

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ELIENE ROCHA GOMES

**VIVÊNCIAS DE SOBREVIVENTES AO SUICÍDIO DE JOVENS:
IMPACTO NA VIDA DOS ENLUTADOS**

VITÓRIA/ES

2019

ELIENE ROCHA GOMES

VIVÊNCIAS DE SOBREVIVENTES AO SUICÍDIO DE JOVENS: IMPACTO NA VIDA
DOS ENLUTADOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da Profª. Drª Teresinha Cid Constantinidis.

VITÓRIA/ES

2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado
de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R672v Rocha Gomes, Eliene, 1988-
VIVÊNCIAS DE SOBREVIVENTES AO SUICÍDIO DE
JOVENS : IMPACTO NA VIDA DOS ENLUTADOS / Eliene
Rocha Gomes. - 2019.
112 f.

Orientadora: Teresinha Cid Constantinidis.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. comportamento suicida. 2. comportamento autolesivo. 3.
luto. 4. suicídio. 5. sobreviventes. I. Cid Constantinidis,
Teresinha. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

ELIENE ROCHA GOMES

**VIVÊNCIAS DE SOBREVIVENTES AO SUICÍDIO DE JOVENS: IMPACTO NA
VIDA DOS ENLUTADOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da Prof^a. Dr^a Teresinha Cid Constantinidis.

Aprovado em 20 de setembro de 2019

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Teresinha Cid Constantinidis
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Mariana Bonomo
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Adriano Pereira Jardim
Universidade Federal do Espírito Santo

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma ensinaram-me sobre a finitude. Lição quase sempre difícil e necessária.

À psicanálise que, apesar de não a adotar neste trabalho, ensinou-me que escutar é cuidado e que diante da pulsão de morte a qual vive em todos nós é preciso construir formas de não ser tragado.

A minha orientadora sem a qual este trabalho não seria possível.

Ao GT de prevenção ao suicídio estadual que me mostrou o que há muito de caminhar no Espírito Santo .

Ao CRP16 pelo desafio de pensar a Comissão de Saúde, integrando-a a partir desse ponto.

Aos enlutados por suicídio por me permitirem escutar suas histórias e aprender com eles.

RESUMO

O suicídio, fenômeno multicausal e complexo, é a terceira causa de morte entre a população jovem no Brasil e no mundo. Estima-se que, para cada suicídio efetivado, cerca de 6 a 10 pessoas sejam impactadas por esta morte. O luto por suicídio difere dos demais em virtude de se caracterizar por uma morte repentina, não natural e desejada. Os sobreviventes – ou seja, pessoas afetivamente próximas da pessoa que cometeu suicídio e que experienciam um elevado sofrimento psicológico, físico ou social após a exposição ao suicídio de outra pessoa – têm que lidar, além da perda da pessoa, com o fato deste tipo de morte ser alvo de preconceito e estigma, historicamente e socialmente construídos. Este estudo teve como objetivo analisar os aspectos de vivências de sobreviventes enlutados pelo suicídio de jovens, mais especificamente, o processo e elaboração do luto, assim como os impactos do suicídio no cotidiano dessas pessoas. Foi realizada pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, por meio da entrevista narrativa. A escolha por este tipo de entrevista se deu por propiciar ao participante usar seus próprios termos, diante do tema delicado, com forte componente de dor. Participaram sete sobreviventes, entre amigos e familiares de jovens de 15 a 24 anos que cometeram suicídio. Após a análise temática do conteúdo dessas entrevistas, foram indicados e discutidos três núcleos de sentido: Processo de Luto; Elaboração do luto; O suicídio e mudanças subjetivas. No processo vivido pelos participantes, ao entraram em contato com a perda dos jovens por suicídio, narraram sobre a descrição do jovem, sobre o último contato e sobre a descrição dos sentimentos diante da perda. No processo de elaboração do luto, os sobreviventes apresentaram, em suas narrativas, a dor e tristeza que indicam propensão a algumas formas de sofrimento psíquico. Além disso, apresentaram um movimento de buscar causas e culpar outras pessoas pelo ocorrido, muitas vezes, com raiva expressa direcionada a elas. Fez parte deste processo, também, a tentativa de compreensão por meio de explicações racionalizadas, criando uma distância entre o evento e eles mesmos. Completando a narrativa dessa tarefa do luto, os sobreviventes relataram o suporte que tiveram nesse processo de superação alcançada. Destacamos o engajamento em ações concretas do sobrevivente decorrente da vivência do suicídio de um jovem próximo afetivamente, importante em sua vida. Em relação ao suicídio e às mudanças subjetivas, encontramos relatos os quais indicam elaboração do luto por meio de transformação da dor e dos sentimentos causados pelo suicídio em algo socialmente aceito, ou seja, utilizam/ tomam como referência a dor vivida com a perda no trabalho com outras pessoas. As mudanças nas atitudes diante da vida em relação à vida anterior ao suicídio do jovem relatadas pelos sobreviventes foram: retomar/valorizar a própria vida e ser atento, disponível, para ajudar o outro. Concluímos que perder alguém por suicídio é uma experiência que porta o traumático nas suas diferentes expressões, muitas vezes marcado por sofrimentos intensos. Trata-se de sobreviventes que, mesmo diante de tamanha dor, experimentaram também crescimento psicológico, ressignificação da própria vida e superação.

Palavras-chave: comportamento suicida; comportamento autolesivo; luto; suicídio; sobreviventes.

ABSTRACT

Suicide, a multicausal and complex phenomenon, is the third leading cause of death among young people in Brazil and worldwide. It is estimated that for each suicide, about 6 to 10 people are impacted by this death. Suicide for suicide differs from others in that it is characterized by a sudden, unnatural and desired death. Survivors - that is, people who are affectionately close to the person who committed suicide and who experience high psychological, physical or social distress following exposure to another person's suicide - have to deal with the loss of the person with the fact that this type of death be the target of prejudice and stigma, historically and socially constructed. This study aimed to analyze aspects of survivors' bereavement experiences, specifically the process and elaboration of mourning, as well as the impact of suicide on their daily lives. A qualitative descriptive and exploratory research was conducted through narrative interview. The choice for this type of interview was due to the participant's use of his own terms, given the delicate subject, with strong component of pain. Seven survivors, including friends and family members of young people aged 15 to 24 who committed suicide participated. After the thematic analysis of the content of these interviews, three meaning cores were indicated and discussed: Grief Process; Elaboration of mourning; Suicide and subjective changes. In the process experienced by the participants, when they came in contact with the loss of young people due to suicide, they narrated about the description of the young person, about the last contact and about the description of feelings about the loss. In the process of elaboration of grief, the survivors presented, in their narratives, the pain and sadness that indicate propensity to some forms of psychological distress. In addition, they presented a movement to look for causes and blame other people for what happened, often with expressed anger directed at them. Also part of this process was the attempt to understand through rationalized explanations, creating a distance between the event and themselves. Completing the narrative of this grief task, the survivors reported their support for this process of overcoming. We highlight the engagement in concrete actions of the survivor resulting from the experience of suicide of a young affectionately close, important in his life. In relation to suicide and subjective changes, we find reports that indicate the elaboration of grief through the transformation of pain and feelings caused by suicide into something socially accepted, that is, they use / refer to the pain experienced with loss at work. with other people. The changes in attitudes toward life toward the youth's pre-suicide life reported by the survivors were: taking back / valuing one's own life and being alert, available, to help the other. We conclude that losing someone by suicide is an experience that carries the traumatic in its different expressions, often marked by intense suffering. These are survivors who, even in the face of such pain, also experienced psychological growth, resignification of their own life and overcoming.

Keywords: suicidal behavior; self-injurious behavior; mourning; suicide; survivors.

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1. Taxa de mortalidade por lesão autoprovocada 2006-2016	20
Quadro 1. Caracterização dos participantes.....	41
Quadro 2. Caracterização dos jovens que cometeram suicídio e do meio utilizado para o ato suicida	42
Quadro 3. Síntese das narrativas sobre o suicídio apresentadas pelos participantes	50
Quadro 4. Resultados: Temas e subtemas.....	52
Quadro 5. Síntese dos Resultados do Tema Processo de Luto	53
Quadro 6. Síntese dos Resultados do Tema Elaboração do Luto	75
Quadro 7. Síntese dos Resultados do Tema O suicídio e mudanças subjetivas	90

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPSij- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CRP16- Conselho Regional de Psicologia da 16ª região

GT- Grupo de Trabalho

J- Abreviatura para jovem

OMS- Organização Mundial da Saúde

P- Abreviatura para participante/ entrevistado

SESA- Secretária Estadual de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I. Vivências dos enlutados	25
CAPÍTULO II. Sobreviventes	30
CAPÍTULO III. O Suicídio de jovens	34
CAPÍTULO IV. Método	40
4.1 Participantes	40
4.2 Coleta de dados	42
4.3 Análise de dados.....	46
4.4 Procedimentos éticos.....	47
CAPÍTULO V. Apresentação e discussão dos Resultados	48
5.1 Processo de Luto	53
5.1.1. Descrição do Jovem.....	53
5.1.2.Último contato	59
5.1.3. Descrição dos sentimentos.....	67
5.2. Elaboração do Luto.....	74
5.2.1. Sofrimento Psíquico	75
5.2.2. Buscar causas-culpar o outro.....	77
5.2.3. Explicar.....	81
5.2.4. Suporte e Superação	84
5.3. O Suicídio e mudanças subjetivas	90
5.3.1. Ações.....	91
5.3.2. Mudanças de atitude.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	99
Anexo 1.....	109

*“Estátuas e cofres
E paredes pintadas
Ninguém sabe o que aconteceu
Ela se jogou da janela do quinto andar
Nada é fácil de entender”
(Legião Urbana, pais e filhos, 1989)*

APRESENTAÇÃO

O suicídio sempre me despertou interesse e, como na maioria das pessoas, também fascínio e ao mesmo tempo horror. Recordo-me, particularmente, nos anos 1990, quando criança, das notícias sobre suicídios, principalmente, do edifício comercial AMES, localizado no Centro de Vitória. Esse prédio de 21 andares era um dos locais escolhidos por aqueles que desejavam dar fim à própria vida e, com frequência, as pessoas saltavam de lá, e todos os detalhes das circunstâncias chegavam aos jornais impressos ou televisivos. Esses episódios só tiveram fim quando adotaram medidas de contenção desses atos com a colocação de telas nas janelas. Naquela época, não me era possível entender que a sensação de mal-estar e de paralisia era angústia diante do precipitar de outro ser humano, alguém que decidiu sobre seu fim.

Nas notícias sobre suicídio, frequentes e detalhadas, não havia nenhum tipo de mediação ou cuidado na forma crua de apresentar esta morte drástica. As especulações simplistas e culpabilizadoras dadas pela mídia traziam sempre como motivo as perdas recentes as quais eram tratadas como algo insuportável, como a perda de emprego ou relacionamento amoroso que se findava. Em especial, lembro-me da notícia de um casal o qual discutia no alto do prédio e, como desfecho, a esposa se atirou. Ao marido era reservada condenação moral, a discussão havia precipitado a morte e a culpa era reservada a ele. Esse episódio, já naquela época, de forma pouco elaborada, trazia-me o questionamento de como alguém pode estar implicado no suicídio de outra pessoa, principalmente por se tratar de ponto sem retorno, definitivo, no alto do prédio. Ao marido restou apenas uma conversa sem

possibilidade de ser retomada e o registro público da morte, impossível de negar. A questão que se coloca é a vida dele depois disso. Ele carregaria a marca “o marido que fez a esposa se matar”?

Já na adolescência, tive contato próximo com suicídio, mas estranhamente alheio. Um tio materno, que não tinha convivência, pois minha mãe e ele há muitos anos não se falavam, suicidou por enforcamento. Não me lembro dele, mas sabia que havia se divorciado recentemente e possuía duas filhas adultas. Ouvi muitas histórias e tentativas de explicar o seu suicídio; os familiares mais religiosos acreditavam que ele foi tentado e faltou fé. Suspeito de que essa explicação é uma crença protetora para encobrir o fato de que ele tinha decidido cessar de existir e, assim, separar os que tinham fé e imunes ao risco de suicídio. Minha mãe sempre falou pouco sobre isso, parece possuir um incômodo grande, uma mistura de vergonha com reprovação.

Ao iniciar a graduação de Psicologia, possuía uma grande expectativa de poder estudar o que Renato Russo sinalizou em sua canção *Pais e filhos* referindo-se ao suicídio: “nada é fácil de entender”. No entanto, a morte não era tema de estudo, tampouco nas disciplinas as quais tratavam do desenvolvimento humano. Já no estágio de final de curso, numa das sessões de psicoterapia, um paciente me pediu orientações quanto à mãe dele, moradora de outro estado e governanta, que presenciou a morte da patroa, já idosa, no quarto do casal por meio de arma de fogo.

Como psicóloga, numa unidade de saúde em um município do interior do ES de 2012 a 2017, recebi adolescentes, mulheres jovens, idosos e poucos homens com a queixa “risco de suicídio” ou “ideação suicida” e algumas pós- tentativas. Desses, destaca-se os atendimentos realizados com uma mãe que encontrou o filho enforcado nas vésperas do natal e decidiu-se mudar de estado na tentativa de deixar essa memória para trás. A culpa e especulações acerca de cada ação que poderia ter evitado o suicídio do filho, o martírio que ela se infligia a cada

vez que experimentava algo bom e se dava conta de que o filho já não participaria disso, eram temas recorrentes nos atendimentos.

Naquela época, algo em especial me intrigava: encaminhamentos relacionados a suicídio chegavam à equipe e, imediatamente, a história de uma dona de casa que envenenou dois filhos, de cinco e oito anos, e se matou com arma de fogo momentos antes de o marido retornar do trabalho, era sempre repetida e recordada. Ouvi essa narrativa várias vezes ocorrida há mais de 20 anos e continuava a ser contada, mostrando a marca que havia deixado naquela comunidade, portava algo de não elaborado. Quando recebia encaminhamentos, caso a pessoa tivesse estudado com algumas dessas crianças, convivido com a mãe ou o marido, sempre me contavam a história desse homicídio-suicídio que impactou essa comunidade. Relatavam esse contato como se em si portassem algo que explicasse o atual risco de suicídio, como ter estado em proximidade com a situação dissesse algo sobre a subjetividade dessa pessoa. O tom era quase como se a pessoa houvesse sido “contaminada”. O episódio desse suicídio, apesar do tempo, vivia na memória da comunidade como um ponto em aberto, quase com um mito da origem do suicídio naquela comunidade, era como se, a partir desse caso, a caixa de pandora tivesse sido aberta.

Todas essas vivências convergiram para a vontade de estudar mais especificamente como é perder alguém por suicídio, como se dá a elaboração dessa experiência e quais impactos à vida destas pessoas.

Assim, o objetivo de estudo proposto é conhecer a vivência de sobreviventes ao suicídio. O que ter vivido ou partilhado a vida com alguém que decidiu dar fim à própria vida traz como impacto em sua existência? A questão norteadora deste trabalho é o que os sobreviventes ao suicídio têm a dizer a respeito dessa experiência?

Itinerários da dissertação

Esta dissertação tem os capítulos organizados com o seguinte itinerário:

- Apresentação
- Introdução
- Capítulo I: Traz a produção científica sobre a vivência dos enlutados, discutindo alguns conceitos adotados neste estudo.
- Capítulo II: Centra-se na produção científica sobre os sobreviventes de suicídios, aproximando tal discussão com os objetivos do trabalho.
- Capítulo III: Apresenta aspectos tratados na literatura científica sobre o suicídio de jovens.
- Capítulo IV: Apresenta a metodologia empregada na pesquisa.
- Capítulo V: Apresentação e discussão dos resultados da pesquisa.
- Considerações finais: Apresentação da conclusão do estudo.

1. INTRODUÇÃO

A morte sempre intrigou e horrorizou a humanidade, sendo a consciência da morte considerada, por alguns teóricos, a inauguração da cultura e do que é propriamente humano, considerando como um marco importante à celebração de rituais fúnebres e o sepultamento dos corpos (Bellato & Carvalho, 2005). Segundo Kübler-Ross e Menezes (1989), o Ocidente tem horror à morte, que está situada no campo do não dito e, portanto, *mal dita* o que faz com que sejamos pouco preparados para lidar com ela, levando-nos a dissociá-la das fases da vida ao criarmos eufemismos para nomeá-la.

Se a morte traz essa dificuldade ao confrontá-la, o que dizer da morte voluntária? O suicídio intriga ainda mais, pois ao passo em que todo o desenvolvimento tecnocientífico alia-se no sentido de adiar a morte ou evitá-la, em todas as culturas existem aqueles que vão espontaneamente até ela. Diferente das culturas Orientais, em que o suicídio está relacionado à perda da honra, no Ocidente o suicídio é sinônimo de sofrimento (Silva, 2018).

Durkheim (1897; 2000), no século XIX, trouxe o suicídio para o campo social na tentativa de circunscrever o método sociológico. O suicídio, que era considerado apenas no campo psicológico ou psiquiátrico até então, é analisado pelo autor no sentido de reconhecer as leis sociais que o regem. Nessa perspectiva, o sujeito que se suicida responderia à demanda social e não apenas as possíveis psicopatologias. Dito de outra forma, para além das idiossincrasias do sujeito, o suicídio desempenharia uma função social nas diferentes situações. O autor traz o suicídio como um mecanismo de regulação social, em momentos de crise ou superpopulação restabeleceria o equilíbrio populacional. A teoria de Durkheim desloca, assim, o suicídio do campo psicológico e psiquiátrico, colaborando para

despatologização do suicídio, trazendo como determinantes não apenas questões individuais do sujeito, mas abrindo possibilidades para que sociedade seja objeto de intervenção na prevenção ao suicídio.

No entanto, a nossa sociedade ainda vê o suicídio como um fenômeno restrito ao sujeito, sendo atribuídos termos como doença ou sofrimento, mas também visto como fracasso. Assim, no âmbito comum, a causa dos suicídios é atribuída aos fracassos em geral e a concepção vigente é que o indivíduo que se suicida não teria suportado algumas condições impostas pela vida (Sampaio et al, 2000; Vieira & Coutinho, 2008). D'Oliveira e Botega (2006) advertem a impossibilidade de identificar fator de causa, pois o fenômeno suicídio é multicausal e complexo, se processa ao longo do tempo e os eventos que o antecedem podem ser chamados apenas de fatores precipitantes.

Bauman (2009) aponta que a sociedade contemporânea experimenta o esvaziamento dos sentidos e das relações e que a hiperestimulação do consumo se constitui como uma nova fonte do sofrimento humano atual. Para o autor, a sociedade contemporânea, estando centrada no consumo, alimentaria continuamente desejos impossíveis de serem realizados, gerando uma insatisfação constante.

Para Fuks (2008), o sujeito que antes vivia com dramaticidade, em que se valia a pena morrer por um ideal, agora experimenta uma apatia diante da vida:

(...) surge um sujeito mais indiferente, com uma modalidade afetiva menos densa, sem paixões intensas, quase apático, o que conduz a uma existência que não comporta tragédias. Vive exatamente o oposto à tragédia; respira um ar leve, carente de dramaticidade. Quando essa leveza existencial adquire uma intensidade maior, pode tornar-se patológica, levando ao vazio do existir (p.39).

Somado a esta discussão, a atualidade é marcada pelo imperativo virtual em que quase tudo é acessível em tempo real, em que temos acesso a suicídios online ou fotos destes

eventos, de forma direta e impessoal. Para Carlos e D'Agord (2016), o obsceno não está mais ligado ao sexo, pois isso foi bem adaptado à vida pós-moderna e já não mais nos escandalizamos com a nudez do corpo, e sim com a morte. É o espetáculo que atrai a pulsão de morte e o desejo de representar o irrepresentável que é a morte.

É importante destacar que o suicídio não é um fenômeno contemporâneo. Há registros em todos os tempos e está presente em todas as culturas, ganhando status diferente a depender dos valores da época. Na história, o suicídio não era tido como pecado e sim como crime de lesa a majestade, porque quem retirava a própria vida trazia prejuízos ao rei, e os bens dessa pessoa eram confiscados na tentativa de reparar tais prejuízos. Santo Agostinho, no século V, deslocou a questão do âmbito econômico para religião trazendo o preceito de que se Deus deu a vida, o poder de retirá-la também é apenas dele. Em decorrência disso, nas religiões Judaico Cristãs, as pessoas que se suicidavam eram enterradas fora dos cemitérios e não eram veladas. Há relatos de toda uma série de costumes destinados apenas aos que se suicidam, como passar o caixão sobre o muro, enterrar de forma que a cabeça fique contra o nascer do sol (Araújo & Bicalho, 2012).

Os mitos em relação ao suicídio nascem na tentativa de ritualizar algo que traria uma proteção, o espaço entre vivos e “mortos”. Rituais delimitados nas práticas como o de passar sobre o muro ou de cortar a mão direita, enterrá-la e depois queimar o corpo (Silva, 2009) visariam proteger os vivos dos mortos e vice-versa, além de favorecer “essa grande viagem” (Kovacs, 1992).

Além disso, o suicídio é cercado de mitos enraizados nas ideias de contágio e contaminação. Acredita-se que não se deve falar sobre suicídio para não incentivar outros a também cometê-lo. O efeito Werther (Almeida, 2000) é o fenômeno de contágio de suicídios por imitação. O termo remete ao livro *Os sofrimentos do jovem Werther* (Goethe, 1774; 2001), o qual narra o suicídio de um jovem que fica impossibilitado de acessar a amada.

Após o lançamento desse livro, muitos outros jovens em toda a Europa, identificados com a condição, cometem suicídio da mesma forma que o personagem- atirando contra si- o que levou a proibir a circulação do livro naquela época (OMS, 2000)

O comportamento de contágio, segundo estudo de Mercy et al (2001), pode ocorrer quando o suicídio se dá dentro de um círculo social ou também como resultado de veiculação de notícias de pessoas famosas que cometeram o ato suicida (Werlang *et al.*, 2005). Nesse sentido, Batista (2003) aponta que notícias de suicídio veiculadas na mídia exercem impacto sobre algumas pessoas como um importante fator de risco para o ato, principalmente, em adolescentes e adultos jovens.

Em conformidade com a ideia de cuidado em abordar o suicídio na mídia, a OMS (2000) lançou um documento sobre a prevenção de suicídio para profissionais da comunicação, que visa orientar como noticiar e o que deve ser evitado, principalmente, no que tange ao sensacionalismo e descrição minuciosa dos meios utilizados. Ao contrário de omitir as notícias sobre suicídio, reafirma a importância de desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade para que o suicídio seja reconhecido como um problema de saúde pública e pode ser prevenido.

Vale ressaltar que o comportamento suicida é complexo, multicausal e compreende muitos aspectos: a ideação, a tentativa e o próprio suicídio, trazendo muitas nuances para o debate como prevenção, identificação do risco, tratamento e intervenções. As Diretrizes Nacionais, os Manuais direcionados a profissionais e os debates do Conselho Federal de Psicologia sem dúvida se constituem como avanços para a construção da Política Pública de Saúde, atenta ao comportamento suicida nos diversos espaços.

