



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAMETRO
PSICOLOGIA

DAIANY COSTA JORGE

**AS IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DO SUICÍDIO NOS
MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS SOBREVIVENTES ENLUTADOS**

FORTALEZA
2020

DAIANY COSTA JORGE

AS IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DO SUICÍDIO NOS
MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS SOBREVIVENTES ENLUTADOS

Monografia apresentada como requisito para obtenção do grau de bacharel em Psicologia do Centro Universitário FAMETRO - UNIFAMETRO, com a orientação da Professora Ms. Aline Gadelha de Almeida Duarte.

FORTALEZA

2020

J82i Jorge, Daiany Costa.

As implicações psicológicas e sociais do suicídio nos modos de subjetivação dos sobreviventes enlutados. / Daiany Costa Jorge. - Fortaleza, 2020.

70 f. ; 30 cm.

Monografia - Curso de Psicologia do Centro Universitário Fametro, Fortaleza, 2020.

Orientação: Profa. Ma. Aline Gadelha de Almeida Duarte.

1. Suicídio. 2. Luto - Aspectos psicossociais. 3. Psicologia. I. Título.

DAIANY COSTA JORGE

AS IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DO SUICÍDIO NOS
MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS SOBREVIVENTES ENLUTADOS

Monografia apresentada como requisito para obtenção do grau de bacharel em Psicologia do Centro Universitário FAMETRO - UNIFAMETRO, com a orientação da Professora Ms. Aline Gadelha de Almeida Duarte.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. M^a. Aline Gadelha de Almeida Duarte.
Orientadora - Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

Prof^a. Dra. Sara Guerra Carvalho de Almeida
Membro - Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

Prof^a. M^a. Teresa Glaucia Gurgel Gabriele Costa
Membro - Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

AGRADECIMENTOS

Ao meu *Deus*, Senhor da minha vida, à quem eu devo tudo e por meio de quem eu existo, a gratidão eterna pela oportunidade de trilhar esta linda jornada na Psicologia, tendo sua presença e sustento em abundância. Sem o *Senhor*, eu não conseguiria!

Ao meu pai, *João Bosco*, que amo tanto, por todo o cuidado, amor e apoio, a minha gratidão eterna;

À minha amada mãe, *Marcia*, por tudo que fez e faz, não somente para que eu pudesse concluir este percurso, mas pra que eu seja tudo o que sou. Dedico à você esta e todas as minhas vitórias, pois sei que intercede por mim!

Ao meu noivo *Manoel*, por todo o amor, apoio, cuidado e consolo. Seu apoio foi fundamental para que eu pudesse traçar este caminho. Eu amo você!

À minha sogra *Vanderléia*, por todo o suporte emocional e estrutural durante a realização deste estudo;

À avó *Teresinha (in memoriam)*, que partiu durante o processo de elaboração deste estudo: uma mulher cheia de vida, fé e garra, que me deixou um grande exemplo, muitas saudades e força para prosseguir com esta pesquisa;

À orientadora deste estudo, *Aline*: gratidão pela disposição, empenho, contribuições e por todo o apoio dado para que esta pesquisa pudesse acontecer. A sua excelência me inspira e eu a carregarei comigo!

Às examinadoras *Teresa e Sara*, participantes da banca, pela disponibilidade e contribuições valiosas.

Nem sei porque você se foi
Quantas saudades eu senti
E de tristezas vou viver
E aquele adeus, não pude dar
Você marcou em minha vida
Viveu, morreu na minha história
Chego a ter medo do futuro
E da solidão, que em minha porta bate

E eu

Gostava tanto de você

Gostava tanto de você

Eu corro fujo desta sombra
Em sonhos vejo este passado
E na parede do meu quarto
Ainda está o seu retrato
Quero ver pra não lembrar
Pensei até em me mudar
Lugar qualquer que não exista
O pensamento em você

E eu

Gostava tanto de você

Gostava tanto de você

(Tim Maia)

RESUMO

O suicídio configura-se como um fenômeno de saúde pública que abrange todo o planeta. Os sobreviventes enlutados, são aqueles que perderam alguém por esse fato e que são atravessados por conseqüências sociais e psicológicas. A cada 45 segundos, uma pessoa se suicida no mundo (BOTEGA, 2014), deixando entre 5 a 10 pessoas, aproximadamente, imersas num processo de luto específico e colocando-as num contexto de alto risco para o suicídio (RUCKERT, FRIZZO E RIGOLI, 2019). Este fato demonstra a importância de estudar e compreender os elementos que perpassam esta experiência, a fim de promover estratégias de cuidado aos sobreviventes enlutados (ROCHA e LIMA, 2019). Mediante estas implicações, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as repercussões sociais e psicológicas do suicídio nas subjetividades dos sobreviventes enlutados. O procedimento metodológico adotado consiste num estudo de natureza qualitativa, do tipo de pesquisa bibliográfica sistemática. A partir do estudo, verificou-se que os sobreviventes vivenciam diversos tipos de processos/sentimentos, tais como: preconceito, isolamento social, culpa, raiva, angústia, abandono, solidão e impotência, dentre outros fatores, que dependendo do processo de elaboração psíquica, podem facilitar ou dificultar o processo de ressignificação.

Palavras-chave: Suicídio. Sobreviventes enlutados. Repercussões psicológicas e sociais. Ressignificação.

ABSTRACT

Suicide is a public health phenomenon that covers the entire planet. The bereaved survivors are those who have lost someone due to this fact and are affected by social and psychological consequences. Every 45 seconds, a person commits suicide in the world (BOTEAGA, 2014), leaving approximately 5 to 10 people immersed in a specific grieving process and placing them in a context of high risk for suicide (RUCKERT, FRIZZO E RIGOLI , 2019). This fact demonstrates the importance of studying and understanding the elements that go through this experience, in order to promote care strategies for bereaved survivors (ROCHA and LIMA, 2019). Through these implications, the general objective of this research is to analyze the social and psychological repercussions of suicide on the subjectivities of bereaved survivors. The methodological procedure adopted consists of a qualitative study, of the type of systematic bibliographic research. From the study, it was found that the survivors experience several types of processes / feelings, such as: prejudice, social isolation, guilt, anger, anguish, abandonment, loneliness and impotence, among other factors, which depending on the psychic elaboration process , may facilitate or hinder the reframing process.

Keywords: Suicide. Bereaved survivors. Psychology. Psychological and social repercussions. Resignification.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 - Taxas de suicídio no mundo (por 100.000 habitantes) – 2016.....	17
FLUXOGRAMA 1 - Processo de filtragem e seleção.....	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida.....	22
TABELA 2 - Distribuição do número e percentual de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil, na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo ano de óbito e sexo – Proporção da mortalidade na população masculina pela feminina – Brasil, 2000 a 2015.....	30
TABELA 3 - Coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente de adolescentes de 10 a 19 anos, segundo sexo, macrorregiões brasileiras e o ano do óbito – Brasil, 2000 a 2015.....	31
TABELA 4 - Taxa de mortalidade por suicídio, por 100.00 habitantes, segundo características sóciodemográficas, Brasil, 2011 a 2015.....	31
TABELA 5 - Estudos pré-selecionados e selecionados.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBO – Catálogo Brasileiro de Ocupações
CE – Ceará
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CVV – Centro de Valorização da Vida
DSM - 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MTE – Ministério do Trabalho e do Emprego
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAN – Organização Panamericana de Saúde
PNPAS – Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 SUICIDO: UM FENÔMENO GLOBAL	15
2.1 Fatores predisponentes, precipitantes e de proteção.....	19
2.2 Estratégias de enfrentamento ao suicídio.....	25
3. O SUICÍDIO NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS	29
3.1 As políticas públicas de enfrentamento ao suicídio no Brasil.....	33
4. OS SOBREVIVENTES ENLUTADOS	39
4.1 Pósvenção e estratégias de cuidado.....	41
5 METODOLOGIA	42
5.1 Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.....	43
5.2 Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão.....	44
5.3 Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.....	45
5.4 Categorização dos estudos selecionados.....	46
6 AS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DO SUICÍDIO NOS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS SOBREVIVENTES ENLUTADOS	48
6.1 Das repercussões psicológicas.....	49
6.2 Das repercussões sociais.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

1 INTRODUÇÃO

O homem possui a certeza de viver permanentemente num ciclo de morte (SANTOS et al, 2014). Entretanto, mesmo possuidor desta certeza por toda a vida, a morte, de si e do outro, para a maioria, é evitada e falar sobre ela, gera discussões perpassadas pelos mais diversos tipos de sentimentos, posições e impressões.

