

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**LUTO PARENTAL EM SITUAÇÕES DE MORTE
INESPERADA: REAÇÕES À PERDA, ESTRATÉGIAS
DE *COPING* E PERCEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA**

Jacinta Tânia Teixeira Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**LUTO PARENTAL EM SITUAÇÕES DE MORTE
INESPERADA: REAÇÕES À PERDA, ESTRATÉGIAS
DE *COPING* E PERCEÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA**

Jacinta Tânia Teixeira Gonçalves

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2014

Agradecimentos

Agradeço aos pais que aceitaram participar neste estudo, expondo a sua experiência dura e intensa. Permitiram-me compreender o quanto sofrem por terem perdido um filho. Merecem todo o meu respeito e consideração.

Agradeço ao Prof. Dr. Fernando Fradique pelo acompanhamento e orientação ao longo do percurso e pela paciência nos debates e divagações.

A todos os outros que, em cada momento, tiveram o seu papel fundamental através do apoio e incentivo indispensáveis para eu conseguir concluir este projeto.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo compreender a experiência da morte súbita e inesperada de um filho, quais as reações que os pais descrevem após a perda e que fatores identificam como mais protetores e como mais difíceis de lidar. Pretendeu-se ainda avaliar as estratégias que *coping* que os pais recorrem para lidar com a morte do filho e a sua percepção de qualidade de vida (QdV).

A investigação adotou uma metodologia qualitativa (entrevista semiestruturada) com recurso a um questionário para avaliar a percepção subjetiva da qualidade de vida (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007). O estudo contou com uma amostra de 8 pais (6 mães e 2 pais) que perderam filhos por suicídio, afogamento ou acidente de viação.

Os resultados obtidos revelam que a morte inesperada de um filho é descrita como uma experiência extremamente difícil e que as circunstâncias da morte parecem interferir com a intensidade e duração dos sintomas de luto e com o processo de adaptação à perda. Foram identificados vários fatores protetores, que mais têm ajudado no processo de luto (tais como o apoio social, o apoio do cônjuge, de outros filhos e do filho que morreu), bem como o que tem sido mais difícil de lidar (a ausência e saudades que sentem do filho). As estratégias de *coping* referidas pelos participantes foram continuar vínculo, procura ativa de suporte, expressão emocional, retomar rotinas e manter-se ocupado e *coping* espiritual-religioso. A percepção de QdV parece ser relacionada com alguns aspetos do processo de luto.

Em conclusão foram discutidas implicações teóricas e interventivas, limitações da investigação e sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: Luto Parental, Morte Inesperada, Reações à Perda, Estratégias de *Coping*, Qualidade de Vida

Abstract

Purpose of this study was to understand parents' experience in dealing with the sudden, unexpected, loss of a child, particularly their reactions after the event and the factors they identify as most protective or hardest to deal with, including the assessment of the coping strategies that parents tend to resort to in dealing with such event and their ongoing perception of their quality of life.

A qualitative methodology (semi-structured interview) was adopted, having used a questionnaire to grade the subjects' perception of their own quality of life (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007). Study sample comprised eight parents (6 mothers and 2 fathers) that had lost their children in distinctive circumstances such as suicide, drowning or car accident.

Results show that the unexpected loss of a child is perceived as an extremely difficult experience and that the circumstances in which it takes place seem to interfere with the intensity and duration of the grieving symptoms and also with the process of adaptation to the loss. Several protective factors were identified such as social support, spouse companionship or comforting from other children. These seem to play a role in dealing with both the mourning and the longing for the deceased child. Coping strategies that were mentioned by participants include maintain the bond to the deceased child, actively searching for support, emotional expression, getting back to day-to-day routines, trying to be permanently occupied and religious/spiritual coping. Perception of quality of life seems to be related with some of the elements of the mourning process.

Discussion was centered on theoretical and intervention implications, limitations to further investigation and suggestion for future studies.

Keywords: Parental Grief; Unexpected Loss; Grief Reactions; Coping Strategies; Quality of Life

Índice Geral

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico.....	2
1.1. Processo de luto	2
1.2. Luto Parental.....	4
1.3. Luto nas situações de morte súbita e inesperada	9
1.4. O luto por Suicídio.....	12
1.5. Estratégias de <i>coping</i> no processo de luto	14
1.6. Qualidade de Vida e Luto	17
II. Metodologia	20
2.1. Questões Iniciais	20
2.2. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos.....	20
2.3. Estratégia Metodológica	21
2.4. Procedimento de Recolha e Tratamento dos Dados	22
2.5. Amostra.....	23
2.5.1. Seleção da Amostra.....	23
2.5.2. Caraterização da Amostra	24
2.6. Instrumentos de avaliação.....	25
2.6.1. Questionário Sociodemográfico.....	25
2.6.2. Entrevista Semiestruturada	26
2.6.3. World Health Organization Quality of Life – Bref.....	27
2.7. Sequência da apresentação dos instrumentos	29
III. Resultados	30
3.1. Resultados obtidos através da entrevista	30
3.2. Resultados obtidos através do questionário de qualidade de vida	49

IV. Discussão	50
V. Conclusão.....	63
5.1. Implicações da investigação	65
5.2. Limitações da investigação	66
5.3. Sugestões para investigações futuras	66
Bibliografia	68
Lista de Anexos	74

Índice de Tabelas

Tabela 1: Categorias principais resultantes da codificação e análise das transcrições das oito entrevistas

Tabela 2: Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref (N=8)

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Sintomas no Início do Processo de Luto*

Gráfico 2: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Fatores Protetores*

Gráfico 3: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Fatores de Stress Concomitantes* com o processo de luto

Gráfico 4: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Reações Atuais*

Gráfico 5: Distribuição do número de referências codificadas pela subcategoria de

Sentimento de Culpa por causa de morte

Gráfico 6: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Estratégias de Coping* para lidar com a morte do filho

Gráfico 7: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Continuar Vínculo* com o filho

Gráfico 8: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Coping Espiritual-Religioso* para lidar com a morte do filho

Lista de Anexos

Anexo I. Pedido formal à Delegação do Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, I.P.)

Anexo II. Protocolo de Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico

Anexo IV. Guião da Entrevista Semiestruturada

Anexo V. World Health Organization Quality of Life, versão breve (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal (Canavarro et al., 2007)

Anexo VI. Árvore de Categorias

Anexo VII. Codificações exportadas do NVivo

Introdução

A experiência humana de conceber, dar à luz e criar um filho engloba muitos elementos de ordem psicológica, social e de significado e, por isso, muitos homens e mulheres referem-se ao papel de conceber e educar os filhos como o centro da sua existência. Quando um filho morre, os pais tendem a descrever essa perda como sendo contra a natureza das coisas e consideram-na uma experiência devastadora, profunda, difícil e extremamente dolorosa (Sanders, 1999).

Têm sido realizados vários estudos no sentido de perceber quais as especificidades das reações dos pais à morte de um filho. No entanto, ainda poucos estudos se têm debruçado sobre as especificidades do processo de luto parental após a morte inesperada de um filho. Neste sentido, este estudo pretende contribuir para o conhecimento da vivência do luto dos pais após perderem um filho por morte inesperada, como descrevem a experiência e que sintomas sentiram durante o processo de luto, quais os fatores mais protetores e que facilitam o processo de luto, bem como o que é identificado como mais difícil de lidar. Pretende-se ainda caracterizar as estratégias de *coping* que utilizam para se adaptar à perda e como avaliam a sua qualidade de vida.

No capítulo I é apresentado o enquadramento teórico da investigação, nomeadamente luto parental, luto nas situações de morte inesperada, luto por suicídio, estratégias de *coping* no luto e qualidade de vida e luto. Os objetivos do estudo e a estratégia metodológica são descritos no capítulo II, englobando o procedimento de recolha e tratamento dos dados, a seleção e caracterização da amostra e os instrumentos utilizados. No capítulo III apresenta-se, de uma forma descritiva, os resultados obtidos e, no capítulo IV, é realizada a discussão destes resultados. Por último, no Capítulo V são apresentadas as conclusões desta investigação, onde se encontram as principais reflexões do estudo e onde são apresentados as limitações e os contributos do mesmo, para a prática e para futuras investigações.

I. Enquadramento Teórico

1.1. Processo de luto

O termo luto deriva do latim *Luctus*, que significa morte, perda, dor e mágoa (Pereira, 2008) e pode ser definido como “*o processo de sentir ou expressar tristeza após a morte de um ente querido, ou o período durante o qual isto ocorre. Envolve tipicamente sentimentos de apatia e abatimento, perda de interesse no mundo exterior, e diminuição na atividade e iniciativa. Essas reações são semelhantes à depressão, mas são menos persistentes e não são consideradas patológicas*” (APA, 2010, p. 568). É, assim, o processo pelo qual uma pessoa passa até se adaptar à perda de alguém significativo, decorrendo normalmente com avanços e recuos (Zisook & Shear, 2009). Este processo envolve uma série de fases ou tarefas.

Em 1969 Elisabeth Kubler-Ross descreveu as fases pelo que normalmente passam os doentes terminais e, também, as pessoas enquanto fazem o seu luto: 1) negação; 2) ira; 3) negociação; 4) depressão; 5) aceitação. Estas fases ou estádios têm durações diferentes e substituem-se uns aos outros ou, por vezes, coexistem lado a lado (Kubler-Ross, 1997).

Bowlby (1982) atribuiu uma base biológica à resposta da dor reativa à perda, tratando-se de uma resposta adaptativa e universal, presente nas várias espécies e culturas. Para Bowlby (1982), o processo de luto decorre de acordo com as seguintes fases: 1) torpor/dormência; 2) busca e saudade; 3) desorganização e desespero; 4) reorganização.

Para Sanders (1999), o luto é um termo global para descrever as emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem conseqüentemente à perda. De acordo com esta autora, o processo de luto tem cinco fases: 1) choque; 2) consciência da perda; 3) conservação-retirada; 4) cura; 5) renovação.

Worden (1998) descreveu o processo de luto em tarefas: 1) aceitar a realidade da perda; 2) trabalhar a dor da perda; 3) ajustar-se a um meio ou ambiente sem a pessoa que morreu; 4) retirar energia emocional na relação com a pessoa que morreu e reinvesti-la noutra relação.

Perante as perdas, os indivíduos podem manifestar diversos sinais e sintomas, tanto cognitivos (e.g. negação, sensação de irrealidade, despersonalização, preocupação, descrença, confusão, dificuldade de concentração e memória, ruminação intrusiva, ideação suicida, sensação de presença do morto, alucinações, sonhos com a pessoa que morreu), como emocionais (e.g. choque emocional, desespero, humor depressivo, ansiedade, tristeza, raiva, irritabilidade, culpa, medo, solidão, desamparo), comportamentais (e.g. agitação, inquietação, isolamento social) e físicos/somáticos (e.g. alteração do apetite, alteração intestinal, perturbação no sono, visão turva, cefaleia, perda do interesse sexual, queixas de “aperto no peito”, “nó na garganta”, palpitações, fraqueza, “falta de energia”, fadiga). Além destas dimensões do luto, é importante considerar a dimensão espiritual, que se pode manifestar em perda ou aumento da fé, revolta contra entidade divina, dor espiritual ou procura de um significado para a perda (Silva & Nardi, 2010; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993).

A intensidade e a duração do processo de luto são muito variáveis, não só no mesmo indivíduo ao longo do tempo ou após diferentes perdas, mas também em pessoas diferentes, após perdas claramente similares (APA, 2007; Zisook & Shear, 2009). Esta intensidade e duração são determinadas por múltiplos fatores, tais como: a personalidade do indivíduo em luto; o estilo de vinculação ou a natureza da relação com o falecido (e.g. interdependente ou distante); a predisposição genética e vulnerabilidades prévias; a idade e o estado de saúde; a espiritualidade e a identidade cultural; os recursos sociais; o número de perdas recentes; o grau de parentesco (e.g. pais, filho) e o tipo de morte (súbita e inesperada ou causas naturais e esperadas) (Parkes, 1998; Zisook & Shear, 2009). Esses fatores possibilitam a elaboração do luto normal ou contribuem para a propensão do enlutado desenvolver um luto complicado, depressão *major*, ou outras complicações psiquiátricas (Parkes, 1998; Zisook & Shear, 2009).

Segundo Parkes (1998), o luto normal consiste numa resposta saudável perante a perda, sendo esse acontecimento extremamente exigente e difícil. Uma resposta adaptativa compreende a capacidade de expressar a dor, reajustando-se e investindo em novos vínculos.

Não existe evidência de que o processo de luto normal requeira apoio formal ou intervenção profissional. Para a maioria das pessoas em luto, o árduo caminho após a perda vai culminar num nível aceitável de ajustamento à vida, sem a pessoa significativa que morreu. Assim, o luto não é considerado uma doença, e a maioria das pessoas ultrapassa a perda sem ter de recorrer a ajuda profissional (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Zisook & Shear, 2009).

O luto complicado, por vezes referido como luto não resolvido ou traumático, é a designação corrente para uma síndrome de luto prolongado e intenso, que está associado a alterações substanciais ao nível do trabalho, da saúde e do funcionamento social (Zisook & Shear, 2009).

Stroebe, Schut e Stroebe (2007) verificaram que pessoas que passaram por qualquer processo de luto têm maior probabilidade de ter problemas de saúde físicos, sobretudo quando a perda é recente. Também observaram maior nível de incapacidade, uso de medicação ou hospitalização, quando comparados com pessoas não enlutadas. O luto foi ainda associado a maior risco de mortalidade por várias causas, incluindo o suicídio.

O fator tempo deve ser considerado no processo de luto (Murphy et al., 2003; Reed, 1998). Os sintomas são muito intensos após a morte, verifica-se uma redução gradual com o passar do tempo e, à medida que a adaptação à perda ocorre, há a retoma do funcionamento pessoal e social (Reed, 1998).

1.2. Luto Parental

Durante grande parte da história da humanidade, as mortes de bebés e crianças foram acontecimentos comuns (Young & Papadatou, 2003). Nas gerações passadas, muito devido

às epidemias, a morte durante os primeiros anos de vida era frequente. Atualmente, nos países onde as taxas de mortalidade são habitualmente elevadas, a morte de uma criança é frequentemente percebida como inevitável e o luto dura apenas alguns dias. Por outro lado, sobretudo nos países desenvolvidos, devido à grande evolução na medicina, verificou-se um forte declínio da mortalidade infantil (Young & Papagatou, 2003). Consequentemente, as mortes infantis tornaram-se raras e passíveis de serem percebidas como trágicas, injustas e não naturais, visto contrariarem a ordem percebida da natureza (Young & Papadatou, 2003).

Embora o processo de conceber, dar à luz e criar os filhos seja partilhado por praticamente todos os seres vivos, a experiência humana deste processo acrescenta muitos elementos de ordem psicológica, social e de significado. Em várias fases do ciclo vital, homens e mulheres referem-se ao papel de conceber e educar os filhos como o centro da sua existência. Dos laços formados no seio familiar, o vínculo pais-filho não é apenas particularmente forte, é também parte integrante da identidade de muitos pais e filhos (Christ et al., 2003; Sanders, 1999). Por um lado, há um processo de identificação, em os pais revêem-se a si próprios nos seus filhos, em termos de características físicas (e.g. olhos) e comportamentais (e.g. maneirismos). Por outro lado, há a questão da “imortalidade”, em que os filhos assumem grande importância simbólica em termos de esperança para o futuro dos pais (Christ et al., 2003; Sanders, 1999). Além dos sonhos e expectativas que desenvolvem quando a criança nasce, o futuro é garantido pelos genes que mantêm a linhagem da família. Quando os filhos morrem, os pais podem sentir que esta imortalidade foi adulterada, que o seu futuro foi interrompido ou roubado e os sonhos podem morrer (Sanders, 1999). Esta morte do futuro parece essencial para a intensidade das respostas de muitos pais (Christ et al., 2003).

Os pais tendem a descrever a morte de um filho como sendo contra a natureza das coisas e, independentemente da idade do filho, consideram-na uma experiência devastadora,

profunda, difícil e extremamente dolorosa (Sanders, 1999). A idade da criança não parece ser um fator determinante para as reações de luto dos pais (Sanders, 1999), no entanto, Hunt e Greeff, (2011) defendem que o impacto é maior perante a morte de filhos mais novos. Tendo perdas prévias, os pais afirmam que a morte do filho não se compara a nenhuma outra, por ser considerada como anormal e muito mais dolorosa.

Têm sido realizados vários estudos no sentido de perceber quais as especificidades das reações dos pais à morte de um filho. Qualquer processo de luto é causador de grande *stress*, mas os estudos continuam a fornecer provas de que o mais *stressante*, e muitas vezes o mais duradouro, ocorre para os pais que vivenciam a morte de uma criança (Christ et al., 2003). Quando comparada com outras formas de luto, a resposta à morte de uma criança surge muito mais complicada, intensa e com longa duração nos seus efeitos (Young & Papadatou, 2003).

Miles (1984, cit. DeGroot & Carmack, 2013) desenvolveu um modelo de luto parental focado nas manifestações emocionais, comportamentais e cognitivas experienciadas pelos pais. Esta autora defende que os pais enfrentam três períodos enquanto procuram sentido para a sua nova identidade e vida: um período de torpor, choque, negação; um período de pesar intenso; e um período de reorganização e recuperação. A fase final do processo de luto parental coincide com o encontrar um sentido para a perda. Nesta fase os pais já conseguem lidar com a sua perda e reaprendem como o mundo funciona sem o filho (Miles, 1984, cit. DeGroot & Carmack, 2013).

Hunt e Greeff (2011) referem que as reações cognitivas geralmente mais relatadas pelos pais são a perda de memória e concentração, a descrença, os efeitos sensoriais e paranormais, sonhos e visões, um sentimento de perda de um futuro para a criança e a procura de um encerramento ou compreensão. Em termos emocionais, os pais referem choque no momento da notificação, tristeza associada a lugares, pessoas, memórias ou pensamentos, medo e ansiedade. Referem ainda reações físicas, falta de energia severa e dor física intensa e reações

espirituais, incluindo um forte interesse na vida depois da morte. Alguns pais expressaram esperança de reencontrar os filhos na vida futura, outros descreveram a sua luta entre Deus e a procura de um significado (Hunt & Greeff, 2011). Numa publicação sobre relatos de pais em luto, Piccardi (2008) afirmou que estes pais acreditam que a vida dos filhos continua num outro nível e que enviam sinais da sua existência. Interpretam assim os sons ou cheiros inesperados ou inexplicáveis. Sentem a presença dos filhos em casa.

