proximidade física com a figura de vinculação e, assim, contribuir para a promoção de segurança”. A diferenciação mais significativa “prende-se com a natureza recíproca das relações de vinculação estabelecidas na idade adulta, por comparação com a natureza complementar das relações de vinculação estabelecidas na infância. Por outras palavras, nas relações de vinculação entre adultos, prestam-se e recebem-se cuidados alternadamente, de acordo com o contexto e necessidades de cada interveniente na relação”.

perturbações psicológicas, que se baseiam numa dissolução ou rutura que possa ser indesejada para os laços afetivos.

Neste sentido, permitiu que se desenvolvesse uma das linhas de investigação mais criativa, profunda e inclusiva dos nossos tempos (Cassidy & Shaver, 1999). Para Ainsworth (1989 (44):709-716)²⁴ “a relação de vinculação desenvolve-se ao longo do tempo, sendo construída progressivamente. Relação que se difere das outras relações sociais, definindo-se por quatro características particulares: a procura de proximidade, o conceito de base segura, a noção de comportamento de refúgio e as reações marcadas perante a separação”.

Continuando na mesma linha de pensamento, a vinculação é um conceito distinto do de comportamentos de vinculação, no sentido de que, este contempla todo o tipo de comportamentos que se destinam à promoção da proximidade ou contacto com a figura de vinculação, enquanto a vinculação, é o laço emocional estabelecido. Observamos ainda, que enquanto o estudo da vinculação na infância se centra na dimensão dos comportamentos, por sua vez, na vida adulta centra-se em medidas quer representacionais, cognitivas, narrativas e auto perceptivas (Hazan & Shaver, 1994: 1-22).

Segundo Bowlby²⁵, o conceito de modelos internos dinâmicos (*working models*) ou modelos representacionais das figuras de vinculação e do *self*, são fundamentais nesta teoria, permitindo a compreensão das relações de vinculação ao longo do ciclo vital e das diferenças individuais na segurança.

Em suma, abraçando a perspetiva destes autores, a forma mais comum de concetualizar a vinculação do adulto, prende-se com a assunção da existência de diferenças individuais estáveis ao longo do tempo. Subjaz a esta conceção a ideia de que modelos internos dinâmicos específicos determinam as respostas às separações e reuniões, reais ou imaginadas, da figura de vinculação (Canavarro et al., 2006).

São as relações de vinculação e o contexto vivencial do sujeito que, ao longo da sua vida, irão promover o desenvolvimento de sentido de valor e competência pessoal que lhe darão os recursos pessoais e relacionais necessários para percorrer o desenvolvimento de forma

²⁴Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.

²⁵ “É agora claro que, não apenas para as crianças, mas para qualquer pessoa em qualquer idade, é mais fácil ser feliz e desenvolver as suas aptidões pessoais quando se sente segura de ter acesso a uma, (ou mais) pessoas de confiança que a ajudarão, caso se depare com dificuldades. A pessoa em quem se confia proporciona a base segura a partir da qual o seu (a sua) companheiro(a) pode atuar” (Bowlby, 1973:407).

adaptativa. Nesta linha, existe então o conceito relevante para a compreensão dos sistemas de vinculação e exploração do sujeito - (MID)²⁶ (Canavarro et al., 2006).

Seria pertinente deixar aqui um breve apontamento relativamente a outros autores, que também, focaram três grandes modelos de investigação neste domínio: o modelo representacional da vinculação de Mary Main²⁷, a vinculação romântica de Cindy Hazan e Philipp Shaver²⁸ e o modelo bidimensional de avaliação da vinculação no adulto de Kim Bartholomew²⁹.

3.2. Padrões Vinculativos face ao Luto

Tendo em consideração a importância da aplicação da teoria da vinculação no luto, recentes teóricos da vinculação têm desenvolvido estudos face a esta temática. Neste sentido, a vinculação é um “sistema comportamental inato que influencia e estrutura os processos emocionais, motivacionais e desenvolvimentais, cuja função biológica é a proteção do indivíduo” (Cassidy, 1999:3-30).

“Estes processos dependentes e resultantes da proximidade e qualidade da relação com as figuras significativas, o comportamento de vinculação, refere-se aos esforços para manter ou alcançar proximidade física ou psicológica com a figura de vinculação, sendo um comportamento ativado em diferentes idades, face a uma ameaça psicológica ou física” (Bennette & Nelson, 2010:31-57). Assim, Fonseca (2004) defende a ideia de que a forma como a pessoa lida com a perda de um ente querido é determinada pela forma como os

²⁶ Modelos Internos Dinâmicos: Segundo a revisão de Canavarro, Dias e Lima (2006), distinguem-se as seguintes abordagens conceptuais de vinculação do adulto: (1) vinculação como *estado*, que surge em situações de stress quando há um esforço para restabelecer contacto com a figura de vinculação; (2) vinculação como *traço* ou tendência para que as relações que se vão formar ao longo da vida sejam semelhantes; e (3) vinculação como um *processo de interação* no contexto de uma relação específica.

²⁷ *Adult Attachment Interview* (AAI) (George, Kaplan & Main, 1985) que possibilitou a investigação da vinculação no jovem e no adulto bem como a condução de estudos acerca da transmissão intergeracional da vinculação.

²⁸ *The Love Experience Questionnaire* (Hazan & Shaver, 1987) destinada a avaliar a história da vinculação passada (relativa aos pais), o estilo de vinculação atual e a experiência de amor (a partir do relato da experiência mais importante).

²⁹ Elaborou um modelo bidimensional composto por eixos dicotomizados (modelo de si e modelo dos outros) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Da interface destes eixos, são derivados quatro padrões de vinculação: o Seguro, o Preocupado, o Desligado e o Amedrontado, oriundos da cotação da *Attachment Interview* por si desenvolvida.

primeiros laços afetivos foram estabelecidos no início da vida, ou seja, de forma ansiosa ou segura.

Face ao supra citado, enquanto Bowlby e os seus colegas Ainsworth e Main focaram-se na definição e mensuração dos estilos de vinculação, Parkes (2001) Weiss (2001) e Shaver e Tancredy (2001) dedicaram os seus esforços à compreensão do papel da segurança da vinculação nas reações à perda e complicações no processo de luto.

Parkes (1998:100) sustenta que fazem parte do trabalho de luto “o enlutado passar pela procura do falecido (com isso, ele tende a pensar sobre o que foi perdido), elaborar as dolorosas lembranças acerca da perda (isso requer que o enlutado não as evite) e conciliar um sentido para a perda, para encaixá-la no conjunto de crenças sobre o mundo”.

Neste sentido, o autor alerta para o fato de que “uma relação de amor bem estabelecida, é aquela na qual a separação ou o afastamento pode ser bem tolerado, porque existe a confiança de que a pessoa amada voltará quando necessário” (Parkes 1998:146). Isso é chamado por Ainsworth e Witting (1969, *apud* Parkes, 1998) de segurança do apego, que constitui um dos determinantes do luto.

Na mesma linha de pensamento, outros autores concluíram, que um luto saudável parece ser experienciado por indivíduos que tiveram figuras de vinculação disponíveis e responsivas nos primeiros anos de vida e que conseqüentemente, continuaram a construir vínculos seguros nos anos subsequentes (Parkes, 2001; Parkes, 2002).

Assim sendo, na perspectiva da teoria da vinculação, o modo como os sujeitos reagem à perda e o facto de estes exibirem padrões de luto saudáveis ou problemáticos é dependente do modo como o seu sistema de vinculação se organizou durante o curso do seu desenvolvimento.

Esta premissa chave da teoria da vinculação, pressupõe que os indivíduos cujo sistema de vinculação está predisposto a antecipar a perda e rejeição (ex. indivíduos inseguros - ambivalentes) ou que, como estratégia de defesa reprimem emoções relacionadas com a vinculação (ex. indivíduos inseguros - evitantes), são aqueles com maior probabilidade de experienciar maiores níveis de *distress* físico e psicológico numa situação de luto e reações de luto complicado (Field & Wogrin, 2011).

Neste sentido, é suportada a ideia de que histórias de interação de vinculações seguras, contribuem para uma resposta adequada e tendem a facilitar o ajustamento face ao luto (Stroebe et al., 2005; Waskowic & Chartier, 2003)³⁰. Assim, o sucesso da integração desta nova informação nos esquemas prévios, permite ao indivíduo desenvolver uma nova narrativa de vida para o entendimento do processo de luto, ao afirmar que “os diferentes tipos de relações experienciadas por uma pessoa na sua família de origem (dependência/independência ou segurança/insegurança), influenciam, positiva ou negativamente, o modo como a pessoa reage à perda” (Stroebe, 2002:129).

Mesmo tendo por base esta premissa, Stroebe e colaboradores (2010), na tentativa de clarificar este efeito mediador, desenvolveram um modelo de *coping* no luto, o Modelo de Oscilação. “Este permite inferir o modo como os sujeitos com diferentes padrões de vinculação, respondem ao luto e quais as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com a perda de uma figura de vinculação significativa” (Parkes, 2002; Stroebe et al., 2010). Estas diferentes reações a um processo de luto parecem ser em parte explicadas pelas diferentes estratégias de regulação do afeto que os indivíduos com diferentes estilos de vinculação utilizam para lidar com um evento desta natureza.

O Modelo de Oscilação, entende o processo de luto, como um trabalho complexo que incorpora a oscilação entre o confronto e evitamento das cognições e emoções (positivas e negativas) relacionadas com o luto e suas consequências para o curso de vida. Assim, o recurso a estas estratégias de *coping* encontra-se intrinsecamente relacionado com as representações que o indivíduo desenvolveu sobre si mesmo e sobre os outros, isto é, o seu estilo de vinculação (Mancini et al., 2009 cit in Waskowic, 2010).

³⁰ Um estudo realizado por Waskowic e Chartier preconizou que os sujeitos com uma vinculação segura, apresentavam níveis mais elevados de resiliência à depressão, satisfação com o suporte social e menores níveis de culpa. Numa vinculação insegura, os sujeitos exibiam, maiores níveis de depressão, desespero, raiva, ruminação e somatização (2003,47- 77:91). Vários autores concluíram, que sujeitos com um estilo de vinculação ansioso – ambivalente, tendencialmente possuíam falta de confiança no *self*, fazendo com que estes indivíduos, não conseguissem lidar com os sentimentos de perda. Por sua vez, sujeitos evitantes tenderiam a somatizar e adotar estratégias de distanciamento (Mikulincer, & Florian, 1998; Wayment, & Vierthaler, 2002).

4. PLASTICIDADE DA RELIAGIÃO E A ESCULTURA DO SUICÍDIO

“Age de tal modo que trates a humanidade tão bem na tua pessoa como na pessoa do outro, sempre com um fim e nunca simplesmente como um meio”.

E. Kant (1724-1804)

Enlaçando a religião e a cultura, como tela paisagística de todo o corpo envolvente deste artigo. “As ideias mais malucas sobre a religião dos ‘primitivos’ ocorreram e ainda circulam, desde a crença em que esta ‘desgraçada humanidade’ era excessivamente frustrada e imoral para conhecer algo tão nobre como a religião, até ao postulado [inverso] de que tudo por lá seria integralmente religioso pois reputava-se que o espírito científico estava ausente. Hoje as posições encontram-se mais nuançadas, seja porque, as nossas religiões do Ocidente estão em plena crise ou ainda, porque este espírito científico de que tanto nos orgulhamos, sofreu violentos ataques por razões tanto epistemológicas como ideológicas” (Panoff et al., 1973).

O desencantamento do mundo, momento em que a religião era simplesmente o ópio do povo, foi seguido por um crescente interesse pela transcendência, doravante abordada como objeto científico. As religiões, como norma geral, condenam enfaticamente a interrupção voluntária da vida. Tendem a considera-la como um sagrado “dom de Deus” do qual o ser humano não se deveria dispor voluntariamente.

Com algumas variações, esta visão existe no Cristianismo, Islamismo³¹, Judaísmo e Hinduísmo³². Em religiões como Hinduísmo e o Budismo, ou seja, a vida é encarada como fazendo parte de um ciclo, daí as atitudes face ao suicídio parecerem mais liberais.

³¹ Acedido em Shah A, Chandia M. (2010): A baixa taxa de suicídio nas comunidades islâmicas pode ser explicada pelo conceito de vida que estabelecem com o Criador, sendo ele quem tem o poder supremo sobre as preocupações e a vida humana. Violar este princípio significa cometer um pecado.

³² De acordo com esta religião, se alguém cometer o suicídio, pode ter constrangimentos no próximo nascimento, que serão mais negativas e piores do que o presente. O ato implica falta de fé e retidão de Deus.

O Budismo, apesar de não cogitar da existência de Deus, também tem uma postura, embora menos enfática, de desaprovação do suicídio (Pessini, 1999; Bathia, 2002). Contudo, na China, a crença budista e taoista, acredita no renascimento da alma noutra corpo, quer humano quer animal, logo os que tentam o suicídio acreditam que irão renascer noutra corpo e com melhor sorte na próxima vida.

De acordo com Botega et al. (2006: 213-220), “as pessoas com maior envolvimento religioso de um modo geral possuem menores taxas de suicídios”. Segundo o autor, a religião é um importante fator protetor contra o comportamento suicida.

Como constatamos, ao definir suicídio da antiguidade aos nossos dias, seria pertinente, aludir à primeira menção registada num antigo papiro datado do século IV, no Evangelho, segundo São João. *“In the apocryphal text St. John is preaching in Asia Minor. On one of his saves one Zeuxis: Who was about to hang himself. After a prayer by John, Zeuxis duly takes part in holy communion”* (Hooff, 1990: 155)³³.

Sendo o suicídio como o “ato ou efeito de suicidar-se” e suicidar-se como “dar a morte a si próprio”, ou “arruinar-se por culpa de si mesmo, perder-se”, um ato tipicamente humano que aparece em todas as sociedades (Ferreira, 1983). Existem diferenças significativas na atitude das sociedades frente ao suicídio, na maneira pela qual ele é cometido, e na sua frequência em diversas épocas da história da humanidade (Funk; Wagnalls, 1971).

³³ Nesta referência Zeuxis é um modelo de uma pessoa miserável que é salva a tempo para a vida eterna. A sua tentativa de suicídio sublinha o grau da sua própria miséria: desta forma não provoca aversão.

4.1. Religião aos Olhos de Durkheim

A religião existe em todas as sociedades conhecidas, embora as crenças e práticas religiosas variem de cultura para cultura. Todas as religiões envolvem um conjunto de símbolos que implicam sentimentos de reverência ligados aos rituais praticados por uma comunidade de crentes. Nas sociedades ditas tradicionais, a religião desempenha um papel significativo na vida social. Os símbolos religiosos muitas vezes pincelam a arte, a música, a escultura, a dança e a literatura.

As abordagens sociológicas da religião têm sido influenciadas principalmente pelas ideias dos três pensadores “clássicos”: Marx³⁴, Durkheim e Weber³⁵. Estes autores defendem, que a religião é fundamentalmente uma ilusão. Acreditavam que “o *outro*” mundo criado pela religião não passava de ser o nosso mundo, distorcido pelas lentes do simbolismo religioso.

Durkheim (1976)³⁶ no seu estudo sobre a religião, introduz uma visão cósmica do mundo, uma indivisão de fenómenos sagrados e profanos, sendo tal divisão uma criação do homem e não uma transcendência de uma (ou qualquer) divindade. Neste sentido, Durkheim define religião em termos de distinção entre o sagrado e o profano. Do sagrado se ergueriam as crenças, os ritos e os símbolos que, ao mesmo tempo, seriam distinções para com os fenómenos profanos e renovariam e manteriam o sagrado através dos procedimentos e práticas no intuito de estabelecer relações de coordenação e submissão.