Dentre as mais variadas formas de morrer, suicidar-se consiste na ação de “acabar com a própria vida” (BUENO, 2014, pag. 718). Segundo Caeiro (2011), a palavra “suicídio” surgiu no século XVII, a partir de uma concepção religiosa do cristianismo, como um neologismo, para diferenciar o suicídio de um cristão, do suicídio de um “pagão” (não cristão), ou seja, para diferenciar duas atitudes semelhantes, porém, concebidas como diferentes, do ponto de vista moralista e religioso, distinguindo um ato, por oposição a outro; o autor aponta também que algumas escolas filosóficas reconheciam a volição do indivíduo como tendo sua liberdade integral, inclusive para decidir sobre o que fazer com a sua própria vida. Já Platão e Aristóteles, possuíam uma visão contrária e proibicionista ao suicídio (SANTOS, 2006 apud CAEIRO, 2011).

Acerca disto, na sociedade contemporânea, o ato de ceifar a vida, seja do outro ou de si próprio é tido, na maioria das perspectivas, como uma transgressão social, moral e/ou religiosa. A partir disso, existem discussões sobre esta decisão, seja ponto de vista proibicionista ou não, como por exemplo acerca da eutanásia, uma prática de saúde que acelera a morte do paciente de forma consentida por ele ou por familiares (BARBOSA E LOSURDO, 2018).

Atualmente, o suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade, sendo que a cada 45 segundos, ocorre um suicídio em algum lugar do planeta, pelas mais diversas motivações e meios, que variam segundo o acesso que se tem a estes e segundo a influência que a cultura, o gênero e a faixa etária exercem sobre o comportamento suicida (BOTEGA, 2014).

Mesmo diante disto, é difícil mensurar com exatidão a abrangência deste fenômeno e a quantidade de famílias e amigos que passam pelo processo de luto por suicídio e, conseqüentemente, suas inúmeras implicações para estes. Isto se dá, devido à má qualidade e precisão dos dados relativos aos casos, dificultando também, a elaboração de estratégias preventivas, pois em 2016 apenas 80 dos 183

Estados-Membros da OMS, dos quais as estimativas foram publicadas em 2016, tinham registos civis com dados de boa qualidade (OMS, 2019).

Além da fundamental importância das estratégias de prevenção e acolhimento estabelecidas, pensando na dor dos que se foram ou desejam ir, se faz fundamental também, compreender e acolher aqueles que perderam alguém por suicídio no seu processo de luto, a partir do fato de que este ato não influi consequências que dizem respeito somente ao campo do individual, mas que possui efeitos sociais e culturais, sobretudo, no meio e nas pessoas mais próximas ao suicida. Neste contexto, o luto se configura como uma perda e, no caso da perda de alguém por morte, o enlutado passa a lidar com aquilo que configura uma morte: a difícil ausência da possibilidade de retomar aquilo que se foi (MOURA, 2006).

Conforme Osmarim (2015), as pessoas que perderam alguém por suicídio, sejam familiares ou não, são denominadas como sobreviventes e, apesar do fato de que cada indivíduo experiencia o luto de uma forma diferente, há especificidades em comum na vivência deste tipo de luto. Este processo de enlutamento pode ser uma experiência enriquecedora no ciclo da vida, mas necessita de cuidados fundamentais e indispensáveis ao enlutado. No contexto do luto por suicídio, um dos principais motivos de cuidado é o preconceito que gira em torno desse fenômeno, o que dificulta tanto a prevenção de mortes parecidas, quanto esconde a dor daqueles que mais são abalados pelo suicídio: os familiares (MIRANDA, 2014 apud *idem*, 2015)

Os sobreviventes passam por uma transição que resulta da experiência de separar-se definitiva, corporal e emocionalmente de alguém, sem possibilidade de reencontro. Essa transição é compreendida como a expressão do laço afetivo e por isso, o estresse configura-se como uma resposta normativa a este rompimento (OSMARIM, 2015). Além do estresse, sentimentos como culpa, medo, tristeza e raiva; fazem parte deste processo (TAVARES, 2013).

Assim, as pessoas mais próximas ao suicida passam por um momento de transformação da vida por terem suas vidas marcadas por um evento extremo e, em alguns casos, inesperado e incompreendido (OSMARIM, 2015); desse modo, se faz necessário ressignificar esta perda (TAVARES, 2013). Logo, surge o questionamento: quais as reverberações sociais e psicológicas do suicídio nos modos de subjetivação dos sobreviventes enlutados?

A partir disto, o objetivo geral deste estudo é analisar as repercussões sociais e psicológicas do suicídio nas subjetividades dos sobreviventes enlutados, sendo necessário, para isto: compreender a quem se destina a categoria “sobreviventes enlutados”; discutir os desdobramentos sociais do suicídio nos modos de subjetivação dos sobreviventes enlutados; compreender as implicações do suicídio na dimensão psicológica dos sobreviventes enlutados.

A partir disto, a disposição para a realização desta pesquisa emergiu, inicialmente, do interesse de compreender o fenômeno do suicídio no contexto da adolescência, sobre o qual foram encontrados inúmeras produções. A partir das leituras realizadas, percebeu-se a indispensabilidade de se debruçar sobre a pós-venção e a compreensão do processo vivido pelos sobreviventes, devido à pouca ênfase dada a este desdobramento do suicídio, demonstrado pela escassa literatura sobre isto, se comparado à temática do suicídio em si e seus demais desdobramentos.

Diante do que foi exposto, a necessidade deste estudo se demonstra pelo fato de que o suicídio atravessa fronteiras e configura-se como um fenômeno global, sobre o qual ainda não pode mensurar ao certo quantitativos de casos e impactos relacionados, havendo a necessidade de se estudar sobre a vivência destes enlutados e possibilitar uma atenção psicológica aos inúmeros familiares, parceiros e amigos que lidam com a perda.

Desse modo, este estudo pode promover uma relevante contribuição para o meio acadêmico, auxiliando na compreensão do processo de luto e na elaboração de estratégias interventivas no suporte psicológico aos sobreviventes enlutados, identificando dificuldades relacionadas e possibilitando o reconhecimento dos sentidos e ações de autocuidado destes. Além disto, esta pesquisa também poderá contribuir com o conhecimento, elaboração e fortalecimento de práticas inter/multidisciplinares no acolhimento desses indivíduos, bem como também, no cuidado psicoterapêutico.

2 SUICÍDIO: UM FENÔMENO DE SAÚDE GLOBAL

O suicídio é um fenômeno que confirma a existência de um sofrimento humano, que valida a viabilidade de morrer, a partir de um desespero e de uma ausência de sentidos presentes, não somente nos casos em que há consumação, mas também nos casos que vão somente até as tentativas (FUKUMITSU, 2012). “Fenômeno complexo, o suicídio configura um assassinato, em que vítima e agressor são a mesma pessoa” (VOMERO, 2003, p.37 apud FUKUMITSU, 2012, p. 23).

Segundo Teixeira, Souza e Viana (2018), o comportamento de suicidar-se é ação de pôr fim à sua própria vida de forma intencional, se configurando no processo ideação – tentativa – consumação de tal ato. Segundo os autores, a ideação consiste em pensamentos suicidas que podem estar aliados à planejamento ou não e a tentativa de suicídio se define como um comportamento autolesivo com intencionalidade mortal; ambos os comportamentos são considerados como não fatais, já o suicídio, “é considerado como o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida” (*idem*, p.1); além disso, os autores enfatizam que o limiar entre a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito é tênue e que este contexto demonstra que este tipo de morte, na maioria dos casos, é ideacionada e advinda de tentativas, apesar de salientarem, também, os casos decorrentes de um impulso, nos quais não há organização e planificação.

Desse modo, o suicídio tem se configurado como um fenômeno global e amplo e, apesar de já ser considerado uma questão de saúde pública, ainda não se pode mensurar com precisão a sua abrangência e impactos, seja das tentativas ou das consumações, devido à subnotificação dos casos na qual os dados de suicídio não são especificados ou não são informados (TEIXEIRA, SOUZA E VIANA, 2018; OPAS, 2018), podendo acontecer, em virtude do preconceito da família do falecido para com o suicídio (CASSORLA e SMEKE, 1994 apud MARÍN-LEON e BARROS, 2003).

Na atualidade, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) o suicídio consiste, em todo o mundo, na segunda principal causa de morte entre as mulheres e a terceira entre as crianças, sendo o modo de óbito de alguém a cada 45 segundos, configurando uma mortalidade superior a de guerras e homicídios. Entretanto, apesar dos dados alarmantes, os debates sobre suicídio, em sua maior

parte, não disponibilizam ao profissional da saúde contribuições e ferramentas para suas intervenções quanto a este fenômeno (FUKUMITSU, 2014).