Manter fotografias e objetos constitui a lembrança imediata dos filhos. Alguns pais agarram-se muito a estes objetos como forma de tentar colmatar a difícil separação física. Sonhar com os filhos é uma experiência sentida como um contacto “real”, que funciona como um elo entre uma vida e outra (à semelhança do que sentem com os objetos) (Piccardi, 2008).

Perante essa perda, o mundo, antes seguro e ordenado, é percebido como injusto e incontrolável. Os pais debatem-se com um pensamento ruminativo do “porquê” da morte do seu filho, na tentativa de construir um mundo com significado (Young & Papadatou, 2003) e descrevem a sensação de ter entrado num mundo irreal, em que a sua vida não faz sentido (Sandres, 1999). Independentemente da causa de morte, o desespero parece ser o termo que melhor descreve este momento. A preocupação constante em relação à criança que morreu faz com que os pais se sintam totalmente indisponíveis para se concentrar seja no que for (Sandres, 1999).

O sentimento de culpa e a responsabilização pessoal são especialmente pronunciados no luto parental. Quando um filho morre, os pais sentem-se responsáveis (Miles & Demi, 1986; Rando, 1984) e a sua identidade enquanto cuidadores e protetores dos filhos fica severamente ameaçada (Christ et al., 2003; Young & Papadatou, 2003). Implícito nesta culpa está o pensamento de que se estivessem a cumprir o seu dever, a morte nunca teria acontecido. Os pais relatam uma grande sensação de impotência, por não terem sido capazes de prevenir a morte do filho (Miles & Demi, 1986) e porque não há nada que possam fazer

para trazer o seu filho de volta (Sandres, 1999). Num modelo de culpa no luto parental, Miles e Demi (1986) descreveram as seguintes fontes de sentimento de culpa: causa de morte (quando os pais acreditam que ou influenciaram a causa de morte ou falharam na proteção adequada à criança); papel parental (sentimento de não terem alcançado as expectativas pessoais ou sociais); moral (sentimento de estarem a ser punidos por transgressões morais cometidas); sobrevivente (crença de que é contra a natureza sobreviver à morte do filho); luto (sentimento de não estar a comportar-se de modo adequado durante o processo de luto).

Por um lado os pais sentem-se culpados, por outro lado podem manifestar uma necessidade de responsabilizar alguém pela morte do filho, sendo frequente os pais culparem uma entidade divina, a igreja, o cônjuge, a própria criança que morreu, ou ainda o pessoal médico (Hunt & Greeff, 2011).

Em relação aos conflitos conjugais após a morte de um filho, a literatura é escassa e pouco consensual. Relatórios empíricos, estudos-caso clínicos e a imprensa popular sugerem que a diferença de género nas estratégias de *coping* perante a morte de um filho, sendo um fator de grande *stress*, pode conduzir a problemas de comunicação, a conflitos conjugais e, por vezes, à separação do casal (Murphy, Johnson & Lohan, 2003). Alguns autores afirmam que tem sido estimado que 75% a 90% de todos os casais têm sérios problemas conjugais depois da morte de um filho (e.g. Schiff, 1977; Simpson, 1979, cit. Sandres, 1999). Por outro lado, parece não existirem dados que permitam concluir que o divórcio seja mais elevado em pais em luto do que na população em geral (Murphy, Johnson & Lohan, 2003). Num estudo com pais enlutados em que a maioria dos participantes referiu condições familiares estáveis antes da perda, também relataram estabilidade marital após a perda (Hunt & Greeff, 2011). Num estudo realizado em Portugal, cerca de 80% dos 30 pais que tinham perdido um filho continuaram casados após a perda, mantendo uma família nuclear intacta (Lopes, 2008).

As relações sociais e de comunicação dos pais que perderam um filho podem ser repletas de tensão (Arnold & Gemma, 1994). Piccardi (2008) defendeu que os pais enlutados não encontram espaço de expressão com familiares e amigos, que se calam ou tentam mudar de assunto nas suas tentativas de manifestarem a sua dor. Esta pode ser a razão pela qual alguns pais procurem intergar um grupo de apoio de pares (Piccardi, 2008).

Hunt e Greeff (2011) concluíram que um dos aspetos mais *stressantes* para os pais em luto são os dias especiais (e.g. aniversário da morte, dia de anos, dia da mãe/pai, Natal) e um dos aspetos mais apoiantes é o suporte social, nomeadamente conhecer experiências similares, ser ouvido e poder expressar os seus sentimentos.

Para alguns pais em luto ter de se dedicar a cuidar de outros filhos pode ser um fator protetor, obrigando-os a reagir após a perda (Piccardi, 2008). No mesmo estudo realizado em Portugal (Lopes, 2008), quanto mais filhos tinham os pais enlutados, melhor era a perceção de qualidade de vida da família e do casal.

1.3. Luto nas situações de morte súbita e inesperada

A forma como a morte ocorre é considerado um determinante na elaboração do luto, pois acredita-se que influenciam quer a intensidade, quer a duração dos sintomas.

A morte súbita é concetualizada como uma morte que ocorre sem aviso, antecipação ou preparação e provoca um ritmo acelerado de mudanças no ambiente (Hauser, 1987). Inclui suicídios, morte acidental, homicídios e mortes naturais não antecipadas. Quando se refere a morte súbita, está implícito no termo o fato de ser inesperada (Reed, 1998). Se a morte é inesperada e violenta (normalmente associada a acidente, suicídio ou homicídio) pode constituir uma experiência ainda mais devastadora (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012)

O luto antecipatório nos casos em que a morte é esperada pode ser facilitador da vivência do luto após a morte (Moura, 2006). Perante perdas súbitas, o processo de elaboração do luto pode tornar-se mais complexo, devido ao fator surpresa (Moura, 2006).

Hunt e Greeff (2011) sugeriram que não se preparar para a morte do filho, por ser inesperada, está normalmente associada a reações de luto muito intensas no momento da notificação da morte.

A principal diferença encontrada entre grupos de morte esperada e inesperada reside na procura de explicação e compreensão, mais elevada nas mortes inesperadas (Bailey, Kral & Dunham, 1999). Nas mortes inesperadas os enlutados sentem necessidade de saber os pormenores das circunstâncias da morte (e.g. onde e como morreu) e são frequentes as rumações acerca da causa de morte ou como ter conseguido preveni-la. Verifica-se maior dificuldade em encontrar um significado (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012). Currier et al. (2006) concluíram que o risco de luto complicado é elevado em mortes violentas e sugeriu que o fator subjetivo de encontrar um significado constitui a principal diferença entre a morte natural e a não natural (Hunt & Greeff, 2011). Outro estudo (Parkes, 1998) demonstrou que a perda súbita dos filhos (acidentes de viação), desencadeou nos pais mais raiva, depressão, culpa e, por consequência, mais problemas de saúde, do que a perda de filhos na sequência de doença, da qual os pais tinham conhecimento.

O processo de luto após a morte súbita e violenta pode ter uma evolução diferente, ser mais difícil e as consequências para a saúde mental podem seguir um percurso diferente (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012; Parkes, 1998), em comparação com situações de morte natural.

Na literatura tem sido defendido que a morte súbita e as circunstâncias traumáticas associadas à morte violenta, têm um impacto mais duradouro e devastador, pois o processo de adaptação à perda pode demorar mais tempo (e.g. Dyregrov et al., 2003, cit. Hunt & Greeff, 2011; Murphy et al., 2003). As circunstâncias podem dificultar a compreensão da realidade da perda e intensificar reações de luto (e.g. choque e negação). O alívio do choque e da negação pode ser mais difícil para quem assistiu ao suicídio ou acidente, ou tenha sido o

primeiro a encontrar o corpo (Reed, 1998). Alguns pais cujas crianças morreram por causas violentas têm relatado imagens implacáveis da cena de morte (Murphy et al., 2003). Esta exposição tem sido associada a Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST) mas não ao luto complicado (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012).

Uma variedade de problemas de saúde mental, como Depressão, PPST, luto complicado ou prolongado, abuso ou dependência de álcool ou drogas e perturbações do sono têm sido reportados após situações de morte súbita e violenta (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012; Parkes, 1998).

Vários estudos suportam a ideia de que os sintomas depressivos são mais persistentes após a morte súbita e violenta (e.g. Kristensen, Weisæth & Heir, 2012; Reed, 1998). Num estudo longitudinal (Murphy, Johnson & Lohan, 2002) com 173 pais em luto, após a morte do filho por acidente, suicídio, homicídio ou outras mortes violentas, concluíram que cinco anos após a morte, 61% das mães e 62% dos pais preencheram os critérios de diagnóstico de perturbação mental.

Num estudo com sobreviventes de morte súbita, por suicídio ou acidente (Reed, 1998), verificou-se que as características dos sobreviventes, o modo de morte e o apoio social são determinantes importantes para a sintomatologia de luto. O apoio social é crítico durante o processo de luto porque, para além de facilitar o trabalho de luto e a reconstrução de relações sociais, parece proteger a saúde mental dos enlutados (reduz nitidamente a ansiedade de separação, o sentimento de rejeição e a depressão) (Reed, 1998).

O modo como o funcionamento psicológico dos pais anterior à perda se mantém ou altera após a morte, varia significativamente (Christ et al., 2003). Para muitos autores, mesmo em pais com funcionamento mais adaptativo antes da morte, o seu funcionamento psicológico altera-se após a perda (e.g. Christ et al., 2003; Rubin & Shechory-Stahl, 2013).

Mesmo os processos de luto bem sucedidos resultam numa transformação na pessoa (Christ et al., 2003).

Os pais resistem à ideia de que vão recuperar da morte do seu filho (Christ et al., 2003). Ao invés de "recuperação" ou "resolução", que sugere um retorno ao funcionamento anterior à perda, têm sido usados "reconciliação" e "reconstrução" para descrever o período após a morte, porque estes termos parecem refletir mais adequadamente as profundas mudanças que ocorrem quando uma criança morre (Christ et al., 2003).

1.4. O luto por Suicídio

Alguns autores defendem que, apesar do suicídio ser súbito, nem sempre é inesperado (Reed, 1998). Em parte deve-se ao fato de estar frequentemente associado a estados depressivos, podendo ter havido várias ameaças ou tentativas de suicídio prévias. No entanto, grande parte da literatura consultada associa o suicídio a causa de morte súbita e inesperada. A principal fonte de discordância surge, então, em considerar o processo de luto após o suicídio diferente, quando comparado com outras causas de morte.

Ainda é limitada a compreensão de como o luto por suicídio difere das outras formas de morte súbita, mas muitos estudos tendem a diferenciar as reações de luto em geral daquelas que são específicas após o suicídio (Reed, 1998). Jordan (2001) defendeu que a morte por suicídio é a mais problemática e o processo de luto é diferente e mais difícil.

Embora a evidência de diferenças quantitativas entre luto por suicídio e outras causas de morte seja mista, existem evidências consideráveis de que aspectos qualitativos ou temáticos são diferentes, mais intensos e frequentemente mais problemáticos, após um suicídio (Jordan, 2001). Quando comparados com outros tipos de morte súbita e violenta (e.g. homicídio e acidente) os enlutados por suicídio normalmente referem níveis mais elevados de sintomas específicos, tais como o sentimento de rejeição ou abandono, a vergonha, o estigma, a responsabilidade e o sentimento de culpa (Bailey, Kral, & Dunham, 1999; Kristensen &

Lars 2012; Reed, 1998). Para Jordan (2001) os sentimentos de abandono ou rejeição e revolta dirigido ao falecido são exclusivos no luto por suicídio e para Reed (1998) é o sentimento de rejeição que é único neste tipo de luto. Os sobreviventes de suicídio têm maior necessidade de perceber o porquê da morte (Reed, 1998), parecem ruminar mais nas questões de construção de significado para a morte e uma tarefa central parece ser a de compreender a vida da pessoa que decidiu cometer suicídio (Balk, 2011).

Como se pode ver, é difícil concluir se determinadas reações se devem ao modo de morte, por suicídio, ou se apenas por ser uma morte inesperada. Bailey, Kral e Dunham (1999) verificaram que nos casos de suicídio os sobreviventes têm valores mais elevados na procura de razões, na necessidade de responder à questão “porquê?”. As diferenças acentuam-se sobretudo quando comparados com os sobreviventes de mortes esperadas. Poderá colocar-se a questão se esta diferença está associada ao fator surpresa e não ao modo de morte em si.

Alguns estudos parecem sugerir que com o passar do tempo os padrões de luto tendem a convergir para um caminho comum. McIntosh (1993) comparou sobreviventes de suicídio com outros tipos de morte traumáticas e sugeriu quatro generalizações: 1) parece haver mais semelhanças do que diferenças entre os sobreviventes de suicídio e outros tipos de morte súbita; 2) pode haver um pequeno número de reações de luto que são diferentes, mas ainda não foram devidamente esclarecidas; 3) a evolução do processo de luto ao longo do tempo pode ser diferente; 4) no entanto, dois anos após a perda as reações observadas no luto por suicídio parecem mostrar apenas pequenas diferenças em relação à trajetória do luto. Outro estudo comparativo (Seguin et al., 1995) com pais cujos filhos morreram por suicídio ou por acidente de viação, seis meses depois os pais cujos filhos se suicidaram estavam mais deprimidos. No entanto, esta diferença dissipou-se nove meses depois.

Murphy, Johnson e Lohan (2002) realizaram um estudo comparativo com pais que perderam

filhos por acidente, suicídio e homicídio e concluíram que os pais em luto por suicídio não diferem dos outros pais, no que diz respeito à aceitação da perda e aos níveis de *distress*. Os resultados de outro estudo longitudinal, realizado para analisar mitos associados ao luto parental após a morte violenta e inesperada de um filho (Murphy, Johnson & Lohan, 2003), sugerem que a morte de uma criança por suicídio não resulta nas piores consequências para os pais.

Tento em conta estes estudos referidos, não se pode afirmar que esteja demonstrado empiricamente que a morte de um filho por suicídio seja a mais problemática para o ajustamento dos pais ao longo do tempo (Murphy, Johnson & Lohan, 2003).

1.5. Estratégias de *coping* no processo de luto

Integrar a perda de um filho na sua narrativa de vida, dar sentido e encontrar novos significados a esse acontecimento tão devastador, representa um desafio para os pais e família (Christ et al., 2003; Rubin & Shechory-Stahl, 2013). No entanto, acredita-se que os indivíduos e as famílias possuem capacidades e estratégias que lhes permite confrontar as perdas de alguém significativo e emergir dessa experiência mudados, mas não destruídos (Christ et al., 2003; Rubin & Shechory-Stahl, 2013).

Alguns autores, numa linha mais psicanalítica, defenderam que além de confrontar a morte da pessoa, rever a sua relação com a pessoa antes e depois da morte, é necessário trabalhar na desvinculação em relação à pessoa que morreu (e.g. Bowlby, 1982; Worden, 1991). O indivíduo só se adapta à perda se houver um corte no investimento emocional com o a pessoa que morreu e seguir em frente com a vida, desenvolvendo novos papéis, identidades e relações (Worden, 1991). A repressão excessiva do pesar é prejudicial e pode dar origem a um processo de luto atrasado ou distorcido (Parkes, 1998). Parkes (1998) defendeu que, embora haja evidência empírica que apoia estas reivindicações psicanalíticas, também há evidências de que o luto obsessivo pode conduzir a luto prolongado e a depressão. Assim,

defendeu que o ideal seria conseguir um equilíbrio entre o evitamento e o confronto, que permite que a pessoa gradualmente aprenda a lidar com a perda.

O *Modelo de Processo Dual de Coping com o Luto* (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007), assenta na importância de cognições positivas e negativas e da regulação da emoção no processo de luto. Segundo esse modelo, o luto adaptativo implica tanto o confronto como o evitamento de dois tipos de *stressores* (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Stroebe & Schut, 2010). Por um lado, o *coping* orientado para a perda, para lidar com os fatores de *stress* diretamente associados à perda (e.g. emoções negativas associadas ao luto, tais como reviver o momento da morte). Por outro lado, o *coping* orientado para a restauração, de modo a lidar com as fontes de *stress* secundário, que surgem durante um longo período de tempo e que envolvem mudanças na vida, interrupção de papéis e interrupção de rotinas causadas pela morte.

Nas últimas décadas, vários investigadores têm criticado a ideia de que confrontar a realidade da perda e abandonar o vínculo com o indivíduo que morreu é essencial para superar a perda (e.g. Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). A pressão social segue neste sentido, esperando-se que após um período de tempo relativamente breve, os enlutados consigam retomar o nível de funcionamento anterior à perda (Murphy et al., 2003). Isto parece ser inconsistente com a perspectiva dos pais enlutados, que sentem necessidade de manter uma ligação forte, espiritual e emocional com o filho que morreu e referem que uma parte significativa da sua vida espiritual gira em torno de desenvolver e aprender a viver com um vínculo contínuo com esse filho (Wheeler, 2001). Para Murphy et al. (2003) talvez o problema deste mito seja que o “deixar ir”, não é uma condição necessária para “seguir em frente”.

No *Modelo de Dois Eixos do Luto* (Rubin & Shechory-Stahl, 2013) a adaptação à perda corresponde a uma recuperação no que diz respeito ao Eixo 1 - nível atual de adaptação

biopsicossocial e funcionamento - e uma resolução do Eixo 2 - a natureza do vínculo contínuo com o falecido. Assim, o vínculo relacional com o filho parece ser uma das características centrais de organização de vida após a perda, e pode ser uma fonte de força e suporte emocional, quando as memórias e as emoções são organizadas de forma intensa e positiva (Rubin & Shechory-Stahl, 2013).

Asai et al. (2010) identificaram quatro estratégias de *coping* gerais - evitamento, distanciamento, expressão emocional e procura de suporte - e duas estratégias de *coping* específicas do luto - continuar a ligação/vínculo e reconstrução da vida. 1) O evitamento inclui envolver-se nas suas tarefas e evitar recordar a pessoa que morreu; evitar falar com os outros sobre a perda; evitar situações que façam recordar a pessoa. 2) O distanciamento envolve distrair-se do seu luto de uma forma passiva; retomar a rotina normal; ter conversas casuais com outros; manter-se ocupado; assumir um ar alegre; fazer exercício físico. 3) A expressão emocional manifesta-se através do falar e chorar. 4) A procura de suporte implica solicitar apoio emocional aos amigos e familiares, profissionais de saúde mental ou a outras pessoas em situação idêntica (e.g. aderir a um grupo de apoio). 5) Continuar o vínculo/ligação implica fazer um esforço cognitivo (e.g. olhar para as suas memórias, ter conversas internas com quem morreu) ou comportamental (e.g. ir ao cemitério, manter fotografias ou bens) para manter a ligação com a pessoa que morreu. 6) A reconstrução da vida envolve resoluções cognitivas em relação à perda ou através de compromissos sociais, para encontrar um sentido para a vida e para a morte, para encontrar um sentido para o seu estado psicológico ou as suas estratégias de *coping* no luto e para aceitar a morte.