A OMS (2014) ressalta que o suicídio é um fenômeno complexo que necessita de estratégias de prevenção em três níveis: universal dirigido a toda população; seletiva para os grupos vulneráveis e individual para aqueles que apresentam precocemente sinais de

comportamento suicida. Nesse mesmo documento, a OMS retoma a necessidade dos países cuidarem das questões que envolvem o suicídio como uma prioridade, uma vez que consiste em uma das metas do Plano de Saúde Mental, 2013-2020, reduzir a taxa de suicídio em 10 %.

As ações de prevenção ao suicídio se dão no âmbito macro das políticas públicas e ações no âmbito micro na clínica com o paciente com comportamento suicida. Conhecer a história dessa pessoa e uma possível tentativa anterior de suicídio é um importante fator para se dimensionar o risco de suicídio. Estudos sobre o suicídio entre indígenas (Grubits, Freiree & Noriega, 2011), e de representação social do suicídio (Moraes & Sousa, 2011), mostraram como o impacto do choque cultural ou das crises econômicas, como o desemprego, são fatores de risco externos e possíveis de objetos de políticas públicas para prevenção.

A ideação suicida pode ser considerada o estágio inicial e o mais oportuno para identificação e prevenção do ato (OMS, 2003). Compreendem-se por ideação suicida os pensamentos de morte, as ideias sobre a própria morte, o planejamento e o desejo de se matar. A pessoa que passa por esse processo tem sentimentos ambivalentes em relação à morte voluntária e isso significa que cabe o acionamento de uma rede de proteção a esses sujeitos para sua prevenção e cuidado. O comportamento suicida, por sua vez, é um termo utilizado para denominar as ações autoinfligidas as quais geram dano ao próprio indivíduo e abarca desde a ideação suicida, a tentativa e o próprio suicídio (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

O profissional de saúde é fundamental na prevenção ao suicídio. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, elaborou dois documentos de prevenção (Brasil, 2005): um deles para profissionais de saúde mental e o outro destinado especificamente aos profissionais que atuam na atenção básica. Esses documentos ajudaram a elucidar algumas questões, como, por exemplo, a ideia de que, muitas vezes, a pessoa não busca a morte e sim o fim do sofrimento; os fatores precipitantes ou de risco e a vulnerabilidade psíquica própria a cada ser humano

que precisa ser compreendida e acolhida. Em relação aos profissionais de saúde, é importante ter atenção a suas atitudes e seus tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais. Além disso, esses documentos adotam o termo “comportamento suicida” como mais adequado, porque engloba as tentativas, ideações e os suicídios efetivados.

São considerados grupos de risco: idosos, jovens e os que vivem em isolamento social que pertencem a grupos pouco integrados ou marginalizados e, por isso, sofrem uma série de privações e preconceitos, como indígenas ou minorias. Como fatores de risco: ser homem, apresentar sofrimento psíquico, principalmente depressão, conflitos familiares, histórico de comportamento suicida na família. Por sua vez, são destacados como fatores de proteção: possuir uma religião, ser casado ou ter filhos, residir com outras pessoas (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010). Os fatores de risco e proteção são dados importantes para compreensão do fenômeno de maneira mais ampla, mas não substitui a avaliação singular desses fatores em cada caso.

Discutir o comportamento suicida enquanto questão de Saúde Pública consiste em situar, para além do que se experimenta no campo relacional, as fragilidades e potencialidades de quem o manifestam. É reconhecer a necessidade de cuidados em saúde na prevenção, tratamento e acolhimento de pessoas próximas a alguém que cometeu suicídio, pois estas pessoas também constituem um grupo de risco. Estima-se que para cada suicídio cerca de seis pessoas são afetadas e experimentam reações de estresse pós-traumático e dificuldades em elaborar o luto por suicídio (D'Oliveira & Botega, 2006).

É importante destacar que o suicídio é a terceira causa de morte no mundo, atrás apenas de homicídio e acidentes de carro, constituindo-se como problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (2003) indica um crescimento da incidência de suicídio, principalmente entre jovens e crianças, sendo a segunda causa morte de jovens em todo mundo (OMS, 2014). O boletim epidemiológico (2018) sinaliza o crescimento do suicídio

nesta população, o que marca uma virada epidemiológica importante, pois os estudos iniciais sobre suicídio tinham como público alvo a população idosa, quando se destacava o aspecto etário, ou as populações historicamente excluídas e marginalizadas.

No entanto, o Brasil é considerado um país com baixo índice de suicídio, porque em decorrência da dimensão populacional os casos são diluídos. Porém, em números absolutos, ocupa a décima posição no ranking mundial do número de suicídios entre os países, e alguns estados da Região Sul do Brasil apresentam índices de suicídio considerados de médio a alto (OMS, 2003).

No Brasil, a portaria 1876/2006 (Brasil, 2006) orienta os estados e municípios a: construir ações voltadas à promoção da qualidade de vida, desenvolver estratégias de informação, organizar linhas de cuidado, identificar a prevalência dos condicionantes e determinantes de suicídio e tentativas, fomentar e executar projetos fundamentados em estudos, construir métodos de coleta e análise de dados, promover o intercâmbio de informações no âmbito dos SUS e áreas afins e promover a educação permanente a profissionais de saúde.

No Estado do Espírito Santo, os dados apontam que em dez anos o índice de mortalidade se manteve em torno de 4/100 mil habitantes. Em relação ao fator gênero, o masculino consumou mais o suicídio, e o maior índice de tentativas foram cometidas pelo gênero feminino em conformidade com a tendência nacional e internacional. No entanto, na região metropolitana do Espírito Santo isso se inverte, destacando índice de 6/100 mil habitantes em mulheres de 20 a 29 anos. De 2006 a 2016 ocorreram 2695 suicídios, sendo enforcamento o principal meio utilizado. Em relação ao recorte de idade, o suicídio de idosos ainda permanece maior, com a incidência de 18,02/100 mil em 2016 em pessoas de 70 a 79 anos e 9,86/100 mil entre 50 a 59 anos (SESA, 2018).

Tabela 1. Taxa de mortalidade por lesão autoprovocada 2006-2016 (SESA, 2018).

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa por 100 mil	4,6	3,9	4,2	4,1	4,4	4,4	4,5	4,1	4,5	4,6	4,2

A literatura tanto nacional quanto internacional aponta como principais barreiras para que o suicídio possa de fato ser avaliado em suas reais dimensões: o tabu, o preconceito e a subnotificação dos serviços de saúde. Dentre os motivos para subnotificação existe o medo por parte de profissionais de sofrer alguma penalização pelo suicídio de algum paciente ou a omissão da família, que pode não ter a internação coberta por planos ou o direito ao seguro de vida (Silva, 2009). Outro problema apontado por Silva (2009) é a forma do registro nas certidões de óbito. A autora aponta que pode haver registro como “parada cardiorrespiratória” sem citar que se deu em decorrência de um enforcamento, já que, na maioria dos casos a certidão é feita em hospitais, Departamentos Médicos Legais (DML) ou na própria residência, e o processo de apuração de suicídio se dá depois da investigação policial, a posteriori.

Em relação à literatura científica sobre o tema suicídio, a Psicologia se ocupou do tema de maneiras diferentes ao longo dos últimos 10 anos. Inicialmente em 2006 a 2010, destacou-se a busca por identificar na população de adolescentes a ideação suicida (Borges & Werlang, 2006), entender as dinâmicas psíquicas de quem tentava suicídio (Macedo & Werlang, 2007; Cremasco & Brunhari, 2009) e conhecer a crise suicida pela ótica da família (Krügere & Werlang, 2010). A partir de 2011, predominam estudos sob o foco psicossocial com questionamentos sobre como integrar o atendimento à pessoa com ideação suicida (Toro, Nucci, Toledo, Oliveira, & Prebianchi, 2013), percepções de profissionais sobre o comportamento suicida

(Oliveira, Collares, Noal, & Dias, 2016) e impasses éticos/manejo dos casos (Kovacs, 2013; Zana & Kovacs, 2013; Freitas & Borges, 2014).

O comportamento suicida, fenômeno complexo, possui efeitos também nas pessoas próximas. Tal vivência pode despertar sentimentos como angústia, solidão, medo, dor, tristeza. Para o enfrentamento de tais sentimentos dá-se um processo de elaboração que é chamado de “processo de luto” (Hispaniol & Marras, 2015), termo adotado neste trabalho.

Os sobreviventes experimentam angústias, culpa e isso se constitui em um importante fator de risco para suicídio (Fukumitsu & Kovács, 2016). Jordan e McIntosh (2011) definem sobreviventes como “Alguém que experiencia um elevado sofrimento psicológico, físico ou social, durante um período considerável de tempo, após a exposição ao suicídio de outra pessoa” (p.7). Ainda segundo os autores, os sobreviventes compreendem os familiares, namorados, companheiros, amigos, colegas de trabalho, colegas de escola, professores, terapeutas, vizinhos ou qualquer outra pessoa que mantinha relação próxima e significativa com a pessoa que cometeu suicídio.

Santos, Campos e Tavares (2015) discutem que essa definição colabora para os considerados sobreviventes, contempla todas as pessoas as quais apresentem sofrimento independente do tipo de relação ou laço sanguíneo, e ainda exclui os que apenas tiveram a exposição ao suicídio. Ressaltam, ainda, que o termo não é consenso e também pode ser entendido como aqueles que fizeram uma tentativa de suicídio que não culminou na morte. Para este trabalho, utilizaremos o termo sobrevivente conforme definição de Jordan e McIntosh (2011).

Revisão realizada por Campos, Santos e Tavares (2015) aponta diversos estudos sobre as consequências decorrentes da exposição ao suicídio, ressaltando que estas manifestações podem ocorrer não só em familiares, mas também em amigos e conhecidos. Destacam como manifestações apresentadas por enlutados, a propensão à repetição do ato e propensão à

sintomatologia psicopatológica e doenças psiquiátricas, manifestações classificadas como luto complicado (Azevedo & Pereira, 2014). O impacto da perda em pessoas enlutadas, muitas vezes, causa stress pós-traumático, podendo apresentar vários sintomas como, por exemplo, o rememorar em flashes a cenas do suicídio ou insônia.

É importante destacar que, no período da perda, as pessoas enlutadas vivenciam processos de “elaboração do luto”- termo adotado neste trabalho- o qual consiste em um período em que ocorrem fenômenos de enfrentamento desta perda e de elaboração da dor derivada deste luto (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

O suicídio como questão de saúde, convoca os diversos profissionais a intervirem, não apenas os psicólogos ou profissionais de saúde mental. Nesse sentido, os estudos citados apontam que diante dessa situação crítica, ainda assim, o cuidado em saúde precisa considerar e legitimar a singularidade e o sofrimento humano, de modo que as tomadas de decisão não ocorram de maneira fácil ou generalizada, e, principalmente, não sejam apenas protocolares.

Apesar de fatores de risco e proteção bem delimitados, nota-se, em revisão de Gomes, Iglesias e Constantinidis (2019), escassez de estudos sobre a prevenção ao suicídio que abarquem os diversos setores da sociedade e as iniciativas para evitar o acesso a meios letais. Além disso, percebe-se escassez no cenário brasileiro de estudos longitudinais e de pesquisas que proponham intervenções e cuidado aos que apresentam comportamento suicida na rede de atenção psicossocial, para além dos cuidados emergenciais em hospitais.

Santos, Campos e Tavares (2015) apontam que muito tem se buscado entender o fenômeno no sentido de isolar fatores de risco e proteção, mas no campo do cuidado, principalmente, dos que ficam como, por exemplo, os familiares e amigos pouco tem sido estudado.

Pensando na perspectiva dos sobreviventes ao suicídio de adolescentes e jovens, emerge o interesse em compreender como esses sujeitos lidam com o advento do suicídio de alguém próximo, quais os afetos, ou seja, os sentimentos, sensações experimentadas diante do evento, e qual o impacto dessa experiência no cotidiano dessas pessoas.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar e discutir aspectos do luto de sobreviventes ao suicídio de jovens

Objetivos específicos

- Identificar e descrever o processo e a elaboração do luto para os sobreviventes;
- Identificar e descrever os impactos do suicídio no cotidiano dessas pessoas.

Capítulo I - Vivências dos enlutados

A morte, a finitude da existência, é colocada diante de todos. Ariès (1990) aponta que a morte foi progressivamente sendo escamoteada e jogada para âmbito privado. Krubler-Ross e Menezes (1989) acrescentam que vivemos uma negação da morte e isso é denunciado à medida que usamos de eufemismos para dizer sobre ela, tais como: serviços funerários, biombos nos hospitais para escondê-la. A morte não é mais o desfecho da vida e sim figura como algo à parte, que deve ser escondido e, portanto, negado.

Entretanto, a finitude se faz explícita na morte de alguém próximo ou quando adoecemos, por exemplo. Diante do falecimento de uma pessoa do convívio, muitas questões se colocam para aqueles que são afetivamente próximos e pertenciam ao convívio do morto. O luto – reação natural e esperada à perda de um ente querido (Delalibera et al, 2015), também definida como uma “vivência que emerge de uma mudança abrupta” (Freitas, 2013, p. 97) - é vivido de forma variável entre os enlutados. Kovács (1992) aponta que não é possível fazer qualquer generalização a respeito da vivência do luto pelos enlutados, já que as causas e circunstâncias se diferem assim como o vínculo com a pessoa que morreu. Para Cândido (2011), o luto representa um processo de crise que requer grande investimento emocional do enlutado no processo de sua resolução. No entanto, o autor destaca que o luto não deve ser considerado um processo patológico, mas um conjunto de reações normais e esperadas advindas do impacto que a morte de alguém afetivamente importante na vida do sujeito traz. O tempo de luto é variável e, em alguns casos, podem durar anos ou nunca terminar, tomando forma de uma profunda tristeza, um desespero e um desânimo em relação à pessoa que morreu. Kovács (1992) reafirma o tempo variável de elaboração do luto e aponta que o traço mais permanente no luto é um sentimento de solidão.

Para Bowlby (1985), o processo de luto se dá quatro fases: 1. Fase de choque, que pode durar horas ou semanas acompanhadas de desespero e raiva; 2. Fase de desejo, de busca da figura perdida, que pode durar meses ou anos, podendo ser acompanhadas por raiva, desespero, inquietação, insônia e preocupação; 3. Fase de desorganização e desespero, em que coexistem dois processos contraditórios: a realidade da perda e a esperança do reencontro com a ilusão de que nada mudou, de que tudo não passou de um pesadelo. Pode ocorrer a manifestação de raiva às pessoas que consolam o enlutado e que, indiretamente, confirmam a realidade. A desorganização desta fase se dá pela falta, desvalorização do cotidiano, desvalorização das relações afetivas, muitas vezes acompanhadas por desejo de morte; 4. Fase de alguma organização, em que há a aceitação da perda e a busca de uma nova vida, de um recomeçar. Nesta fase a saudade e tristeza podem retornar, tornando o processo de luto gradual e nunca totalmente concluído.

Ainda que o luto não seja considerado um processo patológico, existe uma preocupação nos estudos sobre os fatores de risco para o enlutamento tornar-se complicado (Marques, 2015; Dias, 2015). Existem controvérsias quanto à utilização do termo que identifique o processo de luto que foge ao processo natural da perda, sendo utilizados termos como: luto patológico, desajustado, anormal, disfuncional, desviante. Segundo Azevedo e Pereira (2014), a tendência entre os estudos é adotar a abordagem dos fatores complicadores do luto, não responsabilizando a pessoa por seu sofrimento e as complicações advindas. Kovács (2003) ressalta que as situações de luto complicado podem se expressar em sintomas físicos e mentais embora não haja uma padronização única de enfrentar as perdas.

Para Parkes (1998), o processo de luto pode complicar-se de três formas: Luto Crônico, com prolongamento indefinido do processo com predomínio de tensão, inquietação e insônia; Luto inibido, observado pela ausência ou diminuição de reações de luto; Luto adiado, quando ocorre a inibição das respostas imediatas à perda, mas que mais tarde, diante

de eventos que, em princípio, não teriam relação com o luto, as reações comuns ao luto são manifestadas.

Parkes (1998) aponta, também, fatores que podem interferir na elaboração e enfrentamento do luto, tais como: tipo de relação existente entre o falecido e o enlutado; o gênero do enlutado, pois homens e mulheres tendem a lidar com perda de formas diferentes; a idade de quem morre, porque a perda de pessoas mais jovens como crianças e adolescentes contraria toda uma perspectiva de ordem natural, tornando o luto mais penoso. O autor ainda destaca que fatores como a vulnerabilidade advinda de problemas psicológicos do enlutado, mortes repentinas e inesperadas, perdas múltiplas, mortes violentas, suicídio e homicídio, interferem no processo de elaboração do luto.

A maneira como a pessoa enfrenta as mudanças, de forma positiva ou negativa, influencia sua visão de mundo e seu autoconceito e se as mudanças trouxerem sentimentos de perdas, quando comparadas às etapas anteriores da vida, haverá maior dificuldade e resistência para adequar-se a novos cenários (Parkes, 1998). Em relação ao luto por morte, geralmente a perda é acompanhada por perdas adjacentes que podem culminar com privações que são desencadeadas pela falta da presença da pessoa falecida. Pode haver perda financeira, afetiva, sexual, de lazer, de apoio emocional (Rando, 1993). Essas perdas afetam não só o enlutado, mas também a família e outros sistemas sociais de interação, tais como: trabalho, amigos, estudo, comunidades em geral. Bromberg (2000) aponta que o tipo de resposta deste sistema - seja de suporte, apoio, indiferença ou interdição - tem influência direta ao modo de enfrentamento do enlutado a essa crise.

Batista e Santos (2014) afirmam que perder um ente querido pode ser uma das situações mais estressantes ao longo da vida, mas que mesmo sem ajuda a grande maioria se recupera. No entanto, as perdas significativas e traumáticas podem nunca serem totalmente

elaboradas. Para os autores, o prognóstico é melhor na medida em que os enlutados não se focam tanto nos aspectos limitantes e ameaçadores que a perda porta.

Há um agravamento desses sentimentos quando se sobrepõe ao fato de que a causa da morte não foi decorrente de doença fisiológica e sim de uma causa externa e inesperada, tal como o suicídio. Nesse caso, mais um fator ainda é adicionado que consiste na intencionalidade do ato. O luto por suicídio difere dos demais em virtude de se caracterizar por uma morte repentina, não natural e desejada (OMS, 2014). Fukumitsu e Kovacs (2016) destacam o caráter voluntarioso e transgressor do suicídio, marcando-o como uma forma de morrer que viola os acordos sociais, por isso provoca choque e faz com que os enlutados tenham diante de si um grande trabalho psíquico na elaboração do luto. Afirmam que não é o suicídio em si que traumatiza, mas sim o processo como um todo: o inesperado ou violento, a falta de sentido e necessidade de ressignificar a perda. Além disso, as autoras ressaltam que o trauma diante do suicídio vai muito além e envolve o comportamento suicida, pois talvez essas pessoas estivessem expostas por tempo prolongando ao sofrimento psíquico da pessoa em seu convívio, aos planos de morte externados por eles, assim como às tentativas e aos cuidados pós-tentativas antes que o suicídio se concretizasse.

Batista e Santos (2014) destacam que o luto por suicídio, em particular, pode provocar os seguintes sentimentos aos sobreviventes: raiva da pessoa que se suicidou bem como o sentimento de abandono, uma vez que a morte foi deliberada e planejada; sentimento de descrença, já que em alguns casos, as pessoas em torno não esperam por isso; alívio carregado de culpa, que ocorre diante de casos em que houve muitas tentativas suicidas e de tratamento, mas o desfecho foi a morte.

O impacto do suicídio atinge pessoas próximas, mas principalmente os familiares. Figueiredo et al (2012) apontam que a tendência do entorno é simplificar um fenômeno complexo como o suicídio e ligá-lo a uma causa direta. Para os autores, somado a certa dose

de autoacusação, presente no diversos lutos, familiares e amigos podem ter que lidar com o fato de pessoas do entorno responsabilizá-los pelo ocorrido. Em pesquisa realizada pelos autores é identificado nos familiares o sentimento de culpa pelo ato e isolamento social. Os autores ainda apontam que os sobreviventes a suicídios costumam recusar atendimento e ajuda inicial, como forma de negar a magnitude dos fatos e se proteger dos efeitos do suicídio em longo prazo.

Miranda (2014) sustenta que o luto dos sobreviventes é diferente dos demais lutos, pois este seria o grupo que mais necessita de cuidados e o que menos obtém de fato. Para essa autora, o luto dos sobreviventes passa por compreender e aceitar o suicídio e a culpa pela expressão de sentimentos, pela diferenciação da sua própria vivência em relação ao suicídio, pelo perdão por aquele que decidiu dar fim à própria vida.

Capítulo II – Sobreviventes

A denominação de *sobrevivente* para enlutados por suicídio é justificada por ser uma morte violenta, repentina e que pode provocar culpa e autoacusação, demandando muita energia psíquica para a elaboração do luto (Fukumitsu & Kovacs, 2016). Vale ressaltar, o comportamento suicida vai muito além do suicídio em si, esse sendo apenas um desfecho final de um processo. O comportamento suicida já na modalidade tentativa impacta o núcleo de convívio com agravamento de saúde das pessoas em contato com o tentante ou quem suicida e também em relação ao alto custo financeiro do acesso a tratamentos especializados como psicoterápicos, psiquiátricos e até mesmo com internações. É importante destacar que a fase de tratamento por perdurar por anos (Mello, 2000).

As pessoas próximas a suicidas podem nutrir desejos ambivalentes que podem oscilar entre cuidado obstinado e necessidade de se afastar. Cuidar de alguém com uma doença mental, depressão ou pensamentos suicidas possui muitos encargos, evoca vergonha, sentimento de fracasso e autoacusação, pois em alguma medida os sobreviventes se questionam ou mesmo são acusados diretamente de contribuir para o mal estar daquele que se suicida (Ribeiro, 2016).

Em alguns casos, os sobreviventes estiveram expostos, provavelmente, por tempo prolongando ao sofrimento psíquico da pessoa em seu convívio como aos planos de morte externados por ela, às tentativas e aos cuidados pós-tentativas antes que o suicídio se concretizasse. Em outros casos, ainda que não tenha tentativas prévias ou nunca tenha sido tratado por questões psíquicas e as pessoas em torno não esperam por isso e é comum que se passe um tempo com sentimentos de tristeza e apatia típicos da depressão (Mello, 2000).

Para Fukumitsu e Kovacs (2016), assim como o comportamento suicida não pode ser reduzido a explicações simplistas, o processo de luto deste tipo de morte não deve apresentar

uma única compreensão, sendo este tipo de luto multidimensional. As autoras ressaltam ainda que, além da morte por suicídio e suas repercussões, o sobrevivente deve aprender a lidar com a ausência e com o sofrimento decorrente do impacto da morte autoinfligida. Além disso, as autoras destacam que o aspecto traumatizante do sobrevivente não é o fato em si, mas o processo como um todo, a intensidade das emoções que permeiam e questões como: “Por que a pessoa se matou?”.

Como suicídio é considerado uma violência autoinfligida (OMS, 2014) assim como outras violências, pode causar transtornos de estresse pós-traumático nos sobreviventes. O estresse pós-traumático é marcado por reações exageradas de sobressalto e preocupação, insônia, alerta constante e rememoração de cenas (Hübner, Santos, Ramos, Bueno, Henna, & Martins, 2018). Estima-se que para cada suicídio cerca de seis pessoas são afetadas, experimentam reações de estresse pós-traumático e dificuldades em elaborar o luto por suicídio (D’Oliveira & Botega, 2006).