Anualmente o ciclo familiar, de amizade e cultural de cerca de 800 mil suicidas é afetado de forma duradoura pelo ato, que é consumado por pessoas de todas as faixas etárias e em todas as regiões do mundo; partindo desse contexto, salienta-se que em 2016, mais de 79% dos suicídios do planeta ocorreram em países de baixa e média renda, tendo como os métodos mais comumente usados, o enforcamento, a intoxicação voluntária por pesticidas e utilização de armas de fogo (OMS, 2019).

Os meios para o suicídio, segundo Maia (et al, 2017), variam de acordo com a cultura e com o acesso que se tem a eles, por exemplo: nos estados Unidos da América (EUA), o meio predominantemente utilizado são as armas de fogo, devido o acesso facilitado a compra deste tipo de arma; já no Sri Lanka e na China, devido a economia centrada em produção agrícola, é utilizada na maioria dos casos, a intoxicação por pesticidas.

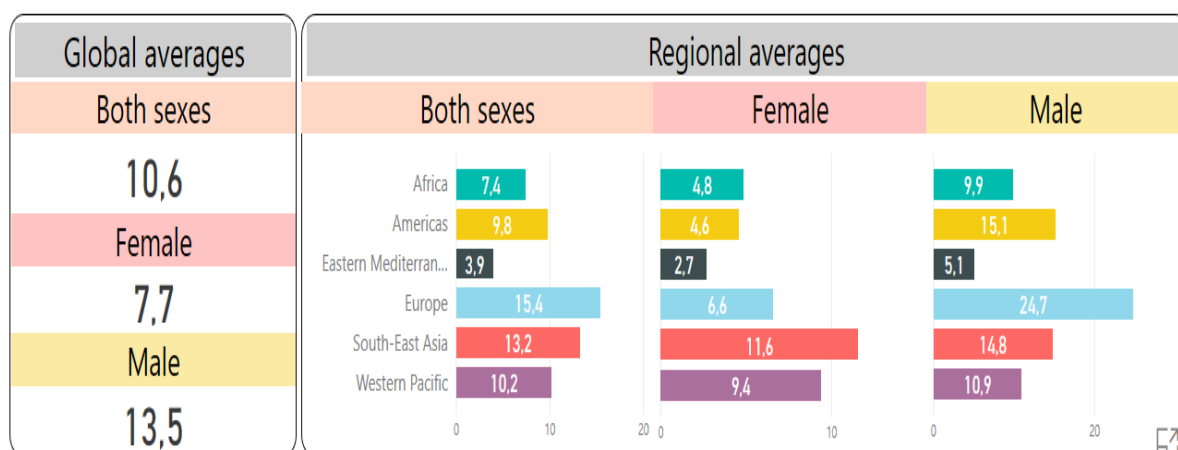
Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), o suicídio está diretamente relacionado a momentos de crise da vida (seja amorosa, financeira ou de saúde) e ao isolamento devido à experiências traumáticas, estando presente em quantidade elevada entre os grupos mais vulneráveis e/ou discriminados (como LGBTQI+, indígenas, refugiados e migrantes). Segundo a Organização, no países de alta renda – países que possuem uma situação socioeconômica bem desenvolvida, com alta produção econômica, do contrário aos países de baixa renda (SILVA, s.d.) - , a principal relação causal entre o suicídio é para com os distúrbios psicológicos - sobretudo depressão e uso exagerado de álcool.

Em se tratando de faixa etária, em algumas regiões do mundo, as taxas de suicídio aumentam de acordo com o avanço da idade e em outras, há um pico entre os jovens; partindo desse cenário, observa-se que em quase todas as regiões do planeta, as taxas de suicídio são menores para pessoas com até 15 anos e maiores para pessoas com mais de 70 anos, de ambos dos gêneros (*idem*, 2018). Verifica-se também que as taxas de suicídio de países de alta renda em homens de meia idade são muito maiores do que em países de baixa e média renda; já os adultos, jovens e idosos em países de baixa e média renda possuem taxas de suicídio maiores do que os seus pares de países de alta renda (OMS, 2014).

Conforme a OMS (2018), os suicídios em países de alta renda, continuam sendo também um grave problema. Porém, quem carrega a maior porcentagem, com 79% de prevalência de casos de suicídio no mundo, são os países de baixa e média renda (OMS, 2018a). Nos países de alta renda, os homens morrem 3 vezes mais do que as mulheres, enquanto nos países de baixa e média renda, a relação homem-mulher para o suicídio é mais próxima, com 1,6 homens para cada mulher. (OMS, 2018).

Na pesquisa publicada pela OMS em 2016, acerca das taxas brutas de suicídio no mundo, em se tratando de gênero, morrem por suicídio, em sua maioria, pessoas do sexo masculino e o continente com maior número de suicídios é o europeu, seguido pelo sudeste asiático em segundo lugar e pelo pacífico ocidental em terceiro lugar, conforme podemos compreender no **Gráfico 1**.

Gráfico 1: Taxas de suicídio bruto no mundo (por 100.000 habitantes) - 2016



Fonte: Organização Mundial da Saúde – 2016. Doenças não transmissíveis e saúde mental – Suicídio.

Em seu estudo acerca das diferenças de gênero em relação ao suicídio entre idosos, Meneghel (et al, 2012) discorre sobre as idéias dominantes de masculinidade e feminilidade vigente e de que forma ambas configuram como situação de risco para ambos os gêneros em toda a vida, sobretudo na velhice, considerando o conceito de gênero como uma categoria socialmente construída e complexa, sobre a qual existem diferenças entre ambos os sexos, que são de poder e sociais, ao invés de biológicas (SCOTT, 1995 apud MENEGHEL et al, 2012).

Conforme Meneghel (et al, 2012), o cenário do suicídio é perpassado pelas normas e códigos de gênero vigentes e, este imperativo de gênero dominante, que é

imposto aos meninos durante a sua socialização, enquanto os coloca neste lugar de dominação e conquista, também os reprime e vulnerabiliza, instaurando e reforçando dificuldades, tanto para que expressem suas emoções, como para lidar com perdas e ameaças à sua autoridade e intensificando, assim, o risco de suicídio, que passa a ser percebido como o único caminho a se trilhar frente a situações de adversidade e impotência.

A masculinidade é um conceito acerca da posição dos homens nas relações de gênero, elaborado a partir da noção de “masculinidade culturalmente hegemônica”. [...] No mundo ocidental, o papel masculino hegemônico é definido segundo quatro atributos principais: estoicismo (um homem não pode expressar sentimentos), autonomia (precisa resolver seus problemas sem buscar ajuda), sucesso em todos os tipos de empreendimentos e agressividade (MENEGHEL et al, 2012, p. 1988)

Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012) apontam que não estar trabalhando bem como a perda do *status* que o trabalho oferece ao homem, “criando neles uma ausência de lugar social que o recolhimento à casa não chega a preencher” (p. 2669), e passa a ser o principal fator associado ao suicídio de pessoas do gênero masculino. Além disto, o desempenho da sexualidade também é apontado pelos autores como um dos principais fatores relacionados ao suicídio de homens, principalmente idosos, a partir do “padrão de masculinidade socialmente dominante” (p.2666), que inscreve o exercício urgente de uma sexualidade, do controle das emoções, de atitudes machistas e de uma competitividade para com outros do mesmo gênero.

A masculinidade e a sexualidade masculinas são construídas e atualizadas através do corpo que se define pela capacidade de realizar tarefas de liderança e supremacia. A sexualidade preserva a característica de força masculina como dominação, através da penetração, da vergonha de ser penetrado e da competição que se manifesta pelas conquistas a serem exibidas a outros homens. Em geral, apesar das mudanças na divisão sexual do trabalho, dentro da visão hegemônica, os homens ainda desempenham o papel de provedores e dele se investem. Esse papel está calcado na noção de honra e de responsabilidade pela manutenção de mulheres e crianças, e lhes confere o poder de submetê-las. O mesmo ambiente cultural que consagra e reproduz a supremacia masculina, porém, prejudica o homem quando, por exemplo, o leva a descuidar de sua saúde e a negar riscos frente a qualquer falha na função de provedor (MINAYO, MENEGHEL e CAVALCANTE, 2012, p. 2266).

Apesar dos dados alarmantes, a prevenção ao suicídio, conforme a OMS (2014), ainda é uma prioridade baixa para os governos e políticas e precisa ser primazia na agendas globais de saúde, nas formulações de políticas públicas e nas

ações de conscientização sobre o suicídio, através de uma abordagem multidimensional, considerando as suas repercussões sociais, culturais e psicológicas.