Num estudo realizado em Portugal com pais enlutados e pais que nunca perderam um filho, verificou-se que os dois grupos parecem utilizar estratégias de confronto semelhantes perante situações adversas (Lopes, 2008). Dores (2008) encontrou resultados idênticos e concluiu que a morte de uma pessoa significativa no ano anterior não se traduziu num efeito

significativo ao nível das estratégias de *coping* das famílias (isto é, os comportamentos efetivos que a família põe em prática quando lhes apresentam situações problemáticas).

Andersen et al. (2005) propuseram que as dimensões psicológicas de *coping* focado em tarefas, focado em emoções e no evitamento são insuficientes na análise do *coping* no luto se não forem associadas à dimensão religiosa. O *coping* religioso/espiritual inclui a aceitação da morte da criança como parte de um plano divino, perdoar a Deus, aos outros ou a si próprio. Também Becker, Xander e Blum (2007) exploraram a religiosidade ou espiritualidade como estratégia de *coping* no luto e concluíram que a crença de que a pessoa que morreu está em paz e a crença na vida depois da morte podem ser fatores protetores no processo de luto.

Uma das tarefas mais difíceis para os pais, mas uma das mais importantes na resolução do luto, é a procura de um significado para a morte do filho (Rando, 1984). Devido à incompreensibilidade da perda, os pais sentem necessidade de encontrar uma explicação que dê algum grau de significado especial à morte do seu filho. A rutura da identidade parental, que constitui uma fonte importante de significado existencial e sentido de objetivo de vida, conduz a outra necessidade importante, de encontrar um sentido para a própria vida após a morte de um filho (Floyd et al. 2013).

1.6. Qualidade de Vida e Luto

Na década de noventa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu um conjunto de peritos provenientes de diversas culturas e criou uma equipa (o WHOQOL Group), com o objetivo de trabalhar no aperfeiçoamento conceptual da QdV e construir um instrumento para a sua avaliação (Canavarro et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006).

No seu nível mais fundamental, a QdV é entendida como sendo subjetiva e multidimensional. Porque é subjetiva, a melhor medida é a partir da perspectiva do indivíduo. Porque é multidimensional, a sua medida requer informações sobre uma série de áreas da vida do indivíduo, incluindo o bem-estar físico, a capacidade funcional, o bem-estar

emocional e o bem-estar social (Cella, 1994). O WHOQOL Group, com o intuito de clarificar o conceito de QdV, considera três aspetos fundamentais: (1) subjetividade (a sua definição depende do ponto de vista do próprio indivíduo); (2) multidimensionalidade (engloba diferentes dimensões); (3) presença de dimensões positivas, que devem estar presentes para proporcionar uma “boa” QdV (e.g. mobilidade) e dimensões negativas, que devem estar ausentes para atingir esse nível de QdV (e.g. dor) (Canavarro et al., 2010; Fleck et. al, 1999).

A descrição destes aspetos conduziu à definição de QdV pela OMS como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Consiste num conceito amplo influenciado, de um forma complexa, pela saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com aspetos do ambiente em que vive (WHOQOL Group, 1995).

Na revisão de literatura não se encontra muita investigação sobre a relação entre qualidade de vida percebida e processo de luto. No entanto, em Portugal, alguns trabalhos têm sido desenvolvidos, sobretudo com recurso a metodologia quantitativa.

Num estudo exploratório, realizado com o objetivo de analisar eventuais diferenças ao nível da percepção de QdV, *stress* e *coping* das famílias (Lopes, 2008), os resultados encontrados traduziram diferenças estatisticamente significativas entre pais que tinham perdido um filho (N=30) e pais que nunca tinham passado por essa perda (N=30). Os pais enlutados tendiam a perceber uma menor qualidade de vida familiar percebida (na sua generalidade), quando comparados com o outro grupo de pais. A única variável que parece mediar significativamente os resultados na qualidade de vida total é a que diz respeito às fases/tarefas do luto, ou seja, à medida que vão percorrendo as várias fases do luto, e as tarefas do luto evoluem para uma resolução, a percepção de qualidade de vida tende a

aumentar (Lopes, 2008). Denota-se que é importante considerar o movimento temporal de recuperação e readaptação das famílias após a perda de um filho.

Outro estudo (Dores, 2008) comparou indivíduos que tinham perdido alguém significativo no último ano (N=78) com indivíduos que não tinham sofrido qualquer perda (N=158), com o objetivo de verificar se a percepção de estratégias de *coping* das famílias e da qualidade de vida era diferente em função da morte de uma pessoa significativa no último ano anterior ao estudo. Os resultados não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, podendo significar que não é a perda em si que causa impacto, mas o modo como cada um reage (Dores, 2008). Resultados idênticos foram encontrados noutro estudo (Durão, 2010), que também comparou indivíduos que experienciaram a morte de alguém significativo (N=22) com indivíduos que referiram ainda não ter vivido essa experiência de perda (N=20), com o objetivo de caracterizar a percepção de qualidade de vida familiar e as estratégias de *coping* das famílias. Concluiu que os dois grupos não diferem significativamente ao nível de percepção de qualidade de vida familiar (avaliada através do QOL, Olson & Barnes, 1982).

II. Metodologia

Neste capítulo, é descrita a estratégia metodológica utilizada na investigação. São apresentadas as questões iniciais do estudo, os objetivos gerais e objetivos específicos, o procedimento de recolha e tratamento dos dados, o modo de seleção e a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e a sequência de apresentação dos mesmos.

2.1. Questões Iniciais

As questões que serviram como ponto de partida para este estudo foram as seguintes: a) Como é que pais que perdem um filho por morte súbita e inesperada descrevem o seu processo de luto?; b) Que estratégias de *coping* utilizam para lidar com a perda?; c) O que tem sido mais difícil e mais protetor?; d) Como se sentem no presente em relação à perda?; e) Qual a sua atual perceção de qualidade de vida?

2.2. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Os objetivos gerais da presente investigação são:

- 1) Compreender a experiência da morte súbita e inesperada de um filho, quais são os fatores e estratégias que influenciam o processo de luto parental e que reações (do foro cognitivo, emocional, físico, comportamental e espiritual) os pais descrevem após a perda;
- 2) Avaliar a perceção de qualidade de vida de pais que perdem um filho por morte súbita e inesperada.

Partindo destes objetivos gerais, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Explorar os sintomas reconhecidos pelos pais após a morte inesperada do filho, na fase inicial e no presente.

- 2) Explorar os fatores apoiantes e protetores que facilitam o processo de luto parental após uma morte inesperada.
- 3) Explorar a perspectiva dos pais acerca do que é mais difícil de gerir e ultrapassar após a perda do filho, que dificultam o processo de luto.
- 4) Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais para lidar com a morte do filho.
- 5) Explorar a percepção dos pais acerca de mudanças sentidas no seu funcionamento psicológico decorrentes do processo de luto.
- 6) Explorar alterações ao nível da saúde mental e a necessidade de recorrer a ajuda profissional na sequência da perda.
- 7) Analisar a percepção dos pais em relação ao impacto do tipo de morte no seu processo de luto.
- 8) Explorar a percepção subjetiva de qualidade de vida dos pais após a morte inesperada do filho.

2.3. Estratégia Metodológica

A presente investigação caracteriza-se por ser exploratória. Tendo em conta os objetivos definidos recorreu-se à metodologia qualitativa mas com recurso ao método quantitativo, uma vez que a investigadora entendeu que estes dois métodos em conjunto permitem uma melhor compreensão do seu objeto de estudo.

A riqueza das metodologias de investigação qualitativa permite uma abordagem diferenciada à experiência humana da perda e luto, através dos relatos na primeira pessoa (Rubin & Shechory-Stahl, 2013). Por um lado, para melhor compreender a vivência destes pais que perderam um filho, recolher as suas opiniões e percepções, o melhor recurso parece ser a entrevista semiestruturada. Por outro lado, optou-se por uma medida quantitativa de qualidade de vida, pois permite uma recolha de dados objetivos desta dimensão.

Neste estudo foi realizada uma entrevista semiestruturada e aplicado um questionário para avaliar a percepção subjetiva da qualidade de vida - WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life - Bref; Canavarro et al., 2007). Com a entrevista semiestruturada pretendeu-se dar liberdade aos pais de se expressarem, sem ter de seguir uma estrutura rígida pré-definida. Por seu lado, a escolha do WHOQOL-Bref, prendeu-se com o fato de ser uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para a avaliação subjetiva da qualidade de vida, que pode ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, mas também em indivíduos saudáveis. A estrutura deste instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, para além de possibilitar ainda o cálculo de um indicador global.

2.4. Procedimento de Recolha e Tratamento dos Dados

O projeto da presente investigação foi apresentado à Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, tendo sido devidamente aprovado. Para a recolha dos dados, foi feito um pedido formal à Delegação do Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, I.P.) (Anexo I), que autorizou que fossem contactadas algumas vítimas com quem a investigadora tinha realizado intervenção, no âmbito da sua atividade profissional (Psicóloga do INEM), no momento da morte dos seus filhos.

Quando os participantes foram contactados, foram informados acerca dos objetivos da investigação, o modo como podiam colaborar, os instrumentos do estudo (entrevista, com autorização para gravar, e um questionário sobre qualidade de vida), bem como acerca da total confidencialidade da sua identidade e dos dados recolhidos. Foi ainda clarificada a participação voluntária, sem qualquer benefício direto ou indireto pela colaboração no estudo. Todos os participantes aceitaram as condições apresentadas e assinaram o Protocolo de Consentimento Informado (Anexo II), no momento imediatamente anterior à aplicação dos instrumentos.

A realização da entrevista e aplicação do questionário foram realizados num único encontro, na residência dos participantes, para onde a investigadora se deslocou, mediante combinação telefónica prévia. A recolha dos dados realizou-se nos dias 16, 23 e 24 de junho de 2014.

Os dados obtidos nas entrevistas foram transcritos e posteriormente analisados recorrendo ao *software* QSR NVivo 10 (versão para Mac OS) e os dados do questionário foram analisados com recurso ao *software* Excel (MO 2011).

2.5. Amostra

2.5.1. Seleção da Amostra

Este estudo realizou-se com uma amostra de conveniência. Os participantes são pais e mães que perderam filhos de forma súbita e inesperada, com quem a investigadora realizou intervenção no início do processo de luto (isto é, no momento da morte do filho), aquando da sua atividade profissional (psicóloga no INEM).

A seleção da amostra foi feita a partir das fichas de ocorrências da atividade profissional da investigadora, por tipo de ocorrência - morte inesperada de familiar - e por grau de parentesco da pessoa alvo da intervenção em relação à pessoa que morreu - pai ou mãe. Um terceiro critério de inclusão no estudo foi a seleção de um período de tempo para pesquisa de ocorrências (entre janeiro de 2008 e janeiro de 2013), para evitar incluir no estudo pais cujo processo de luto durasse há menos de um ano.

No total foram contactadas 16 pessoas, que foram selecionadas por preencherem estes três critérios de inclusão. Duas delas tinham o telemóvel desligado, duas não quiseram participar no estudo e 12 aceitaram colaborar (N previsto no projeto da investigação). Num segundo contato, feito no sentido de agendar o encontro para a recolha dos dados, quatro dos participantes informaram ter desistido de participar. Assim, a amostra é constituída por 8

participantes (N=8), 6 mães e 2 pais. Quatro dos participantes constituem dois casais (marido e mulher).

2.5.2. Caracterização da Amostra

Neste estudo participaram 8 pais cujos filhos morreram de forma súbita e inesperada, quatro por suicídio e quatro por outras causas: dois por afogamento e dois em acidente de viação.

A tabela 1 apresenta a caracterização demográfica da amostra deste estudo e caracteriza a amostra relativamente a aspetos relacionados com a morte do filho e o processo de luto. Em relação à distribuição de idades, verificou-se que a média de idades da amostra deste estudo é de 54 anos, sendo a idade mínima de 41 e a máxima de 63 anos. Caracterizando a amostra relativamente ao género, esta constitui-se maioritariamente por pessoas do sexo feminino (75%), significando que participaram neste estudo 6 mães e 2 pais. Quanto ao estado civil, 75% dos participantes são casados, sendo que os participantes 3 e 4 constituem um casal, tal como os participantes 5 e 6. Relativamente ao grau de escolaridade, apenas um dos participantes tem Licenciatura e os restantes têm até ao 9º ano (87,5%). No que diz respeito à religião, a grande maioria dos participantes é católico (87,5%). Em relação ao número de filhos, 50% apenas tem um, 25% não tem nenhum (morreu o filho único que tinham) e 25% tem dois filhos.

Considerando o tipo de morte, os filhos de 4 dos participantes morreram por suicídio (50%), 2 por afogamento (25%) e 2 por acidente de viação (25%). Na altura da morte, os filhos tinham uma média de idades de 25 anos, sendo a idade mínima de 3 e a máxima de 36 anos. Quanto ao tempo decorrido após a morte do filho (isto é, tempo de luto), a média é de 42 meses (três anos e meio), sendo o mínimo 35 meses e o máximo 52 meses.

Tabela 1: Dados demográficos da amostra e Dados referentes ao luto

Dados demográficos						Dados do Luto			
Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Nº Atual Filhos	Sexo do Filho	Idade do Filho	Tipo de Morte	Tempo de Luto (meses)
F	63	Divorciada	Licenciatura	Não	1	M	31	Suicídio	47
F	53	Casada	7º	Católica	1	M	22	Afogamento	52
F	59	Casada	9º	Católica	0	F	36	Suicídio	41
M	58	Casado	9º	Católica	0	F	36	Suicídio	41
F	56	Casado	3º	Católica	4	M	28	Acidente Viação	35
M	59	Casado	4º	Católica	4	M	28	Acidente Viação	35
F	46	Casada	6º	Católica	1	M	19	Suicídio	47
F	41	Divorciada	9º	Católica	1	M	3	Afogamento	37

2.6. Instrumentos de avaliação

Os instrumentos selecionados foram decididos em função dos objetivos da investigação. Foi aplicado um questionário sociodemográfico, realizada uma entrevista semiestruturada e aplicado um questionário sobre perceção de qualidade de vida, o WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life, Canavarro et al., 2007).

2.6.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo III) foi desenvolvido pela investigadora, no sentido de recolher os dados relevantes para a caracterização da amostra. Visava caracterizar cada participante relativamente ao género, idade, estado civil, agregado familiar, número e idade dos filhos (caso tenham), escolaridade, profissão e religião. Alguns dados de caracterização da amostra, nomeadamente relativos à causa de morte do filho, à idade do filho no momento da morte e ao tempo após a morte (tempo de luto) não foram incluídos neste questionário por já serem dados disponíveis nos registos da intervenção profissional realizada pela investigadora.

2.6.2. Entrevista Semiestruturada

A entrevista é caracterizada por ser um método de recolha de dados qualitativo e permite elementos de análise e de reflexão muito ricos através do contato direto entre o investigador e o entrevistado (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Podemos identificar diferentes tipos de entrevista relativamente ao grau de estruturação das mesmas. Nesta investigação optou-se por uma entrevista designada semiestruturada que dispõe de uma série de perguntas guia com o propósito de recolher informação sobre os tópicos que o investigador pretendeu explorar (Quivy & Campenhoudt, 1992). Apesar de seguir um plano geral predefinido, permite a liberdade de expressão dos entrevistados (Hunt & Greeff, 2011). Foram colocadas questões relativamente abertas, não diretivas, convidando a uma narrativa livre das perspetivas e experiências subjetivas dos pais. Ao critério do investigador, e sempre que achou pertinente, foram feitas algumas perguntas dirigidas, com o objetivo de aprofundar o conteúdo do discurso.

O guião da entrevista (Anexo IV) foi desenvolvido pela investigadora e é composto por treze questões, relacionadas com nove temas: 1) experiência/vivência da morte do filho; 2) processo de luto, desde a morte até ao presente; 3) estratégias de *coping*; 4) fatores protetores, que facilitaram/ajudaram no processo de luto; 5) fatores que dificultaram o processo de luto; 6) perceção de apoio disponível durante o processo de luto (familiar, social, profissional); 7) mudanças no funcionamento psicológico; 8) vivência atual da perda; 9) perceção de qualidade de vida.

As entrevistas foram conduzidas pelo investigador, gravadas em formato áudio e tiveram uma duração entre 31 e 73 minutos. O material gravado foi transcrito na íntegra e foi analisado através da análise temática (Braun & Clarke, 2006). A análise temática é um método de análise de dados qualitativos considerado fulcral por alguns autores e que consiste na identificação, análise e descrição de padrões temáticos nos dados recolhidos, que

permitam alcançar os objetivos da investigação (e.g. Braun & Clarke, 2006). Estes padrões são encontrados através de um processo rigoroso que envolve a familiarização com os dados, a codificação e a revisão. A análise temática permite responder a diferentes tipos de questões de investigação, nomeadamente as perceções e as experiências dos indivíduos sobre determinados temas (Braun & Clarke, 2006), o que se adequa à presente investigação.

A codificação dos dados recolhidos foi feita com recurso ao *software* QSR NVivo 10 (versão para Mac OS). A categorização foi feita através de um processo abduutivo que envolve um processo de inferência, considerando a indução e a dedução. A maioria das categorias foi criada com base nos objetivos deste estudo e no guião da entrevista realizada, outras categorias surgiram com a análise dos dados recolhidos na entrevista. Foi realizada uma árvore de categorias superiores que englobam categorias inferiores ou subcategorias. Foram inseridos atributos dos participantes: Sexo, Idade, Estado Civil, Habilitações Literárias, Grau de Parentesco, Causa de Morte do Filho, Idade do Filho no Momento da Morte e Tempo de Luto (em meses).

2.6.3. World Health Organization Quality of Life – Bref

O instrumento utilizado nesta investigação para avaliar a perceção subjetiva de qualidade de vida dos pais foi o World Health Organization Quality of Life, versão breve (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal (Anexo V) (Canavarro et al., 2007). Este instrumento foi desenvolvido pelo WHOQOL Group com base na definição de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), anteriormente descrita no Enquadramento Teórico.

O instrumento original é o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994). É um instrumento de auto-avaliação da qualidade de vida constituído por seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais (Canavarro et al., 2010; Vaz-Serra et al., 2006).