No domínio sagrado, estariam as determinações do proibido e as crenças, ritos e símbolos (orientações e procedimentos) que conduziriam as consciências na formação de uma comunidade moral que, em última instância se confunde com a própria sociedade já que o sagrado surge – e vincula-se sempre – a força coletiva e impessoal, sendo uma representação da própria sociedade.

³⁴ Para Marx, a religião continha um forte elemento ideológico: a religião justificava as desigualdades de riqueza e poder encontradas na sociedade.

³⁵ Para Weber, a religião é importante pelo papel que desempenha na mudança social, em particular no desenvolvimento do capitalismo no Ocidente.

³⁶ Durkheim: *As Formas Elementares da Vida Religiosa*, publicado pela primeira vez em 1912.

Neste sentido, a força coletiva impessoal se sobrepõe, assim, às consciências individuais pois, tal como a sociedade, a religião só pode ser criação coletiva. Submetendo-se à religião como uma força exterior que se impõe, os homens submetem-se assim, à própria sociedade. Do ponto de vista do autor, as cerimónias e os rituais são essenciais para manter essa coesão entre os membros do grupo. As cerimónias desviam os indivíduos dos problemas da vida social profana para uma esfera mais elevada.

Os rituais funerários mostram que os valores do grupo sobrevivem à morte de cada indivíduo, no sentido de que fornecem às pessoas enlutadas um meio de se ajustarem às suas novas circunstâncias. Durkheim argumenta que nas pequenas culturas tradicionais quase todos os aspetos da vida são permeados pela religião. No caso da prática do “Hara-Kiri”³⁷ na sociedade nipónica e o “Sáti”³⁸ ou a cremação em vida das viúvas hindus, são um dos exemplos da diversidade cultural, religiosa, política e ética. Nestes casos é a integração social que promove o indivíduo dar a vida em prol da comunidade.

O trabalho clássico de Durkheim foi o ponto de partida para os estudos sociológicos acerca das relações entre a religião e o suicídio. Na ótica do autor, “suicídio é todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima. A tentativa de suicídio, é o ato assim definido, mas interrompida antes que a morte daí tenha resultado” (Durkheim, 1983: 167).

Apesar de algumas controvérsias, o autor comparou as taxas de suicídio de diversos países levando em conta a religião predominante em cada um deles. As suas conclusões, apontaram para uma incidência de suicídios 50% maior nos países protestantes em relação aos de maioria católica.

³⁷ Utilizado pelos nobres e membros da casta militar, o ritual da auto-desventração nipónico, é interpretado no Ocidente como uma forma de suicídio altruísta.

³⁸ A prática de Sáti, permanece punido por lei, no entanto, era caracterizada por uma cremação em vida das viúvas hindus: “Mas a situação mais deplorável da brãmãne é a viuvez. Antes do cadáver do marido ser levado para a incineração, a viúva tira o colar, que simboliza a aliança conjugal, e todas as jóias, e o barbeiro rapa-lhe o cabelo. Se é ainda impúbere, o luto principia quando a união devia consumir-se...E aí fica uma criança condenada a passar toda a vida entre pessoas estranhas e a ver-se repelida em toda a parte como “*cousa*” de mau agouro... Perto de algumas aldeias há lugares ainda hoje conhecidos pelo nome de sáti-mála, outeiro das viúvas queimadas com o cadáver dos maridos, e no caminho de Sawordém para Zambaulim, nas proximidades de Sirvoi, um grande número de estatuetas de mulheres, dispersas no campo, recorda antigas imolações. A união interrompida pela morte, ia continuar desde que a viúva se atirava às chamas e ambos os cadáveres se consumiam” (Almeida Azevedo cit. In Prats 1987:184).

Durkheim usou a afiliação religiosa como medida, apresentando a ideia de que os protestantes teriam inferior integração que os católicos, visto apresentarem menores rituais e crenças coletivas³⁹. Nos países católicos, a participação religiosa evitaria a anomia, pela maior possibilidade de integração, pois esta religião requer contatos mais frequentes com outros, através do sacramento, confissão e o ato de ir à missa, enquanto que, a religião protestante por ser mais individualista, não requereria tanta interação social e, assim, não proveria uma maneira de evitar o suicídio.

Além de propiciar uma rede social de apoio, outros mecanismos são propostos para explicar o efeito protetor contra suicídio que a religião possui. Para Pescossolido e Georgianna (1989 (54):33-48), são as redes sociais que fornecem a explicação mais pertinente, desenrolando-se em vários níveis em torno de uma determinada prática religiosa, com importância significativa na modulação do efeito do suicídio. A participação do indivíduo no grupo promove maior sentido na existência, provê significado através da devoção a outros, fornece uma ideologia, distraindo a pessoa de problemas pessoais que poderiam, em outras circunstâncias, liberar tendências suicidas.

Quando uma religião é predominante num país, muitas pessoas referem ser adeptos desta denominação religiosa, sem de fato serem membros ativos e participantes. Grupos menores têm uma disciplina mais intensa, algumas vezes imposta pela reação da cultura dominante acerca dos movimentos minoritários ou estrangeiros (Jarvis e Northcott, 1987). Um dos focos pela qual a religião pode proteger contra o suicídio, é a chamada dissonância cognitiva, ou seja, o quanto as crenças religiosas são incompatíveis com ideias suicidas, gerando uma menor admissibilidade do comportamento suicida (Hoelter, 1979).

A tolerância ao suicídio pode ser o mediador entre as crenças religiosas e o risco de comportamento suicida (Stack, 1991). Segundo Bessa Peixoto, a religiosidade pode ter um efeito positivo na saúde mental e no comportamento humano, sendo que as crenças e o envolvimento religioso possam prevenir o suicídio.

³⁹ Exemplos de crenças coletivas: não comer carne às sextas-feiras, confissão, frequentar a igreja compulsoriamente todas as semanas, normas contra divórcio, novo casamento e proibição de mudar de religião.

4.2. A Plasticidade da Religião e a Escultura do Suicídio

Apesar dos gregos e dos latinos não utilizarem o termo *suicidium*, o ato encontrava-se descrito nas ilustres mortes de Anaxágoras, Aristóteles e de Phaidra, assim como, de Brutus, Cassius, Marco António e Séneca (Hoof, 1990). A diversidade de expressões gregas⁴⁰ e latinas que denominavam o ato suicida demonstram, que na Antiguidade, se julgava os suicídios e não somente o suicídio.

Na Roma Clássica, o suicídio foi considerado neutro ou até positivo, permitindo sob o plano jurídico (desde que autorizado pelo estado) e encorajado pela lei romana (se antes de executar o ato, o suicida invocasse as razões que lhe tornavam a vida intolerável, é de salientar que as razões expostas desempenhavam um papel preponderante na apreciação moral e jurídica do ato). Esta tolerância teve em vogue no princípio do século II.

Posteriormente, a legislação teve uma mudança acentuada relativamente ao rigor distintivo entre as causas toleráveis e as causas repreensíveis. Duas categorias sociais estavam impedidas de praticar o suicídio, por razões de interesse patriótico e económico. Assim sendo, os escravos, porque o suicídio era considerado como um atentado contra a propriedade privada e os soldados, porque tinham penas para os que sobrevivessem às tentativas de suicídio por desertação.

No que respeita ao pensamento grego, o ser humano era considerado acima de tudo como um ser social, inserido numa comunidade. Segundo Minois (1998: 60-402), “o indivíduo não deve, portanto, raciocinar em função do seu interesse pessoal, mas sim ter em conta os seus próprios deveres para com a divindade que o colocou no seu posto (Platão) ou para com a cidade onde tem um papel a desempenhar (Aristóteles)”. Para Sócrates, não existe nenhuma exceção que justifique o suicídio, isto porque, para o autor o atentado contra a própria vida constitui uma desonra pessoal, um delito contra a cidade.

⁴⁰ As expressões gregas mais comuns são: “*apokteino heauton*”, (matar-se a si próprio); “*anachraomai heauton*” (acabar consigo próprio); “*anaireo heauton*”, (destruir-se a si próprio); “*sterisko heauton*”, (privar-se da sua própria vida) ou ainda “*teleautao*”, (por fim à sua própria vida).

No entanto, Bonete (2002) apela que nestas culturas, “a vergonha desempenhava um papel crucial, no sentido de que terminar a própria vida após uma derrota, era a única forma de recuperar o respeito dos outros”.

Na Idade Média, a Igreja Católica tornou-se a instituição mais importante da época. A visão do suicídio é matizada e ambígua, tanto pela Igreja como pela justiça civil. Embora a corrente geral do cristianismo advogasse que ninguém devia buscar a morte, o fervor de se tornarem santos fez com que muitos cristãos se entregassem às autoridades pagãs (Anton et tal. 2000).

Os camponeses e artesãos enforcavam-se ou afogavam-se para escapar à miséria e ao sofrimento, o suicídio era assimilado como um ato de desespero e cobardia, os seus corpos passavam por suplícios públicos⁴¹ e os seus bens eram confiscados, por sua vez, os cavaleiros e clérigos deixavam-se morrer em duelos, guerras e martírios, para escapar á humilhação e demonstrar uma fé inabalável, neste sentido, o suicídio era visto como um ato honroso e corajoso.

“O poder exercia-se sobre o direito do confisco, mecanismo de subtração, direito de se apropriar de uma parte das riquezas: extorsão de produtos, bens, serviços, de trabalho e de sangue, imposta aos súditos. O poder era, antes de tudo, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e finalmente da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (Foucault, 1908:129).

No século IV, a Igreja dominou algumas correntes, desencadeou um endurecimento das posições doutrinárias e disciplinares. Nesta época, esteve em vogue o pensamento de Santo Agostinho que na sua obra “*A Cidade de Deus*”⁴², define que a misericórdia de Deus é infinita para aqueles que a querem aceitar, mas para os que a rejeitam, cometem um terrível e desespero pecado.

⁴¹ Os corpos dos camponeses e artesãos eram arrastados nus em praça pública por animais até à fogueira, a mutilação dos corpos era visível.

⁴² Acedido em: George Minois: “Nós dizemos, declaramos e confirmamos de qualquer forma que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos; ninguém tem o direito de se matar pelo pecado de outrem; isso seria cometer um pecado mais grave, porque a falta de um outro não seria aliviada; ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas, porque são sobretudo os que pecaram que mais necessidade têm da vida para nela fazerem a sua penitência e curar-se; ninguém tem o direito de se matar na esperança de uma vida melhor imaginada depois da morte, porque os que se mostram culpados da sua própria morte não terão acesso a essa vida melhor (Agostinho, *A Cidade de Deus*, I, 47 apud. Minois, 1998:39) ”.

Daqui nasce o dilema moral, Santo Agostinho, condena e contempla o suicídio como um pecado, um desrespeito às leis de Deus. O catolicismo assumiu um posicionamento, segundo o qual os cristãos não podem terminar com a própria vida. Neste sentido, assumiram o 5º mandamento “*Não Matarás*” (Êxodo 20:13): "Ora, o suicídio é sempre moralmente inaceitável, tal como o homicídio.

A tradição da Igreja sempre o recusou, como opção gravemente nefasta. Embora, certos condicionalismos psicológicos, culturais e sociais possam levar a realizar um gesto, que tão radicalmente contradiz a inclinação natural de cada um à vida, atenuando ou anulando a responsabilidade subjetiva, o suicídio sob o perfil objetivo, é um ato gravemente imoral.

Comporta a recusa do amor por si mesmo, a renúncia aos deveres de justiça, a caridade para com o próximo, com as várias comunidades de que se faz parte, e com a sociedade no seu conjunto. No seu núcleo mais profundo, o suicídio constitui uma rejeição da soberania absoluta de Deus sobre a vida e sobre a morte, deste modo proclamada na oração do antigo Sábio de Israel: «Vós, Senhor, tendes o poder da vida e da morte, e conduzis os fortes à porta do Hades e de lá os tirais» (Sab 16:13; cf. Tob 13: 2)⁴³ .

Com o avançar dos anos, a proibição do suicídio acompanha o recuo da liberdade humana. Vários Concílios da Igreja Católica⁴⁴ condenaram o suicídio, assim como, definiram no *Decret de Gradien*⁴⁵, compêndio do direito canónico do século XIII, que aqueles que cometessem suicídio deveriam ser privados dos ritos fúnebres da igreja, bem como, impedidos de ser enterrados em cemitérios “sagrados”, isto é, abençoados pela Igreja.

⁴³ Acedido em: A Eutanásia na Encíclica *Evangelium Vitae* do Papa João Paulo II

⁴⁴ Concílio de Arles (452): declarou que o suicídio era inspirado pelo demónio e condenou o suicídio dos escravos e criados;

Concílio de Orleães (533): determinaram penas para aqueles que se suicidavam antes de serem julgados. O suicídio era um crime contra Deus, a natureza e a sociedade;

Concílio de Braga (563): condenaram todo o tipo de suicídios, o suicida não Seia honrado com comemorações litúrgicas;

Concílio de Toledo (693): impuseram a excomunhão do suicida.

⁴⁵ Sínodo de Paris (829): assimilaram a morte em duelo, a um suicídio e proibiram as orações e a sepultura cristã para as vítimas;

Sínodo de Nimes (1284): determinaram negar a sepultura aos suicidas nos cemitérios católicos. Os suicidas não tinham direito a rituais religiosos. As suas memórias eram difamadas e os seus bens confiscados.

Neste sentido, o suicídio era considerado um ato desumano, onde era enraizada a ideia de intervenção por parte do diabo ou loucura. É neste patamar que surge a confissão, instaurada como prática obrigatória a partir do *Concílio de Latrão*⁴⁶ em 1215.

Confessam-se não só as transgressões às leis sagradas, mas também, os sentimentos e desejos emergentes. Segundo Foulcaut (1980:59) “as técnicas da confissão são difundidas nas mais diversas áreas. Confessam-se sonhos, o passado, as misérias, os medos e os desejos”. Nos séculos XIV e XV, o suicídio continua a ser palco de um ato diabólico. Esta ideia demoníaca do suicídio é apadrinhada pelo surgimento do renascimento onde existe ênfase no observar do processo psicológico que promove ou desencadeia o suicídio.

Um marco histórico e cultural, sinaliza os séculos XV e XVI, o foco dirige-se para o médico cientista Robert Burton (1577-1640) no ensaio “*Anatomy of Melancholy*” que menciona a melancolia como um dos principais despoletadores do suicídio. Adenda também, que com um excesso de bílis negra, existe uma maior preponderância para a autodestruição.

Neste sentido, durante o século XVII, a corrente médica e filosófica, tinha como tendência atribuir explicações às perturbações fisiológicas. Assim, tenderiam cada vez mais a excluir a ideia de responsabilidade moral e penal. Admite-se neste sentido, que um modelo de saúde-doença mais contemporâneo parece, portanto, estar compatibilizado com este raciocínio.

No entanto, ainda no século XVIII, verificam-se algumas mudanças em termos de pensamento, passa a ser dominante a ideia de por termo à vida como um ato de coragem, ou seja uma virtude moral. Montesquieu (1689-1755) apela que quem comete o suicídio, usa apenas um direito que lhe é dado, no sentido que o mesmo não causa efeito na sociedade nem à providência, logo não se trata de um delito.