O risco de luto complicado pode comprometer gravemente a vida dos sobreviventes, pois pode ser um preditor de comportamento suicida, comprometimentos de saúde e transtornos mentais. Os sobreviventes com maior risco de luto complicado seriam os filhos, pais e cônjuges apesar do suicídio impactar toda uma rede de afinidade. Os familiares acabam por ter fatores sobrepostos, pois além de vivenciarem todo o processo que pode ser longo, o discurso medico-psicológico atribuiu por muito tempo responsabilidade à família pela subjetividade de seus membros (Krüger & Werlang, 2010).

O estigma e pacto de silêncio contribuem para o luto patológico, uma vez que os enlutados não recebem o conforto que gostariam e podem também não buscar ajuda em sua rede por temerem julgamentos, bem como por respeito ao morto, colocando o sobrevivente em um processo denominado de autoestigma (Miranda, 2014). O autoestigma define-se como

um processo de dificuldade de adaptação social no qual a pessoa aceita os prejuízos e integra estigmas sociais como parte de seu autoconceito (Livingston & Boyd, 2010).

A OMS (2014) destaca que os sobreviventes estão mais sujeitos ao suicídio, constituindo assim um grupo de risco para comportamento suicida. Apesar desse fenômeno da repetição do suicídio em sobreviventes não ser satisfatoriamente explicado, são formuladas algumas hipóteses como: transmissão intrapsíquica (Magalhães & Carneiro, 2004), forma de enfrentamento a problemas apreendidos (Borges & Werlang, 2006), fatores psicossociais (Schlösser, Rosa, & More, 2014), efeito Wether entre os sobreviventes (Félix, Oliveira, de Oliveira Lopes, Parente, Araújo Dias, & Moreira, 2016).

Na transmissão intrapsíquica, traumas não elaborados e compartilhados seriam repetidos no mesmo grupo, exemplo na mesma família (Magalhães & Carneiro, 2004). Já a hipótese da repetição por enfrentamento traz o argumento que pessoas próximas a alguém que se suicidou têm maiores chances de apresentar comportamento suicida, ainda que seja na modalidade ideação, porque essa forma de resolução de problemas passou a fazer parte do repertório dessas pessoas (Borges & Werlang, 2006). A linha psicossocial destaca a condições de vida adversas como desemprego, baixa instrução, situação de violências, dificuldades de acesso a serviços de saúde que são muitas vezes compartilhadas entre o suicida e o sobrevivente (Schlösser, Rosa & More, 2014). O Efeito Wether do suicídio, conforme já relatado, também pode ser formulado como hipótese para o fenômeno de repetição do suicídio entre os sobreviventes devido ao convívio prolongando com pessoas com fortes pensamentos e verbalizações suicidas o que ocasionaria nesse grupo maior tendência a pensar sobre a própria finitude e falta de sentido da vida, contribuindo para sintomas depressivos e ideação suicida presentes neste grupo (Félix, Oliveira, de Oliveira Lopes, Parente, Araújo Dias, & Moreira, 2016).

Botega (2015) traz a crise, desencadeada pelo suicídio de alguém próximo, como possibilidade de trazer um novo trajeto existencial. Segundo o autor, a crise pode também tornar-se um evento existencial capaz de catalisar mudanças importantes e profundas “a crise pode ser tão dolorosa quanto útil (...)” (p.13). Se por um lado perder alguém por suicídio é traumático e danoso, por outro lado, pode também ser um motivador de crescimento psíquico.

Deste modo as particularidades que este tipo de morte coloca para os que estão no entorno são muitas e têm sido objeto de estudo da Posvenção (Shneidman, 1985 apud Fukumitsu & Kovacs, 2016), termo usado para definir ações de cuidados dispensados após uma morte por suicídio a todos aqueles que foram impactados ou mesmo expostos a uma morte por suicídio. Esta intervenção visa tanto aos familiares quanto às pessoas que compartilhavam espaços comunitários como escolas, empresas, igrejas, ou seja, os espaços em que a pessoa morta frequentava e mantinha laços de amizade e afinidade (Nunes, Pinto, Lopes, Enes, & Botti, 2016).

Costa e Souza (2017) sustentam ofertar cuidados em Posvenção além de prevenir possíveis fenômenos de contágio, permite ter acesso a narrativas de familiares e, portanto, de pessoas que fazem parte da categoria mais ampla de pessoas próximas a quem se suicidou, que podem fornecer dados para formas de enfrentamento dessa questão social e de saúde pública. Afirmam ainda que o esforço narrativo para “dar sentido” à perda é pouco explorado e pode conter elementos simbólicos importantes para prevenção tanto para sobreviventes quanto para pessoas com comportamento suicida. Destacam ainda que um elemento constante contido no relato dessas pessoas é se martirizar por não perceber os sinais que levariam ao ato final, o suicídio.

Capítulo III - O suicídio de jovens

*“E há tempos são os jovens
Que adoecem
E há tempos
O encanto está ausente
E há ferrugem nos sorrisos”
(Legião Urbana, 1989)*

No Brasil, utilizam-se os termos adolescência e juventude de forma concomitante. Para Silva e Lopes (2009), o termo adolescência estaria mais vinculado às teorias psicológicas, e o termo juventude seria mais corrente no campo das teorias sociológicas e históricas. Nessa perspectiva, Moreira, Rosário e Santos (2011) apontam que a psicologia, tradicionalmente, trabalha com o conceito de adolescência e que o conceito de juventude, por ser mais amplo e atravessado de temas sociais, culturais, políticos, econômicos, territoriais, dentre outros, são mais explorados por outros campos de conhecimento.

Segundo a OMS, a adolescência corresponde à segunda década da vida, de 10 a 19 anos de idade, e a juventude compreende a faixa etária entre os 15 e os 24 anos de idade (OMS, 1975), classificação adotada neste estudo. O recorte etário prevalece nesta divisão, assim como nas concepções ligadas à ideia de juventude e adolescência discutidas como fases da vida, numa concepção geracional ou como um momento de vida, um período de transição entre a infância e a vida adulta, entre a dependência e a maturidade (Silva & Lopes, 2009).

Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) questionam a noção de adolescência e ressaltam que as leis previamente fixadas pelo discurso científico podem criar “um território específico e limitado para o jovem, uma identidade que pretende aprisioná-lo e localizá-lo, dificultando possíveis movimentos. Ao se reafirmar a homogeneidade, nega-se a multiplicidade e a diferença” (p.6).

O cenário atual aponta para a necessidade de problematização dos conceitos de adolescência e juventude, discussão que transcende o objetivo deste trabalho. No entanto, é importante ressaltar que concordamos com Horta e Sena (2010) os quais apontam que imprecisão conceitual entre estes termos colaboram para equívocos nas práticas sociopolíticas para este grupo.

Em relação à explicação da sociedade a esse ciclo de vida, a classe social, gênero e raça constituem categorias explicativas e influenciam tanto na vivência dos indivíduos, nos significados, nos julgamentos atribuídos a esse grupo (Oliveira, 1999), como as políticas públicas voltadas a esse grupo populacional (Silva & Lopes, 2009). Para Dayrell (2002), não há uma definição única do conceito de juventude, mas, aspectos econômicos, políticos e culturais fazem com que em cada localidade tenhamos um tipo de juventude. Moreira et al (2011) apontam que os fatores envolvidos no ser jovem hoje são multicausais e fragmentados, frutos do tempo em que vivemos.

Nessa fase de vida, a sociedade espera uma resposta dos investimentos feitos à criança e, diante da necessidade de responder às demandas sociais, ao jovem juntam-se às questões de ordem psíquica que passam a serem evidenciadas. Os adolescentes e jovens constituem um grupo que, além de ter suas potencialidades, carregam também suas fragilidades. O suicídio vem crescendo nessa população e a ocorrência de suicídio de jovens chama a atenção no mundo todo (OMS, 2014). Segundo a OMS (2016), 75% dos suicídios acontecem em países de baixa e média renda. Esse dado indica que, para além dos fatores intrínsecos ao próprio jovem, as questões de ordem econômica e oferta de bens e serviços também se colocam como determinantes e condicionantes dos níveis de saúde mental da população. Assim, em momentos de recessão econômica a tendência é o aumento dos casos de suicídio.

Entre os fatores de risco para o suicídio entre jovens, os estudos apontam: presença de desesperança (Kuczynski, 2014; Moreira & Bastos, 2015; Rios, Mascarenha, Souza, Olebar,

Paiva, & Silveira 2019), depressão (Kuczynski, 2014; Moreira & Bastos 2015; Rios et al, 2019), ansiedade (Moreira & Bastos 2015), uso de substâncias psicoativas (Moreira & Bastos, 2015; Silva, 2009; Rios et al, 2019), abusos físicos (Kuczynski, 2014; Moreira & Bastos, 2015; Silva, 2009; Schlösser, Rosa, & More, 2014), impulsividade, rigidez, falta de clareza para propor soluções, negativismo (Kuczynski, 2014); ausência de apoio social, solidão, comportamento antissocial, antecedente de tentativa de suicídio, conhecer alguém que tenha tentado suicídio, baixa autoestima, disfunções familiares, conduta violenta, agressividade, estresse, bullying, vitimização, causar prejuízo aos outros, ser do sexo feminino (Moreira & Bastos, 2015; Schlösser, Rosa, & More, 2014). Além destes fatores, estudo de Alves, Zappe e Dell'aglio (2015) concluiu que jovem que tentou suicídio está mais vulnerável do que apenas teve ideação.

Como fatores de proteção, os autores apontam sentimentos de bem estar, autoestima elevada, flexibilidade emocional e capacidade de buscar ajuda (Schlösser, Rosa, & More, 2014). A rede de proteção e de apoio social, além de um ambiente acolhedor com acompanhamento profissional para o jovem em sofrimento, são fatores de proteção ressaltados por Melo, Siebra e Moreira (2017). A proteção e apoio familiar, a confiança em si mesmo, abertura a conselhos, integração social, bons relacionamentos interpessoais e conexão com amigos e professores também são destacados como fatores protetivos ao suicídio entre jovens (Moreira & Bastos, 2015).

Vale destacar que o adoecimento e sofrimento psíquico entre jovens universitários têm chamado a atenção principalmente no que compete ao suicídio e aos poucos tem ganhando status de questão de Saúde Pública (Rios et al, 2019). De forma geral, alguns estudos apontam que a adaptação à universidade pode não ser bem sucedida, conduzindo a uma vulnerabilidade da saúde mental, trazendo sofrimento, emergindo conflitos de várias ordens, traços de transtornos mentais e, no extremo, processo suicida entre os estudantes

(Anversa, Santos, Silva, & Fedosse, 2018; Cerchiari, Caetano, & Faccenda, 2005; Saraiva & Quixadá, 2010).

Outro fator apontado como preditor de suicídio entre jovens é chamado *cutting*, ou seja, autolesão por cortes (Nunes, 2013; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Contrariando autores da psicanálise que colocam a prática de *cutting* como um protetor, como algo circunscrito que não chegaria a uma tentativa de suicídio, pesquisa de Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) identificou que adolescentes no ambiente escolar que já fizeram tentativas de suicídio, são os que já praticaram *cutting*. Estudo de Nunes (2013) aponta que a articulação entre a automutilação e o suicídio está na possibilidade do autodano “capacitar” para o suicídio à medida que ao se acostumar com a dor, os diferentes métodos de se ferir e os ferimentos em si mesmo gerariam uma dessensibilização que acarreta menos medo e o coloca cada vez mais perto da possibilidade de dar fim a própria vida.

Jucá e Vorcaro (2018) buscaram uma construção de sentido para o suicídio articulando conceitos psicanalíticos e a questão da morte voluntária a partir dos casos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij). A partir de demandas “automutilação”; “tentativas de suicídio”; “fugas” e “impulsividade expressa na agressividade” que chegaram ao serviço, destacam que esse público, na impossibilidade de articular em palavras seu sofrimento, traduziu-as em atos. Assim, a dor que infligiam a si mesmos era direcionada a outros para questionar ao Outro - entendido como figuras importantes, os pais ou cuidadores - o valor de existência.

Também em perspectiva psicanalítica, Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) afirmam o suicídio como ponto de mudança na vida de um jovem, porque, após uma tentativa, tudo se transforma no seu entorno, o socorro chega e talvez ele não mais seja ou se sinta invisível. Para os autores, a morte e o suicídio são temas frequentes no pensamento dos jovens, mas, devido à repressão, esses temas nem sempre são externalizados. Sustentam que pensar sobre

o sentido da vida está acoplado a pensar sobre a morte e, em decorrência, pensar sobre o suicídio.

Diante da multicausalidade do suicídio, Lacadée (2011), ressalta que o tirar a própria vida é a tentativa de dizer algo. Para o autor, as razões para o suicídio de jovens só faz sentido na “história pessoal, à luz da ambivalência de cada jovem em sua relação com os outros e com mundo” (p. 57). Para o autor, não é possível identificar as causas do suicídio por meio de regularidades encontradas nas condutas dos jovens em risco de suicídio que possam identificá-las e nem mesmo permitam uma receita para prevenção. As condutas de risco, na concepção do autor,

Trata-se sempre de uma falta de orientação, de limites insuficientemente estabelecidos ou jamais dados. As condutas de risco são, pois, solicitações simbólicas da morte na busca desses limites, tentativas desajeitadas e dolorosas de se situar no mundo, de ritualizar a passagem à idade adulta e de marcar o momento em que agir ultrapassa a dimensão do sentido. (Lacadée, 2011, p.57)

Ainda que as causas do suicídio despertem o interesse de pesquisadores oriundos de várias áreas, o atentar contra a própria vida é um ato aparentemente individual, porque depende unicamente de quem pratica a ação, dificultando-se conhecer com precisão as razões que o levaram a tal decisão, mesmo que tenham deixado indícios como cartas, mensagens, depoimentos (Almeida, Silva, Félix, & Rocha, 2015). No entanto, Marquetti (2012) sustenta a tese que as cenas suicidas trazem a possibilidade de compreensão do evento, mesmo considerando a complexidade que envolve o suicídio e suas questões individuais, psicológicas ou sociais, geralmente esparsas e sem conexões evidentes com o ato.

É importante destacar a afirmação de Botega (2007) que para cada óbito por suicídio há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido cujas vidas são, profundamente, afetadas emocional, social e economicamente. Transpondo para o suicídio de um jovem, vale

considerar que a morte de um jovem, mesmo quando não é por suicídio, acarreta o sentimento de estranheza, pois o comum é situar a morte como o fim de uma jornada longa de vida, ou seja, na velhice. Quando a morte desse jovem é por suicídio, os enlutados além de ter que lidar com fatores que envolvem todo suicídio, como a morte de alguém importante de forma inesperada e, às vezes, violenta, essa pessoa (o suicida) “não tinha idade para morrer”/ “não deveria morrer nesse momento”. São questões que abalam os planos que se faziam e as expectativas que se tinham em relação a esse jovem (Reis e Silva, 2009).

Capítulo IV - Método

Partindo da proposta de estudar as vivências de sobreviventes ao suicídio de jovens, considerando a perspectiva desses atores, a modalidade qualitativa de investigação do tipo descritiva e exploratória, mostrou-se o método mais fecundo para alcançar os objetivos da pesquisa. Esse tipo de pesquisa permite compreender e descrever como uma questão é percebida a partir do significado atribuído por aqueles que a vivenciaram (Creswell, 2010).

4.1 Participantes

Os participantes dessa pesquisa são sobreviventes de suicídios (Jordan & McIntosh, 2011), de jovens – segundo a classificação da OMS (1975) -, moradores da região metropolitana do Espírito Santo. Assim, participaram da pesquisa, familiares, amigos, parceiro amoroso e outros que declararam proximidade afetiva com o adolescente ou jovem suicida, constituindo a condição de sobrevivente.

Como critérios de exclusão, foram excluídos da seleção, pessoas sem relação afetiva com o jovem ou adolescente que cometeu suicídio, além de crianças ou adolescentes menores de 15 anos. A seleção deu-se pelos critérios apresentados e pela disponibilidade e concordância dos sobreviventes em participar da pesquisa. Foram entrevistadas sete pessoas. Esse número de participantes não foi predeterminado, e a etapa de campo foi desenvolvida concomitante à análise preliminar dos dados, mostrando ser esse o quantitativo suficiente para responder ao objetivo do estudo, isto é, esse número de entrevistados mostrou-se representativo para a qualidade de informações almejada.

O acesso aos participantes foi feito após a pesquisadora divulgar seu projeto entre sua rede de relacionamentos (amigos, colegas de grupos organizados sobre suicídio, profissionais de saúde mental) e conseguir alguns contatos de pessoas sobreviventes de suicídio de jovens. A pesquisadora entrou em contato com os participantes por meio de ligação telefônica ou por

envio de mensagem por aplicativo de celular, ocasião em que foi apresentada a proposta e feito o convite de participação da pesquisa.

Importante ressaltar cerca de 20 possíveis participantes recusaram, o que demonstra que há dificuldades em tratar do tema para um grande número de sobreviventes.

O Quadro 1 apresenta os participantes da pesquisa, quanto à idade, gênero, vínculo com o jovem que cometeu suicídio, assim como o tempo decorrido do ato suicida.

Quadro 1. Caracterização dos participantes

Participantes (P)	Idade	Gênero	Vínculo com o jovem que cometeu suicídio	Tempo decorrido do ato suicida
P1	27	Feminino	Ex-namorada/amiga	2 anos 7 meses
P2	33	Feminino	Amiga/estudava junto	5 meses
P3	31	Feminino	Amiga/ estudava junto	16 anos
P4	34	Masculino	Amigo/ estudava junto	10 anos
P5	62	Feminino	Avó/ residia no andar superior da mesma residência.	5 anos
P6	45	Feminino	Mãe/ residia em casa separada	2 anos e 5 meses
P7	31	Masculino	Irmão/ residia na mesma casa	8 anos e 6 meses

Os participantes, sobreviventes de suicídio de jovens, estão diretamente relacionados às suas perdas, ou seja, aos jovens que cometeram suicídio. Dessa forma, é apresentado abaixo, o quadro 2 o qual apresenta a caracterização dos jovens que se suicidaram, assim como o meio utilizado para o ato.

Quadro 2. Caracterização dos jovens que cometeram suicídio e do meio utilizado para o ato suicida

Gênero e idade do jovem falecido	Profissão do jovem	Método utilizado
Feminino, 24 anos (P1)	Profissional de saúde	Enforcamento em casa
Masculino, 21 anos (P2)	Estudante universitário	Enforcamento em casa
Masculino, 15 anos (P3)	Estudante secundarista	Salto de altura/ Terceira ponte
Masculino, 23 anos (P4)	Estudante universitário	Enforcamento em local ermo
Masculino, 16 anos (P5)	Estudante secundarista	Enforcamento em casa
Feminino, 22 anos (P6)	Estudante universitária	Enforcamento em casa
Masculino, 24 anos (P7)	Estudante universitário	Enforcamento em casa

4.2. Coleta dos dados - Narrativas

Foi feita a escolha por estudar a vivência dos sobreviventes por meio da entrevista narrativa. Essa escolha está alinhada a uma visão de produção de conhecimento tomando como base a idéia de complexidade em que diferentes aspectos, inclusive contraditórios, convivem. A característica principal desse sistema é compreender a atividade humana por um viés que abra mão da noção de verdade absoluta, não sendo alvo deste estudo a verdade do fato real tal como aconteceu. Nem mesmo interessa, nesta proposta, a autópsia psicológica, o remontar o perfil psicológico de quem se suicidou supondo a partir das falas daqueles que o conheceram os sinais, sintomas e a possível doença mental.

Como afirma Walter Benjamin (1994), narrar é contar uma história começando de onde for conveniente, narrar é colocar os fatos numa linha cronológica e, mais que isso, colocar em um circuito afetivo. O autor faz uma distinção importante entre narrar e informar um fato. A arte de narrar está ligada a extrair algo da experiência, é algo mais arcaico que remeteria a uma dimensão do fazer artesanal do humano, enquanto informar remete à industrialização, ao fazer rápido e alienado.

A informação só tem valor no momento em que é nova. Ela só vive nesse momento, precisa entregar-se inteiramente e ele sem perda de tempo tem que se explicar nele. Muito diferente é a narrativa. Ela não se entrega. Ela conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver (Benjamin, 1994, p.204)

A entrevista narrativa é um modo de coletar dados que lê nos elementos contados do ponto de vista individual, também o elemento coletivo na história contemporânea. Nela o entrevistado, narrador, não tem a obrigatoriedade de ser fidedigno ao fato e nem mesmo começar por uma ordem cronológica datada de maneira fixa, pode fazer uso de memórias, pode ir e voltar no tempo.

Comum a todos os narradores é a facilidade com que se movem para cima e para baixo nos degraus de sua experiência, como numa escada. Uma escada que chega até o centro da terra e que se perde nas nuvens, é a imagem de uma experiência coletiva, para qual mesmo o mais profundo choque da experiência individual, a morte, não representa nem um escândalo nem um impedimento (Benjamin, 1994, p.215).

A narrativa faz um contraponto com o que Bauman (2009) descreve como vida líquida, o tempo em que vivemos marcados pela efemeridade do tempo e das coisas, em que todos estão numa corrida infinita sem ponto de chegada e temerosos de nos tornar obsoletos caso vislumbrássemos o passado. A vida líquida é se projetar para frente, não há tempo para apreciar o passado ou aprender com ele. É preciso seguir em frente, é “uma sucessão de reinícios, e precisamente por isso é que os finais rápidos e indolores, sem os quais reiniciar seria inimaginável, tendem a ser os momentos mais desafiadores e as dores de cabeça mais inquietante” (Bauman, 2009, p.8).

Desse modo, a narrativa nos permitiria ter acesso aos efeitos subjetivos, como a os participantes viveram o processo do suicídio, o momento da morte do jovem, a vivência da perda e os impactos dessa experiência em seu cotidiano. Recorrer à narrativa para falar sobre

a perda de um jovem por suicídio é retomar a outro tempo, um tempo para o luto, para a elaboração e, principalmente, para ligações afetivas humanas significativas e o depois da perda que, provavelmente, foi vivido com pesar.

Foi utilizada, portanto, a entrevista narrativa, classificada como “entrevista não estruturada, de profundidade e com características específicas” (Bauer, Gaskell, & Allum, 2002, p. 95). Esse tipo de entrevista consiste em provocar a fala livre do entrevistado para que ele conte história sobre a sua experiência com o assunto em questão. Busca romper com a rigidez imposta pelas entrevistas estruturadas e gerar textos narrativos sobre as experiências vividas. O entrevistador intervém o mínimo possível apenas para encorajar, evitando assim sobrepor ou induzir o relato com perguntas.

Segundo Bauer, Gaskell e Allum (2002), através da narrativa, as pessoas recordam o fato, colocam a experiência em uma ordem sequencial e encontram possíveis explicações para o ocorrido. Além disso, jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Para os autores, “contar história implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal” (p.91).

Para Coutinho (2006), a narrativa oral é uma das melhores formas para que as pessoas falem sobre suas vidas, porque permite ao pesquisador explorar não apenas fatos e atividades, mas também a experiência emocional de seus informantes. "Ao falar, as pessoas constroem identidades, articulam suas experiências e refletem sobre o significado destas experiências para si" (p.67).