Cada um dos domínios é composto por facetas que são avaliadas por quatro itens, correspondentes a quatro perguntas. No total, o instrumento original é constituído por 100 perguntas, organizadas em 24 facetas específicas (referentes aos seis domínios) e uma faceta geral (Faceta Geral da QdV), que inclui quatro perguntas de avaliação global da qualidade de vida e percepção geral de saúde (Canavarro et al., 2010). As perguntas são respondidas através de quatro tipo de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta) - intensidade, capacidade, frequência e avaliação - e as respostas são dadas numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos (Canavarro et al., 2010).

O WHOQOL-100 possibilita uma avaliação compreensiva da qualidade de vida, mas trata-se de um instrumento de aplicação morosa. Neste sentido, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento para ser utilizado nas situações em que o tempo fosse restrito ou fosse necessário minimizar o esforço dos respondentes (Canavarro et al., 2010), o WHOQOL-Bref.

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, sendo que duas delas são questões gerais relativas à percepção da qualidade de vida e percepção de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, enquanto no instrumento original cada faceta é avaliada a partir de quatro questões, na versão breve cada faceta é avaliada apenas por uma questão. O critério de seleção das questões para a versão breve foi tanto psicométrico como conceitual. A nível conceitual foram preservadas cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o que permitiu preservar a abrangência do construto Qualidade de Vida através da inclusão de itens referentes não só a aspetos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e às relações sociais. Foi realizada uma análise fatorial que confirma que o WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Tal como no instrumento original, todas as pontuações dos domínios e facetas são transformadas numa escala de 0 a

100 (não há pontuação total), sendo a interpretação dos resultados feita de forma linear: quanto mais alta é a pontuação, melhor é a qualidade de vida.

O WHOQOL-Bref pode ser aplicado a indivíduos com patologia, mas também a indivíduos saudáveis e tem um procedimento de administração flexível, permitindo a adaptação a cada situação ou condição do participante. O questionário pode ser autoadministrado, assistido pelo entrevistador ou ainda administrado pelo entrevistador. Na presente investigação, todos os questionários foram administrados pelo entrevistador (por preferência de todos os participantes), ou seja, o investigador leu as instruções, as questões e os descritores da escala de resposta e assinalou no questionário a resposta dada pelo participante.

Este instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, avaliada pelo *Alpha de Cronbach*, tanto nas 26 perguntas que constituem o instrumento (.92), como nos domínios individualmente, variando entre .64 (Relações Sociais) e .87 (Físico) (Canavarro et al., 2010).

O bom desempenho psicométrico do WHOQOL-Bref confirma a qualidade deste instrumento para avaliar a qualidade de vida no nosso país (Canavarro et al., 2010), pelo que se tornou uma boa opção na presente investigação.

2.7. Sequência da apresentação dos instrumentos

Com todos os participantes a recolha dos dados só se iniciou após a leitura e assinatura do Protocolo de Consentimento Informado. De seguida, os instrumentos foram apresentados pela seguinte ordem: Questionários Sociodemográfico, WHOQOL-Bref e, por fim, a Entrevista Semiestruturada.

III. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise qualitativa dos dados recolhidos através da entrevista e a partir da análise quantitativa dos dados recolhidos com o WHOQOL-Bref.

3.1. Resultados obtidos através da entrevista

Como referido anteriormente, a partir dos dados qualitativos recolhidos através da entrevista, procedeu-se à análise temática, através da identificação, análise e descrição de padrões temáticos, de modo a alcançar os objetivos da investigação (e.g. Braun & Clarke, 2006).

A análise das respostas obtidas nas entrevistas resultou em 106 categorias interrelacionadas segundo um sistema de organização hierárquico (Anexo VI), donde resultam 12 categorias principais: a) *Descrição da Experiência de Perder um Filho*; b) *Épocas e Datas Especiais*; c) *Roupa de Luto*; d) *Relatos Sobre o Filho*; e) *Fatores de Stress Concomitantes*; f) *Mudanças com o Tempo de Luto*; g) *O que Mais Ajudou*; h) *Sintomas no Início do Processo de Luto*; i) *Reações Atuais*; j) *Citações Relacionadas com o Tipo de Morte*; l) *Estratégias de Coping*; e m) *Aceitação da Morte*.

A tabela 1 apresenta as categorias principais resultantes da codificação e análise das transcrições das entrevistas, o total de referências feitas a cada categoria e o número de participantes (fontes) que referiram as grandes categorias.

Tabela 1: Categorias principais resultantes da codificação e análise das transcrições das oito entrevistas

Nome	Total de Referências		Fontes
Descrição da Experiência de Perder um Filho	74	9%	8
Épocas e Datas Especiais	10	1%	4
Roupa 'de Luto'	9	1%	5
Relatos Sobre o Filho	54	6%	7
Sintomas no Início do Processo de Luto	85	10%	8
Citações Relacionadas com o Tipo de Morte	59	7%	8
Mudanças com o Tempo de Luto	34	4%	8
O que Mais Ajudou	104	12%	8
Fatores de <i>Stress</i> Concomitantes	38	4%	7
Reações Atuais	161	19%	8
Estratégias de Coping	221	26%	8
Aceitação da Morte	11	1%	8

Segue-se a caracterização das categorias principais, através da descrição dos critérios de inclusão e de alguns exemplos de citações dos participantes.

1. Descrição da Experiência de Perder um Filho (9%): esta categoria diz respeito ao modo como os participantes descrevem a vivência de perder um filho e integra quatro subcategorias: 1) *A Dificuldade da Experiência*, que abrange citações acerca de como a experiência da morte do filho é difícil, dolorosa e complicada (e.g. “Agora eu só digo, a dor de perder um filho é horrível, não há dor maior!” (Mãe 1); “E isto é como tudo! Há o nascer, o viver e morrer! Ela foi antes que o tempo previsto porque é, primeiro, o normal, primeiro é irem os pais e depois irem os filhos. Agora, os filhos à frente dos pais?! É sempre um bocado mau! É uma dor que não, que não... Não consigo explicar o que é! Sei que é a dor, que é mau, mas não consigo explicar!” (Pai 4); “É uma ferida que nunca mais cicatriza! A realidade é esta! Quando se mexe mesmo a sério... dói! Dói, e de que maneira!” (Mãe 7); “Muito difícil! É muito difícil! Esse dia, esse dia foi o dia mais, mais difícil da minha vida!

Foi o dia mais difícil!” (Mãe 8)); 2) A subcategoria *Descrição do Processo* diz respeito ao modo como os participantes descrevem o seu processo de luto (e.g. *“E então o meu luto tem sido assim, muito, muito, a pouco e pouco”* (Mãe 1); *“A coisa um dia melhor, um dia pior e, olha, temos que ir!”* (Mãe 5); *“O luto de uma mãe, não é um luto que a gente faça num ano, ou dois, ou três! Eu acho que é para a vida toda! Eu acho que na vida toda, ahm... vai haver momentos de luto!”* (Mãe 7); *“Ahm... Eu acho que... Isto não é... Isto é tentarmos sobreviver! É um dia após dia... É uma luta constante”* (Mãe 8)); 3) A subcategoria *O Mais Difícil* inclui o que os participantes reconhecem ter sido o mais difícil de lidar após a morte do filho. A maioria dos pais (sete) reconhece que o mais difícil é a ausência ou as saudades que sentem do filho, incluído na subcategoria *Ausência* (e.g. *“É as saudades... Agarrá-lo, tê-lo aqui...”* (Mãe 1); *“Desapareceu a S., e ficaram as saudades!... A gente, de vez em quando, quando acorda, costumava ouvir chamar “pai”, agora já nunca mais ninguém ouve chamar “pai”, nem “mãe”... Pronto... (silêncio)”* (Pai 4)). No entanto, identificam outros aspetos difíceis, incluídos na subcategoria *Outras* (e.g. *“Tudo é difícil! Às vezes é difícil até o levantar da cama!... Tudo é difícil...”* (Mãe 2)); 4) A *Comparação com Outras Perdas*, embora seja uma subcategoria pouco citada, representa um aspeto importante da caracterização do luto parental. Refere-se às comparações que alguns participantes fazem entre o processo de luto após a morte do filho e outros, nomeadamente após a morte do pai ou da mãe (e.g. *“Eu sofri muito com a morte da minha mãe, ainda era nova, tinha 65 anos, com a morte da minha irmã, que tinha 45 (...) mas esta é a mais profunda, como é evidente! É aquela que mais me custa, que mais...”* (Mãe 3)).

2. Épocas e Datas Especiais (1%): esta categoria foi criada para incluir as referências que metade dos participantes fizeram acerca de quão difícil é viver essas datas especiais, como o Natal e aniversários, depois da morte do filho (e.g. *“(...) e faço-lhe... assim uma...*

faço-lhe um presépio... (chora) Todos os Natais faço-lhe um presépio com todas as figurinhas muito pequeninhas que eu comprei até na funerária... faço-lhe um presépio ali assim... com todas as figuras, todas, todas, todas ali muito pequeninhas... Depois quando é na Páscoa ponho-lhe uns ovinhos (chora)... Agora no dia do aniversário da morte, normalmente pinto-lhe uma fita, ponho lá umas flores e tal, faço assim... (...)” (Mãe 1); *“Ela na quarta-feira fazia quarenta anos, não esquecemos! (chora)”* (Mãe 3); *“E, e, pronto, custa-me muito quando chega a este mês e nunca mais festejámos anos, nunca mais festejámos Natal, datas que nunca haviam de vir!...”* (Mãe 5)).

3. Roupa de Luto (1%): esta categoria, embora pouco citada, engloba as referências que a maioria dos participantes (cinco) fez, espontaneamente, acerca da necessidade ou importância que atribuem ao vestir roupa escura durante o processo de luto (e.g. *“O problema é que eu ando de luto cá por dentro! O fato de eu andar de preto ou de branco, ou de azul às riscas não tem assim muita importância. Eu ando... O luto está cá por dentro! Mas depois, às vezes também não sou capaz de me vestir de outra cor!”* (Mãe 1); *“Eu não conseguia tirar o luto. Primeiro, porque a S. gostava muito do preto, muito mesmo! Qualquer coisa ela vestia-se de preto. (...) E eu se tirasse, tinha a sensação que se tirasse o preto que estava a magoá-la, tava a... Que ela pensaria que eu estava a esquecê-la (...) E realmente a psiquiatra a nível de, desde Dezembro, que me tem ajudado um pouco sobre isso...”* (Mãe 2)).

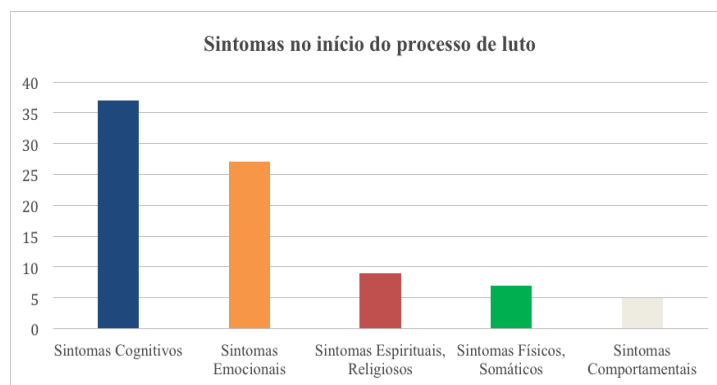
4. Relatos Sobre o Filho (6%): é uma categoria que foi criada a partir dos relatos dos participantes e abrange as referências feitas pelos pais sobre o filho que morreu e integra cinco subcategorias: 1) *A Personalidade do Filho*, uma subcategoria que integra os traços positivos da personalidade do filho, (e.g. *“Ele estava sempre bem disposto! Estava sempre*

*sorridente, sempre bem disposto! Sempre de bem com a vida!” (Mãe 2); “Eu tinha, um filho como eu tinha, é difícil! Porque o meu filho era mesmo cinco estrelas!” (Mãe 2); “É uma pena!... É uma pena! E uma rapariga, tão inteligente, pá! Tão inteligente! (...)” (Pai 4); 2) A subcategoria *Homenagens ao Filho* refere-se a homenagens feitas ao filho, quer durante o funeral, quer depois (e.g. “uma coisa que me consolou... tantos, tantos amigos, tantos que vieram ai! Tantos, tantos, tantos, tantos!” (Mãe 1); (“Para os bombeiros fazerem o que fizeram, passados seis meses, era porque ela era alguém humana que... gostava de ajudar!... fosse... fosse quem fosse! (chora)” (Mãe 3)); 3) *Os Aspectos Positivos da Vida do Filho*, refere-se a vivências e experiências dos filhos enquanto viveram, que os pais recordam como tendo sido positivas (e.g. “(...) e depois tem uma coisa ele acho que fez tudo o que quis, ele foi para a neve, ele foi para o mar” (Mãe 1); “Só sei que ele estava a fazer o que gostava e sei que ele foi feliz enquanto esteve connosco! (chora) Foi pouco tempo, mas foi um rapaz muito feliz!” (Mãe 2); “Porque se um lado ele estava... Ele morreu no sítio que mais gostava provavelmente. Porque adorava o mar, adorava mergulhar, adorava o mar...” (Mãe 2)); 4) *A Relação com o Filho* é uma subcategoria que inclui as características da relação que tinham com o filho (e.g. “Nós éramos muito próximos ao ponto de, por exemplo, ele estar doente e eu ter os sintomas, tipo quase irmãos gémeos (...)” (Mãe 1); “(...) ele não lanchava sem mim, eu não lanchava sem ele! Ele ia-me buscar ao trabalho para a gente lanchar os dois (...)” (Mãe 5)); 5) A última subcategoria é *Projeto de Vida Interrompido*, que inclui referências à interrupção precoce da vida dos filhos e aos projetos que não concluíram (e.g. “Mas eu tinha um filho cheio de projetos, cheio de ideias, que estava a escrever um artigo científico, que estava no mestrado” (Mãe 2); “Ahm... é, é triste pensar que ele era um jovem, podia ter muitos bons momentos pela frente! Podia enfrentar e dar a volta (...)” (Mãe 7)).*

5. Sintomas no Início do Processo de Luto (10%): esta categoria inclui os sintomas dos participantes aquando da notificação da morte do filho e nos primeiros dias após a morte.

Gráfico 1: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de

Sintomas no Início do Processo de Luto



Os sintomas foram agrupados em cinco subcategorias, que integram esta categoria maior: 1) Os *Sintomas Cognitivos* foram os mais referidos pelos participantes, sendo que dos seis sintomas identificados nesta categoria, os mais frequentes foram a *Negação* (e.g. “*Para já inicialmente não acreditava. E se não visse o meu filho eu não acreditava...*” (Mãe 2); “*Eu pra mim, o meu S. tinha emigrado! Pra mim o meu S. tinha ido à Holanda outra vez, por conta da firma! (...) E eu estava à espera do meu S.!*” (Mãe 5)) e os *Pensamentos e Imagens Perturbadores* (e.g. “*É uma imagem má e que me dá vontade de partir tudo o que tiver à frente, para ver se... eu só achava que... eu só eu achava que só arrancando a cabeça, só batendo na cabeça é que conseguia tirar aquela imagem...*” (Mãe 1)). Metade dos participantes fez referência a *Ideação, Intenção Suicida* (e.g. “*(...) no início, eu pensava “o que é que eu ando aqui a fazer? Eu preferia ir para o pé do meu filho!”* (Mãe 2); “*Eu cheguei a ir ao poço, sozinha, porque eu queria ver se realmente, ahm... em que condições é que o poço estava e o poço era uma tentação! O poço era, era fechar os olhos e deixar se escorregar!*” (Mãe 7)); 2) Em relação aos *Sintomas Emocionais*, dos cinco sintomas referidos pelos participantes, os mais frequentes foram o *Choque Emocional* (e.g. “*Nem sei como é que eu me sentia, nem sei como é que me sentia! Parece que tinha acabado tudo!*” (Mãe 5)), a

Revolta (e.g. “*Revolta... Muita revolta! (choro)*” (Mãe 2)) e o *Desespero* (e.g. “*Eu era desespero... a palavra que me vinha sempre à cabeça era desespero*” (Mãe 1)); 3) *Sintomas Espirituais, Religiosos* foram incluídos em três subcategorias: *Revolta contra Deus*, a mais referida pelos participantes (e.g. “*Mas onde é que está esse Deus? (...) Doutora, acha que há Deus? Não há! Se houvesse não me fazia isto!*” (Mãe 5); “*Deixei de crer!*” (Mãe 8)); a *Procura de Significado* (e.g. “*Sempre com as mesmas perguntas! Foi até o meu marido dizer “chega de perguntas! Porque não há nada a fazer, aconteceu e não há nada a fazer!”*” (Mãe 7)); e *Aumento de Fé* (e.g. “*(...) por exemplo, aquela parte da religião, eu achei-me na obrigação de dizer missas todos os dias, uma vez por mês (...)*” (Mãe 1)); 4) *Sintomas Físicos, Somáticos*, nomeadamente *Alteração do Apetite* (e.g. “*Com a morte da S. emagreci dez quilos, não conseguia comer, só conseguia beber água!*” (Mãe 3)) e *Perturbação do Sono* (e.g. “*(...) não dormia!*” (Mãe 8)); 5) *Sintomas Comportamentais*, nomeadamente o *Isolamento Social* (e.g. “*(...) só me apetecia era fechar-me, fechar-me todo o dia e não ver luz nem claridade, nem ver ninguém, nem falar com ninguém*” (Mãe 2)).