As contribuições de Immanuel Kant (1724-1804)⁴⁷ enfatizam o papel comunitário e a responsabilidade social, o autor encara o suicídio “como privação da contribuição individual para a sociedade. Neste sentido, se o suicídio fosse universalizado, levaria à anulação da própria moralidade”. Este apontamento de responsabilidade do indivíduo, promove na Idade Contemporânea colocar em evidência o estudo das principais causas do suicídio por parte da medicina, psiquiatria, psicologia e sociologia.

⁴⁶ O suicídio surge como um ato desumano que apenas se pode explicar pela intervenção direta do diabo ou da loucura. A Igreja oferece auxílio através da confissão, e aquele que ainda se suicida, comete um crime contra Deus.

⁴⁷Disponível em: <http://esagfilosofia.no.sapo.pt/politica/elliottsoberateoriamoraldekant.pdf>: A Teoria Moral de Kant.

O indivíduo é visto como um ser complexo, rodeado de apetrechos infelizes, que explicam a predisposição para o suicídio. Para o filósofo Schopenhauer (1788-1860), o suicídio é uma afirmação da vontade de viver, ou seja, para este autor o indivíduo tem vontade de viver, mas é demarcado por um período de descontentamento, o que desencadeia uma morte ao seu corpo como forma de projetar a dor, o que não significa a renúncia à vida. Aqui floresce a obra de Esquirol (1938) que refere que durante o ato suicida existe uma alteração do estado mental, dando maior relevância à sobrecarga emocional que promove tal ato.

Esta visão contrapõe-se á designação inicial do ato suicida como resultado de uma doença mental. Outra contribuição, com uma linha idêntica à supra citada é de Heidegger (1889-1976)⁴⁸ que considera e sugere que a angústia e o desamparo humano são os principais patamares desencadeantes do suicídio.

Para o autor “a consciência da morte é um determinante para a compreensão da vida. Se não houvesse a morte não haveria significado para nossas realizações, a vida seria plasmada e tudo poderia ficar para depois. Teríamos um futuro ilimitado, com tempo suficiente, para evitar as concorrências e as competições. Não haveria vencido nem vencedor, nem conquistas nem conquistados. O hoje e o amanhã seriam apáticos e indolentes, assim como o ontem seria insípido”.

No século XX, o papa João Paulo II (1995)⁴⁹, reformula a oposição ao suicídio, classificando-o como um crime à própria vida. Assiste-se a grandes transformações nas atitudes morais. Roberto Andorno (1998: 145-172) refere, se alguém se quer suicidar, pode fazê-lo, no entanto o autor, alerta-nos para o facto de existir capacidades descompensatórias que possam interferir na decisão, logo, apela à reabilitação psicológica como chave de resposta para esta problemática.

Esta visão é encarada no quotidiano da nossa sociedade, logo, o suicídio deixou de ser visto como crime, para passar a ser visto como um problema desafiante para os técnicos de saúde. Todo este percurso histórico, permitiu aludir à multiculturalidade e diversidade de mentalidades.

⁴⁸ Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200006

⁴⁹ Acedido em trecho: A Carta Encíclica *Evangelium Vitae* de João Paulo II: Disponível em: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/ddocuments/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html.

5. O PARADIGMA DO SUICÍDIO

5.1. Reflexão Caleidoscópica das Nomenclaturas

A inexistência de nomenclaturas estandardizadas, sistemas de classificação consensuais e taxonomias unânimes, coloca dificuldades na comparação de resultados de diferentes investigações (McKeon, 2009; Silverman, 2001), nos estudos epidemiológicos, na comparação das taxas nacionais e internacionais, na divulgação da eficácia das intervenções clínicas e nas atividades de prevenção (Silverman, 2011).

O suicídio é compreendido como um ato levado a cabo e intencionado pelo indivíduo. É um fenómeno descrito como existente desde a pré-história e que evoluiu com significados conceituais diferentes ao longo da história humana (Diehl *et al.*, 2011).

Foram os grandes sociólogos que tentaram compreender a autodestruição humana. Deles evidenciaram-se as obras do sociólogo Émile Durkheim.

Na obra “*O Suicídio – Estudo Sociológico*”, cuja primeira publicação data de 1897, que contemplou a elucidação na relação entre o indivíduo e a sociedade onde estava inserido. Quanto mais intensa a integração do indivíduo nos grupos sociais, menor a probabilidade de este se suicidar, existe assim, um vincado grau de desequilíbrio entre a integração social e a regulação moral.

Neste encadeamento, Durkheim (1980) distingue quatro tipos de suicídio, na relação dicotómica de homem-sociedade, sendo eles, *Suicídio Altruísta* (diz respeito às sociedades que praticam um nível de integração do indivíduo em excessividade, pelo que justifica o sacrifício pelo grupo ou por um bem maior, neste sentido, o indivíduo passa a viver unicamente para os ideais de identificação coletivos); *Suicídio Anómico* (diz respeito às sociedades em que impera a anomia, ou seja, existe aqui uma desorganização social, uma ausência do que se considera dito normal); *Suicídio Egoísta* (existe um isolamento crucial do indivíduo em relação à sociedade, promovendo um enfraquecimento de laços que o deixa mais vulnerável à inclinação coletiva para o suicídio) e por último o *Suicídio Fatalista* (aqui é notável um elevado grau de controle sobre as emoções e motivações dos seus membros).

Com efeito, se no lugar de vermos apenas, os suicídios como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que demandam ser examinados cada um separadamente, nós considerássemos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade, durante uma unidade de tempo, constatava-se, que o total assim obtido não era uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que ele constituía por si só um fato novo e “sui generis”, que possuía, uma unidade e uma individualidade, conseqüentemente a própria natureza, e que, ademais, é uma natureza eminentemente social (Durkheim, 1986: 8).

Contrapondo à visão de Durkheim, Albert Camus, no *Mito de Sísifo*⁵⁰, questiona-se porque afinal, não seria o suicídio, (o chamado suicídio filosófico ou racional) a melhor saída. Segundo a sua ideologia, “sempre se tratou o suicídio apenas como um fenómeno social. Aqui pelo contrário, trata-se para começar, do pensamento individual e do suicídio. Um gesto desses prepara-se no silêncio do coração, da mesma maneira que uma grande obra. O próprio homem ignora. (...) Começar a pensar é começar a atormentar-se. A sociedade não tem muito a ver com esses começos. Overme encontra-se no coração do homem. Matar-se, em certo sentido, como no melodrama, é confessar. Confessar que fomos superados pela vida ou que não a entendemos. (...) Morrer por vontade própria supõe que se reconheceu, mesmo instintivamente, (...) a ausência de qualquer motivo para viver, o carácter insensato da agitação quotidiana e a inutilidade do sofrimento”.

Manhães (1990) refere, que o objetivo do suicida, em si, não é a morte. Ela é apenas um instrumento utilizado para alcançar um objetivo. O suicida está à procura de uma saída para uma situação de conflito e vê na morte o instrumento mais potencial para alcançar o que deseja. O suicida é um homicida que elimina um objeto interno ameaçador, torturante, agressivo, que o molesta e perturba. Entenda-se suicídio como um fim consciente e de incompreendido desespero, de carácter multidimensional sofrido por um indivíduo vulnerável e fragilizado interiormente.

Shneidman, possuía uma visão integrada sobre as dimensões biológicas, psiquiátricas, históricas e sociológicas do indivíduo, descreve o suicídio, “como um ato consciente de autoaniquilamento, compreendido como um mal-estar multidimensional sofrido por um

⁵⁰ Para Camus, a figura mitológica de Sísifo, o homem alcança as alturas apenas para, no momento seguinte, ser atirado para as profundezas, personificação de absurdo de uma vida, sem sentido e sem esperança.

indivíduo vulnerável, que define um tema-problema para o qual o autoextermínio é percebido como melhor solução”.

Edwin Shneidman (1993) baseou-se tanto num referencial psicodinâmico quanto cognitivo, cunhou o neologismo *psychache* para denominar o estado psíquico de alguém prestes a se matar. Ainda na linha orientadora, a *psychache*⁵¹ decorre de uma dor intolerável, de uma turbulência emocional interminável, uma angústia interna difícil de superar, como se a vida tivesse entrado em colapso.

Para o autor, cada suicídio é um evento único, idiossincrático e particular. O suicídio é compreendido como a melhor solução encontrada pelo indivíduo para escapar à dor e sofrimento psicológico. A dor que toma conta da mente está carregada de estados emocionais negativos (culpa, vergonha, angústia, pânico, solidão) e acompanhada de ideais de morte (cessação), como estímulo para colocar um fim nas emoções intoleráveis (Shneidman, 1992, 1994, 1999 *apud* Werlang e Botega, 2004: 84).

A OMS em Genebra (1998:75), manifesta que “para o ato de se matar a si próprio ser classificado como suicídio, este deve ser deliberadamente iniciado e desempenhado pela própria pessoa com pleno conhecimento, ou expectativa, do seu resultado fatal”.

Segundo a concepção de Eduardo Sá (2001), “ninguém se mata para morrer, mas antes como forma desesperante de comunicar a dor”. Considera cinco formas de comportamentos suicidários, sendo o *desespero do abandono* (separação sentida como queda no abismo); *a raiva narcísica* (impulso para a morte); *ruminação obsessiva* (ninguém consegue entender ou ajudar); *para destruir a dor* (dor aguda que absorve toda a vida interior) e por último, *para destruir as pessoas que foram abandonadas* (vingança).

Para Werlang e Botega (2004: 113) as “tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta, revelando a atuação de fenómenos psicossociais complexos”. Devem ser entendidas, como um comportamento que o indivíduo levou a cabo com alguma intenção de morrer. Para outros autores, a “tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste, apenas quanto ao desfecho, que

⁵¹ Na ideia de Shneidman, a questão central do suicídio não é sobre morte ou sobre matar. É a questão de cessação da consciência a fim de evitar uma dor psíquica insuportável.

não é fatal” (Bertolote *et al.*, 2010: 88). Contudo, apesar de não terem um desenlace fatal para o sujeito, as mesmas, deixam certamente marcas profundas na subjetividade de cada ser.

Já Silverman propõem a categoria de comunicações, relacionadas com o suicídio que definem como “qualquer ato interpessoal de partilhar, expressar ou transmitir pensamentos, vontades, desejos ou intenções para os quais existe evidência (explícita ou implícita) de que o ato de comunicação não é por si só um comportamento autolesivo” (Silverman e tal, 2007:268).

Segundo Saraiva (2010:7-10), “os comportamentos suicidários englobam uma diversidade de gestos ou atos difíceis de definir, cujos limites são parcialmente sobreponíveis e interpenetráveis. Desde o suicídio consumado até à ideação suicida, passando pelos graus intercalares da tentativa de suicídio e do parassuicídio”.

Em 2013 o DSM-5⁵² menciona a “Perturbação de Comportamento Suicidário”, como um novo incremento no que contempla a nova entidade nosológica de “Autolesão Não Suicida”, estes dois itens englobam e abarcam vários preceitos, a sua abrangência criteriosa torna-se lata no sentido de coerência e categorização.

A problemática e a díade questão de intencionalidade e letalidade, é assim, equacionada por muitos autores, sendo a intencionalidade, o conceito mais controverso que causa mais desacordo entre os mesmos.

Silverman e tal. (2007) faz referência a dois grandes grupos: (Grupo A) comportamentos e pensamentos de tomada de risco e (Grupo B) comportamentos e pensamentos relacionados com o suicídio. O primeiro grupo subdivide-se mediante (1) risco imediato e (2) risco remoto, por sua vez, são categorizados consoante o resultado, ou seja, (a) sem lesões, (b) com lesões ou (c) com morte. O segundo grupo divide-se em (1) ideações relacionadas com o suicídio, (2) comunicações relacionadas com o suicídio, (3) comportamentos relacionados com o suicídio.

Por sua vez, as ideações são subcategorias de acordo com a intenção associada, (a) ausência de intenção, (b) grau indeterminado de intenção e por último (c) presença de intenção. As

⁵² Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 2013

comunicações são classificadas com base na intenção, ou seja, (a) ausência de intenção, (b) grau indeterminado de intenção e por último (c) presença de intenção, todas categorizadas consoante a existência de ameaça ou plano suicida.

Os comportamentos relacionados com o suicídio são igualmente categorizados de acordo com a intenção, nomeadamente (a) ausência de intenção (comportamento autolesivo), (b) grau indeterminado de intenção (comportamento relacionado com o suicídio indeterminado) ou (c) presença de intenção. Numa fase posterior, são classificados de acordo com (1) ausência de lesões, (2) presença de lesões ou (3) com lesões fatais.

Shneidman (1973) sugere que as mortes têm sempre uma motivação. Deste modo, o autor propõe três níveis de intencionalidade da morte: 1) *Morte intencional* – o indivíduo desempenha um papel direto e consciente na sua própria consumação, o que corresponde ao ato suicida definitivo; 2) *Morte não intencional* – toda e qualquer morte, ou seja, situações que corresponde à morte natural e à morte acidental, desde que se demonstre que o indivíduo não contribui de qualquer forma para o resultado fatal; 3) *Morte subintencional* – toda a morte em que o indivíduo desempenha algum papel indireto, ou seja, existe uma constatação de potenciais manifestações comportamentais.

Para Durkheim (1897, *ed. Port.* 2007), “a intenção nem sempre se averigua, visto a intencionalidade ser algo descomedidamente íntimo para se poder atingir do exterior, a não ser por aproximações grosseiras, ocultando-se mesmo para o próprio indivíduo”.

Para Dulit (1992:43-53) a letalidade refere-se ao potencial de perigo de morte associado ao método utilizado e a gravidade da intencionalidade é determinada por dois fatores, a intensidade da motivação suicida e o grau com que essa motivação é contrabalançada pelo desejo conflituante de continuar vivo.

Segundo Costa Santos (1998), “o conceito de intenção não pode ser desagregado de um qualquer quadro de referência epistemológico, que lhe dê sentido e coerência”.

5.2 Nomenclaturas em Portugal

A comissão de membros investigadores da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, considera que é pertinente um modelo concetual para ultrapassar os desafios controversos dos conceitos e definições.

Neste sentido, a proposta do PNPS 2013/2017⁵³, define que existem **ideações suicidas, atos suicidas**, incluindo **tentativas de suicídio** e **suicídio consumado**, como também, **comportamentos autolesivos (sem intenção suicida)**. Existem ainda quatro conceitos básicos utilizados em todas as nomenclaturas, ou seja, **método, resultado, letalidade e intencionalidade**.

Entende-se por **ideação suicida**, “pensamentos, cognições sobre como acabar com a própria vida. Pode promover um desejo e/ou um plano para cometer suicídio, sem que haja passagem ao ato”.

Atos suicidas, como a **tentativa de suicídio**, “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas, geralmente resulta em frustração”, ou por sua vez, **suicídio consumado**, “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica”.

Os **comportamentos autolesivos**, “são designados de comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolve atos autolesivos intencionais, como por exemplo: cortar-se ou saltar de um local elevado; ingerir fármacos 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 (por exemplo: lixívia, detergente, laminas ou pregos) “.

Face ao **método**, “referem-se ao meio ou processo utilizado na produção da autolesão / comportamento suicidário / tentativa de suicídio. Como principais exemplos: o enforcamento, a precipitação no vazio, armas de fogo, a sobredosagem de substâncias”. Quanto ao

⁵³ Acedido em: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017

resultado, “este pode ser a morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com lesões e/ou sequelas, ou a sobrevivência sem lesões”.