A escolha pela narrativa deu-se, também, por se tratar de uma forma de coleta que, além de permitir acessar, com cuidado, à experiência do entrevistado sem o invadir com um formato pré-concebido pelo pesquisador, permite que os significantes, os quais aparecerão para compor a história, serão trazidos pelos próprios entrevistados.

Apesar de não ser uma entrevista estruturada, é composta das fases: a) preparação, que consiste nos estudos prévios do entrevistador a fim de conhecer o campo em que o fenômeno se insere; b) a iniciação da entrevista em que o pesquisador provoca o início da narração, apenas com estímulos necessários para que a história comece a ser contada pelo entrevistado; c) a narração central, o momento em que de fato a história segue. Nesse momento, é importante não interferir, apenas encorajar a continuidade de forma não verbal, com acenos de cabeça, por exemplo; as perguntas, apenas para estimular a continuidade “e o que aconteceu?” sem fazer juízos ou confrontações de ideias já apresentadas na história; d) fala conclusiva, momento em que o gravador é desligado e é possível fazer perguntas do tipo “por que” e fazer anotações após a entrevista (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Como disparador do início da narrativa questionou-se: como foi perder alguém por suicídio?

As entrevistas foram realizadas em local de escolha dos participantes, com duração em média de 135 minutos, com variação de duração de 90 a 180 minutos. A maioria dos participantes optou por conceder a entrevista na universidade, com exceção de um deles que optou pelo local de trabalho e outro optou por conceder a entrevista em sua residência.

No início da entrevista, deixei claro que gostaria de escutar como foi perder alguém por suicídio para o entrevistado, esclareci que ele poderia começar por onde quisesse e que se eu tivesse dúvidas perguntaria, para diminuir a ansiedade do participante em querer responder o que imaginava que eu gostaria de ouvir. Utilizei de recursos para incentivar a fala do participante como acenos corporais afirmativos, pouco precisei pontuar “e depois?”.

A maioria dos participantes ao iniciarem a narrativa central, não necessitou de incentivos para continuar, posso inferir que passaram do ato de contar uma história para pesquisadora a contar a suas memórias em relação ao suicídio e minha presença pareceu não mais importar.

A entrevista narrativa exige muito do entrevistador pois trata-se de ir ao encontro do participante confiando que conseguirá um relato a partir de uma única questão, a isso se somava o fato de não ter muitas pessoas dispostas a conceder entrevista. Apeguei-me Rubens Alves:

Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular. Escutar é complicado e sutil...(Alves, 1999)

Assim, escutei muitos relatos que além da tristeza traziam também a dor do encontro com o corpo do jovem e todo o real que isso porta. Um das entrevistas que foi na casa em que o jovem se suicidou, foi a mais difícil para mim, pois além do relato tinha a concretude do espaço. Foram histórias difíceis de se ouvir mas extremamente necessárias. Aprendi muito mais do que consigo transmitir.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas pela própria pesquisadora, sendo uma etapa importante para primeira apreciação dos dados.

4.3. Análise dos dados

Para analisar os dados da entrevista narrativa, foi utilizado análise de conteúdo que, segundo Bardin (1979), consiste em “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter – por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens – indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1979, p.42).

A análise de conteúdo, proposta por Bardin (1979) compreende três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação.

Há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, esta pesquisa foi trabalhada na modalidade de análise temática. A análise temática “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Turato, 2008, p. 442).

Para o tratamento dos dados, após a transcrição das entrevistas, o material foi organizado em tabelas que permitiram a visualização dos principais temas dos discursos dos participantes.

Na análise do material, buscou-se classificá-lo em temas ou subtemas que auxiliassem na compreensão dos discursos. Os temas foram elencadas na medida em que aparecem e não apenas com relação à frequência. Assim, trechos das narrativas foram agrupados tematicamente em eixos que possibilitaram compreender o sentido da fala dos participantes, mas também outras significações. Após, foi realizado agrupamento de elementos (palavras ou frases) dos temas em subtemas.

4.4. Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme a Resolução 466/12 que delimita critérios para pesquisa com seres humanos. Foi aprovado pelo CEP da UFES – Campus de Goiabeiras (CEP/UFES/CCHN) com o Número do Parecer: 3.469.677.

Capítulo V - Apresentação e discussão dos resultados

É importante destacar, antes mesmo da apresentação dos resultados referentes aos dados coletados pelas entrevistas, que o processo de acesso aos participantes já trouxe alguns aspectos interessantes a serem discutidos por serem identificados como peculiares ao tema da pesquisa.

Durante a coleta de dados da pesquisa, encontramos muitas negativas tanto de potenciais participantes como de profissionais que poderiam auxiliar na indicação de sobreviventes de suicídio de jovens, tornando árduo o processo de acesso aos sujeitos/colaboradores. As negativas ocorriam de forma direta e também indireta. Na colaboração de profissionais, as negativas eram de forma indireta, não respondendo às solicitações feitas, mesmo após a apresentação do projeto e exposta as justificativas da pesquisa, colocando dificuldades em fazer indicações ou até verbalizando desacreditar na possibilidade de ter pessoas enlutadas que concordassem em participar da pesquisa. Já entre as pessoas, potenciais participantes, alguns negavam diretamente, outros indiretamente, não comparecendo ao encontro marcado para entrevista, ou concordando em conversar, mas recusando que a conversa fosse gravada, ou ainda, aceitando inicialmente, mas mudando de idéia tempo depois.

Com relação aos referidos profissionais, apesar de lidarem com situações que envolvem suicídios, uma das possíveis interpretações é que o tema continua como tabu, ao não colaborarem para que o suicídio seja discutido abertamente, conforme a proposta desta pesquisa. Este dado vai ao encontro do resultado de Cavalcanti e al. (2012), em pesquisa realizada nas cinco regiões do país, que apontou que o suicídio é tabu também para a maioria dos profissionais das redes locais de saúde. Concordamos com Marquetti e Milek (2014) para quem o suicídio, assim como a morte e seus interditos, “é um evento repleto de significações,

que comporta vários discursos, reações, esquivas, defesas, racionalizações e negações” (p. 25)

Com relação à dificuldade de participação dos potenciais participantes, nos demos conta que essa dificuldade era marca do próprio processo do luto por suicídio no que ele porta de vergonha, lembranças associadas à culpa, de silenciamento e também de tabu. Cândido (2011) e Silva (2009) apontam que as pesquisas com sobreviventes enlutados por suicídios têm uma adesão muito baixa por parte dos enlutados. Cândido (2011) destaca que, pelo fato do luto por suicídio não ser estudado longitudinalmente, há lacunas do conhecimento desse fenômeno em suas mais diversas nuances, bem como do fato de haver alta taxa de recusa por parte dos convidados a participar das pesquisas sobre este tema.

Apesar de nossa intenção ser focar nos processos experiências pelos sobreviventes, consideramos importante destacar alguns aspectos dos jovens que cometeram suicídio.

A idade entre eles variou de 15 a 24 anos, dois deles entre 15 e 16 anos e cinco, ou seja, a maioria, na faixa de 21 a 24 anos. No que compete ao gênero, predominou o sexo masculino, com cinco deste gênero e apenas duas mulheres. Em relação à orientação sexual, dois jovens identificavam-se como homoafetivos e os outros cinco jovens não tiveram a orientação sexual destacada nas narrativas dos sobreviventes. Em relação à etnia, três jovens eram negros e os restantes, brancos. No aspecto ocupacional, uma era profissional de saúde e os outros seis eram estudantes: dois secundaristas e quatro universitários. Como modo suicídio, seis utilizaram o enforcamento e um a precipitação de altura.

Percebemos que a partir dessa caracterização, os jovens que se suicidaram estavam situados dentro dos grupos considerados de risco com a sobreposição de fatores, ou seja, além de ser jovem ter como fatores, variando entre eles: ser homem, negro, homossexual, isolado socialmente, profissional de saúde, conflitos familiares (Silva, Machado, Carneiro, Azevedo, Silva, Sá, & Mendonça, 2019). Importante ressaltar que a construção do risco se dá em

articulação com o social, logo não se trata de naturalizar características como potencial para o suicídio mas sim avaliar como esses atravessamentos de ser homem, negro, homossexual, isolado, profissional de saúde ou ter conflitos familiares podem contribuir para o adoecimento nesta sociedade, marcada por exemplo por estruturas machistas e racistas.

Em relação ao tratamento apenas quatro dos sete jovens receberam algum tipo de cuidado, sendo que um deles recebia acompanhamento psicológico na instituição em que estudava, dois deles faziam tratamento psiquiátrico e apenas um fazia tratamento psiquiátrico e psicológico. Os outros três jovens não faziam nenhum tipo de tratamento psiquiátrico / cuidado em saúde mental.

A seguir, é apresentado quadro com síntese das narrativas sobre o suicídio, relacionados aos respectivos participantes. Na apresentação dos trechos dos relatos dos participantes, os nomes dos participantes foram omitidos e substituídos pela letra “P”. Os números correspondem à identificação numérica de cada participante. O nome do jovem, quando for mencionado, será substituído por J.

Quadro 3. Síntese das narrativas sobre o suicídio apresentadas pelos participantes

Participante	Síntese das narrativas feitas pelos participantes
P1 (Ex-namorada, amiga)	Mulher jovem de 24 anos, alegre, trabalhadora, profissional da área da saúde, de orientação sexual homoafetiva. Sofria homofobia e pressão por parte da família para se relacionar afetiva e sexualmente com homens. Apresentava tristeza e tentava se fortalecer sozinha. Tentativas de suicídio anteriores. Sem acompanhamento médico e psicológico. Enforcou-se na casa de praia, enquanto a família dormia, após fazer uma postagem alegre numa rede social.
P2	Estudante universitário, 21 anos, interessado, dedicado no curso que fazia e muito pertinente nas observações que fazia em aulas. No semestre anterior ao suicídio, o rendimento acadêmico decaiu, com muitas faltas, abandono e

(Amiga)	reprovação em disciplinas. Pouco antes do Natal e de seu aniversário, suicidou-se no quarto, na casa que residia com a avó.
P3 (Amiga)	Estudante secundarista, 15 anos, frequentava uma escola de alto nível de cobrança de desempenho acadêmico. Estava em acompanhamento psicológico na própria escola. Residia com a mãe e não se relacionava bem com o pai, que morava em outro estado. Foi ameaçado pela mãe que, caso não fosse aprovado ao final do ano letivo, teria de morar com o pai. Saltou da terceira ponte.
P4 (Amigo)	Estudante universitário, 23 anos, negro, inteligente e reservado. Morava de favor com familiares. Sofria rejeição e preconceito por parte do pai, branco, que residia em outro estado. Ficou dias desaparecido, amigos e familiares mobilizaram redes sociais, afixaram cartazes pela grande Vitória e fizeram buscas por ele. Estava em acompanhamento psiquiátrico, as medicações o deixavam “aéreo e lento”. Foi encontrado nas buscas enforcado em uma árvore num local ermo.
P5 (Avó)	Estudante secundarista, 16 anos, ativo e praticante de esportes. Apresentou mudanças físicas e de comportamento tornando-se magro e apático, passou a ficar muitas horas utilizando computador. Ao final do ano letivo, foi à escola buscar o resultado das notas e ao voltar, esperou a mãe sair de casa. Nestes momentos, o avô estava no andar de cima da casa, longe do neto. A avó chegou do trabalho e saiu novamente; a mãe voltou e não encontrou o filho, ligando para os outros familiares que estranharam, pois o rapaz não tinha o costume de sair sem avisar. A família fez buscas na vizinhança e o jovem foi encontrado pelo pai enforcado no terraço com o fio da TV a cabo.
P6 (Mãe)	Estudante universitária, gerente de uma rede de farmácias de prestígio, 22 anos, vaidosa, sonhadora e dedicada. Fazia acompanhamento psiquiátrico e se automedicava com frequência. Estava há três meses afastada do trabalho

por depressão. Apaixonou-se por um professor, o relacionamento terminou. Saiu de casa no dia 10 de Setembro, dia mundial de prevenção ao suicídio e voltou chorando. Enforcou-se no boxe do banheiro do próprio quarto com um lençol.

P7
(Irmão) Estudante universitário, 24 anos, pessoa sensível e inteligente, homossexual, com dificuldades relacionais. Desempenhava vários trabalhos artísticos. Na noite anterior ao dia de finados, foi à roda de samba, tocou com o pai e o irmão do meio. Voltou para casa, chamou o irmão caçula (P7) para conversar e perguntou se ele o amava. Escutou a confirmação do amor do irmão, mesmo que brigassem, às vezes. No dia de finados, P7 foi ao cemitério gravar um documentário e voltou para casa para almoçar. Na hora da refeição, outros familiares chamaram o jovem para o almoço e, com sua demora, o irmão caçula foi chamá-lo e o encontrou enforcado na janela do quarto.

Abaixo, são apresentados os temas e subtemas resultantes da análise dos dados. Os dados analisados, conforme apresentados no Quadro 4 partiram do estudo de um eixo temático que, a partir da análise do discurso das narrativas dos sobreviventes, foram encontradas regularidades discursivas que delinearam subtemas. Assim, no Quadro 4, estão indicadas os temas e os subtemas delineados pelo núcleo de sentido do conteúdo das falas das participantes.

Quadro 4. Resultados: Temas e subtemas

Eixo temático	Temas	Subtemas
Vivências de sobreviventes ao suicídio de jovens	Processo de luto	Descrição do Jovem Último contato Descrição dos sentimentos
	Elaboração do luto	Sofrimento psíquico Buscar causas - culpar o outro Explicações Suporte e superação
	O suicídio e mudanças subjetivas	Mudanças Ações

5.1. Processo de Luto

Chamamos de processo de luto ao processo vivido pelos participantes ao entrarem em contato com a perda dos jovens por suicídio.

A seguir apresentamos o Quadro 5 com a síntese dos resultados discutidos neste tema.

Quadro 5. Síntese dos Resultados do Tema Processo de Luto

TEMA		SUBTEMA	
Processo de luto	Descrição do Jovem	Ativos, agradáveis e dotados de características admiráveis; Frágil diante de adversidades Ativos, mas que se tornaram frágeis emocionalmente.	
	Último contato	Tristeza do jovem Mudanças de comportamento Pedido de desculpas Comunicação prévia do propósito (de forma implícita)	
	Descrição dos sentimentos	Impacto da notícia	Paralisação e aniquilamento Decepção
		Culpa	O que poderia ser feito? Auto-acusação Culpabilização externa

5.1.1. Descrição do jovem

Ao narrarem sua perda, os sobreviventes, participantes deste estudo descrevem o jovem que se suicidou. Sendo parte de narrativas, estas descrições feitas desses jovens, são colocadas em um circuito afetivo que se sobrepõem às descrições objetivas, conforme nos lembra Walter Benjamin (1994). Dessas descrições emergiram três formas principais de

caracterização desses jovens que, para facilitar a discussão dividimos em três apresentações:

- 1) ativos, agradáveis e dotados de características admiráveis; 2) frágil diante de adversidades
- 3) ativos, mas que tornaram-se frágeis emocionalmente.

Na primeira apresentação, *ativos, agradáveis e dotados de características admiráveis*, as características apresentadas se opõem ao que se espera de pessoas que cometem suicídio, ou seja, pessoas com humor deprimido. De fato, há consistente associação entre quadros depressivos e ideação/ comportamento suicida (Silva et al, 2006), sendo considerado como fator de risco de suicídio entre jovens, segundo vários estudos (Kuczynski, 2014; Moreira & Bastos 2015; Rios et al, 2019). No entanto, estes jovens, assim descritos, destacam-se se por sua vivacidade e produtividade, como observamos nos relatos abaixo:

Muito animada, trabalhava muito, tava muito bem... Ela era uma pessoa nova, ativa
(P1)

A gente teve um evento no ano passado, ele tava na coordenação [...] e nossa primeira reunião eu me lembro muito de como ele foi pertinente em tudo que falou. E ai ele sempre muito preocupado, ele fez licenciatura e concluiu. (P2)

No entanto, é importante destacar que os sintomas depressivos podem variar com a idade e a depressão não diz respeito apenas ao humor deprimido e, dessa forma, jovens deprimidos nem sempre se encontram tristes (Ribeiro, nascimento, & Coutinho, 2010). Segundo Bahls e Bahls (2002), a depressão em adolescentes e jovens apresenta-se principalmente por meio de irritação e instabilidade de humor, podendo ocorrer crises de explosão e raiva, ao invés de demonstrarem ou queixarem-se de tristeza. Dessa forma, a referida caracterização dos jovens que se suicidaram feitas por alguns sobreviventes, não descarta a possibilidade de estarem deprimidos.

Em outro relato, P2, que conviveu no ambiente universitário com o amigo que se suicidou, ao descrevê-lo, enaltece seu desempenho acadêmico, assim como facilidades de interação e relacionamento com as pessoas e grupos.

Nas disciplinas ele sempre participou muito [...] ele todo gentil, educado, cumprimentava todo mundo, participativo nas aulas, não tinha timidez em externar o que ele entendia... (P2)

O relato de P2 traz admiração pelo jovem e a descrição de que era uma pessoa de boa convivência. Essa consideração se opõe à ideia de que o comportamento do jovem suicida é caracterizado pelo isolamento, pelo comportamento antissocial (Sampaio et al, 2000), sendo estes comportamentos de risco ao suicídio entre jovens ((Moreira & Bastos, 2015; Schlösser, Rosa, & More, 2014). Ao contrário, esse jovem, na visão de P2, tinha boa interação social, bons relacionamentos com os colegas, com professores e boa conexão com amigos, comportamentos estes considerados fatores protetivos ao suicídio de jovens (Moreira & Bastos, 2015).

No entanto, esse jovem e outros que fazem parte das narrativas deste estudo, fazem parte de um grupo, jovens universitários, que tem chamado a atenção quanto a altas taxas de sofrimento psíquico, principalmente, no que compete ao suicídio (Rios et al, 2019). Cassorla (2005) observa que pessoas com muito sucesso acadêmico e profissional podem, muitas vezes, portar uma grande exigência consigo mesmo e a medida que isso não é alcançado, diante de uma vida psíquica diminuída, podem não suportar e decidir pelo fim da vida

Trata-se de pessoas exigentes consigo mesmas, comumente com sucesso escolar, profissional ou científico. No entanto, têm dificuldades em lidar com as frustrações do mundo real, e quando se defrontam com elas inclinam-se a tomá-las como fracasso pessoal (Cassorla, 2005, p.4).

Para além das razões que levaram esses jovens ao suicídio, interessa-nos destacar que estas descrições positivas- proatividade, boa interação com o meio e bom desempenho acadêmico -, feitas pelos sobreviventes podem denotar um lugar de presença que, segundo Fukumitsu e Kovács (2016), seria uma forma de representar e resguardar as lembranças de momentos vividos com a pessoa que se suicidou.

Na segunda apresentação, *frágeis diante de adversidade*, os sobreviventes descrevem o jovem que se suicidou como uma pessoa frágil emocionalmente quando diante de problemas comuns da vida. P7 contextualiza as dificuldades do irmão no enfrentamento de problemas advindos da organização social contemporânea:

Meu irmão tinha dificuldades sociais, às vezes, apesar de ser uma pessoa muito amada, maravilhosa... ele às vezes tinha muita dificuldade de lidar, sabe? Relações interpessoais. (...) Agora, o que eu tava dizendo da sociedade é que a gente vive num período de muita... muitos atravessamentos, né? Concomitantes , num período de muitas cobrança de muita competitividade, de muitas informações, então é uma... a gente é tão sobrecarregado de cobrança, há uma cobrança, cobranças externas de pressão, de acúmulo de informação... acho que estamos vivendo numa sociedade muito ansiosa. (P7)

O relato de P3, por sua vez, mostra que o jovem é visto como alguém que tem dificuldades para enfrentar conflitos familiares que, para o participante, são próprios do momento de vida, da adolescência, comuns aos jovens e enfrentados por eles. Dessa forma, era um sentimento partilhado e situado também na campo da normalidade para aquele grupo:

Ele tinha alguns conflitos familiares que ele falava pouco, mas quando ele falava... eu, eu assim, eu encarava, eu era adolescente também então era como coisa da adolescência, eu já tinha conflito com meus pais ele tinha com os pais dele e os meus amigos também tinham conflitos [...] Ele tinha alguns conflitos familiares que ele

falava pouco [...] Eu tava... eu conseguia caminhar por caminhos diferentes com mais facilidade, mas ele não (P3).

Apesar de não utilizar o termo “fraco” ou “fraqueza” o trecho da narrativa de P3, traz o jovem identificado como alguém fraco diante de problemas passíveis de serem resolvidos, tendo como referência de comparação o próprio sobrevivente ou os colegas da mesma idade da época: “eu encarava [...] meus amigos também tinham conflitos [...] eu consegui [...] mas ele não”. Este discurso traz um tipo de crença social ligada a definições antigas que ainda relacionam o suicídio à fraqueza (fuga) ou à coragem (ato heróico), conforme aponta Scavancini (2018). Para a autora, “Se pensarmos em pessoas extremamente fragilizadas após o suicídio de alguém amado, ouvir que é um ato de fraqueza ou de coragem chega a ser cruel, porém reflete a visão da sociedade com relação a quem comete suicídio, a inabilidade de lidar com alguém em luto, e às necessidades de respostas, ‘matou-se porque era fraco’” (p. 99). No entanto, ao contrário da situação colocada pela a autora, a própria sobrevivente coloca o amigo como frágil para a construção de sentido do ato suicida. É importante destacar que P3 narra a interpretação que tinha sobre os fatos na época, antes do suicídio. Após o evento, sentiu que poderia ter valorizado a tristeza do amigo e os sinais emitidos por ele, bem como avalia a situação pela qual ele passava como diferente, que denominou como “abusiva”, como veremos na próxima subcategoria.

A dificuldade na resolução de problemas, relatada por P3 pode estar associada à depressão que, segundo Borges e Werlang (2006), tanto a doença como os sintomas – negatividade, desesperança, além da já citada dificuldade na resolução de problemas - estão associados ao risco de suicídio.

Da mesma forma, P4 conta que encarava com normalidade a fala do amigo trazendo as dificuldades do jovem para o âmbito do sofrimento cotidiano, inerente à existência

humana, mas percebe-se que no momento posterior ele reflete que o que o amigo dizia era diferente:

É, ele falava, ele repetia bastante que “ele tinha que ter matado um leão por dia” aí eu e um outro amigo meu próximo, a gente achava engraçado, ria, papeava, falava ‘é, isso aí mesmo, todo mundo’. Mas acho que para ele tinha um peso mais diferente, quando ele falava de um jeito bem descontraído, não dava para ver o peso que isso tinha para ele.(P4)

Ainda em relação à descrição do jovem, a terceira apresentação, *ativos, mas que se tornaram frágeis emocionalmente*, os sobreviventes ressaltam a transição pela qual o jovem passou que culminou na morte por suicídio.