6. Citações Relacionadas com o Tipo de Morte (7%): é uma categoria que abrange aspetos relacionados com a causa e a circunstância da morte. Inclui a percepção que os participantes têm acerca da influência do modo como o filho morreu no desenrolar do processo de luto. Foram consideradas quatro subcategorias: 1) *Duvidar da Circunstância*, categoria que diz respeito às dúvidas que os participantes mantêm acerca da circunstância da morte do filho (e.g. “*(...) E deixou-me muito perturbada porque o que é que aconteceu ali? As dúvidas saltaram-me logo à cabeça e fiquei logo sempre muito duvidosa o que é aconteceu ali? (...) Como é que aquilo aconteceu? (...) Isso fez-me muita confusão!*”; “*Estas são perguntas que continuam na minha mente, continuam comigo porque são perguntas às quais eu nunca obtive resposta! E é muito complicado lidar com elas...*” (Mãe 2)); 2)

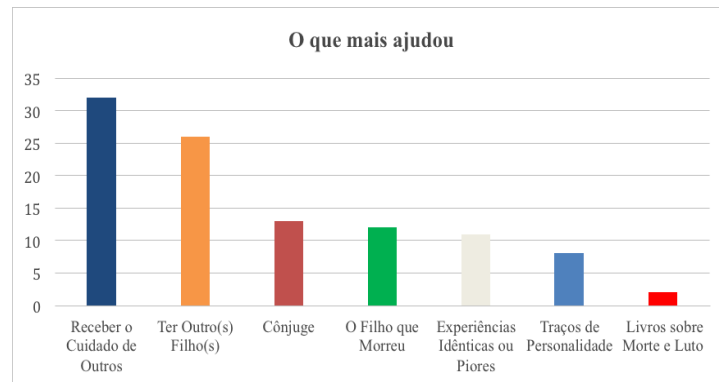
Esconder a Causa, uma vez que uma participante não quis revelar a ninguém a causa de morte do filho (e.g. “*Não sei! Mas para mim, eu não digo isto a ninguém, ninguém sabe, até a minha filha! Eu embrulhei-a, a certidão de óbito, não, o relatório da autópsia...*” (Mãe 1)); 3) *Explorar as Causas e Circunstâncias*, espelha a necessidade dos participantes em procurar informação detalhada acerca da forma como o filho morreu (e.g. “*Porque eu queria saber por onde é que o meu menino tinha saído do carro pra fora! Como é que tinha, e as pessoas esconderam-me, sempre, sempre! Ninguém me dizia!*” (Mãe 5)); 4) *Especificidades do Tipo de Morte*, inclui a opinião dos participantes em relação ao modo como o filho morreu, sendo que pode estar relacionada com: a) o *Acidente* (e.g. “*Foi ali para contemplar o mar e o mar tirou-lhe a vida e é revoltante porque... (...) E eu reconheço que foi a maneira mais estúpida que podia haver!*” (Mãe 2)); b) com o fato de ser uma *Morte Inesperada* (e.g. “*Ser inesperado é horrível! É horrível mesmo! É horrível!...*” (Mãe 1); “*Quando perdemos um filho que está doente, que já sabemos que à partida vai ter um curto espaço de tempo de vida, vamo-nos preparando psicologicamente!*” (Mãe 2)); c) ter sido um *Suicídio* (e.g. “*Eu acho que, eu acho que ele deve ter sofrido muito para, para...*” (Mãe 1); “*E a circunstância do meu ser assim... Eu! Eu fui encontrá-lo!... Eu!*” (Mãe 1); “*(...) depois de conversas que tenho tido com psicólogos e psiquiatras, eu... eu chego à conclusão que se calhar, que ele chegou ao fundo e que dificilmente, ahm... melhorava ao ponto de não, de não o voltar a tentar! Eu às vezes penso que se calhar, se ele não tivesse feito naquela altura, iria o fazer noutra altura! Por mais que eu até o, o tratasse, possivelmente, ele com outro desgosto qualquer que ele tivesse, ele poderia vir a fazê-lo! Porque eu, eu acho que ele foi mesmo, foi... foi, de certeza, ao fundo! Foi, de certeza, ao fundo! Para, para ter a coragem que ele teve!... Não é de qualquer maneira que se faz uma coisa destas, é preciso estar-se realmente muito mal! E ele, e ele chegou a estar mesmo muito, muito mal, para conseguir fazer o que fez!*” (Mãe 7); “*(...) que pensou mais vezes, não foi só aquela!*” (Mãe 7); “*Eu, eu cheguei a*

dizer “isto não me acontece”, eu cheguei a dizer! E recordo-me muito disso! Porque com isto do F., a conversa andou várias vezes à baila, a dizerem-me mesmo que podia acontecer com o meu filho e eu disse sempre “não, isto não acontece! (...) mas eu sinto, desde até do primeiro momento, eu senti que acabou o sofrimento dele! Acabou!” (Mãe 7)). Nesta subcategoria (*Suicídio*) foram incluídas as referências acerca da necessidade de alguns pais questionarem o filho sobre a decisão de cometer suicídio, incluídas na categoria *Questionar o Filho* (e.g. “E às vezes penso “Porque é que te mataste??(...)” (Pai 4)).

7. Mudanças com o Tempo de Luto (4%): esta categoria abrange a perceção dos participantes acerca das mudanças nas rotinas e nas reações de luto, com o passar do tempo. Integra duas subcategorias: 1) *Mudanças Positivas*, que diz respeito a mudanças que os participantes identificam como melhorias com o decorrer do processo de luto (e.g. “Ah agora, por exemplo, já sou capaz de dar umas coisas dele, mas é só a pessoas que eu gosto!” (Mãe 1); *Só depois de passarem sei lá quantos anos é que eu a voltei a fazer, e tirei os lençóis e lavei porque estava feita por ele e eu não queria mexer...*” (Mãe 2); “Mesmo a nível de, entre mim e o meu marido, as coisas serem mais serenas, mais...” (Mãe 3); “Eu não sei se estou a 100% curada. Estou melhor, sinto-me melhor, encaro melhor a situação.” (Mãe 3)); 2) *Mudanças Negativas*, que abrange mudanças negativas que decorreram após a morte do filho e que se mantêm ou que agravam com o decorrer do tempo (e.g. “É assim... às vezes é... às vezes volta tudo! Às vezes volta tudo!...” (Mãe 1); “Na minha casa não era preciso haver festa, para haver festa, porque havia sempre! Pronto. Agora é que não há nada, acabou tudo!” (Mãe 5); “A saudade, a saudade cada vez bate mais! Cada vez é mais, a saudade cada vez é mais! Podem dizer o que disserem, que o tempo, “ai, o tempo vai...” Não! É tudo, é tudo mentira! É tudo mentira! O tempo cada vez...”; “(...) é verdade! O tempo não, não apaga nada! Antes pelo contrário! Antes pelo contrário! E é assim...” (Pai 6)).

8. O que Mais Ajudou (12%): esta categoria inclui os fatores identificados pelos participantes como sendo os mais protetores e mais apoiantes, que facilitam a vivência do seu luto.

Gráfico 2: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Fatores Protetores*



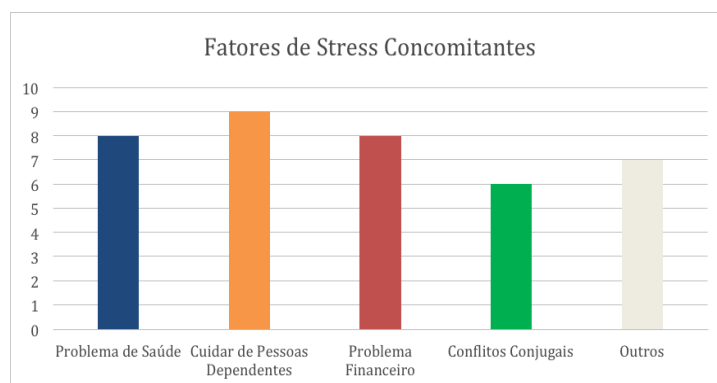
Esta categoria integra sete subcategorias: 1) *Receber o Cuidado de Outros*, inclui a preocupação de amigos, familiares ou outras pessoas, foi o fator reconhecido como mais importante e principal fonte de ajuda durante o processo de luto (e.g. “*Mas, os amigos puxam por mim, realmente é verdade, puxam por mim e eu vou (...)*” (Mãe 1); “*Mas o que me deu muita força foi os amigos, familiares*” (Mãe 8)); 2) *Ter Outro(s) Filho(s)*, referido como fator protetor no sentido de obrigar os pais a reagir para prestar-lhes cuidados e estar presente nas suas vidas (e.g. “*(...) se eu não tivesse a minha filha, era capaz de acontecer isso. Eu desligar...*” (Mãe 1); “*(...) ou outros filhos não é? Ajudou-me... alguém me levou este, eu tenho que, tenho cá mais quatro! Tenho que lutar pra... contra esta adversidade, pronto! E foi isto.*” (Pai 6)); 3) *O Cônjuge*, reconhecido por seis dos participantes como a principal fonte de apoio (e.g. “*Quem é que mais me ajudou? Foi o meu marido. Foi o meu marido que me ajudou muito. Porque eu não sei, que se não fosse ele, eu tinha mesmo (...)*” (Mãe 5)); 4) *O Filho que Morreu*, nomeadamente devido à crença de que é esse filho que transmite força e proteção (e.g. “*Comecei a habituar-me a pensar que é ele que me ajuda!*” (Mãe 1); “*Sabe o que é que ajuda? É ele! É ele! Eu acho que é uma força que eu sinto dele!*” (Mãe 2)); 5)

Experiências Idênticas ou Piores, uma que vez os participantes ao se confrontarem com outras situações igualmente difíceis ou que consideram ser piores do que a sua, sentem que é um motivo para terem força para lutar e reagir (e.g. “*Só quando houve o ano passado em agosto, morreram aqueles bombeiros também todos queimados, é que eu comecei a apanhar um bocadinho de coragem! (...) Depois aí, apanhei assim, parece um bocadinho mais de força, pronto.*” (Mãe 5); “*E estavam lá uns pais que perderam o único filho que tinham! E que não podiam ter filhos mais!*” (Mãe 8)); 6) *Traços de Personalidade*, que inclui características que os participantes reconhecem em si que lhes permite ter capacidade para confrontar a morte do filho (e.g. “*É eu que tenho, é eu que sou muito forte! Eu nunca pensei que a pessoa fosse tão forte! Passar, passar as passas do Algarve, como se costuma dizer, que eu já passei! Nunca pensei que o ser humano fosse tão forte como é! E eu sou muito forte!*” (Pai 4)); 7) *Livros sobre Morte e Luto*, que diz respeito ao impacto que a informação dos livros teve na sua vivência do luto (e.g. “*Sinto-me com muita calma quando leio o livro! Já li imensos!*” (Mãe 3)).

9. Fatores de Stress Concomitantes (4%): esta categoria diz respeito a outros acontecimentos de vida *stressantes*, que os participantes referem espontaneamente, que ocorreram durante o processo de luto.

Gráfico 3: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de

Fatores de Stress Concomitantes

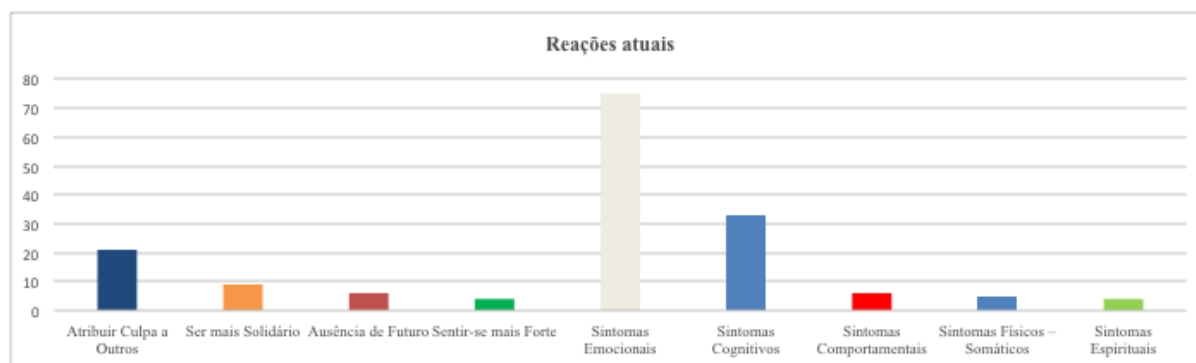


Esta categoria integra cinco subcategorias: 1) *Cuidar de Pessoas Dependentes*, nomeadamente de idosos acamados, foi o fator de *stress* mais referido pelos participantes (e.g. “E eu às vezes, se eu não tivesse nada disto, nada disto, isto é, se a minha mãe não tivesse assim naquelas condições...” (Mãe 1); “Porque depois também não tenho, então, não tenho quem me ajude! Olhe, a minha mãe tem Alzheimer, tem 82 anos, tem Alzheimer, tenho que a lavar, tenho que lhe dar de comer, tenho que lhe fazer tudo!” (Mãe 5)); 2) *Problema de Saúde*, inclui várias doenças que os pais já tinham ou desenvolveram após a morte do filho (e.g. “Porque além do S., é a vida que também não... É como digo, eu curo-me de uma coisa... (...) quando eu penso que estou a melhorar, há outra coisa logo que vem a seguir!” (Pai 6)); 3) *Problemas Financeiros* (e.g. “Pronto, há quase meio ano, daqui a pouco há-de fazer um ano... E a gente, eu p’ra mulher, “e a gente vamos andando assim! “Não podemos comprar mais isto, não compramos, compramos só isto!” Andamos, andamos sempre a contar os tostões p’ra tomar café.” (Pai 4)); 4) *Conflitos Conjugais* (e.g. “Porque um mês antes do R. ter falecido, eu descobri que ele tinha outra pessoa! E, pronto, as nossas chatices eram derivadas daí! E... foi muito complicado! Ele nunca, não me deu atenção nenhuma! Não me... nada! Absolutamente nada!” (Mãe 8)); 5) *Outros*: uma subcategoria que abrange várias situações *stressantes*, entre elas ter um filho toxicodependente e ter uma filha doente (e.g. “(...) a minha vida tem sido muito difícil, pra uma pessoa só... é muito difícil aceitar tanta coisa, tanta coisa, só em cima de uma pessoa não é!” (Pai 6)).

10. Reações Atuais (19%): esta categoria abrange todos os sintomas, alterações no funcionamento psicológico e reações atuais, consequentes à morte do filho.

Gráfico 4: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de

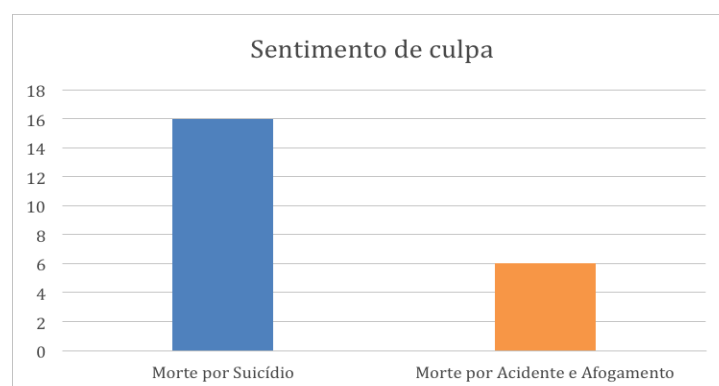
Reações Atuais



Esta categoria integra nove subcategorias: 1) *Atribuir Culpa a Outros*, pois alguns participantes responsabilizam outras pessoas pelo que aconteceu para causar a morte do filho (e.g. “*Por descuido dos bombeiros, roubaram-me o meu menino! Mataram-me o meu menino (choro/revolta) e não é justo! Roubaram-me a minha alegria, roubaram-me tudo!*” (Mãe 5); “*E ter acreditado nos médicos, quando ele dizia que não tava bem e eu ter acreditado nos médicos (...) se os médicos não tavam a fazer é porque não era caso para isso*” (Mãe 7)); 2) *Ausência de Futuro*, que inclui as citações dos pais relacionadas com a perda de interesse no futuro após a morte do filho (e.g. “*Não, não, já nem, já nem tenho, não, não me interessa já o futuro! É um dia de cada vez... Tou no fim...*”(Pai 4); “*Não tenho interesse no futuro! Tinha interesse, porque sempre deixava, sempre conseguia, ou teria conseguido, deixar mais qualquer coisinha a ela... Assim, não tenho a quem deixar!*” (Pai 4)); 3) *Ser mais Solidário*, diz respeito a uma mudança sentida por alguns participantes, a de sentirem mais empatia e mais vontade de ajudar outras pessoas que estejam em situações de vulnerabilidade (e.g. “*E mudei muito, muito mesmo! Eu sempre fui uma pessoa que gostei de dar, de partilhar, de... E agora sinto a necessidade de ser mais ainda! Sinto a necessidade de ter em atenção quem é que precisa de ajuda, ajudar sem olhar...*” (Mãe 3)); 4) *Sentir-se mais Forte*, engloba o

reconhecimento de uma participante de que depois da morte do filho se sente com mais capacidade de enfrentar outros momentos difíceis (e.g. “(...) *Sim, senti que, que aquilo que me fez ficar mais forte! Senti que isso me tornou mais forte, senti!*” (Mãe 7)); 5) *Sintomas Emocionais*, dos doze sintomas identificados, os mais frequentes são o *Sentimento de Culpa* e a *Falta de Interesse, Desmotivação*. O *Sentimento de Culpa* é referido por todos os participantes (e.g. “*que mal fiz eu a Deus para ter esta... Devo ter feito uma das grossas! Devo ter feito uma das grossas...*” (Mãe 1); “*Hoje sinto-me culpada porque se calhar se eu não tivesse (...) Eu acho que foi um bocadinho o nosso impulso que fez com que ele fosse, não sei! (...) Mas se calhar se fosse hoje, eu tentava era que ele não fosse lá para o pé do mar (...)*” (Mãe 2); “*Mas se calhar foi, foi o meu erro! Foi não dizer nada! Se eu não lhe dou tanta corda, como se costuma dizer, ela talvez se andasse presa... Depois dizia epá, pensava assim, epá, se te vou prender, tu vais andar de rédea curta, e depois toda a gente se põe contra mim, e com razão!*” (Pai 4); “(...) *e ele queixava-se, lastimava-se e eu culpo-me por não ter feito mais! Pronto, culpo-me por não ter feito mais!*” (Mãe 7)).