A **letalidade** por sua vez, “refere-se ao potencial de perigo de morte associado ao método utilizado. Nesta perspetiva, a utilização de armas de fogo, a precipitação no vazio e o enforcamento são considerados métodos de elevada letalidade, enquanto, certas automutilações ou sobredosagem medicamentosa podem ser considerados de baixa letalidade. Assim sendo, temos a **letalidade objetiva** (avaliada por um profissional de saúde) ou a **letalidade subjetiva** (avaliada pelo próprio sujeito) ”.

No que confere à **intencionalidade**, pode ser entendida “como a determinação para agir de modo a atingir um objetivo, neste caso o suicídio. A sua avaliação é baseada em autorelato, sendo este caracterizado como insatisfatório pelo potencial de viés que envolve ao nível da sua precisão. Não obstante, a intencionalidade pode referir-se também, ao propósito de provocar lesões ou dor autoinfligidas”.

6. O IMPACTO DO SUICÍDIO EM PORTUGAL

6.1. Autópsias Psicológicas

O desenvolvimento da autópsia psicológica, ocorreu no LASPC⁵⁴ na década de 1960. A autópsia psicológica aparece nesse contexto com o objetivo primordial de esclarecer o modo de morte em casos duvidosos ou incertos.

Assim sendo, Curphey, médico legista, concebeu a possibilidade de uma intervenção dirigida para a avaliação retrospectiva do perfil psicológico e do comportamento da vítima associada ao suicídio. Esse projeto foi submetido à equipa LASPC, constituída por psiquiatras, psicólogos e técnicos de serviço social que colaboraram numa razão comum, de investigação de causa de morte equivocada ou causa ignorada.

Outra ideia, menciona que as estratégias para abordar o suicídio são múltiplas, como abordagens epidemiológicas, psiquiátricas e psicossociais. A autópsia psicológica é uma avaliação retrospectiva, que tem sido utilizada para a compreensão do suicida e pode procurar entender o impacto da perda para as pessoas que perderam alguém por suicídio (Cavalcante *et al.*, 2012; Clark e Horton-Deustch, 1994).

A avaliação que envolve o método da recolha e interpretação de todos os elementos, que visam compreender o que atormenta a mente do indivíduo, a dor psíquica pesarosa, no sentido de reconstruir a sua vida psicológica, analisando o seu estilo de vida, a sua personalidade, suporte social, a dinâmica familiar e socioprofissional, saúde mental, as experiências potencialmente traumatizantes, os pensamentos, a conduta, os sentimentos e os comportamentos precedentes ao culminar da sua existência, a fim de alcançar um maior entendimento sobre as circunstâncias que contribuíram para tal acontecimento.

Nestas circunstâncias, há luz do que se convencionou de “autópsias psicológicas”, redesenhada por Shneidman, podemos compreender a pertinência de um registo, de forma a clarificar com rigor a circunstância de suicídio no certificado óbito. Contemplando uma reconstrução de um puzzle narrativo que permita através de entrevistas com familiares,

⁵⁴ Centro de Prevenção de Suicídio em Los Angeles, 1960

amigos e informantes próximos das vítimas reorganizar uma possível circunstância que decifre a consistência do termo à vida.

Em Portugal, segundo o PNPS 2013-2017, é importante consciencializar-nos de algumas regras e procedimentos que visam a melhoria da identificação e conseqüente registo dos suicídios. As mesmas são mencionadas no SUPRE (Suicide Prevention)⁵⁵, sendo a identificação dos casos de suicídio; A certificação do óbito com base na Classificação Internacional de Doenças (CID); A organização dos registos; O tipo de informação a registar e por último, os Agentes envolvidos na recolha de dados.

Não se conhece com suficiente rigor o número de suicidas a cada ano, nem existem elementos suficientes que permitam estimá-lo com segurança. Assim sendo, consideramos que esta é uma das fragilidades no nosso sistema de identificação de suicídios.

A Lei nº 45/2004 de 19 agosto, revela o regime das perícias médico-legais e estabelece no artigo 18º, nº1 que “autópsia médico-legal tem lugar em situações de morte violenta ou de causa ignorada, salvo se existirem informações clínicas suficientes que associadas aos demais elementos permitam concluir, com segurança, pela inexistência de suspeita de crime, admitindo-se, neste caso, a possibilidade da dispensa de autópsia.” Deste modo, constatamos, que estamos perante um problema de interpretação de averiguações circunstanciais que envolvem certas mortes.

Claramente estamos perante uma deficiente certificação de óbitos no nosso país. Atestamos certificados incompletos ou incorretamente preenchidos, causas indeterminadas de morte o que promove um impacto negativo nas estatísticas da mortalidade.

A DGS por sua vez, tenta implementar o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), regulado pela Lei nº15/2012 de 3 de Abril que contou com a cooperação do INMLCF. Este sistema visa “melhorar a qualidade dos procedimentos de certificação dos óbitos e a promover uma maior celeridade no tratamento da informação disponibilizada em função dos diferentes perfis dos utilizadores (médico, médico do INMLCF, Ministério Público, Autoridade de Polícia, codificador, administrador e auditor do Ministério Público) ”.

⁵⁵ Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en>

Assim sendo, a dispensa ou não da autópsia médico-legal e a decisão de autorizar ou não a divulgação dessa informação e da causa de morte resultante da autópsia da autópsia médico-legal são inseridas no Sistema SICO por mecanismos automáticos de interoperabilidade entre o sistema informático do Ministério Público e SICO.

O PNPS, alerta-nos que “estamos perante assimetrias regionais (litoral/ interior, centros urbanos/ meios rurais), que condicionam, em certa medida a recolha de informação (influencia religiosa, exposição dos médicos a pressões locais, intervenção das autoridades policiais, apólices de seguro de vida, entre outros), suscitando questões representativas das amostras populacionais do país”. Os mesmos investigadores portugueses consideram “indispensável a definição de procedimentos padronizados, que incluam a utilização de um formulário único, de preenchimento acessível, destinado a ser utilizado pelas autoridades que primeiramente ocorrem ao local onde o cadáver foi encontrado”.

Assim sendo, para Jorge Costa Santos, “a autópsia psicológica constitui um método útil de investigação retrospectiva das mortes por causa equívoca, permitindo uma recolha mais exaustiva e sistemática de toda a informação”. Diz-nos igualmente, que “o intuito, não é apenas o reconhecimento e consideração dos fatores de risco de suicídio, ainda que a sua relevância só por si o fundamentasse, mas apela à perceção de compreender o perfil da intencionalidade que subjaz a conduta suicidária”.

O conhecimento desta realidade pode contribuir para a redução do estigma associado ao suicídio, fomentar pesquisas científicas, definir estratégias mais direcionadas à prevenção e sobretudo adequar uma melhor intervenção junto das famílias enlutadas face ao suicídio.

6.2. Suicídio em Portugal

O suicídio em Portugal tem crescido substancialmente, cada vez menos as pessoas suportam a frustração, a angústia, o sofrimento e o desespero. Considerando o cenário europeu como um todo, Portugal apresenta taxas menos elevadas de suicídio.

(Saraiva et al., 2014)

As causas de suicídio são semelhantes às encontradas globalmente. Percebe-se que a solidão, quer em zonas rurais quer em zonas urbanas, é um importante fator de risco para a população portuguesa, além do desemprego, do analfabetismo que prejudica a integração social das pessoas (Saraiva et al., 2014).

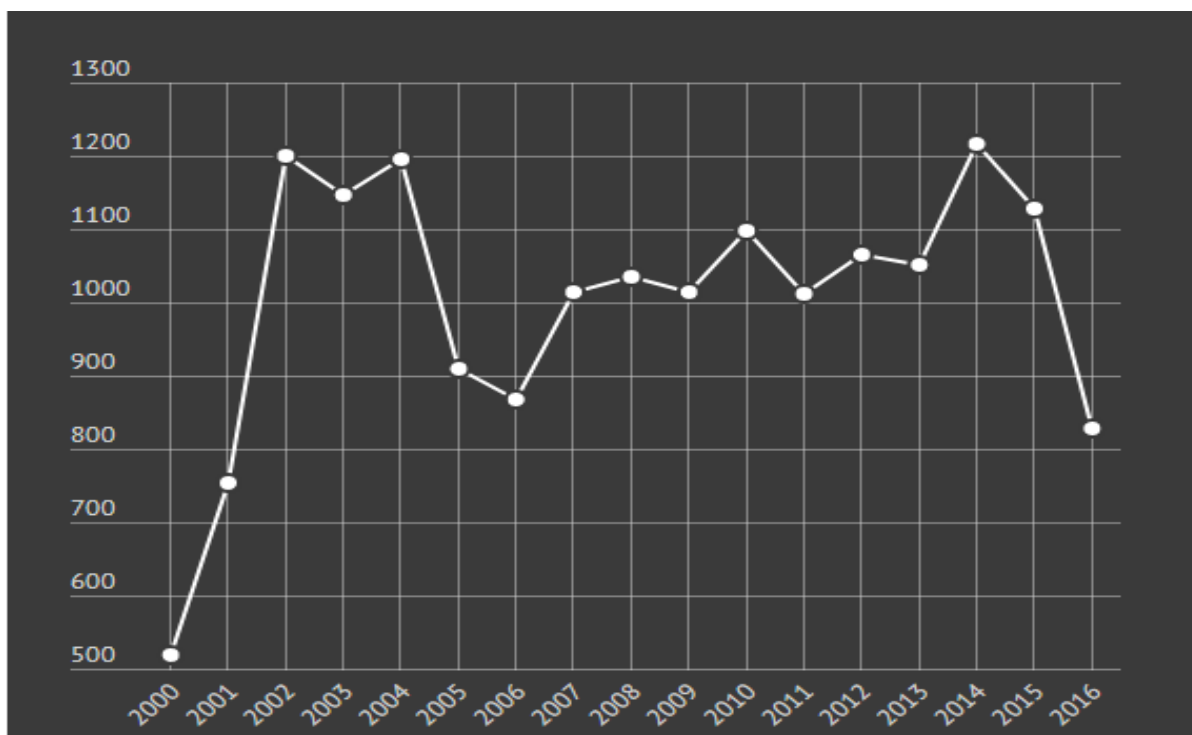
O perfil do suicida em Portugal tem-se mantido ao longo dos anos: homem, com mais de 50 anos, a viver na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, separado, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixos níveis de instrução, socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico (com história de passado psiquiátrico), em comorbilidade com perturbação da personalidade, psicopatologia por vezes associada a doença crónica dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos, com ideação de morte ou suicida prévias, incluindo tentativas de suicídio, que põe termo à vida por método violento como o enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento, trucidção por comboio, na primavera ou no verão (Alte da Veiga e Saraiva, 2003).

Citando o Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, “a questão que se coloca porque há mais suicídios na primavera e no verão em Portugal, mais precisamente de maio a julho, permitiu uma especulação”. Do empirismo clínico conhecem-se as depressões do “rebentar da flor” e as do “cair da folha”, independentemente da sua gravidade. Enquanto no outono o humor depressivo está em sintonia com a Natureza (triste por dentro, triste por fora), na primavera o contraste é acentuado (triste por dentro, alegre por fora). E isso tornaria a dor psicológica mais intolerável (Saraiva, 2006: 86).

Acredita-se, que existem fortes indícios de subnotificação desta causa de morte devido ao grande número de mortes de causa indeterminada. No entanto, fazendo uma leitura aos dados estatísticos mencionados na Tabela 1 do Instituto Nacional de Estatística (INE), constatamos que o número de suicidas variou ao longo dos anos.

Em 2000 registaram-se 519, em 2010 verificaram-se 1098, em 2011 afiguraram-se 1012, em 2012 assinalaram-se 1066, em 2013 consideraram-se 1051, em 2014 revelaram-se 1216, em 2015 manifestaram-se 1127 e por último em 2016 declararam-se 829 de casos de suicídio.

Tabela1: Dados Estatísticos face ao Suicídio em Portugal⁵⁶



O psiquiatra Álvaro Carvalho, numa conferência, referiu que o estudo “Prevenção do Suicídio: Responsabilidade Partilhada”, conclui que os padrões de suicídio Norte/Sul esbateram-se, mas a divisão entre espaços urbanos e rurais intensificou-se, o que é mais notório no casos dos suicídios de homens do que de mulheres. Sublinha que “se é verdade que nos espaços rurais havia mais suicídios, nos dois primeiros períodos de tempo estudados, essa associação intensificou-se”. Neste sentido, quem vive em zonas rurais tem maior risco de suicídio. O “índice de ruralidade” agrega a densidade populacional (numero de pessoas por km²), a acessibilidade a hospitais (tempo necessário para ter acesso a uma unidade) e a percentagem de população rural.

Este estudo vem ainda evidenciar, que existe uma forte relação dos suicídios com a presença do Fundo Monetário Internacional (FMI). A intensificação de medidas de austeridade severas e consequentemente cortes nos cuidados de saúde, promoveram um desajustamento a nível do suporte económico das famílias portuguesas. O risco de suicídio parece aumentar

⁵⁶ Fonte: INE. DGS - Direção Geral Saúde 2016

consideravelmente com o desemprego de longa duração. A crise está de mãos dadas com aumento de consumo de álcool, o que contribui para um maior risco de suicídio.

O estudo da OMS indica a “experiência de insegurança e o desespero, o baixo nível educacional, o endividamento, o isolamento social e deficientes condições de habitação, como principais fatores de risco na saúde mental”.

Os efeitos negativos da crise podem ser minimizados, no que concerne a fatores que incluam maior apoio económico e solidariedade social às famílias, estabilidade profissional, aumento de capital social e facilidades na procura de recursos ajustados às necessidades das famílias. Torna-se necessário desenvolver mecanismos de resiliência junto da sociedade de forma a evitar constrangimentos negativos face à crise. Todos estes preceitos promovem maior firmeza, equilíbrio e reforço junto da comunidade em geral.

6.3. “Sobreviventes” e “Pósvenção”

Seria pertinente responder a algumas questões bastante cruciais, tais como: “ Qual o tipo de morte mais provável?”; “ Porquê o suicídio?”; “ Como morreu e porquê naquele momento?” e “ Será que a família precisa de apoio?”.

Citando o professor Carlos Saraiva, “a formulação de Shneidman da última pergunta (“Será que a família precisa de apoio?”) logo à cabeça vinda de um tanatologista, denota uma sensibilidade para com os vivos, uma preocupação sobre aqueles que viriam a ser chamados mais tarde de “sobreviventes”, tema de particular atenção nos dias de hoje”.

A exposição ao suicídio, além de ser considerada um fator de risco suicidário (OMS, 2014), acarreta diversas consequências negativas para os indivíduos. O sofrimento dos indivíduos que perderam alguém por suicídio constituiu uma das temáticas instigada por Edwin Shneidman, que cunhou, o termo de Pósvenção na primeira reunião da Associação Americana de Suicidologia (Shneidman, 1972).

O autor referia-se a serviços que deveriam ser prestados aos sobreviventes de suicídio, promovendo deste modo, uma recuperação psicológica significativa face ao flagelo da perda por suicídio. Shneidman (1973) designaria por “pósvenção” a “intervenção específica sobre

os familiares e amigos do suicida. O principal objetivo seria ajudar à resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de eventuais ideias ou tendências suicidas”.

Assim sendo, é definido como sobrevivente “alguém que experienciam um elevado nível de sofrimento psicológico, físico e/ou social, durante um período considerável de tempo, após a exposição ao suicídio de outra pessoa” (Jordan 2011:7).