Desse modo, conforme García-Haro, García-Pascual e Gonzalez (2018), mesmo que o suicídio seja considerado um problema de saúde, ele não se institui somente neste campo, estando relacionado à diversas dimensões organizativas da sociedade e sendo observado por diversas perspectivas de saber, devido aos seus múltiplos aspectos constituintes (social, mental, corporal, cultural). Apesar da abrangência e urgência deste fenômeno, o mesmo ainda é tratado como um assunto interdito à/na sociedade, devido ao tabu existente em torno dele (TEIXEIRA, SOUZA E VIANA, 2018).

2.1 Fatores de risco e de proteção ao suicídio

Maia (et al, 2017) define como risco de suicídio, um conjunto de características do indivíduo “que sugerem uma potencial passagem a efetivação de um suicídio” (p. 38) e, quando se trata de aspectos de risco na vida de um indivíduo para o ato de suicidar-se, são considerados os fatores predisponentes e os precipitantes; para o autor, fatores predisponentes são fatos e experiências vividas que potencializam o sofrimento e, quando se trata de fatores precipitantes, refere-se aos “acontecimentos recentes e atuais que serviram de gatilho para as situações de risco” (*idem*, p. 36).

Conforme Botega (et al, 2006), a cultura de uma sociedade está diretamente relacionada aos índices de suicídio, pois os valores de cada sociedade atuam de forma a configurar-se como um fator de risco ou de proteção como, por exemplo, em sociedades em que a independência é valorizada e o ato de solicitar auxílio é visto como uma demonstração de vulnerabilidade; portanto, segundo o autor, estes valores parecem favorecer fatores de risco; ao contrário, observa-se também culturas em que, o diálogo e as relações são valorizadas, suscitando em menores tendências suicidas.

Segundo a OMS (2019b), principalmente nos países desenvolvidos (de alta renda), os transtornos mentais - especialmente a depressão e os transtornos relacionados ao uso de álcool - estão diretamente ligados aos casos de suicídio. Além destes, Botega (2014) enfatiza que entre os transtornos mentais mais relacionados ao suicídio, estão os transtornos do humor bipolar, dependência de

outras drogas psicoativas e a esquizofrenia, além do fato de que algumas características da personalidade do indivíduo, também podem ser fatores de risco como, por exemplo: a impulsividade, a inteligência e a sensibilidade à críticas (SOOLE, KOLVES e DE LEO, 2015 apud SOUSA et al, 2017). Conforme o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT, 2019), a baixa tolerância a frustrações, a rigidez e os comportamentos agressivos também são características da personalidade de risco ao suicídio. Além disto, transtornos de ansiedade e stress patológico – em especial, decorrentes do ambiente ou contexto de trabalho – também tem sido associadas ao suicídio (MAIA et al, 2017). Quando há combinação entre dois ou mais destes fatores, a situação torna-se mais agravada, por exemplo: a existência de depressão, ansiedade e agitação na mesma pessoa ou de depressão e uso abusivo de álcool (BERLOTE e FLEISHMANN, 2002 apud BOTEGA, 2014).

Muitos suicídios ocorrem também por impulso, em momentos de crise da vida (como experimentar rompimento de relações, doenças ou problemas financeiros, por exemplo) ou em momentos em que se vivencia conflitos, desastres, violência, isolamento e perdas (OMS, 2019). Neste contexto, a tentativa de suicídio é o fator de risco mais alarmante (*idem*, 2019; BOTEGA et al, 2006) e estima-se que seus índices se sobressaiam aos de suicídio propriamente dito dez (10) vezes mais, apesar de não haver registro nacional de tentativas de suicídio em nenhum país (BOTEGA, 2014).

A literatura registra que o maior número de tentativas é entre os adolescentes e idosos (MAIA et a, 2017). Entre os idosos, doenças e transtornos mentais têm relação direta com o suicídio (RODRIGUES, ANDRADE e CUNHA, s.d.). Podem ser desencadeadores do comportamento suicida entre os idosos, a destituição da produtividade (gerada pela aposentadoria), melancolia, tristeza, isolamento social, problemas financeiros, luto, abuso de álcool e outras drogas, problemas nos relacionamentos, diagnósticos de enfermidades - especialmente as graves e degenerativas – e dependência física (MINAYO e CAVALCANTE, 2010; RODRIGUES, ANDRADE e CUNHA, s.d.).

Segundo Minayo e Cavalcante (2015), entre os idosos, existe uma estreita relação entre a ideação, as tentativas e as consumações do suicídio. A partir de sua revisão bibliográfica sobre as tentativas de suicídio na velhice, as autoras verificaram que, no caso das idosas, a tentativa de suicídio está entre os principais fatores

associados à consumação propriamente dita, além da dependência física, das doenças degenerativas e dos distúrbios de memória (LEBRET et al, 2016 apud MINAYO e CAVALCANTE, 2015); no caso dos idosos, problemas de saúde, distúrbios de ansiedade, problemas psiquiátricos, conflitos relacionais e sexuais, desentendimentos com os filhos, separação conjugal e baixa autoestima (JOE, et al, 2013; LINDNER, 2010; apud MINAYO e CAVALCANTE, 2015).

Meneghel (et al, 2012) aponta acerca das idosas, que a partir do fato de que “as hierarquias de poder entre os sexos seguem presentes e naturalizadas, calçadas em um modelo que destaca a autoridade do homem sobre as mulheres e os filhos” (p. 1984), o risco para o suicídio ocorre quando inseridas neste contexto social, ou seja, quando elas reprimem e negam seus próprios desejos e necessidades cotidianamente, em função do cuidado e serventia para com o outro; já para com os idosos, o risco apresenta quando se inserem neste contexto, principalmente, a partir do afastamento do trabalho, dos conflitos relacionais ou em circunstâncias que ameaçam sua virilidade e idéia de masculinidade.

No contexto adolescente, o suicídio é a segunda principal causa de morte e apesar de que não há consciência nele de que sua morte possa ser de fato possível e irreversível – configurando, então, a tentativa de suicídio como um fruto de uma fantasia -; é preciso encarar todos os atos autodestrutivos do adolescente, como mais do que um ato de “chamar atenção”; estes atos devem ser vistos a partir de uma perspectiva de que poderá ocorrer uma ideação e tentativa de suicídio, simbolizando uma desistência da vida; para o adolescente, o medo do abandono gera um sentimento de rejeição frente a qualquer situação de rompimento ou separação, gerando baixa autoestima e raiva de si mesmo; além disso, o sentimento de não conseguir viver sem a direção, supervisão e provisão dos pais gera sentimentos de impotência e vergonha nos adolescentes, fazendo com que seu corpo seja visto como um meio causador desses sofrimentos, podendo desencadear a tentativa de suicídio como um escape ou possibilidade de movimentar-se de maneira independente dos pais (CABETE e LAPA ESTEVES, 2009).

Os fatores precipitantes ao suicídio para os adolescentes, que contribuem para uma baixa autoestima, para comportamentos de risco (como o uso de álcool) e para a vivência de um sofrimento agudo, segundo Cabete e Lapa Esteves (2009) são: conflitos entre/com os pais; depressão; sentir que frustraram as expectativas dos pais sobre si; luto; perfeccionismo; dificuldades escolares; abuso sexual;

gravidez indesejada; dificuldades afetivas e relacionais, dificuldade de inserção profissional, insatisfação social e sentimento de exclusão.

A respeito da ocorrência de suicídio na infância, Sousa (et al, 2017) enfatizam que o suicídio é um fenômeno também presente nesta fase da vida e que é importante superar o entendimento de que o ser humano é incapaz cognitivamente de se matar quando criança, configurando uma barreira para a compreensão do risco de suicídio, baseada na crença de que as crianças não entendem o conceito de suicídio. Os autores enfatizam que, a impulsividade infantil, devido à imaturidade, está diretamente ligada ao risco de tentativas de suicídio e como fatores de risco ao suicídio nesta fase, eles apontam: os problemas escolares (bullying, a dificuldade de interação social, o abandono escolar, violência, dificuldades no desempenho escolar e a vergonha ou culpa por notas baixas), transtornos psiquiátricos e problemas no contexto familiar (abuso sexual, separação dos pais, falta de diálogos e uma dinâmica rígida e tensa).

Todos os elementos citados até aqui, como fatores de risco para o suicídio, aliados as experiências traumáticas – isto é, que marcam negativamente o sujeito -, se associados à eventos que causam sofrimento e que foram vivenciados na infância ou na adolescência do indivíduo, também o predis põem a vivenciar um sofrimento psíquico intenso e conseqüentemente, o suicídio (MAIA, et al 2017). Estas experiências adversas na infância e na adolescência configuram-se em dois grupos de relevantes fatores predisponentes de risco: aquelas em que o sujeito é a vítima direta – como em um abuso sexual, por exemplo – e aquelas que o sujeito vivencia a partir de um contexto que o integra – como um contexto familiar conturbado, no qual há ocorrência de suicídio anterior ou o sujeito presencia violência doméstica, por exemplo (PINTO, ALVEZ e MAIA apud, MAIA et al, 2017).