Tabela 2: Distribuição do número de referências codificadas pela subcategoria de *Sentimento de Culpa* por causa de morte

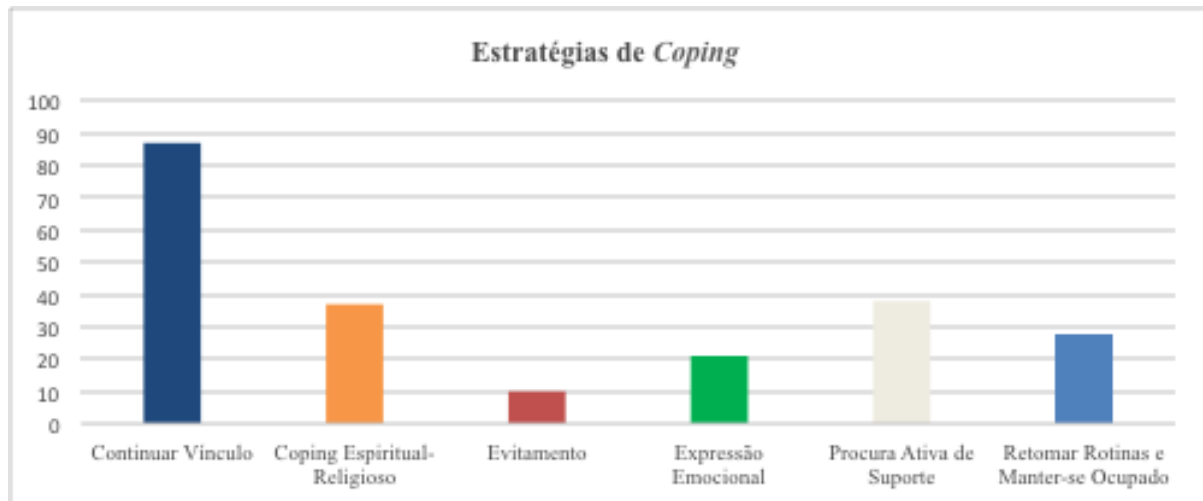


Comparando as referências de sentimento de culpa em função da causa de morte, verifica-se que está mais presente nas situações em que a morte do filho foi por suicídio. A *Falta de Interesse, Desmotivação* é o segundo sintoma emocional mais referido pelos participantes (e.g. “*Mudou um bocado, mudou um bocado... mudou... uma espécie de apatia.*”

Eu acho que tenho mais perante a vida uma espécie de apatia! “Ah, sei lá, quero lá saber!” ...” (Mãe 1); “Ainda me sinto assim atualmente! Acredite que eu às vezes faço as coisas porque sou obrigada a fazê-las! Porque se eu não as tivesse que fazer, eu não fazia nada! Deixava-me estar deitada o dia inteiro!” (Mãe 2)); 6) Sintomas Cognitivos, dos quatro sintomas referidos, os mais frequentes são a Negação (e.g. “Às vezes faço de conta que ele está lá e que se esqueceu de vir de férias!”; “Mas a morte dele é... (chora) ... Às vezes dou por mim a não acreditar!... Ah, não pode ser! O meu menino?! (chora) O meu menino não!... O meu menino não! (chora)” (Mãe 1)) e os Pensamentos e Imagens Perturbadores (e.g. “De quando o encontrei, não me saem da cabeça! Eu tento... são tão horríveis, tão horríveis, tão horríveis que eu tento apagá-las, porque eu não aguento, eu dou em maluca...” (Mãe 1)); 7) Sintomas Físicos, Somáticos, nomeadamente a Falta de Força, Incapacidade (e.g. “(...) Sinto uma certa impotência e incapacidade!” (Mãe 1); “As minhas capacidades não dão pra eu fazer um coisa direitinha, como fazia antigamente! (...)” (Mãe 5)); 8) Sintomas Comportamentais, nomeadamente Isolamento Social (e.g. “Pois, tinha! Convivia com os amigos, agora já não!” (Pai 6)); 9) Sintomas Espirituais, nomeadamente a Procura de Significado, que engloba a procura de um sentido ou explicação para a morte do filho (e.g. “É, as perguntas continuam a ser as mesmas: porquê o meu filho? Porquê? Se estavam lá três, porque não foi nenhum dos outros e teve que ser o meu filho? Porquê?” (Mãe 2)).

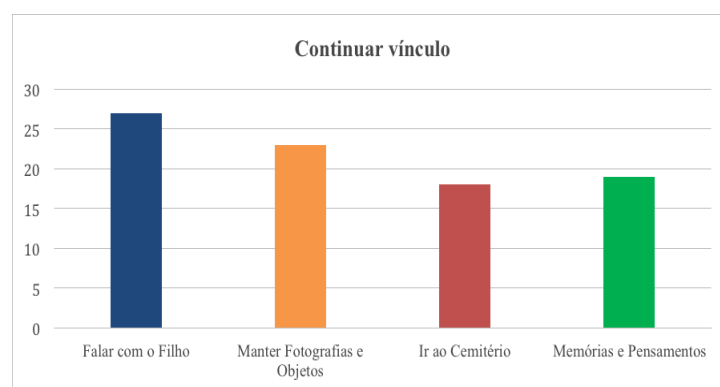
11. Estratégias de Coping (26%): foram identificadas seis estratégias utilizadas pelos participantes para lidar com a morte do filho.

Gráfico 5: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Estratégias de Coping* para lidar com a morte do filho



Esta categoria integra seis subcategorias: 1) *Continuar Vínculo*, inclui todas as estratégias utilizadas pelos participantes para manter a ligação que sentem ao filho, mesmo depois da sua morte.

Gráfico 5: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Continuar Vínculo* com o filho

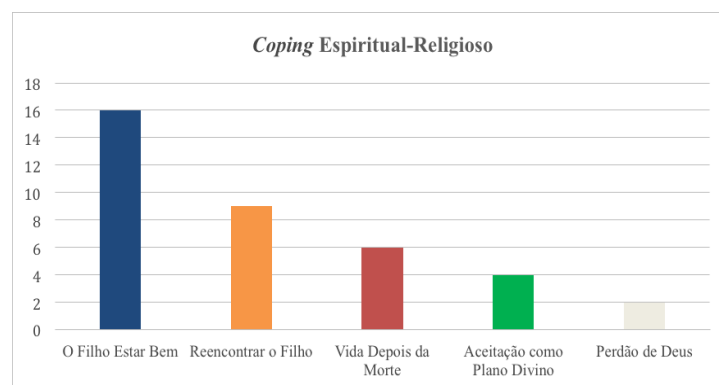


Esta relação ou ligação com o filho é mantida através de várias ações, que integram as várias subcategorias: a) *Falar com o Filho*, os oito participantes dizem que falam com o filho que morreu (e.g. “*Eu só lhe digo que o amo, que gosto muito dele, falo com ele e pronto!*”);

“(…) tenho levado isto assim... na conversa, eu com ele!” (Mãe 1); “Olhe o meu luto é, é como já disse, o meu luto é, todos os dias falo com ele, todos os dias!” (Pai 6)); b) *Manter Fotografias e Objetos* (e.g. “Mas eu também tenho ali, logo nesse dia que eu agarrei um casaco daqueles de algodão, uma coisa com carapuço, agarrei lá e nunca mais larguei aquilo e tenho ali no meu guarda-fatos, e muitas vezes vou lá...(chora mais) e vou lá cheirá-lo...” (Mãe 1); “(...) E essa fotografia ajuda-me muito, muito!” (Mãe 5)); c) *Ir ao Cemitério*, todos os participantes mantêm a rotina de visitar a campa do filho com regularidade (e.g. “(...) E meti na minha cabeça, vou estar aqui todos os dias, no cemitério, todos os dias lá vou.” (Pai 6)); e d) *Manter e avivar Memórias e Pensamentos* acerca do filho (e.g. “Pensar, penso sempre! Está sempre dentro de mim.” (Mãe 3); “Todos os dias penso nele!” (Pai 6));

2) O *Coping Espiritual-Religioso* inclui várias crenças relacionadas com *O Filho Estar Bem*, *Reencontrar o Filho*, *Vida Depois da Morte*, *Aceitação como Plano Divino* e *Perdão de Deus*.

Gráfico 6: Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias de *Coping Espiritual-Religioso*



a) *O filho Estar Bem*, uma vez que a maioria dos participantes (seis) fez referência a esta preocupação e vontade (e.g. “Porque era uma das minhas preocupações grandes. Era se ele está bem! Eu quero que ele esteja bem! Ele pode não estar aqui ao pé de mim mas eu quero que ele esteja bem...” (Mãe 1); “(...) que esteja no céu, num jardim cheio de flores, que ela sempre gostou muito de flores, e que tenha muita paz!” (Mãe 3)); b) *Reencontrar o Filho*,

sendo que cinco dos participantes referem acreditar neste reencontro (e.g. *“Não é fácil! Mas eu tento arranjar coragem e daí... Sou religiosa, católica, e acredito e vivo para um dia voltar a abraçar o meu filho! Para um dia voltar a vê-lo! Porque se não fosse isso, eu preferia morrer!”* (Mãe 2)); c) *Vida Depois da Morte*, uma vez que metade dos participantes diz acreditar que a vida do filho continua noutra nível (e.g. *“Para mim continuo sempre a ter os meus dois filhos, pronto... Eu não... está um no céu e outro na terra!”* (Mãe 8)); d) *Aceitação como Plano Divino* (e.g. *“(...) que eu de repente penso, no momento penso assim: ‘Meu Deus, se Deus m’o levou é porque tinha de ser assim!’* (Mãe 5)); e) *O Perdão de Deus*, associado apenas a situações de morte por suicídio (e.g. *“(...) pedi-lhe que subisse ao céu! Que tava tudo perdoado! Que Deus a perdoasse, que nós também...”* (Mãe 3); *“Deus perdoou-o e...”* (Mãe 7)); 3) *O Evitamento* é outra estratégia referida, utilizada apenas por dois participantes, inclui sobretudo o evitar falar e mesmo pensar na morte do filho (e.g. *“Não, nem, nem... Procuo até nem falar!”*(Pai 4); *“Tento não pensar! E, e, e, dou a entender que, ‘Ah, não é nada comigo’.*” (Pai 4)); 4) *A Expressão Emocional* inclui o chorar, gritar e partilhar com os outros o que sente, estratégia utilizada por sete dos participantes (e.g. *“Todos os dias choro, todos os dias! Não choro à frente da minha mulher, mas... nem à frente de ninguém, mas todos os dias choro...”* (Pai 6); *“(...) e há coisas que a gente, a gente tem que desabafar para, para, deitar cá para fora para poder, para poder continuar!”* (Mãe 7)); 5) A estratégia *Procura Ativa de Suporte* diz respeito à necessidade dos participantes em procurarem obter: a) *Apoio de Pares* (procurar falar com pessoas em situações idênticas, seja informalmente, seja através de associações) (e.g. *“Eu fui a várias, algumas reuniões, da ‘A nossa âncora’ (...)”* (Mãe 2); *“As mães que perderam filhos, foram elas as minhas psicólogas”* (Mãe 5)); ou b) *Apoio Profissional*, nomeadamente recorrer ao médico de família, a um psicólogo ou a um psiquiatra (e.g. *“E eu lá tentei, na altura com a ajuda do psiquiatra (...)”* (Mãe 2); *“Até que a médica de família achou por bem eu ser tratada por*

uma psiquiatra no hospital de A., e por uma psicóloga também.” (Mãe 3)); 6) Retomar Rotinas e Manter-se Ocupado é uma estratégia de coping referida pelos participantes que diz respeito ao esforço em voltar ao trabalho, ou retomar outras rotinas e envolver-se em atividades para ocupar o tempo (e.g. “Mas é fundamental, as pessoas têm de arranjar, têm de arranjar coisas para ocuparem as mãos...” (Mãe 1); “E refugiou-me na oficina. Quando não é na oficina, entretenho-me na casa. Tou sempre ocupado! Ou nas terras...” (Pai 4); “O trabalho tem me ocupado. Muito! Tem me ajudado muito, muito mesmo! Muito! Se não fosse o trabalho, eu acho que... Porque eu não posso estar em casa! Eu não posso estar em casa...” (Mãe 5)).

12. Aceitação da Morte (1%): esta categoria diz respeito às respostas dos participantes à questão se no presente já são capazes de aceitar a morte do filho. Esta categoria integra duas subcategorias: 1) A *Aceitação – Resignação*, onde a maioria dos participantes se posiciona (e.g. “Que remédio!, que já sei que ela não volta! Sei que ela nunca mais irá...” (Mãe 3); “Agora aceito, aceito. Só não aceito foi o que ela fez para se matar! Porque isso, porque isso eu tinha que o pagar! Tinha que o pagar!” (Pai 4); “É difícil aceitar! Mas, às vezes, acho que sim! Acho que aceito! Porque derivado à situação em que ele estava, compreendo!” (Mãe 7)); 2) A *Não Aceitação* (e.g. “Nunca! (choro) Nunca vou aceitar a morte do meu filho! Jamais...”); “Não consigo... aceitar a morte do meu filho, jamais! É uma coisa que morre comigo.” (Mãe 8)).

3.2. Resultados obtidos através do questionário de qualidade de vida

Segue-se a apresentação dos dados recolhidos através do WHOQOL-Bref, que foram analisados com recurso ao *software* Excel (MO 2011).

Tabela 3: Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref (N=8)

Participante	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
1	70,0	62,9	60,0	66,7	72,5
2	80,0	65,7	66,7	80,0	75,0
3	50,0	65,7	66,7	80,0	75,0
4	70,0	62,9	66,7	53,3	62,5
5	50,0	80,0	50,0	73,3	60,0
6	50,0	31,4	66,7	53,3	72,5
7	70,0	74,3	60,0	66,7	62,5
8	70,0	51,4	66,7	80,0	62,5

Observando os dados da Tabela 3 verifica-se que os participantes três, cinco e seis possuem uma pontuação baixa no Domínio Geral. Considerando os domínios específicos deste instrumento, pode observar-se que o Domínio Físico é bastante baixo no participante seis, seguindo-se da participante oito. No Domínio Psicológico a participante cinco destaca-se por ter o valor mais baixo e no Domínio das Relações Sociais os valores são altos na maioria dos participantes, excetuando as participantes quatro e seis, que apresentam valores mais baixos. No domínio Meio Ambiente os participantes têm valores aproximados.

No próximo capítulo será apresentada a discussão dos resultados aqui apresentados.

IV. Discussão

Para compreender a experiência da morte súbita e inesperada de um filho é importante explorar diretamente algumas questões relacionadas com as reações à perda e o modo como tem sido o processo de luto, mas também perceber aquilo que, espontaneamente, surge nos relatos, sem que seja direcionado pelo investigador.

Quando os participantes fazem a *Descrição da Experiência de Perder um Filho*, todos tendem a descrever a morte do filho como uma experiência inesperada e extremamente difícil e dolorosa, dados que vão ao encontro da literatura (e.g. Sanders, 1999). A *Dificuldade da Experiência* é vincada por alguns participantes, quando se referem ao fato de ser inesperado, ou seja contra a ordem percebida da natureza (Sanders, 1999; Young & Papadatou, 2003), espelhada, por exemplo, na seguinte referência: “*E isto é como tudo! Há o nascer, o viver e morrer! Ela foi antes que o tempo previsto porque é, primeiro, o normal, primeiro é irem os pais e depois irem os filhos. Agora, os filhos à frente dos pais?! É sempre um bocado mau! É uma dor que não, que não... Não consigo explicar o que é! Sei que é a dor, que é mau, mas não consigo explicar!*” (Pai 4). Nas referências que integram a *Descrição do Processo* verifica-se que os participantes consideram que o processo de adaptação à perda é feito aos poucos, com avanços e recuos (Zisook & Shear, 2009) (e.g. “*uns dias melhor, outros dias pior*” (Mãe 5)) e com muita dificuldade (e.g. Parkes, 1998) (e.g. “*É uma luta constante*” (Mãe 8)). Uma mãe (Mãe 7) cujo processo de luto dura há 47 meses diz acreditar que é algo que durará toda a sua vida, sente que terá sempre “*momentos de luto*”. Implícito nestas referências está a ideia defendida na literatura de que o processo de luto parental pode ser o mais *stressante*, e muitas vezes o mais duradouro (e.g. Christ et al., 2003). Questionados acerca do que consideram ser *O Mais Difícil* desde a morte do filho, a maioria dos participantes (sete) refere que ter de viver sem o filho, a sua ausência, é o mais difícil. Um

dos participantes que perdeu a filha única referiu-se a esta ausência associada ao fim do seu papel parental (e.g. “*Desapareceu a S., e ficaram as saudades!... A gente, de vez em quando, quando acorda, costumava ouvir chamar “pai”, agora já nunca mais ninguém ouve chamar “pai”, nem “mãe”... Pronto... (silêncio)*” (Pai 4)). Coloca-se a questão se perder um filho único conduz a piores consequências para os pais. Quando fazem *Comparação com Outras Perdas*, os participantes tendem a considerar a perda do filho como mais difícil de ultrapassar, dados que corroboram informação recolhida na revisão de literatura (e.g. Christ et al., 2003; Hunt & Greeff, 2011; Young & Papadatou, 2003). Nos relatos de metade dos participantes acerca do processo de luto, surgem espontaneamente referências às *Épocas e Datas Especiais* como momentos especialmente *stressantes* ou difíceis, também consonante com a literatura (e.g. Hunt & Greeff, 2011).

A questão do vestir *Roupa ‘de Luto’*, podia relacionar-se apenas com questões culturais, mas os participantes fazem referência à necessidade de vestirem cores escuras por ir ao encontro do modo como se sentem. A referência à roupa que os participantes vestem durante o processo de luto espelha algumas crenças que podem ser difíceis de desmontar e ultrapassar. Por exemplo, uma das participantes (Mãe 2) refere-se a este assunto como um dos quais está a trabalhar com o psiquiatra que a segue (“*E realmente a psiquiatra a nível de, desde Dezembro, que me tem ajudado um pouco sobre isso...*” (Mãe 2)), precisamente para trabalhar algumas crenças (“*Eu não conseguia tirar o luto. Primeiro, porque a S. gostava muito do preto, muito mesmo! Qualquer coisa ela vestia-se de preto. (...) E eu se tirasse, tinha a sensação que se tirasse o preto que estava a magoá-la, tava a... Que ela pensaria que eu estava a esquecê-la.*”(Mãe 2)).

Através da análise da categoria *Relatos Sobre o Filho* verifica-se que a tendência dos participantes quando falam do filho é de recordar sobretudo os aspetos positivos. Sete participantes referiram as características positivas da personalidade do filho, que o tornavam

único e especial (*Personalidade do Filho*). Terem referido as *Homenagens ao Filho*, que foram feitas quer durante o funeral, quer depois, parece estar relacionado com a necessidade de salientar os aspetos positivos da *Personalidade do Filho* (“*Para os bombeiros fazerem o que fizeram, passados seis meses, era porque ela era alguém humana que... gostava de ajudar!... fosse... fosse quem fosse! (chora)*” (Mãe 3)). Por um lado os pais lamentam a interrupção precoce da vida dos filhos (*Projeto de Vida Interrompido*), ao considerarem que os filhos morreram precocemente, sendo roubado assim a possibilidade de concretizar sonhos e projetos. Por outro lado, parece ser importante recordar e salientar o que viveram de bom (*Aspetos Positivos da Vida do Filho*), como se fosse importante acreditarem que viveram pouco, mas viveram bem e felizes (e.g. “(...) *Foi pouco tempo, mas foi um rapaz muito feliz!*” (Mãe 2)). As referências positivas acerca da vida do filho incluem aspetos relacionados com o momento da morte, o que conduz à hipótese de haver uma necessidade de encontrar algo positivo na experiência devastadora (e.g. “*Porque se um lado ele estava... Ele morreu no sítio que mais gostava provavelmente. Porque adorava o mar, adorava mergulhar, adorava o mar...*” (Mãe 2)). Os participantes referem-se à *Relação com o Filho* sobretudo para enfatizarem a cumplicidade e proximidade que mantinham com o filho (e.g. “(...) *ele não lançava sem mim, eu não lançava sem ele! Ele ia-me buscar ao trabalho para a gente lanchar os dois (...)*” (Mãe 5)). Tendo em conta que o tipo de relação interdependente pode influenciar a intensidade e duração do luto (Parkes, 1998; Zisook & Shear, 2009), coloca-se a hipótese dos participantes que referem este tipo de relação poderem vir a ter um processo de luto mais intenso e duradouro.