Além do eminente risco de repetição do comportamento suicidário, a investigação mostra que na continuidade do suicídio, os sobreviventes apresentam propensão para sintomatologia psicológica e doenças psiquiátricas (Jordan, Mcintosh, 2011). Neste sentido, estamos perante quadros de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós traumático, perturbação bipolar, luto patológico, problemas sociais, entre outros.

Em Portugal, foram efetuadas poucas investigações nesta área, mas é de salientar os trabalhos realizados por Santos, Tavares e Campos em (2013)⁵⁷, que tiveram como principal objetivo analisar “o impacto do suicídio nos familiares: sintomatologia psicopatológica e ideação suicida”.

Um segundo trabalho qualitativo preconizado pela investigação de Sampaio (2013), teve como objetivo a compreensão do processo de luto dos sobreviventes, em linha de conta esteve presente o modelo de processo de luto de Fielden.

O quarto trabalho exploratório-descritivo realizado por Batista, Santos (2014), teve como objetivo, analisar as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram.

O último estudo, foi realizado por Rothes, Henriques e Correia (2013) que teve como objetivo, caracterizar o impacto do suicídio de um paciente em profissionais de saúde (psicólogos, psiquiatras e médicos de medicina geral).

Concluimos, que é fundamental continuar a investigação nesta temática, de forma, a intervir junto das famílias enlutadas face ao suicídio. Neste sentido, deveriam ser implementados programas “posventivos” adaptados à realidade em conformidade com a população portuguesa. Algumas sugestões passam por, especializar profissionais de saúde mental como suporte imediato e responsivo às necessidades das famílias enlutadas face ao suicídio. Outras

⁵⁷ Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia Especialidade: Psicologia Clínica, autora Sara Santos com orientação Prof. Doutora Sofia Tavares e Prof. Doutor Rui C. Campos.

passam por, educar a sociedade, minimizando estigmas, dar a conhecer que existem recursos e apoios em quantidade e de máxima qualidade que contribuem para minimizar o sofrimento humano. Desta forma, cooperamos na redução do risco de imitação e/ou propagação.

CAPITULO II - METODOLOGIA

1. Estrutura do Trabalho

O processo de produção de conhecimentos, dá-se à medida que se recolhem, analisam e se discutem os dados (Bogdan & Biklen, 1994; Serrano, 2004). Faz parte a apresentação do tipo de estudo, seguido da apresentação dos objetivos da investigação, assim como, das questões de investigação que provêm dos objetivos apresentados. A definição das hipóteses, a sua análise e tipologia encontram-se descritos no subcapítulo. É descrita ainda a população e amostra do estudo, a descrição dos instrumentos da colheita de dados, incluindo os itens e as variáveis. Posteriormente, serão descritos os procedimentos formais e éticos tidos em consideração no decorrer a investigação. A caracterização da tipologia de análise estatística aplicada à investigação.

2. Tipo de Estudo

Segundo Fortin (2009), o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.

Neste estudo optou-se pela realização de uma pesquisa de natureza quantitativa, correlacional e transversal. Quantitativa, pois, tal como Fortin (2009) refere, utiliza dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações. Ainda segundo a mesma autora, este estudo é correlacional, uma vez que visa explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista à sua descrição. Por último, esta investigação é de natureza transversal quanto ao tempo em que decorre o estudo, já que os questionários serão aplicados num período pré-definido, relativo ao momento presente.

3. Objetivos da Investigação

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin, 2009). Os objetivos desta investigação são os seguintes:

1. Conhecer as características sociodemográficas das famílias enlutadas por suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.
2. Conhecer as características sociodemográficas referente aos suicidas no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.
3. Analisar a relação existente entre algumas características sociodemográficas (Idade; Género) e Métodos de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.
5. Analisar as características relativas ao Processo de Luto e a Duração de Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.

4. Questões de Investigação

Segundo Fortin, (2009) uma questão de investigação é uma interrogação explícita, relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. Este estudo tem as seguintes questões de investigação:

1. Quais as características sociodemográficas das famílias enlutadas por suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016?
2. Quais as características sociodemográficas referente aos suicidas no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016?
3. Qual a relação existente entre algumas características sociodemográficas (Idade; Género) e Métodos de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016?
5. Quais as características relativas ao Processo de Luto e a Duração Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016?

5. Hipóteses

Nesta investigação foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H1-Existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas características sociodemográficas (Idade e Género) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.

H2-Existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas características relativamente ao Processo de Luto e a Duração do Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.

6. População e Amostra

Entende-se por população “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”(Fortin, 2009). A amostra, para a mesma autora é definida como o conjunto de sujeitos retirados de uma população (Fortin, 2009). Para este estudo a amostra é constituída por todas as famílias enlutadas face ao suicídio do Distrito de Coimbra de 2013 a 2016. Como o estudo é bastante ambicioso e o tempo para apresentação de dados é reduzido, apenas é considerado para observação de amostra, um familiar com uma ligação estritamente vinculativa ao suicida, que aceite participar livremente nesta investigação.

7. Instrumentos e Colheita de Dados

De acordo com Fortin (2009), o processo de colheita de dados consiste em colher de uma forma sistemática a informação desejada junto dos participantes. A recolha de dados junto da população constitui uma etapa fundamental para a realização de qualquer trabalho de investigação, para tal, torna-se necessário a elaboração de um instrumento de colheita de dados que vai de encontro aos objetivos traçados. Desta forma os instrumentos utilizados nesta investigação são:

➤ Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13)

O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado é composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas que devem persistir por um período mínimo de seis meses e que estão necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional. A primeira parte do questionário é constituída por dois itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, cuja resposta é tipo lickert. O terceiro item refere-se à duração deste sintoma, sendo a resposta de tipo dicotómica: afirmativa, no caso de um

período igual ou superior a seis meses; negativa, se a manifestação é inferior a seis meses. A segunda parte é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, com respostas também do tipo lickert. A última questão é relativa à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou em outros domínios do funcionamento, e a modalidade de resposta é novamente dicotómica (sim ou não).

A consistência interna do instrumento de Avaliação de Luto Prolongado (PG-13) é demonstrada através do teste *Alpha de Cronbach*, cujo valor de .932, permite inferir que é muito boa.

Através da Tabela 1, é possível constatar que o valor do *Alpha de Cronbach* não aumenta pela exclusão de nenhum dos itens. Importa salientar que o critério temporal, definido pelo item três, não assume preponderância sobre as restantes questões, dado que a exclusão deste item (.932) não alteraria o valor global da consistência interna do instrumento.

Tabela 1- Análise da consistência interna

Itens PG13	R2	Alpha de Cronbach se item excluído
1.	.391**	,931
2	.773**	,928
3.	.641**	,932
4.	.408**	,931
5.	.715**	,923
6.	.731**	,922
7.	.824**	,921
8.	.629**	,929
9.	.634**	,926
10.	.739**	,922
11.	.768**	,925
12.	.789**	,922
13.	.664**	,931
		Alpha de Cronbach: .932
**Correlação Significativa a .01		
*Correlação Significativa a .05		

Origem: Mayra DELALIBERA et al, Avaliação do luto prolongado para a população portuguesa

8. Procedimentos Formais e Éticos

Em qualquer investigação que envolva o ser humano a ética e deontologia devem ser rigorosas e respeitadas. Deve ser avaliada sob o ponto de vista ético, ainda mais se tem como objeto de estudo a aprendizagem e o comportamento dos mesmos, que muitas vezes são ainda crianças, visto poder dificultar, prejudicar, perturbar, tornar-se enganoso ou afetar negativamente a vidados que nela participam (Tuckman, 2000). Cabe ao investigador assegurar que a sua pesquisa não seja mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade dos participantes seja preservada ao longo do estudo. Para além do direito ao anonimato, preza-se, durante a investigação, respeitar também o direito à autodeterminação e à revelação total.

A confidencialidade dos dados e da identidade dos participantes estará sempre presente ao longo da investigação e na apresentação dos resultados obtidos. Os participantes apenas cooperarão no estudo se assim o entenderem e poderão abandoná-lo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos em relação ao seu correto tratamento.

Assim sendo, Para a recolha de dados inicialmente foi enviado um pedido de autorização com os objetivos de estudo e com identificação dos instrumentos utilizados, endereçado ao Departamento de Investigação, Formação e Documentação do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses de Coimbra.

Posteriormente foi enviada a mesma documentação para aprovação do projeto de investigação ao Departamento de Comissão Ética do Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses de Coimbra e após um parecer favorável, a Comissão Ética do Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses, concluiu que a casuística da amostra do INMLCF não abrangia toda a realidade dos suicídios e que usualmente não constava nos processos os contactos das famílias, sugerindo um meio alternativo.

Assim sendo, a recolha de amostra passou pela ciente cooperação de algumas Juntas de Freguesia do Distrito de Coimbra e algumas Agências Funerárias locais que se disponibilizaram na sinalização e identificação das famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016. Esse contacto foi estabelecido por parte das entidades supra citadas, via telefónica a fim de obter uma autorização prévia, questionando a

participação e cooperação das famílias enlutadas face ao suicídio neste projeto. Face a este primordial requisito, caso as famílias estivessem dispostas a cooperar, era promovido um encontro no local e espaço desejado pelas mesmas, onde tomavam conhecimento face a todos os pressupostos inerentes à confidencialidade de dados e informações prestadas.

No que concerne aos instrumentos foi colocado um código, que permita à investigadora a correspondência entre dados sociodemográficos fornecidos pelas famílias enlutadas e Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG13).

Para a utilização do **Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13)** foi solicitado aos autores, através de correio eletrónico a respetiva autorização. Podemos assegurar que foi garantida pela investigadora a total confidencialidade e anonimato das respostas dadas.

CAPITULO III - RESULTADOS

1. Análise Estatística

Para sistematizar as informações, vamos utilizar a estatística descritiva, mais concretamente as frequências absolutas (n°), as frequências relativas (%), médias (\bar{x}), modas (Mo), medianas (Md), Desvio Padrão (σ), Valor Mínimo ($X_{min.}$) e Valor Máximo ($X_{máx.}$), tendo em conta os dados em análise. Para analisar os resultados das hipóteses em análise iremos recorrer ao teste da normalidade da variável dependente, o Luto, e da variável independente, Sociodemográficas.

2. Apresentação e Análise de Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da análise estatística dos dados recolhidos, bem como uma análise dos mesmos.

A amostra total seria as 24 famílias enlutadas face ao suicídio, no entanto, a amostra real são 19 famílias enlutadas face ao suicídio.

Quatro famílias não quiseram participar por motivos de estigma e preconceito e uma família desistiu de participar pelo sofrimento ainda sentido e vincado pela perda do seu familiar.

3. Análise Descritiva

Neste subcapítulo, iniciaremos a apresentação e análise dos resultados do questionário sociodemográfico das famílias enlutadas e posteriormente apresentação e análise dos resultados do questionário sociodemográfico dos suicidas.

Na **Tabela 1**, observamos que relativamente ao Género, o sexo Masculino representa 47,4% ($n=9$) e o sexo Feminino representa 52,6%. ($n=10$) com 100% ($n=19$) do total da amostra.

No que confere à Idade dos inquiridos, observamos que dos 18-25 anos apresenta 5,3% ($n=1$), dos 26-35anos apresenta 15,8% ($n=3$), dos 36-45 anos apresenta 36,8% ($n=7$), dos 46-55 anos apresenta 5,3% ($n=1$), posteriormente dos 56-65 anos apresenta 31,6% ($n=6$) e por último dos 66-80anos com 5,3% ($n=1$).

Observamos que relativamente à Formação Académica, os inquiridos apresentam habilitações de 1ºCiclo 10,5% ($n=2$), 2ºCiclo 5,3% ($n=1$), Ensino Básico 5,3% ($n=1$), Ensino Secundário

42,1% (n=8), Licenciatura 26,3% (n=5) e por último Estudante 10,5 (n=2). Relativamente à Situação Profissional, observamos que em situação de Empregado encontram-se 47,4% (n=9), Desempregado 36,8% (n=7), Reformado 5,3% (n=1) e por último 10,5% (n=2) que omitiram a situação profissional.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas das famílias enlutadas

Variáveis	Total	
	n	%
Género		
Masculino	9	47,4
Feminino	10	52,6
Idade		
18 - 25	1	5,3
26 - 35	3	15,8
36 - 45	7	36,8
46 - 55	1	5,3
56 - 65	6	31,6
66 - 80	1	5,3
Formação Académica		
1º Ciclo	2	10,5
2º Ciclo	1	5,3
Ensino Básico	1	5,3
Secundário	8	42,1
Licenciatura	5	26,3
Estudante	2	10,5
Situação Profissional		
Empregado	9	47,4
Desempregado	7	36,8
Reformado	1	5,3
Omisso	2	10,5

No que concerne ao Estado Civil, na **Tabela 2**, observamos que 42,1% (n=8) são Solteiros, 36,8% (n=7) são Casados, 15,8% (n=3) são Divorciados e 5,3% (n=1) são Viúvos, não havendo resultados para União de facto e Separados.

Relativamente aos dados observados no Distrito de Coimbra, os Concelhos representativos são Coimbra com 10,5% (n=2), Figueira da Foz com 15,8% (n=3), Montemor-o-Velho com 10,5% (n=2), Condeixa-a-Nova com 5,3% (n=1), Cantanhede com 21,1% (n=4), Oliveira do

Hospital com 5,3% (n=1), Soure com 10,5% (n=2), segue-se Arganil com 5,3% (n=1) Penacova com 5,3% (n=1) e por último Mealhada com 10,5% (n=2).

Tabela 2 - Características Sociodemográficas das famílias enlutadas

Variáveis	Total	
	n	%
Estado Civil		
Solteiro	8	42,1
Casado	7	36,8
Divorciado	3	15,8
Separado	0	
União de facto	0	
Viúvo	1	5,3
Concelho		
Coimbra	2	10,5
Figueira da Foz	3	15,8
Montemor-o-Velho	2	10,5
Condeixa-a-Nova	1	5,3
Cantanhede	4	21,1
Oliveira do Hospital	1	5,3
Soure	2	10,5
Arganil	1	5,3
Penacova	1	5,3
Mealhada	2	10,5

Na **Tabela 3** observamos que 94,7% (n=18) de familiares consideram que precisam de apoio, e 5,3% (n=1) consideram que por vezes precisam de apoio.

Observamos ainda, que 94,7% (n=18) considera que procurou apoio e 5,3% (n=1) considera que não. No que concerne ao apoio prestado, 57,9% (n=11) procurou apoio de familiares e amigos e 36,8% (n=7) procurou outro tipo de apoio, como por exemplo, a igreja.

Relativamente à procura de apoio de um profissional saúde, 31,6% (n=6) procuraram ajuda profissional e 63,2% (n=12) não procuraram.

Face Duração de Acompanhamento, constatamos que 5,3% (n=1) teve acompanhamento de 3 a 6 meses, 10,5% (n=2) teve acompanhamento de 6 a 12 meses e 21,1% (n=4) encontra-se em acompanhamento.

Tabela 3 – Percepção de Apoio e Duração Acompanhamento nas Famílias Enlutadas

Variáveis	Total	
	n	%
Percepção de Apoio		
Precisa/Precisou de Apoio		
Sim	18	94,7
Não	0	
Por Vezes	1	5,3
Procurou Apoio		
Sim	18	94,7
Não	1	5,3
Quem apoiou		
Amigos e Familiares	11	57,9
Outros - Igreja	7	36,8
Procura Apoio Profissional		
Sim	6	31,6
Não	12	63,2
Duração Acompanhamento		
Avaliação Única	-	-
Até 1 Semana	-	-
1- 4 Semanas	-	-
1-3 Meses	-	-
3-6 Meses	1	5,3
6-12 Meses	2	10,5
Em Acompanhamento	4	21,1

Relativamente às características Sociodemográficas dos suicidas, na **Tabela 4**, observamos que, no que se refere ao Género, o sexo Masculino apresenta maior prevalência com 73,7% (n=14) e o sexo Feminino apresenta 26,3% (n=5), o que totaliza 100% (n=19) da amostra.