Todos os fatores de risco, podem ser categorizados em grandes grupos, relacionados à transtornos mentais, fatores socioculturais e fatores psicológicos, como é demonstrado na **Tabela 1**, conforme dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014).

Tabela 1 – Principais fatores de risco associados ao comportamento suicida

Doenças mentais	Aspectos sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão; • Transtorno bipolar; • Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; • Transtornos de personalidade; • Esquizofrenia; • Aumento do risco com associação de doenças mentais: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gênero masculino; • Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; • Sem filhos; • Moradores de áreas urbanas; • Desempregados ou aposentados; • Isolamento social; • Solteiros, separados ou viúvos; • Populações especiais: indígenas, adolescentes e moradores de rua.
Aspectos psicológicos	Condição de saúde limitante
<ul style="list-style-type: none"> • Perdas recentes; • Pouca resiliência; • Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável; • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância; • Desesperança, desespero e desamparo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington); • Trauma medular; • Tumores malignos; • AIDS.
Suicidabilidade: Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio.	

Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014, p.23

São categorizados dois grupos de fatores de risco principais: as intercorrências da vida - fatores exógenos - e os diagnósticos psiquiátricos - fatores endógenos (GARCÍA-HARO, GARCÍA-PASCUAL e GONZÁLEZ, 2018). Neste contexto, este processo deve ser analisado por sua constituição multifacetada, não podendo ser observado unicamente a partir de um evento delimitado, mas pelo somatório, pelo entrelaçamento e pela co-intensificação dos fatores relacionados (TEIXEIRA, SOUZA e VIANA, 2018).

Segundo Santos (et al, 2016), além de conhecer os riscos, é fundamental considerar também os fatores de proteção ao suicídio e em sua pesquisa acerca da influência dos fatores de risco e proteção frente a ideação suicida, o autores verificaram que os fatores de proteção “atuam reduzindo os efeitos de exposição ao risco, diminuindo a possibilidade de ideação e, conseqüentemente, as tentativas e o suicídio propriamente dito” (p. 518). Neste contexto, Costa e Brigas (2007) enfatizam que, os fatores relacionados ao suicídio, podem atuar, a depender do caso, como sendo de risco ou de proteção.

Conforme Pereira (et al, 2018), do contrário aos que configuram um risco, os fatores de proteção ao suicídio atuam relacionando-se com as características

positivas da vida de um sujeito, de forma a diminuir a sua vulnerabilidade mediante as situações difíceis, configurando proteção mediante sua frequência, intensidade e principalmente pela forma como o sujeito lida com eles.

Em sua pesquisa, Santos (et al, 2016) verificaram que, na maioria dos casos, apresentaram-se como fatores de proteção: práticas e crenças religiosas (pelo fato de que, em sua maioria, as pessoas envolvidas religiosamente tem menores chances de desenvolver comportamentos suicidas) e a satisfação ou atração pela vida.

Pereira (et al, 2018) indica que os aspectos pessoais como os relacionamentos interpessoais importantes para o sujeito (seja as relações familiares, amorosas ou amizades) e o ambiente de trabalho saudável, atuam como fatores de proteção frente ao suicídio; semelhantemente, os autores apontam que atuam também no contexto de proteção, os aspectos pessoais do sujeito, como a autoestima – crenças do indivíduo acerca de si como pessoa (SBICIGO, BANDEIRA e DELL'AGLIO, 2010) - , as habilidades sociais – repertórios de comportamentos utilizados nas interações (PEREIRA, THOMÉ e KOLLER, 2016) - e a autoeficácia – crença acerca da sua própria capacidade de resolução de situações adversas (SCIBIGO et al, 2012); partindo disso, afirma-se também que a autoestima e a autoeficácia relacionam-se a partir do fato de que uma baixa autoestima está ligada a um sentimento de incapacidade de resolver problemas (apud *idem*, 2018), enquanto as habilidades sociais são um recurso que o sujeito utiliza para pedir ajuda (PEREIRA, THOMÉ e KOLLER, 2016).

Conforme a cartilha do MPDFT (2019) sobre prevenção ao suicídio, outros fatores de proteção ao suicídio podem ser: o acesso aos serviços de cuidado à saúde mental, as atividades de inserção social – como lazer e esporte – e o envolvimento na comunidade. No contexto de crianças e adolescentes, o Ministério aponta também, que o acompanhamento de profissionais da educação é um importante fator de proteção, pois:

A partir de sua convivência com as crianças, adolescentes e famílias, os profissionais da educação têm a possibilidade de identificar situações de vulnerabilidade para o suicídio. O acompanhamento adequado dos jovens permite a percepção dos comportamentos, do contexto social e da integração escolar, que, muitas vezes, não são percebidos dentro da família. O contato direto dos profissionais da educação com os alunos possibilita a criação de momentos de diálogos e fortalecimento de vínculos. (MPDFT, 2019, p. 10-11).

Semelhantemente, o contato e acompanhamento realizado pela equipe de saúde da família da comunidade, também oferece proteção, ao possibilitar a identificação da presença e operação de fatores de risco entre os integrantes das famílias (MPDFT, 2019).

Desse modo, a partir dos estudos acerca do suicídio e dos fatores citados acima que perpassam este contexto, pode-se traçar um plano de medição acerca de sua abrangência e de estratégias de enfrentamento, a fim de prevenir que este fenômeno continue crescendo e tomando uma extensão cada vez maior.

2.2 Estratégias de enfrentamento ao suicídio

Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2009), algumas medidas de enfrentamento ao suicídio importantes são evidenciadas por pesquisas internacionais, como: treinamento de equipes médicas para realizar a correta identificação e tratamento da depressão; restrição a meios letais (como armas de fogo, venenos, medicações letais, acesso a locais de risco de suicídio em potencial – locais de onde o indivíduo pode se jogar, por exemplo); realização de acompanhamento aos pacientes após internação hospitalar ou após atendimento em posto de saúde por tentativa de suicídio.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2017), acompanhar aqueles que realizam tentativas de suicídio é uma medida de prevenção crucial e deve ser o foco das ações de vigilância, pois a tentativa de suicídio é a expressão de um sofrimento que se desenvolve de forma gradual, sendo advindo de uma crise; desse modo, intervir precocemente no caso e no meio em que vive o indivíduo pode evitar o suicídio.

Koch e Oliveira (2015) apontam que iniciativas públicas para a prevenção ao suicídio existem há cerca de cem anos no mundo e são realizadas em muitos países do planeta, resultando em muitas pesquisas e produções científicas; apesar disso, seus resultados são “contraditórios e confusos, provavelmente devido ao controle apenas parcial das variáveis envolvidas no processo suicida” (BERTOLOTE, 2004, apud *idem*, 2015), pois o suicídio consiste num fenômeno multidisciplinar. Para compreendê-las, os autores consideram a seguinte classificação de Bertolote (2004 apud *ibidem*, 2015) acerca destas ações: ações de redução de acesso aos métodos e aos meios de suicídio; ações de tratamento de pessoas com transtornos mentais; correta divulgação do suicídio por parte da imprensa; treinamento das equipes de

saúde; realização de programas nas escolas; disponibilização de linhas diretas e de locais de auxílio para períodos de crise.

Neste contexto, a iniciativa que mais tem apresentado resultados, tem sido a restrição de acesso aos meios letais em ações violentas, que consistem em medidas de regulamentação e controle de aquisição de armas de fogo, pesticidas, medicamentos, como já citado anteriormente, fazendo parte desta categoria também, ações de prevenção à autolesões de todas as formas, de modo que podem ser evitados muitos suicídios; vale salientar que tais medidas de prevenção têm acontecido em países como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Noruega e Reino Unido, a partir de medidas como: enrijecimento das normas e aumento no tempo de espera para licença e para aquisição de armas; exigência de cofre para armazenamento; instauração de idade mínima para aquisição de armas e de avaliação clínica para tal, bem como também, de antecedentes criminais; controle de venda de substâncias entorpecentes – por serem potencializadoras do risco de suicídio (KOCH e OLIVEIRA, 2015).