J. gostava de tequila, J. tinha dia que ia para a UFES retrô, no dia seguinte ia hippie, no dia seguinte a J. ia estilo folgada, nunca gostou das festas na UFES, aprendeu a cozinhar, a gente brigava, mas era a minha melhor amiga. J. começou o menor aprendiz aos quatorze e não parou mais, sempre foi muito responsável. [...] Sempre foi uma menina inteligente, tranquila, mas nos últimos três meses, antecedendo ao suicídio, J. teve umas mudanças bem assim, estranhas, já não era assim, mais assim, estava bem agressiva. (P6)

Nossa, pensa em um menino inteligente [...] Coloquei ele no Karatê e aí, minha filha, foi show de bola ele foi... dos quatorze, treze anos ele entrou, até os quinze anos ele foi ganhando medalhas, foi passando de faixa. [...] E ele ia com os meninos para festas é, assim, não bebia nada, nada, única coisa que eu sei é que ele não gostava de jogar bola, ele fazia karatê, fazia inglês, era maravilhoso e muito inteligente.[...] Aí nisso eu vinha do trabalho e ele... e eu to vendo ele perdendo peso, emagrecendo sabe, o olho muito fundo. [...] (...) ele estava com as notas dele baixas. Abaixando tudo as notas dele. (P5)

Assim, contam um momento anterior em que a pessoa era ativa diante da vida e marcam uma fase posterior, próximo da morte, em que passam por um processo de um fechamento, com características mais depressivas. Importante ressaltar que mesmo os sobreviventes que perceberam a mudança e presença de tristeza nem sempre imaginaram que o desfecho seria a morte por suicídio, alguns só conseguem fazer essa análise prospectivamente quando buscam dar sentido ao ato. A percepção dos sobreviventes P5 e P6 colabora com visão que o suicida apresenta mudanças de comportamento, porém não notaram sinais de que os jovens pensavam em dar fim à vida. Costa e Spies (2014) destacam que a presença de agressividade é frequente entre suicidas, que pode ser direcionada inclusive para outras pessoas, conforme relata P6. Para Fukumitsu e Kovács (2016), o trauma diante do suicídio vai muito além e envolve o comportamento suicida. Apesar dos participantes relatados nesta subcategoria não terem referido comportamento suicida aos seus entes, seus relatos trazem a preocupação, a exposição por certo tempo ao sofrimento psíquico, mesmo que o jovem em seu convívio não externasse planos de morte ou tentativas de suicídio.

5.1.2 Último contato

Os últimos contatos correspondem aos últimos tempos de vida dos jovens, são narrados pelos participantes, trazendo algum destaque a esses momentos. É importante considerar que o método utilizado nesta pesquisa, entrevista narrativa, não se utiliza de indução com perguntas pelo pesquisador e, no caso, o último contato foi trazido espontaneamente pelos sobreviventes, na composição de suas narrativas. Isso traz a importância que este momento teve na história vivida com o jovem que se suicidou. Entendemos o fato da cena do último contato com o jovem estar presente, ocupar lugar de destaque na narrativa, como uma necessidade enfrentada pelo sobrevivente em entender o

ocorrido, assim como ocorre com os enlutados que têm a necessidade de entender a ausência da pessoa amada. (Fukumitsu & Kovács, 2016).

P5 e P3 trazem a narrativa desse último encontro para o cotidiano vivido com os jovens. No entanto, lembram de algumas diferenças das rotinas dos jovens, neste dia, e destacam atitudes dos rapazes que denotam tristeza:

(...) Eu descii, eu falei: “ô meu filho, bença vó”, eu falei, eu falava “bença vó” com ele todos os dias, aí ele: “bença vó”. Triste... eu lembro como se fosse hoje. Ele com um chapeuzinho, um bonezinho... eu tinha dado esse chapéu para ele até de marca, eu dei o boné para ele, ele usava sempre para trás. Ele botou o bonezinho assim. Eu falei: “você não foi com seu avô, com sei pai não?”. Ele falou: “não vó, hoje eu vou mais tarde, eu vou chegar mais tarde um pouquinho, na escola”. Eu falei: “está bom meu amor, vai com Deus, cuidado atravessar a rua, tá?”, ele falou: “tá vó”. Ele até deu um sorriso, ele sempre ficava: “tá vó, está bom vó”. Menina, beleza, foi a última vez que eu o vi, com vida. (P5)

E aí neste dia quando ele chegou sentou no meu colo. Ele sentou no meu colo ficou sentado lá e eu continuei conversando com os outros colegas, assim. Passou um tempo, ele levantou, lembro que tinha continuado de cabeça baixa porque tinha tirado nota baixa, mas como todo mundo tirava nota baixa, eu também tirava. Mais uma vez eu não dei muita atenção, e aí ele saiu e foi embora. (P3)

Para P1, diferente de P3 e P5, a tristeza de sua amiga foi explicitada verbalmente por ela neste último contato:

Eu tinha conversado com ela um mês atrás, por “Whatzapp” mesmo, porque eu tinha achado uma cola de prova dela, na época, e mandei foto com “olha o que achei aqui”. Nem percebi que ela não tava bem, mas achei que fosse uma coisa... sabe a gente nem sempre fica bem, é isso e tá tudo bem assim... Ela falou que tava muito

triste, muito chateada. Eu falei: “quer conversar? Tenta fazer algum esporte vai te ajudar”. É, mas eu não sabia, né? Aí um mês depois mais ou menos, ou um pouco mais, aconteceu. (P1)

Nestes relatos, assim como na descrição dos jovens, na subcategoria anterior, mesmo os sobreviventes que perceberam a presença de tristeza, ainda que esta seja um dos fatores de risco para suicídio de jovens, nem sempre imaginaram que o desfecho seria a morte por suicídio. Mais uma vez, ressaltamos que alguns só conseguem fazer a análise que leva à presença de tristeza, prospectivamente, quando buscam sentido ao ato. A tristeza dos jovens, nestes casos, completa um sistema explicativo para dar sentido ao suicídio.

No próximo relato, na despedida do amigo, antes do suicídio, o jovem pede desculpa, o que é interpretado pelo sobrevivente como um pedido de desculpa por desistir da vida.

*(...) a gente foi para um encontro [atividade do curso de graduação] foi no ônibus [...], todo mundo bebendo à vontade, e ele já estava meio aéreo, meio estranho, assim. E na volta, ele ficou perto de uma cidade para ficar em Brasília para ver o pai dele. Aí ele saiu não se despediu do ônibus, aí eu desci, fui lá, me despedir dele. Aí ele começou a pedir desculpa a falar: “foi mal, me desculpa aí”. Aí eu falei: “O quê? Não aconteceu nada. Não tem problema, você só indo embora para ver seu pai”. E ele: “não, desculpa aí”. **E meio simbolicamente estava tipo muita nuvem, era um lugar que estava muito branco de neblina assim e ele pedindo desculpa, foi muito estranho** [grifo nosso] , aí eu voltei para o ônibus meio incomodado. E foi pouco depois que ele se matou. Eu acho que era porque ele já estava pensando em fazer isso. Ele já estava meio se despedindo assim. Pedindo desculpa, sei lá, pelo jeito dele né: “desculpa aí por eu ter desistido”, assim ou pelo que a galera vai sentir falta, alguma coisa assim. **Ele era sempre bem humano** [grifo nosso]. (P4)*

Os pedidos de desculpas são comuns em cartas, bilhetes deixados por suicidas a seus entes. Segundo Cremasco e Brunhari (2009), esses pedidos costumam ser de desculpas pelo suicídio e/ou também de desculpabilização, ou seja, des-culpam aqueles que poderiam se culpar pelo ato. Aqui, para além das intenções do jovem, para P4 a cena de despedida vem envolta de detalhes - muita nuvem, muito branco, neblina – que parece compor uma cena onírica, em que refere ter um simbolismo, conforme grifado no relato. A estranheza da cena é uma prévia do que viria, contudo permanece como um pedido póstumo de desculpa que, para P4, reforça o bom caráter do jovem.

O estudo de Sena-Ferreira et al (2009) aponta que na maioria dos casos de suicídio, encontram-se evidências de comportamentos anteriores ao ato, que podem ser interpretados como uma comunicação prévia do propósito autolesivo. Estes comportamentos variam podendo ser mais sutis em relação à intencionalidade suicida, como mudanças de comportamento, pedidos de desculpa e de perdão aos familiares, pequenos bilhetes, etc. ou mais diretos e incisivos, como a aquisição de objetos característicos como cordas, escadas, armas de fogo.

A filha de P6, antes de suicidar-se, presenteia a mãe com diferentes objetos:

Ela me deu esse livro ["Queria ver você feliz" da autora Adriana Falcão, que trata sobre suicídio], me deu um cartão, e me deu uma blusa, o cartão tinha, tem um chocolatezinho assim, nunca abri, nunca comi, a blusa, eu acho que eu usei umas duas vezes mas eu fique com medo da blusa rasgar, acabar, então eu tenho aquilo ali, a sacola que ela comprou, colocou tudo está ali ainda, então eu tenho algumas coisas que... tá ainda em processo. (P6)

O irmão de P7 o chama para conversar:

Ele me chamou pra conversar no quarto dele, perguntou se eu o amava... eu falei que amava e tal é... mas ele tava mal assim não tava bem (...) ele meio que se despediu de

quase todo mundo da família próxima de alguma forma e ... se enforcou. Mas antes ele foi no samba com meu pai, ele encontrou com meu outro irmão, ele tocou com meu irmão e meu pai. (P7)

Nos relatos de P6 e P7 trazem ações prévias ao suicídio que denotam premeditação do ato. No entanto, na emissão de sinais como os relatados pode estar um pedido de ajuda, de intervenção, que o impeça de cometer o suicídio. Para Werlang (2004), a pessoa busca a morte ao mesmo tempo em que espera a intervenção de alguém, estando ambivalente em relação ao suicídio e, por isso, emite sinais de sua intenção. No entanto, nem sempre é possível perceber esses sinais:

Eu nunca percebi que ele tivesse qualquer vulnerabilidade emocional, eu nunca percebi [...] eu to enfatizando isso porque eu não percebi em momento nenhum e eu costumo ser muito observadora, muito atenta (P2)

Acho que era isso, mas o que eu achei bem marcante talvez a gente deveria ter percebido foi a época que ele deixou de ser... teve uma época que ele deixou de ser o J., é... não sei se foi a época que ele começou a tomar remédio, não sei se foi por isso... ou se foi pelo estado mental que ele estava ou se foram as duas coisas mas teve uma hora eu ele deixou de ser J, ele ficou aéreo, ai ele já não dava... ai ele já não era mais muito vivo, acho que ele já tinha morrido um pouquinho ali naquela hora. Já não.... (P4)

(...) ela falou assim, “vocês ainda vão se arrepender”. Só que minha mãe nunca acreditou, eu acreditava no que ela podia fazer. Eu... eu sempre da minha forma, assim, eu tentava sempre... cercar... se ela saía... ela chorava. É.... agora por um outro lado ninguém imaginou que ela fosse suicidar então é (...) (P6)

Podemos observar nos relatos que os jovens não manifestaram explicitamente o desejo de findar com vida. A interpretação dos sobreviventes é feita retrospectivamente. Os

relatos mostram que, na época, não conseguiam ter clareza do que se tratava, da gravidade da situação, o que muitas vezes pode colaborar para culpa pois se questionam se poderiam ter feito algo diferente que alterasse o resultado que culminou com o suicídio.

Segundo Costa e Souza (2017), a falta de informação acerca do que acontecia com a pessoa no momento em que se matou parece ser um dos aspectos que trazem maior sofrimento ao sobrevivente. Destacam que um elemento constante contido no relato dessas pessoas é se martirizar por não perceber os sinais que levariam ao suicídio. Em pesquisa realizada com familiares de pessoas que cometeram suicídio, a ideia de terem sido incapazes de perceber as alterações de comportamento prévias ao suicídio é algo que martiriza o pensamento dessas pessoas (Costa & Souza, 2017).

A falta de percepção ou valorização de sinais que indicassem a possibilidade de suicídio como, por exemplo, banalização da tristeza apresentada pelo jovem, pode ser um fator que contribua para a sensação de culpa ou raiva experimentada pelo sobrevivente. Esses sentimentos constituem aspecto de extrema importância para o cuidado de posvenção, ou seja, uma intervenção que visa diminuir as sequelas deixadas pela morte por suicídio (Fukumitsu, Abilio, Lima, Gennari, Pellegrino, & Pereira, 2015). Os sobreviventes, quando não acolhidos, podem se autopunir, isolando-se, deprimindo-se, descuidando da saúde ou usando de álcool e outras drogas de forma abusiva, evitando lidar com a dor (Osmarin, 2016).

O sofrimento psíquico e o risco de suicídio nem sempre se manifestam como tristeza ou sintomas negativos como embotamento afetivo ou rebaixamento do humor, principalmente em jovens (Bahls & Bahls, 2002; Ribeiro, Nascimento, & Coutinho, 2010). Pode ocorrer uma mudança de comportamento ou um ato transgressor, como exemplificado no caso do jovem, amigo de P3:

Ele tentou chamar atenção de outras formas antes disso, ele, lembro que ele furtou uma loja uma vez e a gente esta saindo duma loja...eu fiquei brava com ele... nossa,

briga feia na loja... o segurança, não sabia que tinha feito isso né? e aí eu fui levada pelo segurança junto com ele e aí eu fui o cainho inteiro brigando com ele (risos) e tal, aí era o jeito dele chamar a atenção e aí com certeza que era para chamar atenção porque ele furtou uma coisa que com certeza seria pego. Uma pulseirinha de dois reais (P3).

Na totalidade da narrativa de P3 compreendemos que o adolescente em questão estava indo mal na escola e demandava cuidados direcionados à mãe, apresentando comportamentos transgressores como furtar, com a intenção de ser notado, ainda que de maneira pejorativa. Alberti (2004), ao discorrer sobre o adolescente e o Outro afirma que, nesse período, é preciso que o adolescente se afaste do adulto que o tutela e não o contrário, ou seja, que o adulto responsável não decline dessa posição, como no caso do amigo de P3 em que era ameaçado pela mãe em morar com o pai em outro estado.

Há que se ponderar que os sobreviventes são pessoas que mantêm laços de afinidade, amizade ou parentesco com o suicida, e não observam seus entes queridos com o mesmo olhar que um profissional de saúde mental. No entanto, o relato de P4 amplia essa discussão ao trazer a forma de relação entre as pessoas, o modo de vida contemporâneo que promoveria laços afetivos menos atentos, um imperativo de produção com prejuízo das relações socioafetivas:

É mas o nosso modo de vida acho também que é muito frio, né? A gente é cada vez mais levado a não perceber tanto o outro. A gente tem uma monte de coisa pra fazer para ficar correndo, um navio de informações e a gente não se percebe muito e as vezes esse sinais que a pessoa já tá dando passam completamente despercebidos as vezes a pessoa tá gritando do jeito dela mas ninguém ouve porque tá todo mundo meio surdo, né? (P4)

Diante da perda e do não notar os sinais, P7 define essa experiência como um “buraco existencial”, pois não suspeitava da possibilidade do suicídio, necessitava elaborar a perda do jovem e sente que a sociedade espera que as pessoas próximas impeçam o ato.

É isso parece que a fica num buraco existencial muito difícil de lidar, fora que além da gente lidar com a própria tristeza de perder a pessoa, a gente ainda lida com a pressão social, sabe?(P7)

O suicídio é um tema que incomoda subjetivamente e, por isso, algumas pessoas, como mecanismo de defesa, neguem se aproximar do tema. Assim, pode ser que os participantes tenham notado as mudanças comportamentais, como descrevem, mas não conseguiram traduzi-las como sinais de risco de suicídio. Ou seja, a questão não passaria pela falta de atenção aos seus entes, mas na dificuldade de reconhecimento dos riscos. Além disso, os sinais podem se apresentar de forma distorcida, pois mesmo as pessoas em ideação suicida apresentam ambigüidade nas ações, mascarando suas intenções, como o jovem irmão de P7 que, antes do suicídio, foi ao samba e tocou.

Há esforços de campanhas psicoeducativas para identificação e tratamento precoce do comportamento suicida, mas há que se reconhecer que é necessário um cuidado para não supervalorizar a ação das pessoas próximas. Sabe-se que nem todos os suicídios são evitáveis, por mais que a rede de suporte esteja presente e articulada uma vez que acontecem suicídios até mesmo em hospitais.

O suicídio é um fenômeno complexo com fortes componentes de ambivalência e impulsividade (Schlösser & Rosa, 2014) e nem todo suicídio é fruto de um plano estabelecido, logo não há garantias de que todos esses comportamentos já eram sinais. No entanto, esses sinais estão presentes nas narrativas de alguns participantes:

P6 ganhou um livro que falava sobre suicídio, mas não conseguiu ler e acredita que esse já era um sinal do eminente suicídio,

Agora a história é trágica, e é sobre suicídio. A história original mesmo é bem trágica, aqui ela colocou de uma forma mais leve, é tanto que eu pesquisei, eu acho que eu não tive força, acho não, tenho certeza, eu não tive força de ler o livro justamente porque eu pesquisei sobre o que era antes, que eu tenho esse hábito. (P6)

P7 conversou com o irmão no dia anterior e pode dizer que o amava. Importante também ressaltar que o suicídio ocorreu após um momento de melhora do jovem em que o irmão não acreditava que fosse acontecer algo, pois ele inclusive havia saído e tocado. Não imaginava que o irmão, ao sair do estado de apatia em que se encontrava, pudesse se suicidar.

Por isso que eu to falando que pegou todo mundo muito de surpresa, porque tava todo mundo inclusiva falando “nossa... ele tá recupenrando” e depois descobrimos que é normal o suicida... os suicidas às vezes eles tomam o impulso da melhora para criar coragem, né? (P7)

Essa condição é um risco, principalmente, para pacientes que estão em tratamento com antidepressivos (Botega, 2015), como era o caso do irmão de P7, mas constitui uma informação técnica que, no momento, o participante desconhecia. :

Eu falei: “irmão não fica triste, eu te amo, tá tudo certo... a gente briga às vezes mas tá tudo certo e tal...” e aí falei: “eu preciso dormir porque amanhã vou acordar muito cedo pra gravar e tal...” (P7)

5.1.3 Descrição dos Sentimentos

Neste subtema, estão sistematizados os resultados sobre os sentimentos, sendo abordados os sentimentos descritos pelos sobreviventes, em suas narrativas, como o impacto da notícia e a culpa.

A morte por suicídio está inserida entre as mortes não esperadas diferente das mortes por doenças graves como câncer, em que os enlutados começam o processo de luto

antecipatoriamente, também não está incluída nas mortes súbitas como acidentes e assassinatos, porque, com frequência dá sinais mesmo que não notados pelos enlutados. Assim a notícia da morte por suicídio ocupa um lugar diferenciado das demais e evoca a necessidade de uma busca por compreensão racional maior como: saber as condições em que ocorreu; o que motivou ou que aconteceu antes. Os enlutados que encontraram o corpo do jovem podem ter seu luto agravado, pois a estar exposto a tamanha violência constitui um trauma (Moura, 2006)

Segundo Kovacs (2008), local destinado à morte, na atualidade, é o hospital. Não se morre mais nas casas ou junto dos familiares e amigos. Geralmente, quem comunica a notícia é o médico. O suicídio subverte essa lógica, mostra-nos o real da morte, ultrapassa a barreira do público e privado, atrai olhares para a cena e, no lugar de respostas, há perguntas (Marquetti, 2014).

A maioria dos participantes foi avisada por outras pessoas. Os sobreviventes familiares, ou seja, a mãe, avó e o irmão (P6, P5 e P7), tiveram contato com a cena do suicídio, com o corpo do jovem falecido e com os órgãos acionados como a Polícia, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e posteriormente com o Instituto Médico Legal (IML).

Dos entrevistados, apenas P5 suspeitava que “*algo ruim*” (sic) poderia acontecer no dia da morte e P6 que pensava na possibilidade da filha cometer suicídio. Os entrevistados descrevem esse momento como inesperado, o que provoca paralisação diante da notícia na maior parte deles, bem como dificuldade de assimilar a notícia e passá-la adiante.

É... todos os sinais já tinham sido claros mas eu não conseguia ver os sinais disso, né? Eu achei que era uma piada pelo telefone e tal, mas depois tinha recebido uma mensagem falando que era isso mesmo. (P3)

E... eu não conseguia chorar, eu não conseguia chorar. Daqui a pouco chegou o rabecão, que quando eu cheguei na casa da minha mãe, já tinham feito né, os primeiros socorros, aquela coisa toda assim. (P6)

Segundo Moura (2006), esse período de negação da morte, essa dificuldade de assimilar que a pessoa em questão morreu é comum e costuma ocorrer do momento em que recebe a notícia e pode perdurar por algumas semanas. Segundo Rangel (2012), o sentimento de irrealidade e choque diante de uma morte violenta, repentina e, principalmente, decorrente da ação humana, como no caso do suicídio, faz com que comumente haja o atraso do luto, pela dificuldade de assimilação da informação da morte.

Os relatos de P1, P5 e P6 indicam uma identificação com os jovens, vítimas de suicídio:

Ai foi assim na hora que aconteceu foi como se eu tivesse parado também. Ai meu mundo caiu, foi foda, caiu demais. (P1)

A nossa vida foi... transformou assim em nada, em nada mesmo, não tinha mais alegria (...) A gente, eu, eu, o que eu fiz, a minha vida, eu comecei a pensar em me suicidar, e eu me suicidar (...) eu fui a trinta e sete quilos, trinta e sete quilos. Não, eu, eu não, para mim eu não existia. (P5)

“Mas quando eu, me chamaram para reconhecer o corpo, ali eu vi que parte de mim tinha ido embora. Aí todo o meu mundo, todo o meu mundo foi assim, caindo bem lentamente, bem lentamente..(P6)

Essa identificação é comum na perda de alguém com quem se tinha um forte vínculo. Para Meireles (2016), quando morre uma pessoa amada, para a outra pessoa, há uma morte, mesmo que simbólica, da representação do que era em relação à pessoa que morreu. Isto porque os amigos, familiares e cônjuges nos ajudam a dar coesão à noção de personalidade e

na falta do objeto de apego pode haver uma desorganização psíquica do sobrevivente (Meireles, 2016).

P7, em contato com o suicídio do irmão, experimenta sentimentos de aniquilamento:

Eu primeiro achei que eu não ia resistir, achei que meu coração tava completamente destruído (chora) e eu achei que eu não ia resistir. (P7)

Desespero foi outro sentimento relatado pelos participantes:

E Eu, eu comecei a gritar ali fora. E nisso, a nossa vida acabou. A nossa vida foi... transformou assim em nada (P5).

Aí, foram gritos e gritos, gritos e gritos... acho que foram uns seis homens para me segurar para me tirar, eu me debrucei em cima do corpo dela. (P6)

Para a maioria dos participantes, a notícia foi inesperada, provocando uma série de reações como no relato da P3:

E aí na hora eu acho que eu tive uma crise de risos, chorando muito, não sei por que estava rindo, não faço a menor ideia até hoje. E aí depois eu comecei a ficar desamparada é... Primeiro a surpresa, foi a surpresa mesmo um choque de não acreditar nisso, teve a crise de riso, depois a raiva depois veio por último a tristeza. Eu acho que foi mais ou menos isso. (P3)

Importante destacar que, além de sentimentos esperados como tristeza, no relato comparece a raiva. Para Nunes, Pinto, Lopes, Enes e Botti (2016) a raiva pode ser motivada por várias causas, entre eles, a raiva dirigida a si mesmo por não ter percebido e feito algo e ao suicida, por ter abandonado o sobrevivente, por não ter pensado nele e por ter pedido ajuda de maneira assertiva.