Os *Sintomas no Início do Processo de Luto* relatados pelos participantes vão ao encontro da literatura, uma vez que os participantes relatam sintomas cognitivos, emocionais, comportamentais, somáticos, mas também espirituais e religiosos (Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993; Silva & Nardi, 2010; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Os *Sintomas*

Cognitivos mais relatados pelos participantes foram a *Negação*, o *Choque Emocional* e a *Revolta*, dados coerentes aos descritos na literatura (e.g. Hunt & Greeff, 2011). Os *Pensamentos e Imagens Perturbadores* foram sobretudo referidos por uma mãe cujo filho se suicidou (enforcamento) e foi a primeira pessoa a encontrá-lo (“*E a circunstância do meu ser assim... Eu! Eu fui encontrá-lo!... Eu!!*” (Mãe 1)). Estas imagens intrusivas têm sido relatadas em situações de morte por causas violentas (phphy & Johnson, 2001). Alguns participantes tiveram *Ideação Suicida*, demonstrando querer morrer para não ter de passar por tanto sofrimento (e.g. “(...) no início, eu pensava “o que é que eu ando aqui a fazer? Eu preferia ir para o pé do meu filho!” (Mãe 2). Uma participante (Mãe 7) chegou a ter intenção suicida, dirigiu-se ao mesmo sítio onde o filho tinha cometido suicídio, com a mesma intenção (“*Eu cheguei a ir ao poço, sozinha, porque eu queria ver se realmente, ahm... em que condições é que o poço estava e o poço era uma tentação! O poço era, era fechar os olhos e deixar se escorregar! Era assim que o poço estava e...*”). No que diz respeito aos *Sintomas Emocionais*, verifica-se que metade dos participantes diz ter sentido um grande *Desespero* no momento inicial, indo ao encontro da ideia de que o desespero é um bom termos para descrever este momento (Sandres, 1999). A *Revolta contra Deus* foi o *Sintoma Espiritual, Religioso* com mais referências. A revolta contra entidade divina é um sintoma citado na literatura como sendo frequente em pais enlutados (Hunt & Greeff, 2011).

Relativamente às *Citações Relacionadas com o Tipo de Morte* verifica-se que os participantes reconhecem que o tipo de morte tem impacto no seu processo de luto, sobretudo por ser morte inesperada. A necessidade de *Explorar as Causas e Circunstâncias* da morte, as rumações acerca da explicação e compreensão são sentidas por metade dos participantes. Na literatura estas reações estão relacionadas com o fato de ser uma morte inesperada (e.g. Bailley, Kral & Dunham, 1999). Alguns participantes mantêm estas rumações e dúvidas, mesmo que tenham informação detalhada do que aconteceu, evidente nas referências da

categoria *Duvidar da Circunstância da Morte*. Pode levantar-se a hipótese destes pais terem dificuldade em aceitar que o filho possa ter morrido desta forma, sobretudo quando no momento da morte havia outras pessoas envolvidas no incidente (e.g. participantes 2 e 5). Quando o filho morreu por ter cometido *Suicídio*, os participantes tendem a encontrar uma explicação para a decisão do filho, para o suicídio. Três dos participantes (Mãe 1, Pai 4, Mãe 7) referem-se ao sofrimento do filho no momento da morte para terem tomado a decisão, como forma de justificar o ato, aliviados por ter terminado o sofrimento do filho (e.g. “(...) *mas eu sinto, desde até do primeiro momento, eu senti que acabou o sofrimento dele! Acabou!*” (Mãe 7)). Esta participante (Mãe 7), cujo filho se suicidou, demonstra grande compreensão sobre a problemática do suicídio, sobretudo por ter procurado informação depois da morte do filho: “(...) *depois de conversas que tenho tido com psicólogos e psiquiatras, eu... eu chego à conclusão que se calhar, que ele chegou ao fundo e que dificilmente, ahm... melhorava ao ponto de não, de não o voltar a tentar! Eu às vezes penso que se calhar, se ele não tivesse feito naquela altura, iria o fazer noutra altura! Por mais que eu até o, o tratasse, possivelmente, ele com outro desgosto qualquer que ele tivesse, ele poderia vir a fazê-lo! Porque eu, eu acho que ele foi mesmo, foi... foi, de certeza, ao fundo! Foi, de certeza, ao fundo! Para, para ter a coragem que ele teve!... Não é de qualquer maneira que se faz uma coisa destas, é preciso estar-se realmente muito mal! E ele, e ele chegou a estar mesmo muito, muito mal, para conseguir fazer o que fez!*”. Esta informação parece ter impacto sobre a compreensão e atribuição de um significado para a morte do filho, o que nos leva a hipotetizar que a disponibilidade dos profissionais para debater o tema do suicídio com familiares de quem se suicidou pode ser um fator protetor, no sentido de ajudar a encontrar uma explicação, compreensão ou significado para a morte. Neste caso, o facto do filho ter antecedentes, (e.g. “(...) *que pensou mais vezes, não foi só aquela!*” e “*Eu, eu cheguei a dizer “isto não me acontece”, eu cheguei a dizer! E recordo-me muito disso!*”

Porque com isto do F., ahm... a conversa andou várias vezes à baila, a dizerem-me mesmo que podia acontecer com o meu filho e eu disse sempre “não, isto não acontece!”) pode contribuir para a morte por suicídio não ser totalmente inesperada (Reed, 1998), embora se possa manter uma certa negação dos sinais (e.g. *“(...) a dizerem-me mesmo que podia acontecer com o meu filho e eu disse sempre “não, isto não acontece! (Mãe 7)*). Dois dos participantes sentiram necessidade de perguntar ao filho o porquê da decisão (Mãe 3 e Pai 4), enquanto que outra participante (Mãe 1) diz nunca ter questionado o filho. Esta mãe é a mesma que ainda hoje esconde a causa da morte do filho. Levanta-se a questão se o faz por duvidar que o filho tenha cometido suicídio, ou por evitamento em relação ao facto do filho ter cometido suicídio.

Na categoria *Mudanças com o Tempo de Luto* verifica-se que, com o passar do tempo de luto, seis dos participantes fazem referência a *Mudanças Positivas*, corroborando a ideia de que tendencialmente os sintomas vão diminuindo e a adaptação à perda vai progredindo (Reed, 1998). No entanto, a maioria dos participantes reconhece que há determinados aspetos que não melhoram com o passar do tempo, ou que são até mais difíceis, integrados nas *Mudanças Negativas*. Por um lado, essas mudanças dizem respeito à perda de hábitos agradáveis que tinham e deixaram de fazer com a morte do filho, e com o passar do tempo não foram capazes de retomar esse funcionamento (e.g. *“Na minha casa não era preciso haver festa, para haver festa, porque havia sempre! Pronto. Agora é que não há nada, acabou tudo!”* (Mãe 5)). Por outro lado, reconhecem que a saudade que sentem do filho aumenta com o passar do tempo e isso impede que se sintam mais adaptados à perda. Poderá colocar-se a questão se estes participantes que não conseguem retomar o seu funcionamento estão a desenvolver um processo de luto normal e precisam de mais tempo para a adaptação à perda, ou se o luto está a seguir por um caminho considerado patológico (Zisook & Shear, 2009).

Relativamente aos principais fatores apoiantes e protetores, e que facilitam o processo de luto, referidos na categoria *O que Mais Ajudou*, todos os participantes referem o apoio que recebem dos amigos, família, ou outras pessoas que se aproximaram após a morte do filho (*Receber Cuidado de Outros*). Reconhecem como fator mais importante, não só porque lhes proporcionam apoio e consolo, através de gestos e palavras, mas também porque os incentiva a reagir. Estes dados vão ao encontro da literatura (e.g. Hunt & Greeff, 2011), que aponta o suporte social como um dos aspetos mais apoiantes no luto parental. Cinco dos participantes referem que uma das principais fontes de força foi *Ter Outro(s) Filho(s)*, segundo fator mais citado pelos pais como mais apoiante, porque os obrigou a reagir após a perda (Piccardi, 2008). Apenas três participantes não referiram este fator de apoio, dois deles perderam a única filha que tinham (Mãe 3 e Pai 4), e a outra mãe tem quatro filhos (Mãe 5). Esta mãe reconhece uma mudança significativa na sua preocupação com os filhos, no sentido de ter deixado de ter os filhos como o centro da sua vida, como objetivo de vida. Esta reação parece ser ambivalente, pois a participante reconhece, em outros momentos da entrevista, preocupar-se com os filhos quando estão doentes. Coloca-se a hipótese desta ambivalência em relação aos filhos poder estar relacionada com o fato desta mãe ter descrito uma relação bastante interdependente com o filho que morreu. A maioria dos participantes (seis) refere que o *Cônjuge* é a pessoa que mais força e apoio tem dado ao longo do processo de luto. As participantes que não referem o marido como mais apoiante, uma já era divorciada antes da morte do filho (Mãe 1) e a outra é a única situação de divórcio após a morte do filho (Mãe 8). No entanto, esta situação parece relacionar-se com os *Conflitos Conjugais* que esta participante refere como sendo anteriores à morte do filho (e.g. “*Porque um mês antes do R. ter falecido, eu descobri que ele tinha outra pessoa! E, pronto, as nossas chatices eram derivadas daí! E... foi muito complicado! Ele nunca, não me deu atenção nenhuma! Não me... nada! Absolutamente nada!*”). Noutra situação verifica-se que após a morte da filha

única (Mãe 3), há o reconhecimento de uma *Mudança Positiva* na relação com o marido (“*Mesmo a nível de, entre mim e o meu marido, as coisas serem mais serenas, mais...*”). Estes dados sugerem que a relação conjugal constitui uma fonte de apoio importante durante o luto parental, não se verificando que a morte do filho tenha conduzido a mais conflitos e a situações de divórcio, como já foi encontrado em estudos passados (e.g. Hunt & Greeff, 2011; Lopes, 2008; Murphy, Johnson & Lohan, 2003). A maioria dos participantes refere *O Filho que Morreu* como fonte de força e proteção, o que revela a forte ligação que estes pais ainda mantêm com os filhos que morreram. Metade dos participantes refere o conhecimento de *Experiências Idênticas ou Piores*, ou mesmo o contato com pessoas nessas situações, como uma das principais fontes de apoio, resultados idênticos aos encontrados noutros estudos (e.g. Hunt & Greeff, (2011).

A maioria dos participantes (sete) referiu espontaneamente alguns acontecimentos de vida que constituem os *Fatores de Stress Concomitantes* com o processo de luto. Parecem ser situações que agravam o estado emocional em que se encontram e agravam a sua perceção de vulnerabilidade (e.g. “*(...) a minha vida tem sido muito difícil, pra uma pessoa só... é muito difícil aceitar tanta coisa, tanta coisa, só em cima de uma pessoa não é!*” (Pai 6)). Estes fatores, sobretudo *Problema de Saúde* e *ter Cuidar de Pessoas Dependentes*, podem dificultar o processo de luto através da sua influência nas *Estratégias de Coping* para lidar com a morte do filho (e.g. “*E eu às vezes, se eu não tivesse nada disto, nada disto, isto é, se a minha mãe não tivesse assim naquelas condições...*” (Mãe 1)). No que diz respeito ao *Problema Financeiro*, torna-se pertinente salientar que foi dos fatores de *stress* mais citados, mas apenas por um participante (Pai 6). Estas dificuldades financeiras devem-se ao fato deste pai continuar atualmente a pagar as dívidas da filha que cometeu suicídio.

As *Reações Atuais* espelham o modo como os participantes se sentem no presente em relação à morte do filho e inclui a perceção das mudanças que reconhecem em si, no seu

funcionamento, após a vivência dessa morte, tais como tornar-se *Mais Solidário*, ou *Sentir-se Mais Forte* (mais resiliente), dados que parecem corroborar a ideia defendida por alguns autores (e.g. Christ et al., 2003; Rubin & Shechory-Stahl, 2013) de que o funcionamento psicológico dos pais altera-se após a perda e que qualquer processo de luto resulta numa transformação na pessoa (Christ et al., 2003). Estas alterações podem ser negativas, como uma reação referida por alguns participantes deste estudo, a de viver o dia-a-dia sem interesse no futuro (*Ausência de Futuro*), após a morte do filho. Esta morte de futuro surge como resposta à morte de um filho (Sanders, 1999) e parece essencial para a intensidade das respostas (Christ et al., 2003). Metade dos participantes sente necessidade de *Responsabilizar Outros* pela morte do filho, tais como o companheiro da filha (Mãe 3), os responsáveis de instituição para quem o filho estava a prestar serviço no momento da sua morte (Mãe 5), ou o psiquiatra que acompanhava o filho (Mãe 7), resultados que vão ao encontro da literatura consultada (e.g. Hunt & Greeff, 2011). Embora apenas alguns participantes tenham feito referência a culpabilizar outros, todos os participantes referem *Sentimento de Culpa* pela morte do filho, o *Sintoma Emocional* atual mais referido por todos os participantes. Estes dados são coerentes com a informação de que quando um filho morre, os pais sentem-se responsáveis (Miles & Demi, 1986; Rando, 1984). Neste estudo verifica-se que são várias as fontes de culpa (Miles & Demi, 1986), nomeadamente acreditarem que influenciaram a causa da morte (e.g. “*Hoje sinto-me culpada porque se calhar se eu não tivesse (...) Eu acho que foi um bocadinho o nosso impulso que fez com que ele fosse, não sei! (...) Mas se calhar se fosse hoje, eu tentava era que ele não fosse lá para o pé do mar (...)*” (Mãe 2)) ou que falharam na proteção adequada ao filho (e.g. “*(...) e ele queixava-se, lastimava-se e eu culpo-me por não ter feito mais! Pronto, culpo-me por não ter feito mais!*” (Mãe 7)). Verifica-se ainda culpa por ter falhado no papel parental (e.g. “*Mas se calhar foi, foi o meu erro! Foi não dizer nada! Se eu não lhe dou tanta corda, como se costuma dizer, ela talvez se andasse*

presa... Depois dizia epá, pensava assim, epá, se te vou prender, tu vais andar de rédea curta, e depois toda a gente se põe contra mim, e com razão!” (Pai 4)), ou sentimento de estar a ser punida por transgressões morais cometidas (e.g. *“que mal fiz eu a Deus para ter esta... Devo ter feito uma das grossas! Devo ter feito uma das grossas...”* (Mãe 1)). O *Sentimento de Culpa* está mais presente nas situações em que o filho cometeu suicídio. Estes dados corroboram a opinião dos autores que defendem que os enlutados por suicídio normalmente referem níveis mais elevados de sintomas específicos, tais como o sentimento de culpa (e.g. Kristensen, Weisæth & Heir, 2012; Reed, 1998). Alguns participantes referem *Falta de Interesse, Desmotivação* pelas atividades do dia-a-dia, ou mesmo pela vida (e.g. *“Mudou um bocado, mudou um bocado... mudou... uma espécie de apatia. Eu acho que tenho mais perante a vida uma espécie de apatia! “Ah, sei lá, quero lá saber!”...”* (Mãe 1)) e dizem que reagem porque têm de reagir, e não porque se sentem cmotivação para fazê-lo (e.g. *“Ainda me sinto assim atualmente! Acredite que eu às vezes faço as coisas porque sou obrigada a fazê-las! Porque se eu não as tivesse que fazer, eu não fazia nada! Deixava-me estar deitada o dia inteiro!”* (Mãe 2)). Metade dos participantes diz sentir *Tristeza e Instabilidade Emocional*. As circunstâncias da morte podem intensificar reações de luto (Reed, 1998) e o alívio de sintomas pode ser mais difícil, tal como a *Negação*, o *Sintoma Cognitivo* com mais referências. No caso da participante que foi a primeira pessoa a encontrar o corpo do filho após o enforcamento (Mãe 1), as imagens desse momento ainda hoje a perturbam (*Pensamentos e Imagens Perturbadores*). Recorda-se que esta exposição tem sido associada a *Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)* (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012). Relativamente aos *Sintomas Espirituais*, verifica-se que apenas dois participantes referem ainda se debater atualmente com a *Procura de Significado*, manifesto no pensamento ruminativo do “porquê” da morte do filho (Young & Papadatou, 2003). Nos dois casos citados (Mãe 2 e Mãe 5), a morte deu-se por acidente (um de viação, outro no mar), em que

estiverem várias pessoas envolvidas e o filho foi o único a morrer. Nas situações de suicídio, nenhum participante referiu esta reação. Assim, coloca-se a questão se a procura de significado, a procura de razões para a morte do filho, está mais associada ao fato de ser uma morte inesperada e não ao modo de morte em si (Bailey, Kral & Dunham, 1999). Perante a persistência de sintomas intensos no presente, pode colocar-se a questão se são sinal de um percurso de luto complicado, ou se são consequência de serem situações de morte inesperada, em que o processo de adaptação à perda pode ser mais demorado (e.g. Murphy et al., 2003).

A *Estratégia de Coping* mais utilizada pelos participantes diz respeito a *Continuar a Vínculo* com o filho que morreu, estratégia de *coping* que Asai et al. (2010) identificaram como sendo uma das estratégias de *coping* específicas do luto. Todos os pais manifestam uma grande necessidade de manter uma ligação forte, espiritual e emocional, com o filho, reação que já foi defendida na literatura (Klass, 1999; Wheeler, 2001). Por um lado, a maioria dos participantes (sete) reconhece que *Retomar Rotinas e Manter-se Ocupado*, nomeadamente através do trabalho, é uma estratégia de *coping* bastante eficaz (sobretudo porque ajuda a distrair e combater o sofrimento associado à perda), por outro, todos os participantes referem-se à ligação ao filho como aspeto central do seu luto, mesmo que tenha passado quatro anos após a morte. Estes dados parecem ir ao encontro do Modelo de Dois Eixos do Luto (Rubin & Shechory-Stahl, 2013), em que a adaptação à perda corresponde a uma adaptação biopsicossocial e funcionamento e à resolução do vínculo contínuo que têm com a pessoa que morreu. Todos os participantes referem a estratégia de *Coping Espiritual-Religioso*, pois parece que as crenças sobre o *Filho Estar Bem, na Vida Depois da Morte* (que a vida do filho continua num outro nível) e que poderão *Reencontrar o Filho* depois de morrerem são crenças bastante protetoras no processo de luto destes pais (Andersen et al, 2005; Becker, Xander & Blum; 2007). Quanto à estratégia *Procura Ativa de Suporte*, verifica-se que a maioria dos participantes refere ter procurado ajuda profissional após a morte do filho, sendo

que quatro mantêm acompanhamento psiquiátrico atualmente. A morte do filho parece ter provocado alterações ao nível da saúde mental em pelo menos metade dos participantes deste estudo. O desenvolvimento de perturbação mental após a morte de um filho está descrito na literatura (e.g. Kristensen, Weisæth & Heir, 2012; Parkes, 1998).