No que se refere à Idade dos suicidas, dos 18-25 anos apresentam 10,5% (n=2), dos 26-35 anos 15,8% (n=3), dos 36-45 anos 21,1% (n=4), dos 46-55 anos 15,8% (n=3), dos 56-65 anos 10,5% (n=2) e por último dos 66-80 anos 26,3% (n=5).

Face à Formação Académica, observamos que os suicidas apresentam habilitações ao nível do 1ºCiclo com 26,3% (n=5), no 2ºCiclo com 5,3% (n=1), no Ensino Básico com 15,8% (n=3), no Secundário com 26,3% (n=5), na Licenciatura com 10,5% (n=2), Estudante com 10,5% (n=2) e 5,3% (n=1) não sabe mencionar as habilitações dos seus familiares suicidas.

Face à Situação Profissional, observamos que 10,5% (n=2) estavam Empregados, 84,2% (n=16) estavam Desempregados e 5,3% (n=1) estavam Reformados.

Tabela 4 - Características Sociodemográficas dos suicidas

Variáveis	Total	
	n	%
Género		
Masculino	14	73,7
Feminino	5	26,3
Idade		
18 - 25	2	10,5
26 - 35	3	15,8
36 - 45	4	21,1
46 - 55	3	15,8
56 - 65	2	10,5
66 - 80	5	26,3
Formação Académica		
1º Ciclo	5	26,3
2º Ciclo	1	5,3
Ensino Básico	3	15,8
Secundário	5	26,3
Licenciatura	2	10,5
Não Sabe	1	5,3
Estudante	2	10,5
Situação Profissional		
Empregado	2	10,5
Desempregado	16	84,2
Reformado	1	5,3

Na **Tabela 5**, observamos que 36,8% (n=7) dos suicidas encontravam-se Solteiros, 57,9% (n=11) encontravam-se Casados e por último 5,3% (n=1) encontravam-se Divorciados. Não tendo sido referenciado, qualquer situação face a União de Facto, Viúvo ou Separado.

Referente ao Grau de Parentesco com o familiar enlutado face ao suicida, observamos que, Pais apresentam 36,8% (n=7), Irmãos apresentam 15,8% (n=3), Avós apresentam 5,3% (n=1), Cônjuges apresentam 5,3% (n=1), Filhos apresentam 5,3% (n=1), Sobrinhos apresentam 5,3% (n=1) Madrinhas apresentam 5,3% (n=1) e por último primos com 21,1% (n=4).

Tabela 5 - Características demográficas dos suicidas

Variáveis	Total	
	n	%
Estado Civil		
Solteiro	7	36,8
Casado	11	57,9
Divorciado	1	5,3
Separado	0	
União de facto	0	
Viúvo	0	
Grau Parentesco		
Pais	7	36,8
Irmãos	3	15,8
Avós	1	5,3
Cônjuge	1	5,3
Filhos	1	5,3
Sobrinho	1	5,3
Madrinha	1	5,3
Primos	4	21,1

Na **Tabela 6** observamos que no ano 2013 o número de suicídios foi de 26,3% (n=5), em 2014 constatamos de igual modo 26,3% (n=5), em 2015 verificou-se 21,1% (n=4) e por último, em 2016 registaram-se 26,3% (n=5).

Relativamente ao Método de Suicídio, por asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação obtiveram-se 36,8% (n=7), por asfixia por submersão e afogamento obtiveram-se 5,3% (n=1), por armas de fogo observaram-se 47,4% (n=9) e por último por precipitação no vazio observaram-se 10,5% (n=2).

Quanto ao Local de suicídio, observaram-se 52,6% (n=10) em casa, 5,3% (n=1) no carro e 42,1% (n=8) em outros locais.

Tabela 6 - Características de circunstância de morte dos suicidas

Variáveis	Total	
	n	%
Ano		
2013	5	26,3
2014	5	26,3
2015	4	21,1
2016	5	26,3
Método Suicídio		
Asfixia por enforcamento (...)	7	36,8
Asfixia por submersão (...)	1	5,3
Armas de Fogo	9	47,4
Precipitação Vazio	2	10,5
Local		
Casa	10	52,6
Carro	1	5,3
Outro	8	42,1
Circunstância Morte		
Algo esperado	2	10,5
Repentino e inesperado	13	68,4
Tentativa prévia	3	15,8
Plano suicida	1	5,3

No que se refere aos suicidas por Concelho na **Tabela 7** observamos que, Coimbra apresenta 10,5% (n=2) de casos, Figueira da Foz apresenta 15,8% (n=3), Montemor-o-Velho apresenta 10,5% (n=2), Condeixa-a-Nova apresenta 5,3% (n=1), Cantanhede apresenta 21,1% (n=4), Oliveira do Hospital apresenta 5,3% (n=1), Soure apresenta 10,5% (n=2), segue-se Arganil com 5,3% (n=1), Penacova com 5,3% (n=1) e por último Mealhada com 10,5% (n=2) casos de suicídio.

Observamos também, que existe registo de Consequência e Circunstância, ou seja, 57,9% (n=11) foram Suicídios e 42,10% (n=8) foram Homicídios seguido de Suicídio.

Relativamente à Sintomatologia apresentada pelos suicidas, a Ansiedade apresenta valores de 36,8% (n=7), a Depressão apresenta 26,3 (n=5), os Transtornos Mentais apresentam 10,5% (n=2) e por último 26,3% (n=5) dos familiares enlutados refere não saber a principal causa de sintomatologia do suicida.

Tabela 7 - Características de circunstância de morte dos suicidas

Variáveis	Total	
	n	%
Concelho		
Coimbra	2	10,5
Figueira da Foz	3	15,8
Montemor-o-Velho	2	10,5
Condeixa-a-Nova	1	5,3
Cantanhede	4	21,1
Oliveira do Hospital	1	5,3
Soure	2	10,5
Arganil	1	5,3
Penacova	1	5,3
Mealhada	2	10,5
Consequência à Circunstancia		
Suicídio	11	57,9
Homicídio seguido Suicídio	8	42,1
Sintomatologia		
Ansiedade	7	36,8
Depressão	5	26,3
Transtornos Mentais	2	10,5
Não Sabe	5	26,3

4. Análise Inferencial

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos em relação aos testes das Hipóteses deste estudo.

H1-Existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas características sociodemográficas (Idade e Género) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.

H2-Existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas características relativamente ao Processo de Luto e a Duração do Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016.

Para verificar a relação existente entre as características sociodemográficas (Idade e Género) e o Método de suicídio, aplicamos o Coeficiente de correlação de Pearson (**Tabela 8 e 9**), onde podemos verificar através do valor negativo de “r”, que as variáveis: “Método de Suicídio” e “Género” (**Tabela 8**), variam em sentido inverso, ou seja, valores elevados de uma variável estão associados a valores baixos da outra variável. Por outro lado, sendo o valor de $r < 0,50$, indica-nos uma fraca relação entre ambas as variáveis, pelo que podemos afirmar que a variável “Método de Suicídio” não é influenciada pela variável “Género”.

No que respeita à variável “Idade” (**Tabela 9**), verifica-se que esta varia no mesmo sentido da variável “Método de Suicídio”, ou seja, valores elevados de uma variável estão associados a valores elevados da outra variável e vice-versa. No entanto, verifica-se também uma fraca relação entre ambas as variáveis, da mesma forma, a variável “Método de Suicídio” não é influenciado pela variável “Idade”.

Tabela 8 - Correlação entre as características sociodemográficas (Género) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016

Correlação de Pearson	Método de Suicídio		Género	
	r	p-value	r	p-value
Método Suicídio	1	-	-0,273	0,258
Género	-0,273	0,258	1	-

Nível de significância a 1% ; r – Coeficiente de correlação; p-value -nível de significância

Tabela 9 - Correlação entre as características sociodemográficas (Idade) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016

Correlação de Pearson	Método de Suicídio		Idade	
	r	p-value	r	p-value
Método Suicídio	1	-	0,118	0,316
Idade	0,118	0,316	1	-

Nível de significância a 1% ; r – Coeficiente de correlação; p-value -nível de significância

De seguida, para verificar a relação existente entre o processo de luto e a Duração do Acompanhamento, utilizou-se a análise de regressão linear, em que a variável “Processo de Luto” entrou como variável dependente e “Duração de Acompanhamento” como variável independente. Para a variável “Processo de luto”, baseamo-nos no “item 2” do **Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13)** que segundo DELALIBERA *et al*, 2011: “O peso fatorial elevado do item dois (experiência de dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de tensão relacionados com a perda) indica que esta questão é a que representa maioritariamente a PLP”.

O que pretendemos demonstrar é se a “Duração de Acompanhamento” explica/influencia o “Processo de Luto”.

Antes de avançar com a análise, fomos verificar se a variável segue uma distribuição normal. Para isso, recorremos ao teste de Kolmogorov-Smirnove como podemos verificar nos resultados da **Tabela 10**.

Tabela 10 - Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Processo de Luto	,094	28	,200*	,976	28	,742

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

O teste de Kolmogorov “devolveu” uma significância de 0,200. Como este valor foi superior a 0,05, podemos afirmar que o “Processo de Luto” segue uma distribuição normal. No entanto, há autores que defendem que, perante uma pequena amostra, como a nossa, devemos basear-nos no teste de Shapiro-Wilk, contudo, se repararmos no valor da sua significância chegaremos à mesma conclusão ($p=0,742, logo >0,05$).

Assim, iremos verificar se o erro é independente, aplicando o teste de Durbin-Watson, onde obtivemos os seguintes resultados (**Tabela 11**).

Tabela 11 – Sumarização do Modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,896 ^a	,803	,778	1,38223	2,024

a. Preditores: (Constante), Duração do Acompanhamento
 b. Variável Dependente: Processo de Luto

Este teste não nos apresenta o nível de significância, mas sim um valor que está sempre situado entre 1 e 3. Quando o valor do teste está próximo de “2”, significa que não é significativo e que os erros são independentes. Podemos então concluir, que todos os pressupostos estão garantidos e prosseguir com o estudo.

Através da tabela anterior, podemos também concluir, através do coeficiente de determinação (R^2) que, a “Duração de Acompanhamento” apresenta uma variação explicativa de 80,3% do total do “Processo de Luto”, ou seja influencia todo o processo de luto. Sendo que, os restantes 19,7%, são influenciados por outros preditores.

Através desta aplicação, obtivemos também uma tabela com o teste ANOVA, com uma estatística $F=8,226$ e uma significância inferior a 0,001 (**Tabela 12**), o que significa que existe uma correlação bastante significativa, podendo assim afirmar que, o Processo de luto está diretamente relacionado com a Duração de Acompanhamento.

Tabela 12– ANOVA^a

Modelo	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	
1	Regressão	86,936	2	43,468	8,226	,000 ^b
	Resíduo	15,852	3	5,284		
	Total	102,788	5			

a. Variável Dependente: Processo de Luto
 b. Preditores: (Constante), Duração de Acompanhamento

Tabela 13 – Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	1,919	2,522		,761	,454
	Duração de Acompanhamento	,652	,103	,707	3,349	,000

a. Variável Dependente: Processo de Luto

Os dados da **Tabela 13**, indicam-nos os valores dos coeficientes estimados e a sua respetiva significância. Com base nestes resultados, podemos concluir que a “Duração de Acompanhamento” afeta o “Processo de Luto”, existindo uma correlação bastante significativa entre elas ($p < 0,05$).

CAPITULO IV- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Discussão de Resultados

No presente capítulo apresentamos a confrontação dos resultados obtidos na investigação com alguns resultados obtidos pelos autores que integram a revisão da literatura.

Na observação dos dados face às famílias enlutadas, maioritariamente os participantes são filhos do suicida, com predominância no sexo feminino, com idades compreendidas entre 36-45 anos, solteiras e residentes em Cantanhede, Distrito de Coimbra. A formação académica de maior influência é o Ensino Secundário. No que concerne a procurar apoio, após um luto por suicídio, a maioria dos familiares assume que é importante, no entanto, preferencialmente recorrem ao apoio junto dos seus familiares e amigos, posteriormente à religião e por último ao profissional de saúde.

Na observação, de dados face aos suicidas, verificamos que a prevalência de suicidas no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016 é do sexo masculino, com idade compreendida entre 66-80 anos, casados, com maior taxa influência no Concelho de Cantanhede. Relativamente à formação académica varia entre o 1º Ciclo e Ensino Secundário, no entanto, a situação profissional predominante é o desemprego. Apresentam sintomatologia depressiva e ansiosa, recorrem maioritariamente ao método de suicídio por armas de fogo, na sua residência, de forma repentina e inesperada.

Corroborando em grande parte com a literatura e segundo alguns estudos preconizados no nosso País, “o perfil do suicida em Portugal tem-se mantido ao longo dos anos: homem, com mais de 50 anos, a viver na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, separado, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixos níveis de instrução, socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico (com história de passado psiquiátrico), em comorbilidade com perturbação da personalidade, psicopatologia por vezes associada a doença crónica dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos, com ideação de morte ou suicida prévias, incluindo tentativas de suicídio, que põe termo à vida por método violento como o enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento, trucidado por comboio, na primavera ou no verão” (Alte da Veiga e Saraiva, 2003).

De seguida passaremos à análise e discussão das hipóteses colocadas no nosso estudo de investigação. Em relação (HI) “existem diferenças estatisticamente significativas entre

algumas características sociodemográficas (Idade e Género) e o Método de Suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016”. O nosso estudo indica-nos uma fraca relação entre as variáveis, pelo que podemos afirmar que a variável “Método de Suicídio” não é influenciada pela variável “Género”. Assim como, também existe uma fraca relação entre as variáveis, ou seja, a variável “Método de Suicídio” não é influenciada pela variável “Idade”.

Apesar de não estarmos em consonância, segundo um estudo da OMS (2008) sobre a estatística dos métodos de suicídio em diversos países, constatou-se que a média total dos resultados revela que a maioria dos suicídios em ambos os sexos foi referente ao método por enforcamento (54,3% dos homens e 35,6% das mulheres), seguido pela intoxicação por um qualquer tipo de substâncias (29,0% das mulheres e 14,0% dos homens). Por sua vez a intoxicação medicamentosa e outras drogas, representou o segundo método mais utilizado pelas mulheres, enquanto nos homens vincava a morte por recurso a arma de fogo. O terceiro método mais utilizado pelas mulheres foi a precipitação no vazio, enquanto nos homens foi intoxicação medicamentosa e outras drogas.

Outro estudo sobre a Epidemiologia do Para-Suicídio no concelho Coimbra em 1996, realizado pela Consulta de Prevenção do Suicídio do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Coimbra, fez referência uma desagregação das taxas por sexo, onde constataram uma relação feminino/masculino de dois para uma, na desagregação por grupos etários sobressaíam as taxas elevadas nas mulheres com menos 25 anos, enquanto nos homens ocorreria entre os 25 e os 35 anos. Outros estudos, revelam que as maiores percentagens de suicídios de homens entre (10-24anos, 25-64 anos e 65 e mais anos), resultam do método arma de fogo, enquanto a percentagem de suicídios de mulheres entre (10 e os 24 anos), resultaria do método por sufocação, já dos (25-64 e 65 e mais anos), predominava o método por intoxicação.