Decepção foi outro sentimento que compareceu no contato com a notícia da morte do jovem, como podemos observar no relato de P4:

*Ah, no começo eu fiquei meio decepcionado né? Com o J. por achar assim que ele não suportou, ele fez uma coisa que é muito praticado, né? No mundo... entre os negros, os escravos, com escravos rebeldes, né? E no começo eu fiquei achando que ele fez pelo lado contrário, **ele se entregou**...[grifo nosso] (P4)*

Na fala de P4, a decepção advém da desistência do amigo – “ele se entregou” - diante de alguma dificuldade. O participante faz menção à etnia do amigo, que era negro, ao falar dos escravos rebeldes os quais se suicidavam para não se entregar, alegando que o amigo fez o contrário: entregou-se cometendo suicídio. Segundo Borges e Werlang (2006), a desistência ocorre, em indivíduos mais desesperançosos ou depressivos, quando sentem uma angústia insuportável diante de um problema. Mais uma vez, a ideia de fraqueza diante a resolução de problemas vem atrelada ao suicídio.

No entanto, em sua própria narrativa, passou a ser condescendente em relação ao suicídio do amigo, tentando respeitar os sentimentos do jovem, o sofrimento que, por não ter acesso/dimensão, não o caberia julgar:

Depois eu passei a imaginar aquilo dali eu não sabia o que tava isso para ele, né? Eu não posso, eu acho só falar da minha própria vida não tem como saber o que ele tava experimentando. Ai eu meio que aceitei porque era só isso que dava pra fazer mas fiquei um pouco decepcionado... acho só tô um pouco até hoje. (P4)

Os diferentes sentimentos manifestados pelos participantes diante o impacto da notícia vão ao encontro da afirmação de Câmara (2015) a qual traz que a elaboração do luto necessita de tempo e recolhimento. Eles levam o sujeito a ter contato com sentimentos mais variados em relação ao ente perdido.

Um sentimento que se destaca, por estar presente em várias passagens nas narrativas dos sobreviventes é a culpa.

Um sentimento de culpa, mas me perguntei muito e às vezes eu ainda penso o que é que a gente podia ter feito, assim? (P2)

Então, eu, eu imagino assim, porque, o que é que aconteceu? Onde nós erramos? Em uma semana antes, para você ter uma ideia eu estava... aí eu fui lá embaixo né e ele estava na sala, ele chegou perto de mim e falou assim, ele me abraçou, ele falou assim: “vovó, você me desculpa?”. Sem mais nem menos, uma semana antes. (P5)

Então, eu senti uma culpa muito grande por ele ser tão próxima a ele, como é que eu tinha deixado ele de lado nesse período assim. Eu sei que é, eu não tinha como adivinhar o que estava acontecendo, mas ao mesmo tempo, talvez se a gente tivesse sido mais presente ali, se... eu pudesse... eu poderia ter passado os sinais para a mãe dele por exemplo, porque eu tinha contato com ela, poderia ter falado algumas coisas para ela. (P3)

A culpa se dá de maneiras diferentes, como pudemos notar nos relatos acima. P2 e P5 manifestam questionamentos a respeito do que poderiam ter feito, mas não conseguem identificar qual ação caberia a elas para evitar a tragédia, enquanto P3 supõe algumas atitudes que poderiam evitar o suicídio do amigo.

É comum os sobreviventes se autoacusarem e experimentarem culpa no processo de luto por suicídio. Na busca pelas causas, costumam a simplificar o processo do suicídio e ligá-lo a uma causa direta, que muitas vezes leva a autoacusação pelo ocorrido, trazendo a culpa e a angústia (Figueiredo & al, 2012). Se por um lado, a culpa se constitui um importante fator de risco para suicídio entre os sobreviventes (Fukumitsu & Kovács, 2016), por outro lado, a culpa faz parte do processo de luto dos sobreviventes que, neste processo, passam a compreender e aceitar a perda pela diferenciação da sua própria vivência em relação ao suicídio (Miranda, 2014).

Além disso, existe o estigma que envolve o suicídio:

Fora que além da gente lidar com a própria tristeza de perder a pessoa, a gente ainda lida com a pressão social sabe? (...) Particularmente e pessoalmente é difícil de lidar... Fora a pressão social (...) Ainda mais numa sociedade católica que o suicídio é visto com muito maus olhos para igreja né? Então acaba tendo uma pressão social muito forte também. (P7)

Os familiares das pessoas que cometem suicídio podem ser julgados e ouvir que não foram capazes de perceber os sinais do suicídio de seu ente, ou que são julgados doentes ou loucos por causa do suicídio (Fukumitsu & Kóvacs, 2016). Santos, Campos e Tavares (2015) apontam que o luto por suicídio tem características peculiares, uma vez que os sobreviventes estão mais propensos à estigmatização e à necessidade de omitir a causa da morte. Para Miranda (2014), o estigma e pacto de silêncio contribuem para o luto patológico, uma vez que os enlutados não recebem o conforto que gostariam e podem também não buscar ajuda em sua rede por temerem julgamentos, bem como por respeito ao morto, colocando o sobrevivente em um processo denominado de autoestigma.

Outra questão de destaque em relação à culpa refere-se à responsabilidade, a posteriori, que os sobreviventes assumem em relação à prevenção que deveria ter sido feita. Como já discutido, a detecção da ideação suicida é o primeiro passo para a prevenção do ato (OMS, 2003). O discurso da prevenção, na tentativa de sensibilização das pessoas para os fatores de risco e sinais pode projetar a responsabilidade pelo suicídio aos que estão no entorno (Rosa, Oliveira, Arruda & Mathias, 2017). Essa falta de detecção dos sinais do suicídio é um dos fatores que traz culpa a alguns participantes, conforme relato de P3:

Eu poderia ter passado os sinais para a mãe dele, por exemplo, porque eu tinha contato com ela, poderia ter falado algumas coisas para ela. (P3)

É depois disso todo mundo passou a, todo mundo assim a gente da [nome do curso de graduação] passou a observar melhor esse tipo de coisa, se as pessoas tão dando esses sinais ou não, que tão passando essas dificuldades. (P4)

Alguns autores apontam que o suicídio pode ser direcionado a alguém quando o indivíduo deseja se vingar de outra por meio de sua morte (Cassorla, 2004; Lacadée, 2011; Fukumitsu & Scavacini, 2013). Na busca por explicações pelo ocorrido, alguns sobreviventes chegam à vingança como possível causa do suicídio, reforçando o processo de autoacusação e culpa:

Se eu olhar por alguns pontos, eu até concordo... J. poderia se vingar de mim por eu não ter dado um pai, J. poderia querer se vingar por ter que trabalhar e estudar ao mesmo tempo. (P6)

5.2. Elaboração do luto

Como discutido anteriormente neste trabalho, adotamos o termo “elaboração de luto” ao nos referirmos ao período em que ocorrem os fenômenos de enfrentamento da perda e de elaboração da dor decorrentes deste luto, conforme definido por Kaplan, Sadock e Grebb (2003).

No processo de elaboração do luto, os sobreviventes apresentaram, em suas narrativas, a dor e tristeza que indicam propensão a algumas formas de sofrimento psíquico. Além disso, apresentaram um movimento de buscar causas e culpar outras pessoas pelo ocorrido, muitas vezes, com raiva expressa direcionada a elas. Fez parte deste processo, também, a tentativa de compreensão por meio de explicações racionalizadas, criando uma distancia entre o evento e eles mesmos. Completando a narrativa dessa tarefa do luto, os sobreviventes relataram suporte que tiveram nesse processo e superação alcançada.

A seguir apresentamos o Quadro 6 com a síntese dos resultados discutidos nesta categoria.

Quadro 6. Síntese dos Resultados do Tema Elaboração do Luto

TEMA	SUBTEMA
ELABORAÇÃO DO LUTO	Sufrimento psíquico
	Sinais de processo depressivo
	Desejo de morte / comportamento suicida
	Buscar causas - Culpar o outro
	Explicar
	Suporte e Superação
	Isolamento
	Rede social
	Religião
	Trabalho

5.2.1 Sofrimento psíquico

Entre os participantes, destacamos duas formas de lidar com o luto que identificamos como sinais de processo depressivo, entre eles: diminuição das relações socioafetivas/prejuízos acadêmicos e profissionais, o desejo de morte/comportamento suicida

Olha, eu acho que eu entrei um processo depressivo também.(...) Fiquei mal, fiquei um ano meio, dois anos muito mal. Não conseguia sair de casa, só dava conta de trabalhar , não conseguia me distrair. (P1)

É... teve uma época que eu desanimei pouquinho pois eu já estava desanimada de estudar e acaba desanimando de tudo, né? Reprovando, estava sendo reprovada, eu acho que a causa principal foi essa e mais contribuiu para a falta de vontade é... a

minha família acabou ficando abalada e aí... Eles até passaram a ofertar acompanhamento psicológico, eu recusava, eles insistiam muito [...] E eu não fiz. Então eu fui me culpando só... Eu senti raiva e depois muita tristeza, muita tristeza e aí foi quando se torna uma tristeza muito grande que eu comecei o processo meio que não tentava melhorar, mas “superar” assim o acontecido. (P3)

Os relatos de P1 e P3 demonstram reações depressivas, resultado do impacto do suicídio de alguém próximo, pode ter na vida dos enlutados. Diante do trabalho de luto, certo desinteresse e retraimento em relação ao mundo externo são esperados (Freud, 1917). As pessoas em torno, muitas vezes, não esperam por isso e é comum que se passe um tempo com sentimentos de tristeza e apatia típicos da depressão (Mello, 2000).

Aqui também se destaca o uso do álcool como uma forma de anestesiar a dor experimentada na perda

Eu me lembro que cada vez que eu pegava aquela certidão de óbito eu tinha uma crise. Ali, dali para cá... eu tomava assim...remédio com bebida, eu queria que aquela dor passasse, que aquela, que aquela coisa toda ruim passasse. (...) Mexe comigo, chorei bastante, bebi várias vezes (...)Não me alimento corretamente ainda, sei que eu não posso beber, etílico né, álcool. (P6)

Além disso, os sobreviventes fazem parte do grupo que apresenta risco para luto complicado e, também para o risco de suicídio (Santos, Campos, & Tavares, 2015). P1 destaca que após perda por suicídio, passou a desejar a própria morte, mesmo de forma indireta, como relatado por ela:

Não vou dizer que eu queria me matar também, mas eu tinha atitudes que... Eu queria morrer, mas não queria me matar, sabe assim? Eu ficava atravessando a rua devagarzinho, tipo aí, vai que alguém me mata aqui também? Então foi bem, bem problemático. (P1)

Ao contrário de P1, que manifestava desejo de morrer, mas não apresentou ideação suicida, P5 e P6 manifestaram comportamento suicida de forma explícita.

Eu dei uma carreira, que eu dei, que eu fiquei com o peito no parapeito do terraço, porque eu não sei, eu corri para mim pular, para mim pular lá de cima, porque eu falei: “a minha vida acabou... Não, eu, eu não quero viver mais” [...] Eu comecei a pensar em me suicidar, e eu me suicidar, eu não, assim, aí nisso, no mesmo dia que eu fui para o hospital, meu filho que mora lá em Guarapari, do hospital ele já me levou para a casa dele, eu e meu esposo, minha nora, e meu neta. Eu fui a trinta e sete quilos, trinta e sete quilos. Não, eu, eu não, para mim eu não existia, eu, eu só pensava em, eu só ficava imaginando como eu ia fazer para ninguém descobrir. (P5)

Se eu saísse de madrugada, pegava o [filho] e falava “me deixa aqui”, mas eu falava, quando eu chegava na terceira ponte eu falava “agora como eu vou mas eu falava assim, “mas essa faca, e se eu me matasse?”; “o remédio, o remédio também tem que ser uma dose fatal, por que se me encontrarem vão fazer aquela coisa de lavagem e tal e eu vou ficar viva. Porque eu queria morrer para encontrá-la, eu queria encontrá-la. (P6)

Conforme pudemos observar nos relatos acima, a exposição ao suicídio é considerada fator de risco para suicídio (OMS, 2014). Serviços como a posvenção devem ser prestados aos sobreviventes para a recuperação psicológica, incluindo a prevenção de comportamentos autodestrutivos (Santos, Campos, & Tavares, 2014).

5.2.2. Buscar causas - Culpar o outro

O suicídio é “o evento que demanda a necessidade de reconstruir sentidos a partir da morte trágica do outro” (Silva & Marinho, 2017, p.7). No processo de elaboração do luto, ao significar sua perda, os participantes buscam a causalidade do suicídio de seus entes.

Dyregrov e Dyregrov (2008 citado por Sebastião, 2017) apontam que questões como "o que eu poderia ter feito para evitar o que aconteceu?" ou "E se..." são pensamentos particularmente intensos e são reações importantes após eventos traumáticos e constituem-se em valiosa aprendizagem e reconstrução/integração da experiência dolorosa. Para Cândido (2011), as pessoas que perderam alguém de forma inesperada e violenta, portanto traumática, têm uma necessidade maior de organizar e definir o que houve, assim, dedicam tempo a analisar o fato, engajando-se em busca de detalhes para que se possa produzir um sentido ao que ocorreu.

Silva e Marinho (2017) afirmam que as perguntas, questionamentos dos sobreviventes não serão respondidos integralmente devido à particularidade característica da morte por suicídio. No entanto, diante de uma perda, a construção de sentido é fundamental para que o luto possa ocorrer e o enlutado, mesmo diante de dor intensa, não o vivencie de maneira a experimentar a devastação e o sentimento incapacidade característicos do luto patológico. Como ilustra P7:

A gente fica tentando se questionar, porque quando é uma morte natural ... ou quando é uma morte que alguém interrompe, né? Um assassinato, alguma coisa, os porquês parecem que são mais claros, mas quando é suicídio... E aí acho que inclusive para as pessoas mais próximas a gente começa a se questionar tudo... Então a gente começa a questionar as nossas relações familiares, a gente começa a questionar o modo como olhava ou não olhava, abraçava ou não abraçava, dizia que amava, o quanto dizia que amava, o quanto talvez deveria ter feito mais? Sabe pra conseguir fazer com que ele não suicidasse. (P7)

Assim, essa busca realizada pelos sobreviventes pode resultar em várias hipóteses, em vários motivos que funcionariam como explicação para o ocorrido, conforme podemos notar no discurso de P4:

O pior acho que é a rejeição do pai dele, o pai dele morar em Brasília eu tenho a impressão que o pai dele não queria que ele fosse pra Brasília morar com ele. [...]Ai ele era um negro, né? E parece que a família era branca lá em Brasília. não sei se ele falava diretamente de racismo... mas indiretamente com a gente ele sempre falava [...] E o fato dele morar também na casa, ele reclamava constantemente... constantemente não, mas ele reclamava, ele se sentia incomodado de ta lá numa casa onde ele não era desejado, era um fardo... (P4)

O suicídio é associado a conflitos interpessoais, o que tornam a culpa e a acusação elementos pertinentes para a compreensão da vivência dos enlutados (Cândido, 2011). O relato abaixo traz a responsabilização de outras pessoas pelo ocorrido:

Então, meu filho mais minha nora, eles não viam o computador [que o jovem ficava muito tempo diante do computador], não se preocupavam com nada, a vida para eles era assim. Então, meu filho é assim até hoje, aí o que aconteceu, ele foi para a escola, aí, numa terça feira...[refere-se ao suicídio] (P5)

Ou mesmo, o sobrevivente pode culpar várias pessoas, como podemos observar nos relatos de P3:

É... ele não queria morar com o pai de jeito nenhum. Eu sabia que ele não queria morar com o pai de jeito nenhum. Eu só que não sabia que tinha acontecido essa ameaça [de morar com o pai, ameaça feita pela mãe]. . E aí, até hoje eu não contei...não vou contar pra mãe dele(...) pai dele era abusivo psicologicamente e isso era um tipo de... tanto é que no funeral não consegui olhar na cara do pai dele (P3).
A gente ficou com uma profunda desconfiança com o psicólogo, tanto pelo acompanhamento não ter sido satisfatório, eu não tinha uma confiança né, quanto ele em fazer acompanhamento com essa psicóloga e ele depois... (P3)

A culpa atribuída ao outro pode ser explicitada claramente, inclusive como forma de vingança, como narra P1:

Sim ela sofreu muito. Eu não faço ideia e espero que, sim, a família dela perceba. Eu sei que isso é duro de falar, “espero que vocês vejam que a culpa é de vocês!”. Mas eu queria sabe, “olha o que vocês fizeram”, sabe? “Precisava? Ela morreu! Vocês não queriam aceitar[a homossexualidade], ela morreu e aí, né?” (P1)

Segundo Cândido (2011), no processo de elaboração do luto, os sobreviventes têm que lidar com carga extra de culpa e acusações, elementos que deixam mais pesado o processo de perda. Segundo o autor, ao estabelecerem motivos e responsabilidades a outras pessoas, são capazes de diminuir a própria culpa.

No relato de P6, podemos notar que a raiva e sentimento de vingança associados à culpabilização do outro podem fazer parte do processo e ir sendo elaborados conforme se dá a elaboração do luto:

J. se apaixonou por um professor, mais velho, bem mais velho do que ela. Eu não sei se dizer se esse sentimento foi mútuo, eles ficaram algumas vezes, mas acredito que depois ele se afastou, eu acho. Soube que muitos culpavam ele pela morte, queriam linchá-lo. De início eu falei assim, “foi você, eu vou descobrir!”. Depois isso foi ficando para trás, não ia trazê-la de volta, não vai trazer ela de volta. (P6)

A sobrevivente, que era mãe da jovem que se suicidou, foi a única identificou a figura do culpado fora do círculo familiar. As figuras identificadas como culpadas, geralmente, foram membros da família seja por causar diretamente dor, por meio de violência simbólica, ou por não ter prestado atenção aos sinais apresentados pelos jovens que levaria ao suicídio. Apenas um sobrevivente atribui a culpa a uma pessoa fora do círculo familiar (P6). O suicídio é associado a conflitos interpessoais e na visão dos participantes desta pesquisa, familiares são responsabilizados pelo suicídio de seus entes. Esse resultado vai ao encontro

dos achados de Bowlby (1985) que demonstram que, frequentemente, a culpa é lançada sobre parentes próximos.

A seguir, a fala de P7 ilustra o processo de busca de causalidade e culpabilização que, pela complexidade que envolve o suicídio, apresenta-se de forma difusa como uma questão sem resposta:

E ainda lidar com o suporte que um tem que dar para o outro na família, ao mesmo tempo que todo mundo tá se questionando e questionando também a participação dos outros na família sabe? Que é meio inevitável né? Nossa mas o que o outro irmão poderia ter feito? Talvez minha mãe, talvez meu pai... ou meus avós ou os tios... ou que causou... ou o que poderia ter salvado então questões eu acho que a coisa que mais deixa e que é muito difícil de lidar é esse monte de questões em aberto e que eu acho que vão ficar para sempre em aberto num período tão duro, emocionalmente tão difícil de lidar sabe? (P7)

Narrar/dizer sobre algo é uma forma de criar sentido e tomar um distanciamento necessário ao trabalho de elaboração. Assim, à medida em que os enlutados calam, o luto pode ser precário, as pessoas no entorno do enlutado evitam o tema por receio constrangê-los, e já os enlutados silenciam por temer o julgamento, cria-se assim um pacto de silêncio em relação à morte por suicídio (Miranda, 2014)

5.2.3. Explicar

Três dos participantes trazem relatos, dentro de suas narrativas, sobre explicações para o ocorrido, mesmo diante da complexidade que envolve o ato suicida, normalmente repleto de questões sem respostas que não se articulam com o ato. Entendemos que a explicação, até de forma racionalizada ou dissociada do ato, fazem parte do processo de elaboração do luto.

Apenas P3 expressa ter clareza sobre a motivação do ato suicida do seu jovem amigo:

Então. Acho que esse é um sinal bem claro. Mas todas as coisas que passaram da vivência familiar, da expectativa dos familiares, da frustração de estudar e não conseguir bons resultados isso gera um estresse generalizado... né?(P3)

Nos relatos de P2 e P7, abaixo, identificamos explicações de forma racionalizada sobre o ocorrido. Criar uma racionalização/ explicação para o fato tão doloroso e insuportável (Campos, 2019) pode ser uma etapa importante. A racionalização, enquanto mecanismo de defesa, atua, justamente, quando se está em situações traumáticas em que a realidade se impõe de forma violenta e não é possível apreender tudo o que se passa. A principal função de um mecanismo de defesa é proteger psiquicamente ainda que a cristalização em torno de uma ideia possa ser prejudicial.

É o escape, a saída para o não suportado, eu não tenho como medir o outro por mim, o que eu suporto. Então ele não suportou tinha algo que pra ele era... consumia, e ele não achava que poderia vencer aquilo. Não suporta mais. Eu penso que se a pessoa considerasse outra ou outras possibilidades... ela não cometeria o suicídio.(P2)

Eu pensava como se ele tivesse... Racionalizando assim bem, é como se fosse uma eutanásia. Não é... O que ele tinha era uma doença tratável, não era uma doença incurável. Mas foi... isso tudo é muito difícil de enxergar e pensar assim e até chegar a uma visão racional dos fatos as vezes demora meses, anos, a gente podia achar que era uma coisa, a gente podia achar que era outra. (P3)

Mas ao meu ver o suicídio é a busca por cessar uma situação que não é mais tolerável ao meu ver o suicídio é isso... é você dar fim a uma situação que não é mais tolerável em que ela... o que eu tava tentando dizer... eu tô meio confuso, desculpa... mas o que eu tava tentando dizer é que varias fatores podem levar uma pessoa a essa situação né? E aí acho que pode ser a pressão social, pode ser desequilíbrio químico do corpo, é a gente chegou a cogitar muito que o meu irmão tinha eu não vou saber te

falar direito... mas tinha uma deficiência numa glândula do cérebro... a glândula parece que é menor... e uma parte do cérebro que parece que lida com as emoções.
(P7)

No entanto, ao invés de racionalização como defesa frente à situação desestabilizadora, de extremo sofrimento, os relatos de P2, P3 e P7 podem ser formas de explicação e elaboração do luto vivido.

Outra forma encontrada para enfrentar a dor do evento da morte por suicídio de um jovem, ente querido, foi a dissociação entre os fatos e os sentimentos provocados por ele, conforme é apresentado no relato de P6, que, na tentativa de suportar a perda traumática da filha passa a banalizar a morte.

Então, e eu aprendi também a tratar a morte como você vai lá na farmácia e compra um remédio para sua dor de cabeça, porque não tem nada pior que um ente seu morrer e você não ter dinheiro para comprar um caixão. [...] Para mim morte hoje em dia é ...um assunto como “você vai tomar suco de qual sabor? Hoje nós vamos a qual praia? Hoje nós vamos...” não tem essa coisa, “fulano morreu”, “morreu”. (P6)

P6 mostra estar insensível à morte e de certa forma, banaliza esse evento e a dor decorrente desse tipo de perda, como expressado na fala: “*eu acredito que as pessoas ficam o tempo todo tentando arrumar assim uma desculpa... para algumas coisas*”. Diante de tamanho sofrimento pela perda da filha, parece que P6 busca eliminar a dor recorrendo ao recurso descrito por Barus-Michel e Camps (2003), no qual o sujeito elimina a dor, abafando, de modo imediato, apagando o sinal, a representação aberrante daquilo que a causa. Nesse caso P6 parece dominar o sofrimento destituindo a morte de seu sentido para, assim, poder ter controle de seus sentimentos.