Quando os participantes foram confrontados com a questão da *Aceitação da Morte*, a maioria diz ser capaz de aceitar a morte do filho. No entanto, os seus relatos conduzem-nos à hipótese de o fazerem por resignação, ou seja, por sentirem que não têm alternativa, porque o filho não volta, visível nas expressões: “*que remédio*” (Mãe 1, Mãe 2 e Mãe 3) e “*já sei que ela não volta*” (Mãe 3). Levanta-se assim a dúvida se os participantes aceitam verdadeiramente a morte do filho, no sentido de estarem adaptados à perda. Nas situações de suicídio, por um lado, um pai cuja filha se suicidou demonstra estar ambivalente em relação à aceitação (“*Agora aceito, aceito. Só não aceito foi o que ela fez para se matar! Porque isso, porque isso eu tinha que o pagar! Tinha que o pagar!*” (Pai 4)), Por outro lado, uma mãe diz aceitar a morte porque reconhece que o sofrimento do filho acabou (“*É difícil aceitar! Mas, às vezes, acho que sim! Acho que aceito! Porque derivado à situação em que ele estava, compreendo!*” (Mãe 7)). Perante estes dados, parece que a capacidade de aceitação pode estar relacionada com a compreensão da perda e, assim, com encontrar um significado para a mesma. Assim, se a circunstância da morte parece determinar a compreensão e o encontrar um significado para a perda (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012), logo pode colocar-se a hipótese de a circunstância da morte (nomeadamente ser um suicídio) poder influenciar a capacidade de aceitação da perda.

A avaliação da perceção de qualidade de vida revela que três participantes têm um padrão de QdV baixo (participantes três, cinco e seis). No caso da participante três, verifica-se que, apesar de ter um padrão de QdV baixo, os restantes Domínios não parecem estar afetados, sendo que os Domínios Físico e Psicológico são ligeiramente mais baixos que o

Meio Ambiente e Relações Sociais. A participante cinco tem também uma pontuação baixa no Domínio Psicológico, o que pode revelar a influência da morte do filho na sua estabilidade emocional. O participante seis tem uma pontuação muito baixa (a mais baixa) no Domínio Físico, devendo-se ao fato de relatar vários problemas de saúde, nomeadamente um AVC que o deixou bastante incapacitado e dependente. De um modo geral, os participantes têm valores mais elevados no Domínio Relações Sociais e no Domínio Meio Ambiente, o que vai ao encontro dos dados recolhidos na entrevista, de que o apoio dos vizinhos e amigos e família é dos fatores mais importante e mais protetor durante o processo de luto.

V. Conclusão

O presente estudo pretendeu compreender a experiência da morte inesperada de um filho, quais são os fatores e estratégias que influenciam o processo de luto parental e que reações (do foro cognitivo, emocional, físico, comportamental e espiritual) os pais descrevem após a perda. Pretendeu ainda avaliar a percepção de qualidade de vida dos pais que perdem um filho por morte súbita e inesperada.

Após uma reflexão sobre os resultados encontrados, verificou-se que os participantes fazem uma *Descrição da Experiência de Perder um Filho* de forma inesperada como uma experiência extremamente devastadora, dolorosa e muito difícil de ultrapassar (e.g. Sanders, 1999; Young & Papadatou, 2003). O fato de ser inesperado, resulta numa série de *Sintomas no Início do Processo de Luto* muito intensos (e.g. Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Stroebe, Stroebe & Hansson, 1993), em que os referidos com mais frequência pelos participantes foram os *Sintomas Cognitivos* (sobretudo *Negação, Pensamentos e Imagens Perturbadores e Ideação, Intenção Suicida*), seguindo-se *Sintomas Emocionais* (sobretudo *Choque Emocional, Revolta e Desespero*). Os *Sintomas Comportamentais* (*Isolamento Social*), os *Sintomas Físicos-Somáticos* (sobretudo *Alteração de Apetite*) e os *Sintomas Espirituais-Religiosos* (sobretudo *Revolta Contra Deus*) foram igualmente referidos pelos participantes, embora com menos frequência. Alguns sintomas dissiparam-se com o passar do tempo de luto, mas outros persistem e são referidos pelos participantes como *Reações Atuais*. Os participantes referem sobretudo *Sintomas Emocionais* (sobretudo *Sentimento de Culpa e Falta de Interesse - Desmotivação*) e *Sintomas Cognitivos* (sobretudo *Negação e Pensamentos e Imagens Perturbadores*). Outras *Reações Atuais* manifestadas são a necessidade de *Atribuir Culpa a Outros* pela morte do filho e outras reações referidas dizem respeito a alterações sentidas pelos participantes no seu funcionamento psicológico (e.g. *Ausência de Futuro, Sentir-se*

mais Forte e Ser mais Solidário). Considerando que o processo de adaptação à perda em situações de morte inesperada pode ser mais demorado (e.g. Murphy et al., 2003), os resultados obtidos no presente estudo conduzem-nos a duas hipóteses. Por um lado, a intensidade e persistência de sintomas intensos pode estar apenas relacionada com o fato de serem mortes inesperadas, ou, por outro, podem ser sinal do desenvolvimento de luto complicado ou outra perturbação mental (e.g. Kristensen, Weisæth & Heir, 2012; Parkes, 1998).

Os participantes reconhecem que o fator mais proteror, *O Que Mais Ajudou* durante o processo de adaptação à perda, tem sido *Receber Cuidado de Outros*, ou seja, o apoio que recebem de amigos, familiares e outras pessoas que se aproximaram após a morte do filho. Parece que o suporte social é um dos aspetos mais apoiantes no luto parental (e.g. Hunt & Greeff, 2011). *Ter Outro(s) Filho(s)*, o *Cônjuge* e o próprio *Filho que Morreu* são identificados como outras fonte de força e suporte. Os participantes referem que conhecer *Experiências Idênticas ou Piores*, ter contacto com pessoas com experiências idênticas à sua, ou que consideram ser piores que a sua, parece aumentar a motivação para reagir à perda. Os pais reconhecem que *O Mais Difícil* de suportar é a *Ausência* do filho, uma vez que com o passar do tempo sentem cada vez mais saudades do filho.

A *Estratégia de Coping* mais utilizada pelos participantes para lidarem com a perda é *Continuar Vínculo* (Asai et al.; 2010). Todos os pais manifestam uma grande necessidade de manter uma ligação forte, espiritual e emocional, com o filho (Klass, 1999; Wheeler, 2001), através de ações como *Falar com o Filho*, *Manter Objetos e Fotografias*, *Ir ao Cemitério* regularmente e avivar *Memórias e Pensamentos* sobre o filho. Paralelamente, *Retomar Rotinas e Manter-se Ocupado*, sobretudo a trabalhar, é outra estratégia de *coping* utilizada pelos participantes. Estes dados parecem ir ao encontro do Modelo de Dois Eixos do Luto (Rubin & Shechory-Stahl, 2013), em que a adaptação à perda corresponde a uma adaptação

biopsicossocial e de funcionamento e à resolução do vínculo contínuo que têm com a pessoa que morreu. O *Coping Espiritual-Religioso* revela-se ser extremamente importante, porque as crenças dos pais sobre o *Filho Estar Bem*, a *Vida Depois da Morte* (acreditam que a vida do filho continua noutra nível), e *Reencontrar o Filho* (acreditam que vão reencontrá-lo depois de morrerem) são crenças que os ajuda a lidar com a morte do filho (Andersen et al, 2005; Becker, Xander & Blum; 2007). A maioria dos participantes sentiu necessidade de procurar *Apoio Profissional*, nomeadamente apoio psiquiátrico e metade dos participantes procurou receber *Apoio de Pares*, concluindo-se que a *Procura Ativa de Suporte* é outra estratégia de *coping* utilizada pelos pais em luto. Alguns participantes mantêm *Apoio Profissional* no momento da entrevista, o que revela terem desenvolvido um problema de saúde mental após a morte do filho.

Quando os participantes foram confrontados com a questão da *Aceitação da Morte*, a maioria diz ser capaz de aceitar a morte do filho, embora os seus relatos tenham conduzido a colocar-se a hipótese de o fazerem por resignação, ou seja, por sentirem que não têm alternativa, apenas por reconhecerem que o filho não volta.

A avaliação da perceção de *Qualidade de Vida* (QdV) revelou que alguns participantes têm um padrão de QdV baixo. A QdV parece ser influenciada pelo fato dos participantes se encontrarem em processo de luto pela morte inesperada de um filho.

Todos os participantes demonstraram estar ainda bastante fragilizados no momento da participação neste estudo, pois parece que ainda estão à procura de um sentido para a sua própria vida depois da morte do filho. Fico a questionar: será que estes pais já reaprenderam como o mundo funciona sem o filho?

5.1. Implicações da investigação

Refletindo sobre a presente investigação, verificou-se que há idiossincrasias bastante evidentes que parecem pautar a vivência da morte inesperada de um filho, pelo que, para

melhor compreender o processo de luto parental nestas situações, é fundamental ouvir as narrativas dos indivíduos que passam por essa experiência. Assim, confirma-se que o recurso à metodologia de investigação qualitativa permite uma abordagem mais diferenciada e aprofundada deste tema (Rubin & Shechory-Stahl, 2013).

Os resultados da investigação confirmam que, por um lado, os sintomas e reações de luto de cada indivíduo pode variar em função de questões relacionadas com o modo de morte em si (e.g. ser morte inesperada, acidente, suicídio) e em função de fatores relacionados com o próprio indivíduo (e.g. traços de personalidade, crenças, rede de apoio). Por outro lado, as estratégias de *coping* que cada um encontra para lidar com a morte e adaptar-se à perda também pode variar. Torna-se assim fundamental que as estratégias de intervenção tenham em conta as idiossincrasias e particularidade de cada situação de luto, sobretudo tratando-se de situações de morte inesperada. A duração e intensidade dos sintomas pode ser mais duradoura, pelo que é necessário permitir aos enlutados que tenham espaço para viver o seu luto e tenham tempo para se adaptar à perda, sem sofrerem pressões externas excessivas.

5.2. Limitações da investigação

No presente estudo, como limitações há que destacar a utilização de uma amostra bastante reduzida, pelo que a utilização de uma amostra de maior dimensão permitiria recolher mais dados e conduzir a uma melhor compreensão deste tema. Outro dos aspetos a destacar como limitação é a possível subjetividade dos dados qualitativos no processo de codificação e interpretação, nomeadamente ao nível da meta-análise realizada. Como forma de ultrapassar este constrangimento poderia abranger-se a precisão de um acordo interjuizes como forma de validar a codificação e interpretação dos dados.

5.3. Sugestões para investigações futuras

Tendo em conta a dimensão muito reduzida da amostra, seria interessante realizar outro

estudo com uma amostra mais alargada. Os participantes deste estudo manifestaram reações ainda bastante intensas, mesmo quando o tempo de luto está entre os 35 e os 52 meses. Seria necessário realizar um estudo longitudinal para tentar compreender como estarão estes pais daqui a uns anos e, assim, tentar concluir em relação ao tempo necessário para fazerem o luto, nas situações de morte inesperada. Com os dados disponíveis, não é possível concluir se o processo de luto destes pais segue um percurso normal. Poderia ser interessante incluir em estudos futuros a avaliação de existência de luto complicado ou outro tipo de perturbação mental. Para terminar, de forma a tirar conclusões mais seguras em relação ao luto parental após a morte inesperada de um filho, seria necessário fazer estudos comparativos com as situações de morte esperada.

Bibliografia

- Anderson, M. J., Marwit S. J., Vandenberg B., & Chibnall J. T. (2005). Psychological and religious coping strategies of mothers bereaved by the sudden death of a child. *Death Studies*, 29, 811-826. doi: 10.1080/07481180500236602.
- American Psychological Association (2010). Dicionário de Psicologia. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Arnold, J. & Gemma, P. B. (1994). *A Child Dies: A Portrait of Family Grief* (2nd ed.). Philadelphia, PA, US: Charles Press.
- Asai et al. (2010): Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 19, 38-45. doi: 10.1002/pon.1444.
- Bailley, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(3), 256-271.
- Balk, D. E. (2011). The Aftermath of a Suicide. *Death Studies*, 35, 90-96. doi: 10.1080/07481187.2010.496680.
- Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., Lutterbach, J., Momm, F., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 207-217. doi: 10.1177/0269216307077327.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (3^a Ed.). London, UK: The Hogarth Press Ltd.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do

- instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, 3.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20696>.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9, 186-192. doi: 10.1016/0885-3924(94)90129-5.
- Christ, G., Bonanno, G., Malkinson, R., & Rubin, S. (2003). Bereavement Experiences after the Death of a Child. In. Field, M. J., & Behrman, R. E. (Eds.), *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families* (pp. 553-579). National Academies Press.
- DeGroot, J. M., & Carmack, H. J. (2013). "It May Not Be Pretty, But It's Honest": Examining Parental Grief on the Callapitter Blog. *Death Studies*, 37, 448-470. doi: 10.1080/07481187.2011.649940.
- Dores, M. (2008). *A Morte: Percepção das Estratégias de Coping Familiares e da Qualidade de Vida Familiar em sujeitos que experienciaram a perda de uma pessoa significativa no último ano* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Durão, V. (2010) *Análise da percepção da Qualidade de Vida e das estratégias de Coping familiares na experiência de perda e no processo de luto: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev saúde pública, 33*(2), 198-205.
- Floyd, F. J., Mailick Seltzer, M., Greenberg, J. S., & Song, J. (2013). Parental bereavement during mid-to-later life: Pre-to postbereavement functioning and intrapersonal resources for coping. *Psychology and Aging, 28*, 402-413. doi: 10.1037/a0029986.
- Hauser, M. J. (1987). Special aspects of grief after a suicide. In. Dunne, E. J., McIntosh, J. L., & Dunne-Maxim, K. (Eds.), *Suicide and Its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors*, (pp. 57-70). New York, NY, US: WW Norton & Co Inc.
- Hunt, S., & Greeff, A. P. (2011). Parental Bereavement: A Panoramic View. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 64*, 41-63. doi: 10.2190/OM.64.1.d.
- Jordan, J. R. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*, 91-102. doi: 10.1521/suli.31.1.91.21310.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 75*, 76-97. doi:10.1521/psyc.2012.75.1.76.
- Kübler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying*. New York, NY, US: Scribner.
- Lopes, M. F. (2008). *Luto parental: Qualidade de Vida, Stress e Coping face à Crise. Um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- McIntosh, J. L. (1993). Control Group Studies of Suicide Survivors: A Review and Critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*(2), 146-161.
- Miles, M. S., & Demi, A. S. (1986). Guilt in bereaved parents. In. Rando, T. A. (Ed), *Parental loss of a child*, (pp. 97-118). Santa Clara, CA, US: Research Publisher.

- Moura, C. (2006). *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/5722>.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2002). The Aftermath of The Violent Death of a Child: An Integration of the Assessments of Parents' Mental Distress and PTSD During the First 5 years of Bereavement. *Journal of Loss & Trauma*, 7, 203-222. doi: 10.1080/10811440290057620.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2003). Challenging the Myths About Parents' Adjustment After the Sudden, Violent Death of a Child. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 359-364. doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00359.x.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved Parents Outcomes 4 to 60 Months after their Children's Deaths by Accident, Suicide, or Homicide: A Comparative Study Demonstrating Differences. *Death studies*, 27, 39-61. doi: 10.1080/07481180302871.
- Parkes, C. M. (1998). Coping with Loss: Bereavement in Adult Life. *BMJ*, 316, 856-859. doi:10.1136/bmj.316.7134.856.
- Pereira, M. A. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. *Formasau: Coimbra*.
- Piccardi, T. (2008). Relatos de pais enlutados: a dor posta em discurso. *Revista Alpha*, 9(9), 129-137.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, Dying and Death: Clinical Interventions for Caregivers*. Champaign, IL, US: Research Press.
- Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 285-301.

- Rubin, S. S. & Shechory-Stahl, M. (2013). The Continuing Bonds of Bereaved Parents: A Ten-Year Follow-Up Study with the Two-Track Model of Bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66, 365-384. doi:10.2190/om.66.4.f.
- Sanders, C. M. (1999). *Grief: the mourning after: dealing with adult bereavement*. (2nd Ed). New York, NY, US: John Wiley & Sons.
- Schiff, H. (1977). *The Bereaved Parent*. New York, NY, US: Crown.
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(4), 489-498.
- Silva, A. C., & Nardi, A. E. (2010). Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 113-116.
- Stroebe, M. S., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *The Lancet*, 370, 1960-1973. doi:10.1016/s0140-6736(07)61816-9.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade On. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61, 273-289. doi:10.2190/om.61.4.b.
- Stroebe, M. S. (Ed), Stroebe, W. (Ed), Hansson, R. O. (Ed) (1993). *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention*. New York, NY, US: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511664076.013>.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., & Simões, M. R. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science &*

Medicine, 41, 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k.

The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rational and Current Status.

International Journal of Mental Health, 23 (3), 24-56.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment

(WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science &*

Medicine, 41, 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k.

Worden, J. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health*

Practitioner (Nd de.) London, UK: Routledge.

Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25, 51-66.

doi:10.1080/07481180126147

Young, B., & Papadatou, D. (2003). Infância, Morte e Luto através das Culturas. *Morte e luto*

através das culturas. Parkes, C., Laungani, P. e Young, B. (Coord.). Lisboa:

Climepsi.

Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know.

World Psychiatry, 8, 67-74. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x.

Lista de Anexos

Anexo I. Pedido formal à Delegação do Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, I.P.)

Anexo II. Protocolo de Consentimento Informado

Anexo III. Questionário Sociodemográfico

Anexo IV. Guião da Entrevista Semiestruturada

Anexo V. World Health Organization Quality of Life, versão breve (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal (Canavarro et al., 2007)

Anexo VI. Árvore de Categorias

Anexo VII. Codificações exportadas do NVivo