Outra medida preventiva pode ser a maneira como o suicídio é retratado pela imprensa, pela indústria do entretenimento ou pela internet, de forma que a depender de como for apresentado, pode-se estimular novos casos ou repassar informações de carácter educativo (KOCH e OLIVEIRA, 2015). Conforme a ABP (2009), a compreensão de que a literatura e a imprensa podem influenciar o fenômeno no suicídio é antiga, a demonstrar-se por Goethe, que precisou defender-se em público após centenas de suicídios terem ocorrido depois da publicação de seu livro “Os sofrimentos do jovem Werther”, em 1774 (no qual seu personagem principal suicida-se e em muitos dos casos de suicídio ocorridos após a publicação do livro, as pessoas estavam com vestes semelhantes às do personagem ou deixaram o livro no local da morte, originando o termo “Efeito Werther”, que denomina uma imitação de suicídio) ou pelo ocorrido no metrô de Viena onde 22 casos de suicídio ocorreram em 18 meses, após uma “cobertura sensacionalista” de um caso de suicídio. Diante disso, percebeu-se que, após as iniciativas de prevenção adotadas pela imprensa na divulgação dos casos de suicídio ocorridos no metrô, o índice de novas ocorrências deste fenômeno no metrô austríaco caiu em setenta e cinco por cento (75%). A partir disto, é necessário que:

Quando o suicídio for notícia (e esse critério varia entre os órgãos de imprensa) sugere-se reportagem discreta, cuidadosa com parentes e amigos enlutados, sem detalhismo exagerado do método suicida,

notadamente quando o falecido era celebridade ou pessoa muito estimada localmente. Acredita-se que carregar a reportagem de tensão, por meio de descrições e imagens de amigos e de familiares impactados, acabe por encorajar algumas pessoas mais vulneráveis a tomarem o suicídio como forma de chamar a atenção ou de retaliação contra outros. O suicídio não deveria ser enaltecido nem tomado como ato de coragem, num processo de “romantização” do ato, ou de “heroicização” do falecido. Cuidado para não ressaltar reações “positivas”, ou o lado “solucionador” de um suicídio, como numa matéria online da revista Time de 28 de maio de 2007, sobre o suicídio de um ministro japonês, cujo título dizia: “Suicídio põe fim a escândalo no Japão (ABP, 2014, apud KOCH e OLIVEIRA, 2015, p.14)

Outro fator importante é que, em muitos países, o acesso aos serviços de tratamentos de saúde mental é dificultoso, possuindo limitação de recursos e de acesso do profissional de saúde ao paciente; desse modo, é importante rever estas condições, pois o cuidado para com a saúde mental diminui o risco em 90% dos casos de suicídio, podendo-se considerar, então, que realizar um trabalho junto aos pacientes que apresentam transtornos mentais, diminui a possibilidade de ocorrência de novos casos (KOCH e OLIVEIRA, 2015).

O treinamento adequado das equipes de saúde também acarreta em diminuição do risco de suicídios, pois em muitos casos estas são as primeiras a terem contato com os indivíduos após as tentativas de suicídio (KOCH e OLIVEIRA, 2015). Apesar de esta medida ser comumente expressada em pesquisas, Bertolote (2004) aponta que os estudos acerca de sua eficácia (quando realizada), ainda necessitam de mais aprofundamento.

Neste mesmo seguimento, Kock e Oliveira (2015) apontam que também estão os programas nas escolas, que visam educar equipe docente, o grupo discente e os familiares, na identificação e manejo de situações de risco ao suicídio, através de campanhas de conscientização e que, do mesmo modo, os resultados desta medida também não foram bem avaliados ainda. Bertolote (2004) afirma que esta ação possui “efeitos positivos circunstanciais, porém sem objetividade quando à efetividade”.

Semelhantemente, as linhas de atendimento e os centros de crise para prevenção ao suicídio, são uma medida preventiva da qual não há até o momento, evidências sobre sua eficácia (KOCH e OLIVEIRA, 2015). Percebe-se que seu impacto é maior em situações de crise (e não somente relacionadas ao suicídio), do que nos índices de autoaniquilação (BERTOLOTE, 2004).

Destaca-se, também, que além de medidas públicas governamentais, há também as entidades não governamentais que assumem o compromisso de prevenção ao suicídio, realizando um “verdadeiro exercício de cidadania” para com as pessoas de sua comunidade (KOCH e OLIVEIRA, 2015).

Além destas, a psicoterapia também inscreve-se nesse contexto como uma ferramenta de cuidado e prevenção, para com aqueles que ideacionam ou tentam cometer suicídio. Para Berni (s.d), a psicoterapia é uma área e domínio clássico na atuação do profissional de Psicologia e faz parte do imaginário social como sendo uma área de atuação de todo e qualquer psicólogo; na verdade, ela não consta como tal na lista de funções atribuídas a todo profissional de Psicologia, mas como uma competência adicional da formação nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) destinadas ao Curso de Formação em Psicologia, apresentado em 2004 e reafirmado em 2011, após revisão do documento; vale salientar que a mesma foi normatizada como prática psicológica e que sua normatização no ano de 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da Resolução 10/2000, por se constituir:

técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidas pela ciência, pela prática e pela ética profissional (BRASIL, 2000, apud *idem*, s.d., p.3).

Desse modo, a psicoterapia demonstra ser um importante fator de enfrentamento ao suicídio, de forma que, conforme Fukumitsu (2014), o momento entre a ideação e a ação suicida, a prevenção toma um lugar mais importante ainda pelo fato de que o comportamento suicida envolve um processo gradativo e deve-se, então, avaliar o nível de letalidade da tentativa de suicídio e a intencionalidade do ato de pôr fim à vida, buscando entender qual o pedido e mensagem que o comportamento suicida revela.

3. O SUICÍDIO NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRAFICOS

No panorama mundial, o Brasil encontra-se como o oitavo (8º) país do ranking de suicídios (TEIXEIRA, SOUZA e VIANA, 2018) e isto, somente a partir dos casos registrados, sem contar com os casos não notificados ou subnotificados em outros tipos de mortes. Além disto, estima-se que o número de tentativas de suicídio exceda em dez (10) vezes mais o número de suicídios consumados (BOTEGA, et al, 2006).

Estatísticas em relação ao suicídio variam conforme localizações geográficas, sexo e faixas etárias. Em consonância com outros países, as taxas de suicídio no Brasil têm aumentado, passando de 4,4 a cada 100.000 habitantes em 1980 para 5,8 em 2006. Isso ocorre à custa do incremento nas taxas do fenômeno na população masculina (CICOGNA, HILLEHEIM e HALLAL, 2019, p.2).

Conforme Neves (2019), os dados do Mapa da Violência registraram que, entre 2003 e 2013, houve um aumento de 10% de casos de suicídio entre crianças e adolescentes dos 9 aos 19 anos no Brasil; já “entre 1980 e 2012, o acumulado é ainda mais expressivo, chegando a 62,5% de suicídios entre adolescentes de 15 a 19 anos” (np).

Bouzas e Jannuzzi (2017) apontam que a taxa de crescimento de casos de suicídio no Brasil da idade de 10 a 14 anos, aumentou 40% nos últimos 10 anos e 33,5% entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade, sendo que, em média, as pesquisas apontam que 2 adolescentes tiram suas vidas por dia, conforme pesquisas.

Segundo Cicogna, Hilleheim e Hallal (2019), entre os anos 2000 a 2015, os dados são de 11.947 mortes por suicídio no país entre os jovens de 10 a 19 anos, representando 8,25% do total de mortes por suicídio de todas as faixas etárias do mesmo período, sendo que a maior parte destes suicídios, foi por parte do gênero masculino, como o demonstrado na **Tabela 2**.

Tabela 2: Distribuição do número e percentual de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil, na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo ano de óbito e sexo – Proporção da mortalidade na população masculina pela feminina – Brasil, 2000 a 2015.

Ano do Óbito	Masculino	%	Feminino	%	Total	Masculino: Feminino
2000	384	63,16	224	36,84	608	1,71:1
2001	533	65,64	279	34,36	812	1,91:1
2002	493	65,47	260	34,53	753	1,90:1
2003	500	66,05	257	33,95	757	1,95:1
2004	482	64,87	261	35,13	743	1,85:1
2005	468	64,29	260	35,71	728	1,80:1
2006	496	66,31	252	33,69	748	1,97:1
2007	484	67,79	230	32,21	714	2,10:1
2008	480	65,93	248	34,07	728	1,94:1
2009	483	71,88	189	28,13	672	2,56:1
2010	489	69,26	217	30,74	706	2,25:1
2011	487	66,44	246	33,56	733	1,98:1
2012	554	69,95	238	30,05	792	2,33:1
2013	555	70,70	230	29,30	785	2,41:1
2014	561	68,92	253	31,08	814	2,22:1
2015	593	69,44	261	30,56	854	2,27:1
Total	8042	67,31	3905	32,69	11947	2,06:1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) apud Cicogna, Hilleheim e Hallal (2019).