Em relação (H2) “existem diferenças estatisticamente significativas entre algumas características relativamente ao Processo de Luto e a Duração do Acompanhamento nas famílias enlutadas face ao suicídio no Distrito de Coimbra de 2013 a 2016”.

De seguida, para verificar a relação existente entre o processo de luto e a Duração do Acompanhamento, utilizou-se a análise de regressão linear, em que a variável “Processo de Luto” entrou como variável dependente e “Duração de Acompanhamento” como variável independente. Os resultados apontam para a existência de uma forte relação entre ambas as variáveis. Assim sendo, mediante os resultados obtidos, podemos afirmar que o Processo de luto está diretamente relacionado com a Duração de Acompanhamento.

Corroborando com os estudos realizados por Barbosa, as reações adaptativas à perda variam consoante a sua natureza, as expectativas passadas, a personalidade, os valores individuais, e a ameaça percebida em relação ao sentimento de integridade pessoal. O processo do luto é considerado multidimensional, ativo, altamente personalizado e determinado por inúmeros fatores de vida do enlutado. Não é um processo linear, com limites concretos, mas um composto de fases que podem se sobrepor e variam de pessoa para pessoa ao longo do tempo.

De facto, diversos autores defendem que na investigação no processo de luto a suposição de uma ligação entre o estilo de vinculação da pessoa, os modelos internos dinâmicos e o modo como o sujeito lida com uma perda irrevocável, tem grandes implicações (Bretherton & Munholland, 1999; Field & Wogrin, 2011; Parkes & Weiss, 1983; Weiss, 2001). Compreender esta ligação ajudar-nos-á a clarificar o porquê de alguns sujeitos se adaptarem relativamente bem à perda de uma pessoa amada, enquanto outros experienciam muitas dificuldades e impactos nefastos na saúde física e mental (Stroebe, 2002).

CAPITULO V- CONCLUSÕES

1. Conclusões

A presente investigação apresenta naturalmente algumas limitações. Em primeiro lugar, a amostra utilizada é relativamente reduzida, restringe-se ao Distrito de Coimbra, não sendo representativa de todos os familiares enlutados face ao suicídio no país. Parece-nos de extrema relevância que futuras investigações possam ser realizadas longitudinalmente, composto por amostras mais abrangentes e com mais representatividade.

Consensualmente também, não podemos deixar de referir a importância de se conhecer com rigor a prevalência de famílias enlutadas face ao suicídio, isto porque, não se pode intervir de forma eficaz num fenómeno que não se conhece verdadeiramente.

Face à maior predominância de familiares enlutados face ao suicídio no Concelho de Cantanhede, leva-nos a descrever a economia, como predominantemente terciária na cidade, e primária nas restantes freguesias. Algumas freguesias estão isoladas e desertificadas o que contribui para um aumento de risco de suicídio.

A construção de programas “posventivos” é de extrema relevância e pertinência, é primordial que sejam estabelecidas linhas orientadoras de intervenção ajustadas em modelos clínicos e psicossociais adequados, dado que os resultados evidenciam que a sintomatologia depressiva e ansiosa está fortemente relacionada com o risco de suicídio. Constatamos que ao longo da literacia, as famílias disfuncionais demonstram padrões menos adaptativos relativamente ao lidar com as inevitáveis perdas, abraçando a fantasia e a negação para ofuscar a realidade e para insistir na intemporalidade e perpetuação dos laços nunca desfeitos. As perdas significativas ou traumáticas podem nunca ser totalmente resolvidas.

Cada familiar, perante a perda de um ente querido, reage de uma maneira própria e em tempos diferentes, podendo gerar vários conflitos, afastamentos ou até mesmo ruturas no seio familiar. É importante estar atento a elementos mediadores da reação à perda, em particular aos fatores de risco, uma vez que a qualidade do suporte e a relação previamente existente com o falecido determinam, em grande parte, a intensidade das manifestações e o desenvolvimento do luto, normal ou patológico.

Relativamente às dificuldades sentidas na realização deste trabalho, desde início tracei uma linha orientadora, tracei um plano plausível e cumpridor dos meus deveres e objetivos.

Nunca desisti de lutar pelo projeto "Famílias Enlutadas face ao Suicídio". Após um trilhar bastante tempestuoso, de angustiantes momentos de espera, de escassas respostas, passou imenso tempo e nesta inquieta angústia recorri a plano A, B e C. Deparei-me com Instituições pouco abertas para cooperar na investigação, deparei-me com uma sociedade egocêntrica, estigmatizada e preconceituosa.

Tendo plena consciência que é uma temática bastante delicada, e a complexidade de que se reveste este fenómeno, tem determinado a necessidade de se estabelecerem princípios gerais relativos à formação em suicidologia, com o objetivo de assim se contribuir de forma eficaz para a planificação de estratégias preventiva face suicídio. Há ainda, um longo percurso para percorrer...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1989). *Attachments beyond infancy*. *American Psychologist*, 44: 709-716.
- Ainsworth, M. (1991). *Attachments and other affectional bonds across the life cycle*. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (33-51). London: Routledge.
- Ainsworth, M & Wittig, B. (1969). *Attachment and exploratory behavior of oneyear-olds in a strange situation*. In B. Foss (ed.), *Determinants of infant behavior*, vol. (4)129-173. London: Methuen.
- Alte da Veiga & Saraiva, C. B. (2003). “Age patterns of suicide: Identification and characterization of European clusters and trends, *Crisis*”, 24 (2):56-67.
- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Edições Quarteto.
- Aldrige, D. (1984). *Family interaction and suicidal behavior: a brief review*. *Journal of Family Therapy*.
- Andolfi, M. (1981). *Terapia Familiar*. Lisboa, Editorial Vega.
- Andorno, R. (1998). *El fin de la persona*. In *Bioética y dignidad de la persona*. Versão espanhola. Madrid: Editorial Tecnos.
- Antunes, A. L. (2005). D`este viver aqui neste papel descripto, *Cartas de Guerra*. Editor: Dom Quixote.
- Anton, J. Van Hoof, L. (2000). *A Historical Perspective on Suicide*. In *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, London: The Guilford Press.
- Argyle, M. e Beith-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London, Routledge & Kegan.
- Ausubel, N. (1964). *The Book of Jewish Knowledge*. New York: Crown.
- Barbosa, A. (2010). *Processo de Luto*. In: Barbosa, A.; Neto, I. (eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2):226-244.
- Bennette, S., & Nelson, J. K. (2010). Contemporary theory and research on adult: Where is the field today. In S. Bennette, & J. K. Nelson (Ed.), *Adult attachment in clinical social work: Practice, research and policy*. Washington, DC: Spinger.
- Bhatia, M.S. (2002). *Stigma, suicide and religion*. *British Journal of Psychiatry* 180: 188-189.

- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. & Botega, N. J. (2010). “*Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica*”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (Supl. 2): S87-S95.
- Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2003). *The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. Behaviour Research and Therapy*.
- Bonanno, A. G., & Kaltman, S. (2001). The Varieties of Grief Experience. *Clinical Psychology Review*.
- Bonete P. E. (2002). *Muerte, Libertad, Suicídio (I): La filosofía como preparación para la muerte*. In Cuadernos Salmantinos de Filosofía. Universidad Pontífica de Salamanca.
- Botega, N. J. et al. (2006). *Prevenção do comportamento suicida*. *Revista Psico*, Porto Alegre, V37 (3) 213-220.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1990). *Perda. Apego. A Natureza do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998a). *Perda. Separação. Angústia e Raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998b). *Perda. Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bromberg, M.H.P.F. (1994). *A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto*. Editorial Psy II. Campinas.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. (Vol.1). (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Original publicado em 1969).
- Bowlby, J. (1984). *Separação. Angústia e raiva* (Vol.2). (L. Hegenberg, M. Hegenberg & O. Mota, Trad.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda. (Original publicado em 1973).
- Bowlby, J. (1984). *Perda: Tristeza e depressão*. (Vol.3). (L. Hegenberg, M. Hegenberg & O. Mota, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1975).
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). *A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Camus A. (2004). *O Mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record
- Carter, B.; McGoldrick, M. (Col.). (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. In: Carter, B.; McGoldrick, M. (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Carvalho Á, Peixoto B, Saraiva CB, Sampaio D, Amaro F, Santos JC, et al. (2013) *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's tie. In J. Cassidy, & P. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications*. New York: Guildford Press.
- Cavalcante, Gonçalves Fátima & Minayo, M.C.S. (2012). *Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8):1943-1954.
- Cavalcante, Gonçalves Fátima, Minayo, M.C.S., Meneghel, S.N., Silva, R.M., Gutierrez, D.M., Conte, M., Figueiredo, A.E., Grubits, S., Cavalcante, A.C., Mangas, R. M., Viera, L.J. & Moreira, G. A. (2012). *Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (8): 2039-2052.
- Clark, S. (2007). *Depois do Suicídio: apoio às pessoas em luto*. São Paulo: Ed. Gaia.
- Clark, D. C., & Horton-Deutsch, S. L. (1992). *Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides*. In Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberger, J. T., & Yufit, R. I. (Eds.). *Assessment and prediction of suicide* 144-182. New York: The Guilford Press.
- Costa Alves, Ana. (2011). *No fim da linha: o sofrimento do doente em fim de vida e sua família*. Gráfica Vilaverdense – Artes Gráficas.
- Costa Santos, Jorge (2006). *Autópsia Psicológica e Investigação da Morte. A Busca da Unidade na Diversidade*. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, D. (Coods.): *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia 325-375.
- Costa Santos, Jorge; Freitas, E. e Barros, O.L.: *Suicídio Consumado: Nota metodológica sobre um inquérito em curso*. Comunicação apresentada no Congresso Internacional de Medicina Legal, Vila Real, 18 de outubro de 1986.
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 434-465). New York: Guilford Press.
- D'Assupção, E.(2010). *Sobre o viver e o morrer: Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam*. Petrópolis: Vozes.
- Dessen, M. A.; Braz, M. P. (2005). *A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano*. In: Dessen, M. A.; Costa Jr., Á. L. (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Diehl, A; Cordeiro, D. C.; Laranjeira, R.(2011). *Dependência Química: prevenção, tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre, Ed. Artmed.

- Domingos, B., & Maluf, M. R. (2003). *Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos*. Psicologia: Reflexão e Crítica.
- Douglas, J. (1967). *The Social Meaning of Suicide*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Durkheim, E. (1987). *Le suicide*. Paris: PUF.
- Durkheim, E. (1982). *O suicídio: estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Durkheim, E. (1966). *Suicide*. New York, Free Press (original 1897).
- Durkheim, E. (2003). *As formas elementares da vida religiosa*. 3º Ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Fechio, L.G. (2008). *Suicídio e ética: uma apreciação em nossos dias à luz do Gaudium et Spes*. 139 f. Dissertação (Mestrado em teologia Prática, com concentração no núcleo de Moral) – Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção, São Paulo.
- Feeney, J.A., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London, N.D.: Sage Publications.
- Field, N. P., & Wogrin, C. (2011). The changing bound in therapy for unresolved loss: An attachment theory perspective. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (Ed.), *Bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (23-37). New York: Routledge.
- Fonseca, J. P. (2004). *Luto Antecipatório*. Editora Livro Pleno. Campinas.
- Funk; Wagnalls. (1987). *New Encyclopedia*. Suicide, Funk & Wagnalls Inc., Estados Unidos. V. 24: 422-3.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome, pensar o sofrimento*. 2ª edição. Afrontamento Edições. Porto.
- Franco (2002). M. H, P. *Estudos Avançados sobre o Luto*. São Paulo: Editora Livro Pleno.
- Franco, M.H.P. (2008). *Trabalhando com pessoas enlutadas*. In: Carvalho, V.A. et al. (org.). *Temas em Psico-Oncologia*. Summus. São Paulo.
- Freud, S. (1917). *Luto e Melancolia*. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Freud, Imago, Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1915). *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. In: Obras Completas. Editora Imago. Vol. XIV.
- Freud, S. (2006). *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago.
- Ferreira, A. B. H. (1983). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Nova Fronteira: Rio de Janeiro.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto, Edições Afrontamento.

- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). *Attachment as an organizational framework for research on close relationships*. *Psychological Inquiry*, 5(1).
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). *Romantic love conceptualised as an attachment process*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3): 511-524.
- Helman, C. (2003). *Cultura, Saúde & Doença*. São Paulo: Artmed Editora. ISBN 0-7506-4786-8.
- Hoelter, J.W. (1979). *Religiosity, fear of death and suicide acceptability*. *Suicide Life Threatening Behavior* 9: 163-172.
- Horowitz, J, Mardi., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, A. G., Milbrath, C., & Stinson, H, C. (2003). *Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder*. *Focus*, 1.
- Jackson, D. (1965). *The study of the family*. *Family Process*, 4, 1, Printed from *The Family Process* CD-ROM.
- Jaramillo, I. (2006). *Morrer Bem*. São Paulo: Editora Planeta.
- Jarvis, G.K. e Northcott, H.C. (1987). *Religion and differences in morbidity and mortality*. *Social Science and Medicine* 25: 13-824.
- Kniepper, A. (1999). *The suicide survivors grief and recovery*. In: *Suicide e Life-Threatening behavior*. Vol.29, Iss. 4:353-364.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lindeman, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief*. *American Journal of Psychiatry*.
- Macedo, M. M. K. & Werlang, B. S. G. (2007). “*Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio*”. *Ágora*, 10 (1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-14982007000100006&script=sci_arttext.
- McGoldrick, M. (1995). *Echoes from the past: helping families mourn their losses*. In Walsh, F. and McGoldrick, M. (Eds). *Living beyond loss: Death in the family*. Nova Iorque. Norton.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation*. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Manhães, M. P. (1990). *O enigma do suicídio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V (1993). *Pathological grief reactions*. In M. S.

- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V (1993). Pathological grief reactions. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention* (44:61). Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Minois, G. (1998). *História do Suicídio. A sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Trad. do francês de Serafim Ferreira. Lisboa: Editorial Teorema.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (143–165). New York: Guilford Press.
- Melzack, R.; Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Monteiro, I. M. S. (2009). *O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto*. Tese de Doutoramento publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Moreira, N. (2008). *Sofrimento, Desespero e Comportamentos Suicidários na Prisão*. Quarteto. Coimbra.
- Muller, E.; Thompson, C. (2003). *The experience of grief after bereavement: A phenomenological study with implications for mental health counseling*. In Journal of mental health counseling Alexandria. Vol. 25, Iss. 3:183-203
- Parkes, C. M. (1998) *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus. São Paulo.
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (25-47). Washington, DC: American Psychological Association.
- Panoff, M. ; Perrin, M.(1973). *Dictionnaire de l'ethnologie*. Paris: Payot.
- Pescosolido, B.A.; Georgianna, S. (1989). *Durkheim, suicide, and religion: toward a network theory of suicide*. American Sociological Review, V.54.
- Pessini, L. (1999). *A Eutanásia na Visão das Grandes Religiões Mundiais*. Bioética 7 (1) :83-99.
- Pincus, L. (1989). *A família e morte: como enfrentar o luto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Prats, L. (1987). *Aspetos culturais do suicídio*. in *Psicologia*, 5, 2, 181-187.
- Prigerson, G, H., Vanderwerker, C, L., & Maciejewski, K, P. (2007). Prolonged Grief Disorder: A Case for Inclusion in DSM-V. In M.Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W.
- Quartilho, M. (1996). *Dor Crónica: alguns aspetos sociais e culturais*. Psiquiatria Clínica. ISSN 0303-464X.