5.2.4. Suporte e Superação

Em relação ao suporte e superação apresentamos aqui as estratégias utilizadas ou apontadas pelos entrevistados na elaboração do luto por suicídio. No entanto, sabemos que fatores individuais como personalidade, padrão de apego, transtornos prévios, resiliência e histórico de perdas anteriores são de extrema importância na forma de superar uma separação como a morte (Parkes, 1998).

O luto por suicídio é diferente do luto por outras causas de morte, decorrente da ação humana, que sem o fator volitivo não teria ocorrido. O luto pelo suicídio de jovens traz agravantes, uma vez que se trata de morte inesperada e prematura. Os enlutados deste estudo, quase que em totalidade, foram surpreendidos pelo suicídio do jovem de sua convivência. Considera-se também, que a morte de uma pessoa jovem é considerada prematura e subverte uma suposta ordem natural (Parkes, 1998).

Assim, lidar com a morte de alguém jovem e por suicídio, sendo que os enlutados eram amigos e tinham idades próximas ou ascendência familiar (avó, mãe, irmão), a escolha do jovem por interromper sua vida deliberadamente mobiliza fantasias sobre o que pode ocorrer com os enlutados em relação a sua própria finitude e demanda muita energia psíquica para elaboração (Fukumitsu & Kovács, 2016). Para eles é necessário conseguir executar a tarefa psíquica de compreender “que a pessoa tirou a própria vida e, em decorrência, sentir-se submetido à necessidade de dar sentido a esse ato, de ter de justificar e sustentar o valor de nossas próprias vidas, especialmente, em momentos mais difíceis” (Tavares, 2013, p.48)

Foi realmente a gente vai escolhendo viver, tudo que a gente vai escolhendo viver na vida e uma coisa que eu coloquei na cabeça depois disso é que ele fez a escolha dele e todo mundo é livre, eu não sei o quanto ele sofria, o quanto sabe? O quanto, o tão mal... o quanto ele podia escolher isso, escolher interromper a vida Ah... mas eu sei que eu tentei respeitá-lo na decisão dele, eu tentei não encontrar respostas para todas

as perguntas que começaram a me invadir e eu resolvi que a gente tem que usar a morte, usar o luto, usar esse processo muito dolorido, muito doloroso para nos potencializar! (P7)

Diante desse quadro complexo do luto por suicídio de uma pessoa jovem, identificamos, entre os sobreviventes, quatro estratégias para buscar suporte e superação das dificuldades acarretadas pela perda por suicídio: isolar-se, buscar apoio entre amigos em comum com o suicida; buscar uma prática religiosa e trabalhar para não pensar.

É importante destacar que inicialmente, durante o processo de luto, os participantes avaliavam que não superariam a dor pela perda do jovem e, principalmente, pela forma do ocorrido, conforme ilustra a fala de P7:

Eu primeiro achei que eu não ia resistir, achei que meu coração tava completamente destruído (chora) e eu achei que eu não ia resistir... (P7)

Diante do suicídio, os enlutados podem se autoacusar ou serem responsabilizados pelo entorno, conforme já discutido em subcategorias anterior. Tavares (2013) aponta que é comum a dificuldade de estabelecer novas relações e a necessidade de isolar-se entre sobreviventes, assim, neste estudo P1, P3, P6 decidiram isolar-se para se proteger. Além disso, acreditavam que as pessoas ao redor que não haviam vivenciado a perda de um jovem por suicídio não pudessem ajudá-las:

*Eu sentia vazio, eu sentia raiva mas sabia também que tinha gente que tava disposta a tá junto... então, as vezes eu conseguia reconhecer isso mas é **um processo que é muito solitário**, ainda que tenha pessoas que falem pode contar comigo, mas contar pra que? O que a gente sente, a gente sente... e ninguém pode fazer muita coisa a respeito não. [...]Mas às vezes a gente precisa falar e eu acabei não falando(...) E aí é por isso que eu acho também que é muito solitário porque é difícil pra pessoas*

ouvirem sobre isso, ninguém quer lidar com o suicídio. Não falava, não queria falar.

(P1)

Aí eu fui mudando, eu tirei algumas, algumas não, muitas pessoas da minha vida.

Hoje eu digo para você que é a melhor, que a melhor amiga que eu tenho é minha mãe, a pessoa que te falou sobre mim, amo, amo, nossa. (P6)

O isolamento, o retirar-se do contato com as pessoas, faz parte do processo de elaboração do luto e é necessário para que o enlutado se refaça e processe a perda (Moura, 2006). No caso do enlutado por suicídio, segundo Moura (2006), o isolamento pode ser motivado pela vergonha decorrente do estigma e preconceito ligado ao suicídio, podendo ser ainda mais severo. Esta última motivação não foi observada em P1 e não foi relatada pelos outros participantes deste estudo.

P6 e P7 buscaram apoio junto aqueles que, também perderam entes queridos por suicídio, é preconizado pela OMS(2000) como forma de prevenção ao suicídio entre os sobreviventes e o que muitas vezes permite que elaborarem memórias e criem formas de enfrentamento a partir da vivência de outros(Moura, Almeida,Rodrigues,Nogueira, & Santos,2011)

Tem um grupo que eu participo. Ah, eu não... ligo também, agora tem muito tempo que eu não ligo, mas eu ligava todo dia para aquele número[Do CVV], eu chorava, chorava, chorava, chorava... não falava coisa com coisa(P6)

e também acabei tendo acesso as pessoas que também tinham perdido entes queridos / amigos, que eu não sabia, por suicídio e essa rede também da muito apoio sabe?Ela te traz muito apoio!(P7)

Alguns dos participantes apoiaram-se na rede social, constituída, às vezes, por amigos em comum ao jovem que se suicidou:

É... Às vezes tem dias que a gente tá bem tem dias que a gente se sente mal que, né, falar às vezes me dá... (chora), faz mal, mas assim, com o tempo a dor foi indo foi passando e isso deixou o nosso grupo de amigos muito unido, a gente se manteve unido acho que teve muitos fatores que fez que o nosso grupo se mantivesse unido até hoje (P3).

A rede social, constituída pelas relações significativas estabelecidas entre as pessoas, é um sistema que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades (Dessen & Braz, 2000). Segundo Domingues e Dessen (2013), na ausência de uma rede social, prevalecem sentimentos de solidão e falta de interesse pela vida, o que levam a inúmeros prejuízos às pessoas que passaram por perdas inesperadas e traumáticas.

P7 conta que esteve desde do início cercado de pessoas, pois os amigos fizeram turnos para pernoitar em sua casa onde aconteceu o suicídio de seu irmão. Dentre os entrevistados foi o sobrevivente que mais recebeu apoio social e o único que recebeu auxílio psicológico. No entanto, não é possível avaliar se ele estava mais disposto a receber ajuda ou se o acompanhamento psicológico o auxiliou a aceitá-la.

Aí a gente teve tanto apoio dos amigos, tanto apoio dos amigos...(choro) que a gente foi vendo que a vida era possível, sabe? (choro). E que a gente tinha muito amor perto da gente... Eu tinha muito amor perto de mim e que eu fui ressignificando várias coisas na vida, fui entendendo a vida de uma forma diferente do que eu encarava antes sabe? (P7)

O apoio espiritual e/ou religioso é destacado por alguns dos participantes:

Teve várias coisas. Teve essa fase de isolamento que eu não queria ver ninguém, me irritava ficar com as pessoas, amigos mais próximos, eu não conseguia ficar perto. Aí eu conheci um terreiro e comecei a frequentar, de umbanda, né? Então as coisas

começaram a ficar... como posso falar? Amenizando, passaram a ser amenizadas e começou a melhorar ... e as coisas foram andando devagar a partir disso. (P1)

“Eu queria ser forte que nem você”, não sou forte não, sou fraca, eu só tento todo dia um pouquinho. E é Deus que me fortalece, se eu estou viva, se eu respiro, é Deus. Quando eu estou triste, quando eu choro, é o Espírito Santo que me consola, ele que vem e arranca, de uma forma extraordinária, a minha ansiedade diminuiu, os meus ataques, muito. (P6)

É importante notar que as referências à religiosidade e espiritualidade, aqui expressas por P1 e P6, não dizem respeito a qualquer comunidade religiosa, mas um apoio relatado como iniciação ou restauração de uma crença neste momento de elaboração da perda. Estudo de Ratnarajah, Maple e Minichiello (2014, citado por Nunes & al, 2016) traz como resultado o desapontamento e desilusão, por parte de sobreviventes de suicídio, quanto à religião, pelo fato da falta de apoio e incompreensão dos líderes das igrejas ou instituições religiosas freqüentadas. A maioria das religiões condena o suicídio e isso pode refletir na falta de acolhimento e amparo ao sobrevivente. Assim, ao mesmo tempo em que a religião pode oferecer esperança, serenidade e apoio, pode ter atitudes rígidas e valorativas com o sobrevivente, trazendo piora do seu estado emocional (Cândido, 2011).

Outro suporte relatado pelos participantes foi o trabalho.

Acho que pensa em outra coisa, dá conta de outra coisa, vai trabalhar, dá um jeito e o tempo foi passando... Como que reestruturou, não sei real. Rotina mesmo e tentar dar conta das coisas, né? Não dá pra parar de viver eu tinha que continuar... (P1)

Muito dessas decisões que eu fui tomando e muitos desses suportes desse meu processo foram por causa do documentário. Por isso que eu acho que esse documentário foi imprescindível na minha recuperação apesar de como eu te disse, muito doloroso, um processo muito difícil! (chorando) mas eu não sei... se eu teria

entendido o luto, entendido processos e me forçado a lidar com as coisas rapidamente, sabe? [...] eu era professor e a minha escola me deu claro uns dias de folga, mas depois de um tempo eles foram me chamando... falando “[diz seu próprio nome], vamos voltar?” Sabe? “Volta pra gente! a sua vida continua aqui com as pessoas que você tá cativando” sabe? “com as coisas que você tá construindo. [...] Então o trabalho foi me puxando de volta para minha potencia laboral. (...) eu foquei no trabalho, foquei nos estudos e eu foquei em... e aí eu dei uma esfriada como... existencial, assim, sabe? (P7)

O relato de P7 traz o trabalho como auxiliar no processo de elaboração da perda do irmão. Em ambos os relatos o trabalho aparece como uma forma de retorno, reestruturação e continuidade ao cotidiano, à vida. Para Cândido (2011), “O luto é um processo geralmente longo e doloroso, que acaba por se resolver na medida em que o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido” (p. 21).

P1 acredita que não se supera por completo uma perda como essa, mas assim, como P6 e P7, acredita que aos poucos se pode continuar, mostrando que a elaboração desse tipo de luto é um processo contínuo.

[...] Acho que superar a gente não supera, né? (...) mas hoje tá tudo bem, dá pra seguir a vida. É claro que lembra, o amor continua o mesmo, eu sinto saudade, mas sem querer morrer. Dá pra continuar a viver e então tudo bem. (P1).

Como eu disse também eu acredito que esse luto, ele não tem, ele não tem fim, é uma montanha russa, tem dia que eu estou aqui, tem dia eu tô aqui [gesticula com a mão no alto e depois no baixo] [...] Eu não vou ficar arrastando essa corrente, não vou, eu não quero, eu não quero. [...] A morte da J. me trouxe uma lição, todo dia eu aprendo alguma coisa, então eu escolho ser feliz. Eu escolho viver... não tem como trazer ela de volta, mas eu tenho como dar continuidade à minha vida. (P6)

Eu fui fazendo isso como um mantra falando “use como potencia, use como potencia” porque a vida dele já foi aqui na terra, não sei onde é que ele tá ... não sei se ele tá... não sei... enfim mas a vida dele aqui na terra como matéria, como meu irmão ...foi! Mas a minha vida não foi, a minha vida tá aqui ainda sabe? (P7)

Para Tavares (2013), a experiência de perder alguém por suicídio pode ser muito disruptiva, pois colocar para o sobreviventes a necessidade radical de pensar o sentido do por que continuar a viver, o que sustenta sua própria vida. Os relatos acima expressam o processo de aceitação da morte e separação de suas vidas da morte do jovem amado, uma separação necessária para a continuidade de suas vidas.

5.3. O suicídio e mudanças subjetivas

É necessário sustentar que a perda de alguém por suicídio é um fenômeno complexo, que gera inúmeras reações que marca a vida dessas pessoas (Tavares, 2013). Nesta última categoria, agrupamos, a partir da perspectiva dos participantes, aspectos de mudanças em seus cotidianos, provocados pela experiência da perda do jovem por suicídio. Identificamos duas principais formas de mudanças relatados pelos participantes: uma mudança que resulta em ações sobre o mundo e mudança voltada nos relacionamentos com as pessoas e consigo próprio.

Utilizamos o termo cotidiano segundo o prisma do senso comum, ou seja, as ações que dizem respeito a rotinas das pessoas, as atividades realizadas empiricamente, as atividades que envolvem o viver o dia a dia (Guimarães, 2002).

A seguir apresentamos o Quadro 7 com a síntese dos resultados discutidos nesta categoria.

Quadro 7. Síntese dos Resultados do Tema O suicídio e mudanças subjetivas

TEMA	SUBTEMAS
------	----------

O SUICÍDIO E MUDANÇAS Ações

SUBJETIVAS

Mudanças de atitudes

5.3.1. Ações

Nesse subtema, destacamos o engajamento em ações concretas do sobrevivente, decorrente da vivência do suicídio de um jovem próximo afetivamente, importante em sua vida. Aqui, encontramos relatos que indicam elaboração do luto por meio de transformação da dor e sentimentos causados pelo suicídio em algo socialmente aceito, ou seja, utilizam/tomam como referência a dor vivida com a perda, no trabalho com outras pessoas.

A morte por suicídio do jovem e suas características traumatizantes foram narradas pelos participantes. Assim, separar-se do sofrimento e engajar-se em ações pode ser uma forma de lidar com essa perda que, socialmente é calada, permitindo que, ao invés do aniquilamento e devastação, o sobrevivente encontre um sentido para a experiência dolorosa. Fukumitsu e Kovacs (2016) em um estudo sobre filhos de pais que se suicidaram sinaliza que buscar uma forma de colaborar, solidarizando com pessoas com mesma dor é uma possibilidade de saída do luto, bem como uma forma de ter outras referências para ajudar na elaboração da perda. Ao contrário do que se poderia esperar, os sobreviventes não evitam contato com pessoas ou situações que envolvam a crise suicida ou dores subjetivas oriundas de outras violências, mas as buscam como ilustram os relatos a seguir.

(...) um tempo depois, quando isso aparecia, eu pegava o caso, tomava a frente e ficava em cima disso o dia inteiro e tinha que dar conta. Acionava a rede, ficava pra dar conta (...) Eu sofria por que eu tava tentando controlar algo que não tem como controlar, eu acionava toda uma rede, mas o paciente podia chegar em casa e se matar. Ao mesmo tempo eu me sentia bem de fazer alguma, de conseguir acolher por

aí mesmo... A gente deixava tudo amarradinho antes da alta da pessoa. Então, quando ia pra casa já tinha uma equipe esperando. Hoje eu não sei se deu certo, mas a sensação de mandar a pessoa embora com tudo isso já articulado, já me fazia muito bem. A nossa parte tava sendo feita. (P1)

O relato de P1, que é profissional da área da saúde, mostra que, após a perda, passou a ser mais sensível a casos em que o comportamento suicida estava presente.

Então, Hoje eu trabalho com crianças que tem dificuldade de prestar atenção, que tem dificuldades de aprendizagem e aí eu acompanho essas crianças e algumas têm depressão, e aí, para mim, o mais difícil foi trabalhar com adolescente que já tinha tentado suicídio porque a primeira coisa que eu enxerguei quando ela chegou na sala foi ela usar aquelas pulseiras grossas no pulso. Aí, na hora, o primeiro pensamento foi: “ela cortou os pulsos”... e pelo perfil da família, foi exatamente isso. Aí foi... aí eu penso ainda direto na questão. Eu levo muito pro meu trabalho... não deveria... mas eu levo. (P3)

P3 experimentou a perda do amigo na adolescência e, atualmente, ao trabalhar com crianças e adolescentes em um serviço específico para estudantes com problemas de aprendizagem está sempre atenta a questões psíquicas e faz uma leitura de seus alunos, conseguindo notar comportamentos suicidas neles. Percebe-se que o trabalho de P3 está intrinsecamente ligado ao que localizou como o motivo do suicido do amigo, ou seja, a reprovação escolar.

P2 atualmente é engajada em grupo de prevenção ao suicídio, trabalhando para que as informações sobre o tema sejam difundidas entre a população.

Esse sempre foi meu compromisso aqui, enquanto acadêmica, não só produzir papel, mas que este conhecimento estas informações cheguem nas pessoas, cheguem nas

comunidades religiosas, cheguem nas crianças, cheguem nos mais diversos grupos.

(P2)

P6 matriculou-se numa faculdade de Psicologia. No momento da entrevista estava com a matrícula em trancamento, mas demonstra que gostaria de trabalhar na prevenção ao Suicídio:

Sonho ainda poder ter uma ONG, trabalhar com pessoas voluntárias que realmente abracem essa causa e não fiquem falando assim que é frescura. Porque depois que a pessoa vai, como diz, uma das frases mesmo do Diário de Anne Frank, que os mortos recebem mais flores que os vivos. (P6)

5.3.2. Mudanças de atitudes

Em relação às mudanças, destacamos que perder alguém por suicídio é um evento traumático que demanda muita energia psíquica (Freud, 1917), mas também foram observadas o potencial de crescimento psíquico, como destacado por Botega (2015). Para Fukumitsu e Kovacs (2016), é necessário que os enlutados aprendam a lidar com o sofrimento e que possam ressignificar a própria vida. Para a autora, as mudanças fazem parte do esforço dos sobreviventes em continuar a vida, apesar da perda.

As mudanças nas atitudes diante da vida, em relação à vida anterior ao suicídio do jovem, relatadas pelos sobreviventes, foram tornar-se: retomar/valorizar a própria vida e ser atento, disponível, para ajudar o outro.

Os discursos de P5 e P7 ilustram o processo pelo qual passaram no sentido de retomar a própria vida, após o suicídio de seus jovens:

primeiro, você tem que ter força, e tentar viver. Não por mim, porque para mim a minha vida tinha terminado mais aí eu pensei: “poxa, eu tenho minha neta, eu tenho meu filho, eu tenho meu outro filho, né, e tenho meu outro netinho” que tinha na

época três aninhos, hoje ele está com oito anos. Então, eu comecei assim a.. a.. a assim a pensar, eu falei assim: “como que vai ser se acontecer outra tragédia na minha casa?”. Aí, além, nós fomos lá na casa dele. Você quer que para nessa história dele ou eu posso contar o que passou na minha vida pra cá? pode? Não tem problema?(P5)

E com falas inclusive das pessoas, eu fui fazendo isso como um mantra falando “use como potencia, use como potencia” porque a vida dele já foi aqui na terra, não sei onde é que ele tá, não sei se ele ta, não sei... Enfim, mas a vida dele aqui na terra como matéria, como meu irmão ...foi! Mas a minha vida não foi, a minha vida tá aqui ainda sabe? (P7)

P6, no relato abaixo, traz a valorização da vida:

viver é muito bom, viver é muito bom, mesmo a gente sendo sem dinheiro, perdendo pessoas que a gente ama, com esse desemprego, com esse país em crise, viver é muito bom, a vida é uma só, ela é curta, ela é rápida e as pessoas não se deram conta disso ainda, ficam ali naquele mundinho, tem gente que passa um dia inteiro falando do mesmo assunto, eu falo “mas gente, como pode?(P6)

Retomar e valorizar a própria vida é uma separação necessária entre a vida do sobrevivente e a finitude voluntária escolhida pelos jovens que se suicidaram. Neste caso, a necessidade de continuar a vida é mais pungente e marca positivamente a elaboração do luto. Para Fukumitsu e Kovacs (2016): “Encontrar novos rumos na vida não significa desonrar a pessoa que se matou, por isso o processo de luto é uma tarefa árdua e gradual” (p. 10).

Outros participantes também revelaram que a experiência os deixou mais atentos às pessoas de seus convívios:

O que mudou foi talvez observar melhor esses sinais, de ajudar, as pessoas falam, né? Que as pessoas demonstram, não só com palavras. E mudou também minha

percepção do mundo das pessoas que tãõ ao meu redor [...] acho que eu tentei ficar mais atendo sobre as pessoas... acho que essas foram as coisas principais que mudou assim (P4)

(...) minha família levou um tapa na cara, sabe? Para acordar... pra coisas que realmente importam, pra acordar a gente que a vida é mais frágil que a gente imagina as vezes e pra acordar que as vezes a gente faz muito mal pra nós mesmos... e pra quem tá próximo da gente mesmo sem perceber... sem querer, né? (P7)

Cândido (2011) aponta que uma crise tanto pode se somar às outras dificuldades prévias tornando o sujeito mais frustrado e vulnerável como também, a depender da forma como se resolve, gerar mais recursos psíquicos de enfrentamento. Dessa forma, a resolução do luto associa à história de vida do sujeito aos seus recursos psíquicos. “(...) os movimentos principais neste campo, nos permitem afirmar que os teóricos estão cada vez mais propensos a ver o luto como uma experiência transformadora e dolorosa e, ao mesmo tempo, atravessada de muitos aspectos positivos” (Cândido, 2011, p.69). Segundo o autor, uma vez que o suicídio é uma morte que questiona o próprio valor da vida, seu sentido e sua utilidade. Assim, questões do âmbito existências tomam o primeiro plano. No entanto, tomamos o cuidado de não tomar como uma visão teleológica a ideia da pessoa ter grandes mudanças a partir da experiência traumática.

Considerações finais

Esse trabalho buscou cumprir com a proposta de escutar as narrativas dos sobreviventes ao suicídio de jovens, sobre a experiência da perda e as repercussões sobre suas vidas, partindo de uma pesquisa em perspectiva descritiva e exploratória que pudesse colaborar para o conhecimento deste tema. No entanto, temos a clareza que essa é uma forma de abordagem, dentre outras possíveis, e não foi nossa intenção esgotar o assunto. Além disso, consideramos que, como toda produção de conhecimento científico, as conclusões aqui apresentadas são parciais e provisórias

No que compete ao processo da pesquisa, temos que considerar que tivemos muitas negativas entre os participantes, o que nos permite inferir que possivelmente as pessoas com lutos complicados possam estar entre aqueles que negaram a participação. Nesse sentido, as consequências da perda de um jovem por suicídio podem contemplar questões além das tratadas aqui.

Identificamos que a dificuldade em falar sobre suicídio permanece. Além da resistência dos participantes, identificamos resistência dos próprios profissionais da área de saúde mental, que pouco colaboraram quando acessados dentro dos nossos procedimentos metodológicos no processo da pesquisa. Entendemos que isso decorria do cuidado com os sobreviventes, mas também de todo o estigma que envolve o tema e que afeta também os profissionais.

O pacto silencioso não o evita o suicídio que continue a existir. Trazer o suicídio como pauta de discussão é um imperativo para toda sociedade, pois a estratégia de afastamento e silenciamento tem impedido que esta questão seja enfrentada. Essa barreira, alicerçada pelo silêncio, é compreensível uma vez que o suicídio traz o questionamento sobre o valor da vida, nos coloca diante de uma questão existencial importante: Por quê viver?