Em se tratando de gênero, a maior parte dos casos de suicídio no Brasil se dá, seja entre homens ou mulheres, por enforcamento, envenenamento por pesticidas e armas de fogo. (MAIA et al, 2017).

A respeito do gênero masculino, assim como nas estimativas globais, no Brasil, o número de suicídios entre homens é quatro (4) vezes maior do que o de mulheres (TEIXEIRA; SOUZA; VIANA, 2018). Entre 2000 e 2015, a proporção de suicídios masculinos sobrepôs a de suicídio femininos, com uma proporção de 2,06:1 (CICOGNA, HILLEHEIM e HALLAL, 2019).

Em relação ao gênero feminino, os métodos mais usados são fumaça/fogo e precipitação de altura (MAIA et al, 2017). Conforme a OMS (2018 apud CICOGNA, HILLEHEIM e HALLAL, 2019), o índice de suicídios femininos no Brasil entre os anos 2000 e 2015 foi aumentando a cada ano, mas diminuiu de 2015 para 2016, passando de 3,2 para 3,1 por 100.000 habitantes, enquanto no mesmo período, a

taxa de suicídios masculinos no país somente cresceu, indo de 9,9 para 10,0 por 100.000 habitantes.

Considerando ambos os sexos e a prevalência do suicídio por regiões do Brasil, Cicogna, Hilleheim e Hallal (2019) apontam que, na região Norte do Brasil, o coeficiente de mortalidade de jovens por suicídio cresceu para 72,81% e variou de 2,28 a cada 100.000 habitantes para 3,94 no ano de 2015; já no Nordeste, o coeficiente mudou de 1,14 a cada 100.000 habitantes no ano 2000 para 2,14 em 2015; No Sudeste, o coeficiente subiu, neste mesmo período, de 1,14 a cada 100.000 habitantes para 1,83 a cada 100.000 habitantes; a região Centro-Oeste liderou como a região de maior quantidade de suicídios do país, seguida pelo Sul do Brasil, como se pode ver na **Tabela 3**.

Tabela 3: Coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente de adolescentes de 10 a 19 anos, segundo sexo, macrorregiões brasileiras e o ano do óbito – Brasil, 2000 a 2015.

Região	Ano															
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte																
Masculino	3,03	3,37	3,09	3,25	3,17	2,84	3,11	4,67	4,27	5,04	4,43	3,82	4,35	5,28	5,19	5,06
Feminino	1,50	2,39	1,99	1,85	1,64	2,13	1,55	1,35	1,88	1,69	1,85	2,43	1,64	2,33	2,21	2,78
Ambos	2,28	2,89	2,55	2,56	2,42	2,49	2,34	3,04	3,10	3,39	3,17	3,14	3,02	3,83	3,73	3,94
Nordeste																
Masculino	1,17	1,85	2,14	1,69	1,94	2,11	2,03	2,52	2,26	2,31	2,49	2,21	2,61	2,71	2,83	2,83
Feminino	1,10	1,07	1,01	1,58	1,46	1,39	1,65	1,42	1,74	1,10	1,42	1,52	1,26	1,29	1,31	1,43
Ambos	1,14	1,47	1,58	1,64	1,70	1,75	1,85	1,98	2,00	1,71	1,96	1,87	1,95	2,01	2,08	2,14
Sudeste																
Masculino	1,44	2,75	2,17	2,40	2,16	1,91	2,49	2,02	1,75	1,66	1,95	2,27	2,39	2,18	2,10	2,47
Feminino	0,83	1,34	1,19	1,08	0,96	0,98	0,97	1,00	1,05	0,67	0,98	1,20	1,13	0,86	1,14	1,18
Ambos	1,14	2,06	1,69	1,75	1,57	1,45	1,74	1,52	1,40	1,17	1,47	1,74	1,77	1,53	1,63	1,83
Sul																
Masculino	4,17	5,22	4,59	5,06	4,72	4,61	4,29	3,14	4,23	4,28	3,68	4,16	4,31	4,56	4,95	4,83
Feminino	1,81	2,36	2,36	1,44	2,09	1,75	1,97	2,02	1,68	1,12	1,44	1,09	1,76	1,73	2,24	1,27
Ambos	3,01	3,82	3,50	3,29	3,43	3,21	3,16	2,59	2,98	2,73	2,58	2,66	3,06	3,17	3,62	3,09
Centro-Oeste																
Masculino	5,19	4,12	4,67	4,97	4,80	5,09	4,83	4,48	5,23	4,58	4,72	3,92	5,80	4,94	4,86	5,92
Feminino	3,33	2,90	3,06	2,973,98	3,61	3,84	2,52	1,78	1,60	2,79	1,27	1,90	2,52	2,36	1,97	2,91
Ambos	4,27	3,52	3,87		4,21	4,48	3,69	3,15	3,44	3,70	3,02	2,92	4,19	3,67	3,44	4,45
Brasil																
Masculino	2,12	2,96	2,75	2,81	2,72	2,66	2,83	2,76	2,74	2,76	2,80	2,79	3,17	3,18	3,22	3,42
Feminino	1,28	1,60	1,49	1,49	1,52	1,52	1,48	1,36	1,46	1,12	1,28	1,46	1,41	1,37	1,51	1,56
Ambos	1,71	2,29	2,13	2,16	2,13	2,10	2,16	2,07	2,11	1,95	2,05	2,13	2,31	2,29	2,38	2,51

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Censo populacional de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apud Cicogna, Hilleheim e Hallal (2019).

Em seu Boletim Epidemiológico, divulgado pelo Ministério da Saúde (2017), a Secretaria de Vigilância em Saúde realizou um estudo descritivo e publicou o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio notificados no Brasil, entre os anos de 2011 a 2016. O estudo confirma (assim como as demais pesquisas) que a maior parte dos óbitos por suicídio no Brasil são de homens e que, acerca da proporção de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e região de residência neste período, a grande maioria delas, 89,4%, são de pessoas que residiam na zona urbana, sendo as taxas de: na região Norte, 3,9% foram de mulheres e 4,2% foram de homens; no Nordeste, 12,7% foram de mulheres e 12,6% foram de homens; no Centro-Oeste, 7,1% foram de mulheres e 7,4% foram de homens; e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (51,2% de mulheres e 49,6% de homens) e Sul (25,0% de mulheres e 26,2% de homens).

Observou-se no Boletim que, independente do sexo, as maiores taxas de suicídio foram de idosos de mais de 70 anos, de brancos ou negros, de pessoas com baixo nível de escolaridade e de pessoas indígenas; entre os homens, os dados foram os mesmos, sendo que o risco de morte por suicídio diminui, à medida que o nível de escolaridade aumenta; já entre as mulheres, as mais acometidas foram as mulheres adultas de 40 a 59 anos e, do contrário aos homens, observou-se que, quanto maior o nível de escolaridade, menor o risco de morte por suicídio, mas somente até a categoria dos 8 a 11 anos de estudo, pois de 12 anos ou mais de estudo, o número se aproximou da maior taxa (ibidem, 2017), como se pode observar na **Tabela 4**.

Tabela 4: Taxa de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo características sociodemográficas, Brasil, 2011 a 2015.

Variáveis ^a	Taxa de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Geral
Faixa etária (em anos)^b			
5-19	2,3	1,1	1,7
20-29	11,0	2,5	6,8
30-39	11,9	3,0	7,4
40-49	12,4	3,6	7,9
50-59	12,5	3,8	8,0
60-69	12,9	3,2	7,7
70 e mais	17,1	3,0	8,9
Escolaridade (anos de estudo)^c			
0-3	10,9	2,6	6,8
4-7	9,7	2,5	6,1
8-11	5,2	1,6	3,3
12 e mais	5,3	2,4	3,4
Raça/cor^c			
Branca	9,5	2,7	5,9
Negra (preta + parda)	7,6	1,9	4,7
Amarela	3,8	1,2	2,4
Indígena	23,1	7,7	15,2

^aDados ignorados/branco (<4%) não apresentados na tabela.
^bPesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD).
^cExcluída população menor de 10 anos.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil (2017)

Em ambos os sexos, os dados acerca da população indígena se destacam, estando assim, em acordo com outros estudos que demonstram a vulnerabilidade desta população em todo o mundo e também o alto uso de substâncias psicoativas pelos jovens indígenas (*idem*, 2017). Considerando, também, as altas taxas de suicídio entre os idosos, a publicação enfatiza a necessidade de se considerar o suicídio deste grupo como sendo multideterminado, como demonstram estudos que mostram que o suicídio deste grupo possui características, não somente individuais, mas também relacionadas a questões sociais (NGUI, VASILADIS e PRÉVILLE, 2015 apud *ibidem*, 2017).