- Relvas, Ana Paula (1997). *Family Therapy: Foundations and Techniques. Psychotherapy. New Perspectives on Theory, Practice and Research*. P. J. Hawkins & J.N. Nestoros (Ed.), Athens, Ellinika Grammata.
- Sable, P. (1992). Attachment, Loss of Spouse, and Disordered Mourning. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*.
- Sampaio, D., Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto, Edições Afrontamento.
- Santos, S. (2013). *O Impacto do Suicídio nos Familiares: Sintomatologia Psicopatológica e Ideação Suicida*. (Tese Doutoramento), Universidade Évora, Évora.
- Santos, J. (2002). *Suicídio e autópsia psicológica: Estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes autoinfligidas*. (Tese de Doutoramento), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Santos, P. J., & Maia, J. (1999). *Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares*. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (101:113). Braga: APPORT.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Saraiva, C. B. (org.) (2014), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica*. Lisboa: Edições Técnicas, Lda – LIDEL.
- Saraiva, C. B. (2006a). *Estudos sobre o para-suicídio. O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse
- Saraiva, C.B. In Moreira N. (2010), *Prefácio a Suicídio nas Prisões*. Legis Editora. Porto.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, Loss, and Complicated Grief. *Dev Psychobiology*, 47, 253-267.
- Shah, A. Chandia, M. (2010). *The relationship between suicide and Islam: a cross-national study*. *J Inj Violence Res*.2 (2):93-97.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale. Jason Aronson.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of Suicide*. Jason Aronson Inc. New Jersey.
- Silverman, M.M. (2007). *The language of suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (5), 519. doi:10.1521/suli.2006.36.5.519.

- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013). *Suicídio*. Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt/>
- Stack, S.; Lester, D. (1991). *The effect of religion on suicide ideation*. *Social Psychiatry Epidemiology* 26: 168-170.
- Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (165-186). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Stroebe, M.; Schut, H. (1999) The dual process model of coping with bereavement; rationale and description. *Death Studies*, 23: 197-224.
- Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention* (44:61). Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Stroebe, M. (1992). *Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective*. American Psychologist.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Future directions for bereavement research. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S. (2002). *Paving the way: From early attachment theory to contemporary bereavement research*. *Mortality*, 7(2):127-138.
- Stroebe, M. S., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9:48-66.
- Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W (2005). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. London :The Guilford Press.
- Vaz Serra, A. (2006). Prefácio. Em: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra.
- Veiga, F. (2006). *Epidemiologia e Metodologias de Investigação dos Comportamentos Suicidários*. Em: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra.
- Vicent, G. (1991). Uma história do segredo? In P. Ariès & G. Duby (Eds.), *História da vida privada. Da primeira Guerra Mundial aos nossos dias* (Vol. 5; A. Carvalho Homem, trad.). Porto: Círculo de Leitores.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience*. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press Ltd.

- Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reaction. *Journal of Loss and Trauma*, 7 (2):129-149.
- Waskowic, T. D., & Chartier, B. (2003). Attachment and the experience of grief following the loss of a spouse. *Omega*.
- Waskowic, T. D. (2010). *Grief and attachment: Development of the ongoing relationship scale and the grief attachment model*. Saskatoon: Tese de Doutorado publicada. Department of Psychology, University of Saskatchewan.
- Weaver, T., Allen, J., Hopper, E., Maglione, M., McLaughlin, D., McCullough, M., Jackson, M., & Brewer, T. (2007). *Mediators of Suicidal Ideation Within a Sheltered Sample of Raped and Battered Women*. *Health Care for Women International*, 28: 478-489.
- Worden, J. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* (2nd ed.). London: Routledge.
- Worden (1998). J. W. *Terapia do Luto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental* (4ª ed.). (A. Zilberman, L. Bertuzzi, & S. Smidt, Trad.). São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO ÉTICA FMUC

ANEXO II- PARECER DA COMISSÃO ÉTICA DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES DE COIMBRA; PARECER DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES DE COIMBRA FACE À CASUISTICA DA AMOSTRA

ANEXO III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO- PG13

ANEXO IV- FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO V- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICO

ANEXO VI- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO – PG13

ANEXO I- PARECER DA COMISSÃO ÉTICA FMUC

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª 093-CE-2016

Data 22/1/2016

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor

Prof. Doutor Armando Carvalho

Coordenador do Gabinete de Estudos

Avançados da FMUC

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural (refª CE-090/2016)

Candidato(a): Ana Carina da Silva Martins

Título do Projecto: "Famílias enlutadas face ao suicídio".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projecto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

**ANEXO II- PARECER DA COMISSÃO ÉTICA INSTITUTO NACIONAL DE DE
MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES DE COIMBRA**

**PARECER DO INSTITUTO DE MEDICINA LECAL E CIENCIAS FORENSES
FACE Á CASUISTA DA AMOSTRA**

De: INMLCF - Correio Centro
Enviada: 18 de julho de 2017 11:39
Para: ankarinapsi@gmail.com
Cc: Cristina Cordeiro <cristina.m.cordeiro@inmlcf.mj.pt>
Assunto: Projecto aprovado em comissão de ética

Incumbe-me o Senhor Professor Doutor Francisco Corte Real, de informar que o projecto de investigação "*Famílias enlutadas face ao suicídio*" o parecer foi favorável com as seguintes condições:

- envio do formulário do consentimento informado;
- envio de informações detalhadas sobre a amostragem, designadamente ao número de famílias e número de pessoas por família a ser estudadas;
- necessidade de assegurar o acompanhamento clínico nos casos em que se verifique o diagnóstico de perturbação de luto prolongado;
- no caso de o inquérito ser feito presencialmente que tal ocorra na Faculdade de Medicina da UC, salvo outra vontade manifestada pela família.

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Teixeira



Secretariado
Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. – Sede
Largo da Sé Nova | 3000-213 Coimbra
telef: [+351 239 854 276](tel:+351239854276) | Voip [778536](tel:+351778536) | fax: [+351 239 836 470](tel:+351239836470) | e-mail: correio.centro@inml.mj.pt | web: www.inml.mj.pt

Este e-mail pretende ser amigo do ambiente. Pondere antes de o imprimir!

Projecto aprovado em comissão de ética

Caixa de entrada x



INMLCF - Correio Centro <correio.centro@inmlcf.mj.pt>

4/10 ☆



para mim, Cristina, INMLCF

Incumbe-me o Senhor Professor Doutor Francisco Corte Real, de informar que em relação ao projecto de investigação "*Famílias enlutadas face ao suicídio*" foram analisados os documentos enviados e foi emitido pela Comissão de Ética o seguinte parecer:

"Considerando que a casuística do INMLCF não abrange toda a realidade dos suicídios e que usualmente nos processos não constam os contactos dos familiares sugere-se um meio alternativo de localização das famílias".

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Teixeira



Secretariado

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. – Sede

Largo da Sé Nova | 3000-213 Coimbra

telef: [+351 239 854 276](tel:+351239854276) | Voip 778536 | fax: [+351 239 836 470](tel:+351239836470) | e-mail: correio.centro@inml.mj.pt | web: www.inml.mj.pt

Este e-mail pretende ser amigo do ambiente. Pondere antes de o imprimir!

ANEXO III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO PG13

Re: Solicitação do Instrumento (PG-13) /Autorização

António Barbosa <abarbosa@netcabo.pt>

30/1
1/16

Cara Dr. Ana Carina Martins

Felicito-a pelo seu interesse de investigação numa área tão pertinente e em desenvolvimento progressivo. Com certeza que tem autorização do nosso grupo para utilizar o instrumento que validámos e que anexamos. Sinta-se totalmente à vontade para contactar com o nosso grupo sempre que desejar.

Bom trabalho

António Barbosa

From: ankarinapsi <ankarinapsi@gmail.com>

Sent: Thursday, November 24, 2016 6:43 PM

To: abarbosa@netcabo.pt

Subject: Solicitação do Instrumento (PG-13) /Autorização

Caríssimo Professor

Desde já os meus cordiais cumprimentos

Sou aluna de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade de Medicina de Coimbra.

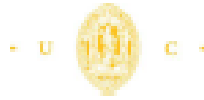
O meu estudo, debruça-se sobre a temática do Suicídio, mais concretamente, " Famílias Enlutadas Face ao Suicídio ". Neste sentido, seria pertinente para a minha investigação utilizar o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) ao qual o Dr. António Barbosavalidou para a população portuguesa. Assim sendo, vinha por este meio, solicitar o Instrumento (PG-13), assim como, a sua autorização para aplicação do mesmo.

Grata uma vez mais pela atenção dispensada

Cumprimentos,
Ana Carina Martins

Enviado do meu Alcatel

**ANEXO IV – FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO
INFORMADO**



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: Famílias Enlutadas Face ao Suicídio

COORDENADOR: Dr. Quartilho

ORIENTADOR: Dr. Carlos B. Saraiva

CO-ORIENTADOR: Prof. Francisco

C. Real

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Ana Carina da S. Martins

Faculdade Medicina de Coimbra

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre como é que as famílias lidam com o luto, sendo este por suicídio.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.



Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Trata-se de um estudo aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a protecção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa protecção.

Este estudo tem por objectivo (s) conhecer as características sociodemográficas das famílias enlutadas por suicídio; conhecer as características sociodemográficas referente aos suicidas; analisar a relação existente entre algumas características sociodemográficas (Idade; Género; Estado Civil) e Métodos de suicídio e analisar as características relativas ao processo de luto (Métodos de Suicídio e o Tempo de Luto) e a Duração Acompanhamento. Os instrumentos utilizados serão o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) e o Questionário Sociodemográfico.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Este estudo consiste numa visita única com duração de cerca de 30 minutos. Os instrumentos utilizados e aplicados serão o Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) e o Questionário Sociodemográfico.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES

Este estudo não apresenta qualquer tipo de risco e potenciais inconvenientes para as famílias enlutadas face ao suicídio.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo permite um melhor conhecimento desta área ainda pouco abordada, assim como, premeia amenizar as consequências negativas face exposição suicidiária. Além disso, a informação



que será recolhida irá contribuir para uma melhor intervenção clínica junto das famílias enlutadas face ao suicídio.

5. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

6. CONFIDENCIALIDADE

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, tais como registos do instrumento de avaliação e resultados do questionário, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não identifica directamente, serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.



6. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.
7. O participante tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar neste estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o (a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação não será removida do arquivo do estudo.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Ana Carina da Silva Martins
Urbanização Vale Paraíso Lote19 3440-301 Santa Comba Dão
966387343
E-mail: ankarinapsi@gmail.com



6. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.
7. O participante tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar neste estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o (a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação não será removida do arquivo do estudo.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707

e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Ana Carina da Silva Martins

Urbanização Vale Paraíso Lote19 3440-301 Santa Comba Dão

966387343

E-mail: ankarinapsi@gmail.com



NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu



tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ *Data*: ____ / ____ / ____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____ / ____ / ____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____ / ____ / ____

ANEXO V – QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Código _____

Questionário Sociodemográfico

Dados do Familiar Enlutado

1. Sexo Masculino Feminino
2. Idade _____ anos
3. Habilitações _____
4. Estado civil _____
5. Situação profissional Empregado Desempregado Reformado

Situação relacional e contexto familiar

1. Existem antecedentes de familiares suicidas? Não Sim Sim. Quantos? _____

Perceção de apoio social

1. Considera que precisa ou precisou de apoio quando perdeu o seu/sua familiar?

Não Sim Por vezes

2. Procurou apoio quando perdeu o seu/sua familiar?

Não Sim

3. Em caso afirmativo, que tipo e quantidade de apoio lhe foram prestados?

a) Apoio emocional

Nenhum Pouco Algum Muito

b) Orientação e informação

Nenhum Pouco Algum Muito

4. Quem lhe prestou esse apoio? (pode assinalar mais do que uma opção)

Amigos
 Familiares
 Igreja
 De outras pessoas que já passaram pela mesma experiência

Outro -Quem? _____

1. Procurou apoio profissional (por exemplo, psicológico/psiquiátrico) quando perdeu o seu/sua familiar?

Não Sim Quanto tempo depois? _____

2. Duração do Acompanhamento:

Avaliação Única
 Até uma semana
 1 – 4 semanas
 1 – 3 meses
 3 – 6 meses
 6 meses-1 ano
 Ainda continuo a receber acompanhamento

Dados do(a) seu/sua familiar e das circunstâncias da sua morte

Dados do(a) Suicida

1. Sexo Masculino Feminino
2. Idade na altura da sua morte (meses) _____ meses / _____ anos
3. Estado civil _____
4. Habilitações _____
5. Situação profissional Empregado Desempregado
6. Grau de parentesco com o enlutado _____
7. Número total de pessoas que compõem o agregado familiar do suicida _____

Circunstâncias relativas à morte

1. Tempo decorrido desde a morte do seu/sua familiar (meses) _____ meses / _____ anos

2. A perda do seu/sua familiar foi:

Algo esperado Não Sim
 Repentino e inesperado Não Sim
 Tentativa prévia Não Sim - Que tipo? _____
 Plano suicida Não Sim - Que tipo? _____

1. Método de Suicídio:

- Intoxicação por medicação
- Intoxicação por solventes e pesticidas
- Asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação
- Asfixia por submersão, afogamento
- Armas de fogo
- Precipitação no vazio
- Intoxicação por outras substâncias – Qual? _____
- Outra - Qual? _____

2. Local da morte:

- Casa
- Carro
- Rio
- Hospital
- Outro -Qual? _____

5. Esteve presente no local de suicídio?

- Não Sim

5.1. Em caso afirmativo, até que ponto foi importante para si estar presente no local do suicídio?

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Multíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

História médica e psicopatológica

1. Tinha algum problema médico? Não Sim. Qual? _____

2. Se sim, qual o tempo de diagnóstico até ao óbito:

- Até 6 meses
- 6 – 12 meses
- 1 – 2 anos
- 2 – 3 anos
- Mais de 3 anos

3. Tinha, ou alguma vez teve, problemas psiquiátricos/psicológicos (por exemplo, depressão, ansiedade)?

- Não Sim. Quais e quando? _____

4. Tomava algum tipo de medicação?

- Não Sim. Qual? _____

Situação relacional

1. Existia problemas familiares?

Não Sim. Que tipo? _____

2. Existia rede de suporte?

Não Sim. Que tipo? _____

3. Existia problemas afetivos?

Não Sim. Que tipo? _____

ANEXO VI – INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO – PG13

PG-13

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

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?
 1- Quase nunca
 2- Pelo menos uma vez
 3- Pelo menos uma vez por semana
 4- Pelo menos uma vez por dia
 5- Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?
 1- Quase nunca
 2- Pelo menos uma vez
 3- Pelo menos uma vez por semana
 4- Pelo menos uma vez por dia
 5- Várias vezes por dia

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

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?
 1- Quase nunca
 2- Pelo menos uma vez
 3- Pelo menos uma vez por semana
 4- Pelo menos uma vez por dia
 5- Várias vezes por dia

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

- _____ 1- Quase nunca
- _____ 2- Pelo menos uma vez
- _____ 3- Pelo menos uma vez por semana
- _____ 4- Pelo menos uma vez por dia
- _____ 5- Várias vezes por dia

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

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

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

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

- _____ Não
- _____ Sim