Neste trabalho visamos contribuir para que os aspectos destacados pelos sobreviventes sejam visibilizados e considerados para pesquisa futuras. A escolha metodológica pela utilização de narrativas trouxe questões importantes a serem desenvolvidas em próximos estudos. Entre os resultados apresentados, encontram-se aqueles que denotam forma de representar e resguardar as lembranças de momentos vividos com a pessoa que se suicidou, por exemplo, a forma como descrevem os jovens que se contrapõe às características comportamentais descritas de jovens suicidas na literatura. Além disso, as narrativas possibilitaram que as análises prospectivas expressasse maior entendimento do ocorrido, pudessem dar maior sentido ao evento, além de expressarem a tristeza, culpa ou raiva presentes no processo/elaboração do luto. Ainda que nossos objetivos não fossem discutir a intervenção junto aos sobreviventes, a escolha pelas narrativas como procedimento metodológico trouxe a importância do trabalho da posvenção como, dentre outras ações, uma possibilidade de espaço de escuta a estes sobreviventes.

A culpa, sentimento presente entre os participantes deste estudo, também está presente entre outros participantes, sobreviventes ao suicídio, de outras pesquisas. No entanto, quando a culpa é deslocada para o outro, este estudo aponta que esta é endereçada aos membros da própria família, pois é sempre associado a conflitos interpessoais que ocorrem no núcleo familiar. Neste sentido, aponta-se essa questão para futuras pesquisas.

Os resultados levantam a hipótese de que os sobreviventes não conseguiram traduzir mudanças comportamentais observadas nos jovens como fatores de risco para suicídio. Como vimos, a depressão na juventude pode se apresentar de forma diferente da forma apresentada em outros ciclos de vida. Disto decorre a importância da divulgação entre a população da informação sobre esse e outros fatores de risco de suicídio de jovens, sendo esta medida de importância na prevenção ao suicídio nesta fase específica. No entanto, ressaltamos a importância de discutir a prevenção do suicídio.

Dentre outras formas de suporte no luto e superação da perda, este estudo apontou o engajamento de sobreviventes em ações, em transformação da dor e sentimentos causados pelo suicídio do ente jovem, no trabalho com outras pessoas em situações adversas. Por não encontrarmos na literatura científica sobre o tema, referências a respeito sobre esta questão, acreditamos ser esse um aspecto importante a ser explorado em futuras pesquisas com sobreviventes.

Consideramos a importância de estudos sobre resiliência, estratégias de enfrentamento para futuras intervenções com os sobreviventes. Apesar da experiência de perda de alguém por suicídio ser uma experiência não desejada e quase sempre classificada como negativa, também promoveu crescimento psicológico aos participantes. Neste caso, indicamos a importância do deslocamento dos sobreviventes do lugar de pessoas vulneráveis, apenas para o de pessoas resilientes e capazes de retomar suas vidas mais fortalecidas.

A pesquisa sobre comportamento suicida como um todo no Brasil ainda é escassa e se faz necessária, diante do aumento dos casos, superar tabus e preconceitos em torno do tema, assim como garantir assistência psicológica à população no Sistema Único de Saúde (SUS). O Suicídio não é um fenômeno novo e os estudos e debates em relação aos fatores de risco e proteção já estão bem delimitados possibilitando que sejam objeto de políticas públicas.

Buscamos com este trabalho reafirmar a dimensão da dor das pessoas que passam pela perda de alguém por suicídio, além da importância da prevenção e da posvenção, que precisam conquistar espaço nas políticas de atenção e cuidado aos jovens que apresentam fatores de risco ao suicídio, além dos sobreviventes à dor da perda desses jovens.

REFERÊNCIAS

- Abreu, K. P., da Silva Lima, M. A. D., Kohlrausch, E., & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista eletrônica de enfermagem*. 12(1).
- Araújo, E. S., & Bicalho, P. P. G. (2012). Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 723-734. Recuperado de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/151/261>. DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v4n2p723-734>.
- Alberti, S. (2004). *O adolescente e o Outro* (Vol. 37). Rio de Janeiro: Zahar
- Almeida, A. F. (2000). Efeito de Werther. *Análise psicológica*, 18(1), 37-51. Recuperado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/420/pdf>. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.420>
- Almeida, L. N., Silva, J., Félix, A., & Rocha, R. A. M. (2015) O suicídio no Brasil: Um desafio às Ciências Sociais. *REBELA - Revista Brasileira de Estudos Latino-Americanos*. 5(3), 510-530. Recuperado de <https://rebela.emnuvens.com.br/pc/article/view/252/633>
- Alves, C. F., Zappe, J. G., & Dell'Aglío, D. D. (2015). Índice de Comportamentos de Risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia*. 32(3), 371-382. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n3/0103-166X-estpsi-32-03-00371.pdf>
- Anversa, A. C., dos Santos Filha, V. A. V., da Silva, E. B., & Fedosse, E. (2018). Qualidade de vida e o cotidiano acadêmico: uma reflexão necessária/Quality of life and academic routine: a necessary reflection. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3).
- Ariès, P. (1990). *O homem diante da morte*. Francisco Alves.
- Azevedo, A. K. S., & Pereira, S. M. A. (2014). O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. *Clínica & Cultura*, 2(2), 54-67.
- Bahls, S. & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*. (6)1, p. 49-57. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/0a14/1c76c23aa4cb442f55d82a5304f86416a042.pdf>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barus-Michel, J., & Camps, C. (2003). Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. *Psic: revista da Vetor Editora*. 4(1), 54-71. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142003000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Batista, P., & Santos, J. C. (2014). Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (12), 17-24. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a03.pdf>

- Batista, M. D., Maranhão, T. L. G., & de Oliveira, G. F. (2018). Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. *Id onLine Revista de psicologia*. 12(40), 705-719. Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1152/1674>
- Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. C. (2002). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 17-35. Petrópolis: Vozes.
- Bauman, Z. (2009). A utopia possível na sociedade líquida. *Revista Cult*, 138.
- Bellato, R., & de Carvalho, E. C. (2005). O jogo existencial e a ritualização da morte. *Revista latino-americana de enfermagem*. 13(1), 99-104. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a16.pdf>
- Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política: obras escolhidas* (Vol. 1). São Paulo: Brasiliense.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. D., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32(suppl2), 87-95. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*. 11(3), 345-351. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/12.pdf>
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 29 (1), 7-8. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n1/a04v29n1.pdf>
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Bowlby, J. (1985). *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo. Martins Fontes.
- Brasil. (2006). Portaria n. 1.876/GM, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Brasil. (2013). Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude-SINAJUVE. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
- Bromberg, M. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno.
- Câmara, L. (2015). Um estudo metapsicológico sobre a inibição (Dissertação de mestrado). UFRJ, Curso de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Rio de Janeiro, Brasil.
- Campos, R. C. (2019). O Conceito de Mecanismos de Defesa e a sua Avaliação: Alguns Contributos. *Revista ibero americana de diagnóstico y evaluación psicológica*. 1(50),

- 149-162. Recuperado de <http://www.aidep.org/sites/default/files/2019-01/RIDEP50-Art12.pdf>
- Cândido, A. M. (2011). O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Carlos, F. P. D., & D'Agord, M. R. D. L. (2016). O lugar obscuro do suicídio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 19(1), 43-56. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v19n1/1415-4714-rlpf-19-1-0043.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p43.4>
- Cassorla, R. M. (2005). Jovens que tentam suicídio e narcisismo destrutivo: dois modelos compreensivos do fenômeno suicida. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. 38(1), 45-48. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/423/424>
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. D. S., Meneghel, S. N., Silva, R. M. D., Gutierrez, D. M. D., Conte, M., & Vieira, L. J. E. D. S. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17, 2039-2052. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/15.pdf>
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Natal)*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n3/a10v10n3.pdf>
- Coimbra, C., Bocco, F., & Nascimento, M. L. D. (2005). Subvertendo o conceito de adolescência. *Arquivos brasileiros de psicologia*. 57(1), 2-11. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v57n1/v57n1a02.pdf>
- Costa, A. L. S., & de Souza, M. L. P. (2017). Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. *Revista de Saúde Pública*. 51, 1-10. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007059.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007059>
- Coutinho, M. L. R. (2006). A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. *Estudos de psicologia*. 11(1), 65-69. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n1/08.pdf>
- Cremasco, M. V. F., & Brunhari, M. V. (2009). Da angústia ao suicídio. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 09(03), 785-814. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27115482003>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Da Costa, C. B., & Spies, P. C. (2014). Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 78-95.
- Dayrell, J. (2002). O rap e o funk na socialização da juventude. *Educação e Pesquisa*. 28(1), 117-136. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000100009&lng=es&nrm=iso.

- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20, 1119-1134. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63037095015>
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria & Pesquisa*. 16 (03), 221-231. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>
- Dias, J. S. P. D. S. (2015). Fatores de risco no desenvolvimento de um luto complicado em familiares cuidadores de doentes oncológicos (Doctoral dissertation).
- D'Oliveira, C. F., & Botega, N. J. (2006). *Prevenção do Suicídio—Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde—Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.
- Domingues, D. F., & Dessen, M. A. (2013). Reorganização familiar e rede social de apoio pós-homicídio juvenil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 29(2), 141-148. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n2/03.pdf>
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: estudo sociológico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Félix, T. A., Oliveira, E. N., de Oliveira Lopes, M. V., Parente, J. R. F., de Araújo Dias, M. S., & Moreira, R. M. M. (2016). Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Revista Contexto & Saúde*. 16(31), 173-185. Recuperado de <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>
- Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. D., Mangas, R. M. D. N., Vieira, L. J. E. D. S., Furtado, H. M. J., Gutierrez, D. M. D., & Sousa, G. S. D. (2012). Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17, 1993-2002. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/10.pdf>
- Freitas, A. P. A., & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 14(2), 560-577. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a10.pdf>
- Freud, S. (2010). *Luto e melancolia* (1917). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Tradução de Jayme Salomão, 2. Rio de Janeiro: Imago, 243-263.
- Fuks, L. B. (2008). *Narcisismo e vínculos: ensaios reunidos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fukumitsu, K. O; Scavacini, k. (2013). Suicídio e Manejo Psicoterapêutico em Situações de Crise: uma Abordagem Gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica, Phenomenological Studies*. 19(2), 198-204. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a07.pdf>
- Fukumitsu, K. O., Abilio, C. C. C., Lima, C. F. S., Gennari, D. M., Pellegrino, J. P., & Pereira, T. L.. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*. 02(02), 48-60. Recuperado de <https://docplayer.com.br/49649179-Posvencao-uma-nova-perspectiva-para-o-suicidio.html>

- Fukumitsu, Karina Okajima, & Kovács, Maria Júlia. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*. 47(1), 03-12. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>
- Goethe, J. W. (2001). *Os Sofrimentos do Jovem Werther* (trad. Marcelo Backes). Porto Alegre: L&PM Editores.
- Gomes, E. R., Iglesias, A., & Constantinidis, T. C. (2019). Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida. *Revista Psicologia e Saúde*. 11(2), 35-53. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n2/v11n2a04.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>
- Grubits, S., Freire, H. B. G., & Noriega, J. A. V. (2011). Suicides among young Guarani/Kaiowá in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Psicologia: Ciência e profissão*. 31(3), 504-517. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a06.pdf>
- Guimarães, G. T. D. (2002) *Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva* Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Hispaniol, I. G. R., & Marras, C. M. D. O. (2015). O processo de luto em populações de risco. *Anais da V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo*. Recuperado de <http://pdf.blucher.com.br.s3.amazonaws.com/medicalproceedings/5jphmcl/002.pdf>
- Horta, N. C. & Sena, R. R. (2010). Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 20 (2), 475-495. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>
- Hübner, C. V. K., Santos, J. V. B., Ramos, K. S., Bueno, H. M., Henna, E. A. D., & Martins, R. (2018). Transtorno do estresse pós-traumático. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 20(Supl.). Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/40023/0>
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (Eds.). (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In: Bauer, M. W., & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 90-113.
- Jucá, V. S. & Vorcaro, A. M. R. (2018). Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*. 29(2), 246-252. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n2/1678-5177-pusp-29-02-246.pdf>
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J.; Greb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 ed. Traduzido por Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed.
- Krüger, L. L., & Werlang, B. S. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*. 15(1), 59-70. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/07.pdf>
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*. 18(41), 457-468. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf>
- Kovács, M. J. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicologia: teoria e prática*. 15(3), 69-82. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>
- Kübler-Ross, E., & Menezes, P. (1989). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*. 25(3), 246-252. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0246.pdf>
- Lacadée, P. (2011). A clínica da língua e do ato nos adolescentes. *Responsabilidades*. 1(2), 253-268. Recuperado de http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao02/7.pdf
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610006945?via%3Dihub>
- Lucas Freitas, J. (2013). Luto e fenomenologia: Uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*. 19(1), 97-105. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a13.pdf>
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. W. G. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 10 (1), 86-106. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/agora/v10n1/a06v10n1.pdf>
- Magalhães, A. S., & Carneiro, T. F. (2004). Transmissão psíquico-geracional na contemporaneidade/Intergeneration al psychic transmission in the contemporary world. *Psicologia em Revista*. 10 (16), 243-255. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/211/222>
- Marquetti, F. C. (2012). *O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores*. São Paulo: Fap-Unifesp.
- Marquetti, F. C. (2014). O suicídio e sua essência transgressora. *Psicologia USP*. 25(3), 237-245. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0237.pdf>
- Marquetti FC, & Milek G. (2014). Percurso Suicida: observação e análise. *Rev Ter Ocup Univ*. 25(1), 18-26. Recuperado de http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664/pdf_37
- Marques, M. (2015). Fatores que impedem a resolução do luto. *Psicologia*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0860.pdf>.

- Meireles, I. O. (2016). O Luto na Fase Adulta: Um Estudo Sobre a Relação Apego e Perda na Teoria de John Bowlby. *Revista Ciências Humanas*. 9(1), 92-105. Recuperado de <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/274/188>
- Mello, M. F. D. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de saúde pública*. 16, 163-170. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1575.pdf>
- Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicologia Ciência e Profissão*. 37(1), 18-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n1/1982-3703-pcp-37-1-0018.pdf>
- Mercy, J.A.; Kresnow, M.; O'Carroll, P.; Lee, R.; Powell, K.; Potter, L.; Swann, A.; Frankowski, R.; Bayer, T. (2001). Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of other sand nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology*. 154(2): 120 - 127. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1093/aje/154.2.120>
- Miranda, T. G. D. (2014). *Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda* (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, Brasil.
- Morais, S. R. S. D., & Sousa, G. M. C. D. (2011). Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes-PE. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 31(1), 160-175. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a14.pdf>
- Moreira, J.O., Rosário, A.B. & Santos, A.P.S. (2011) Juventude e adolescência: considerações preliminares. *Psico*. 42 (4), 457-464. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8943/7450>
- Moreira, L. C. D. O., & Bastos, P. R. H. D. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*. 19(3), 445-453. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>
- Moura, C. M. D. (2006). *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, Brasil.
- Moura, A. T. M. S. D., Almeida, E. C. D., Rodrigues, P. H. D. A., Nogueira, R. C., & Santos, T. E. (2011). *Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Porto Alegre: CORAG.
- Nunes, C. P. D. S. (2013). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAIS-A)* (Dissertação de mestrado). Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Portugal.
- Nunes, F. D. D., Pinto, J. A. F., Lopes, M., Enes, C. D. L., & Botti, N. C. L. (2016). O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *Revista*

- Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (15), 17-22. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n15/n15a03.pdf>
- Oliveira, M. C. (1999). *Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP).
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 19(4), 509-521. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf>
- Oliveira Zana, A. R., & Kovács, M. J. (2013). O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estudos e pesquisas em Psicologia*. 13(3), 897-921. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n3/v13n3a06.pdf>
- Oliveira, C. T. D., Collares, L. A., Noal, M. H. O., & Dias, A. C. G. (2016). Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais: revista interinstitucional de psicologia*. 9 (1), 78-89. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>
- OMS. (2000). SUICÍDIO: Um manual para profissionais da mídia. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- Osmarin, V. M. (2016). Suicídio: o luto dos sobreviventes. *Psicologia PT*. 1-13. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0981.pdf>
- Parkes, C. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Rando, T. (1993). A perspective on Loss, Grief and Mourning. In: *Treatment of complicated mournig*. Champaign: Research Press.
- Rangel, A. P. F. N. (2012). Dilemas éticos na morte dos filhos. *O Mundo da Saúde*. 36(1), 11-26. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/dilemas_eticos_morte_filhos.pdf
- Resolução, N. (2013). 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13.
- Ribeiro, K. C. S., Coutinho, M. D. P. L., & Nascimento, E. S. (2010). Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. *Psicologia: ciência e profissão*. 30(3), 448-463. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a02.pdf>
- Ribeiro, D. B. (2016). Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PPG em Enfermagem, Porto Alegre, Brasil.

- Rios, M. D. G. V., Mascarenha, L. V. R., de Siqueira Souza, K., Olebar, D. T. C. R., Paiva, M. C. E., & de Oliveira Silveira, A. (2019). Adoecimento e sofrimento psíquico entre universitários: estado da arte. *Humanidades & Inovação*. 6(8), 23-31. Recuperado de <http://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1259>
- Rocha-Coutinho, M. (2006). A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. *Estudos de Psicologia*. 11 (1), 65-69. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n1/08.pdf>
- Rosa, N. M. D., Oliveira, R. R. D., Arruda, G. O. D., & Mathias, T. A. D. F. (2017). Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 66(2), 73-82. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n2/0047-2085-jbpsiq-66-2-0073.pdf>
- Sampaio, D., Oliveira, A., da Graça Vinagre, M., Gouveia-Pereira, M., & Santos, N. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*. 18(2), 139-155. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n2/v18n2a01.pdf>
- Santos, S., Campos, R., & Tavares, S. (2015). O impacto do suicídio: Evidências atuais. *Revista Evidências*. (1), 16-23. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13930/1/rcaap1.PDF>
- Saraiva, A. M., & Quixadá, L. M. (2010). Realização, Sofrimento, Saúde e Adoecimento: algumas reflexões sobre o estudante e sua trajetória universitária. In Conferência Internacional sobre os Setes Saberes para uma Educação do Presente (Ed.). *Anais eletrônicos da Conferência Internacional sobre os Sete Saberes* (p. 7).
- Scavacini, K. (2018). O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*. 22(1), 133-145. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a11.pdf>
- Sebastião, M. A. S. dos S. (2017) Vida depois da morte: narrativas da experiência de perda de um familiar por suicídio (Dissertação de mestrado). Universidade de Évora, Portugal.
- Sena-Ferreira, N., Pessoa, V. F., Boechat-Barros, R., Figueiredo, A. E. B., & Minayo, M. C. D. S. (2014). Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19, 115-126. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00115.pdf>
- SESA/ES (2018). S. Epidemiologia e Informação da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo de Planejamento, SPEI. *Boletim Epidemiológico*.
- Silva, V. F. D., Oliveira, H. B. D., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. D. A., & Dalgallarrondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*. 22, 1835-1843. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/07.pdf>

- Silva, D. R. (2009). E a vida continua...: o processo de luto dos pais após o suicídio de um filho (Dissertação de Mestrado). PUC de São Paulo, PPG em Psicologia Clínica, São Paulo, Brasil.
- Silva, Carla; LOPES, Roseli. (2009). Adolescência e Juventude: entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional*. 17 (2), 87-106. Recuperado de <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/100/65>
- Silva, L. G. B., & Marinho, C. A. S. (2017). Suicídio: aspectos reacionais e o processo de elaboração do luto na família. *Psicologia*. Pt. 01-17.
- Silva, C. D. B. (2018). Luto: uma descrição sobre os processos de elaboração do enlutado. *Revista FAROL*. 6(6), 61-77. Recuperado de <http://www.revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/112/111>
- Silva, R. S., de Almeida Machado, R., Carneiro, L. S., Azevedo, G. H. M., Silva, F. T., de Sá, C. B. N., & de Mendonça, E. D. (2019). Fatores de risco associados ao suicídio na adolescência: uma revisão integrativa no período de 2004 a 2019. *Revista de Patologia do Tocantins*. 6(2), 50-56. Recuperado de <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/6688/15239>
- Tavares, M. (2013). Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: *Conselho Federal de Psicologia. (Org.). O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. 1ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 1, 43-76.
- Toro, G. V. R., Nucci, N. A. G., Toledo, T. B., de Oliveira, A. E. G., & Prebianchi, H. B. (2013). O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de Suicídio. *Psicologia em Revista*. 19(3), 407-421. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (4a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. D. P. D. L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*. 28 (4), 714-727. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>
- Werlang, B. G., Sperb, I.W. (2004). Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica (ESAP) em casos de suicídios rurais. In: Werlang, B.S. e Botega, N.J., organizadores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. 2005. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Inter americana de Psicologia*. 39(2), 259-266. Recuperado de
- World Health Organization. (2003). *The world health report 2003: shaping the future*. World Health Organization.

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Narrativas sobre o Suicídio de Jovens” sob a responsabilidade de Eliene Rocha Gomes, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e orientada pela Professora Doutora Teresinha Cid Constantinidis.

Esta etapa da pesquisa tem como objetivo conhecer a história sobre o suicídio do jovem que com quem você mantinha uma relação próxima. A pesquisa coletará dados de participantes que moram na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e se justifica pela possibilidade de contribuição científica para uma melhor compreensão da vivência de perder um jovem por suicídio.

A entrevista da qual você participará será gravada e realizado no local de sua escolha podendo ser em sua casa, em local público ou na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na sala do grupo de pesquisa. A duração em média é de 90 minutos. Sua tarefa será contar com suas palavras e opiniões o que se lembra dessa parte de sua vida.

A pesquisa apresenta pode provocar emoção, tristeza, desconforto ou cansaço ao se lembrar da sua perda, caso seja necessário podemos fazer uma pausa ou mesmo interromper caso não deseje continuar. Se identificado que necessita de atendimento psicológico, você será encaminhado a um profissional da rede. Caso não seja identificado a necessidade de acompanhamento profissional, mas no futuro deseje, pode me contatar mesmo após a entrevista.

Você não terá nenhum benefício direto como remuneração ou aquisição de bens, no entanto, terá a possibilidade de refletir sobre o que aconteceu e sua participação poderá trazer alívio ao falar, pois geralmente não se costuma falar muito sobre isso e também benefícios sociais, considerando as possibilidades de aplicação dos resultados desse estudo para melhorar o atendimento destinado às pessoas que assim como você perderam alguém por suicídio.

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa e pode deixar de colaborar em qualquer momento da entrevista, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da recusa. Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, ou seja, será mantido sigilo absoluto das informações colhidas e, em momento algum, será divulgado o seu nome ou invadida a sua privacidade.

Também lhe é garantido o direito ao ressarcimento de quaisquer despesas para participar da pesquisa.

Caso você sofra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, tem o direito de buscar a indenização.

Também declaro ter recebido uma das vias deste termo de consentimento livre e esclarecido assinada por mim e pela pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá contatar a pesquisadora Eliene Rocha Gomes, no telefone (27)999188013, no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), e-mail: eliene_rg@hotmail.com. Perante a necessidade de realizar denúncia, reportar qualquer intercorrência, injúria ou dano relacionado com o estudo o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com, pessoalmente ou pelo correio, no

seguinte endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que, voluntariamente, aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Vitória, ____ de _____ de 2019.

Participante

Pesquisadora responsável