A partir destas pesquisas, são pensadas no Brasil, políticas e ações, sejam governamentais ou não, para que o problema do suicídio possa ser enfrentado; porém, percebe-se a necessidade de que a questão do suicídio e de suas causas, sejam verificadas em estudos mais aprofundados, para que se possa diminuir seu alcance e impactos no país.

3.1 As políticas públicas de enfrentamento ao suicídio no Brasil

Conforme Santos (2004, apud JUNIOR e CADONÁ, 2019), Política Pública é uma temática freqüente nos debates de diferentes áreas e estudos acadêmicos e acredita-se que isto se deve, em parte, pela exigência feita aos Estados de que sejam elaboradas estratégias de planejamento, mapeamento e controle dos seus territórios, fazendo com que assumam compromissos governamentais; desse modo, para além das análises históricas, as Políticas Públicas podem ser definidas como “a construção de soluções para problemas públicos, alinhadas ou não com

determinados projetos políticos” através de ações dos governos (HOWLETT, RAMESH & PERL, 2013 apud JUNIOR e CADONÁ, 2019).

Conforme Junior e Cadoná (2019), cada nação assume compromissos públicos de acordo com sua realidade, estando eles geralmente registrados em sua constituição; entretanto, as Políticas Públicas não se resumem somente a ações governamentais, pois há milhares de instituições que assumem os compromissos que, mesmo sendo do Estado, não estão sendo devidamente abordados por ele, sejam por falta de estrutura, de interesse ou de priorização; portanto, essas passam a ser vinculadas à compromissos sociais de empresas, organizações civis ou de grupos sociais (como igrejas, grupos voluntários e Organizações Não Governamentais), sendo as ações destes grupos, denominadas como Políticas Públicas Não Governamentais e que, diferente das ações governamentais, não se baseiam em um amplo processo político de discussão e averiguação de demandas sociais, mas em visão e meios de ação particulares.

Desse modo, as Políticas Públicas nascem, inicialmente, no campo das idéias dos grupos políticos e, depois de constatadas, passam a ser formuladas de forma embasada a partir de discussão e levantamento de dados para que sejam planejadas as intervenções do Estado no tema em questão (JÚNIOR e CADONÁ, 2019). Com este fim, conforme a ABP (2009), o Ministério da Saúde montou em 2005, um grupo com integrantes do governo de entidades da sociedade civil e das universidades a fim de elaborarem um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio para o Brasil e dentre os seus principais objetivos, destacam-se:

- “1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental e das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.”(p.13)

Desse modo, o Brasil foi o primeiro país da América Latina a implementar em seu território uma proposta visando a prevenção ao suicídio, através da portaria nº 1.876, de agosto de 2006, que servia de guia para os serviços de saúde mental já instituídos na Política Nacional de Saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) e os Hospitais Psiquiátricos (JUNIOR e CADONÁ, 2019), da qual destaca-se algumas das considerações contidas:

“[...] Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais; Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições; Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde; Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário; Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros [...]” (BRASIL, 2006)

A partir desta proposta, percebe-se que o Estado brasileiro reconhece a necessidade de compreender, mapear e enfrentar o fenômeno do suicídio no país e dela originaram-se projetos e programas estaduais e regionais de prevenção ao suicídio no país (JUNIOR E CADONÁ, 2019).

Atualmente, conforme o Ministério da Saúde (2017), o modelo de atenção à saúde mental que antes era focado nas internações em hospitais psiquiátricos, hoje está voltado aos serviços comunitários de saúde mental e, a partir deste redirecionamento, foi desenvolvida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde, pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que tem o objetivo de “ampliar o acesso à atenção psicossocial, articular ações entre os serviços e ações intersetoriais, regular e organizar as demandas e fluxos de assistência” (p.13-14), através do acolhimento e acompanhamento de cada caso, considerando suas especificidades e os grupos que vivem em situação de maior vulnerabilidade; desse modo e, para isto, a RAPS se compõe na Atenção Básica em Saúde, na Atenção Psicossocial Especializada, na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório, na Atenção Hospitalar, em Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial, possuindo pontos de atenção - que vão, desde Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), até leitos de saúde mental em hospitais gerais e serviços de emergência e urgência como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dentre outros – e mapeando, organizando e efetivando o cuidado e atenção psicossocial para com as demandas de saúde mental de cada

território, realizando projetos terapêuticos e monitorando casos de pessoas com ideação suicida e seus familiares.

Os sistemas de informação em saúde, a coleta e análise de dados sobre as tentativas e consumações de suicídio, também são consideradas estratégias de enfrentamento ao suicídio, (OMS, 2014; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2016; OMS, 2012 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) e no Brasil estas taxas são disponibilizadas pelo Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de forma a possibilitar informações que forneçam subsídios para criação e melhorias das estratégias de prevenção. Vale salientar que, apesar das notificações de tentativas de suicídio serem deviam ser de carácter imediato e compulsório – desde 2011, a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no SINAN sendo universal para todos os serviços de saúde no país e compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio que não resultam em óbito -, ainda há o desafio de estender a abrangência das notificações por parte dos estabelecimentos de saúde; além disso, há também o desafio do correto e padronizado preenchimento da causa de tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual e que, conforme pesquisas, acontece em muitos estabelecimentos de forma que não é feita a adequada classificação dos eventos e nem com a qualidade necessária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Destaca-se também, pelo Ministério da Saúde (s.d.), a importância dos CAPS no enfrentamento ao suicídio, estando numa posição importante se comparada aos demais serviços de saúde, devido ao fato de que as pesquisas têm refletido que pessoas que possuem transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia ou transtorno afetivo bipolar, possuem risco maior de cometer suicídio e as equipes destas instituições atuam constantemente de forma próxima a elas e aos seus familiares.

Além dos CAPS, o Centro de Valorização da Vida (CVV) também é uma importante instituição de enfrentamento ao suicídio e que participou da elaboração do Política Nacional de Prevenção do Suicídio, do Ministério da Saúde (CVV, s.d.). Fundado em 1962 em São Paulo, o CVV “é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973” que atua de forma voluntária e gratuita prestando escuta, apoio emocional de forma preventiva ao suicídio para qualquer pessoa, de forma sigilosa, através da sua linha

telefônica gratuita em todo território nacional e de ações junto às comunidades de todo o país (CVV, s.d.).

Recentemente, conforme Júnior e Cadoná (2019), a “Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio” (PNPAS), pela Lei nº 13.819, publicada no Diário Oficial da União no 26 de abril de 2019, foi instaurada pelo governo federal, instituindo como obrigatória a notificação de automutilação e ideação suicida de crianças e adolescentes através de escolas (públicas e privadas); segundo os autores, percebe-se uma necessidade de qualificação dos profissionais de saúde no que diz respeito a situações de risco de suicídio e a participação de todas as instâncias do governo para com esta temática, numa tentativa de instituir uma política pública destinada a prevenção ao suicídio, incluindo uma ação não prevista nas Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio – manter através do poder público um serviço de atendimento telefônico destinado para atendimento gratuito e sigiloso (Art. 4º da Lei 13.819/2019), demonstrando a preocupação do atual governo para com os índices de suicídio entre os jovens do Brasil. Os autores destacam também, a mudança feita na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, “incluindo a obrigatoriedade dos planos de saúde em oferecer e atenção psiquiátrica e psicológica aos contratantes” e que a lei entra em vigor em julho de 2019, com os fins declarados no seu Artigo 3º:

I – promover a saúde mental; II – prevenir a violência autoprovocada; III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente Página 2 de 7 Parte integrante do Avulso do PL nº 1902 de 2019. 2 daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão; IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas. (BRASIL, 2019).

Entretanto, apesar de inovadora e de ainda não ser possível mensurar os efeitos de sua implementação, Júnior e Cadoná (2019) afirmam que a PNPAS é

“pouco embasada e não fornece, dentro de sua estrutura normativa, qualquer menção ao aumento de investimento ou criação de um fundo econômico para subsidiar as ações de prevenção previstas na lei”, além de atribuir tarefas a um sistema educacional precário e pouco preparado para realizar a identificação de situações de risco de suicídio, podendo acarretar numa sobrecarga de encaminhamentos para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando em sua elaboração, preceitos ideológicos predominantemente conservadores.

Deste modo, estas medidas revelam os esforços empenhados no Brasil, a fim de compreender e conter o crescimento das taxas de suicídio no país, bem como também, a necessidade de que sejam realizados estudos mais aprofundados em relação ao contexto deste fenômeno no país, a partir de uma visão ampla, que considere sua constituição multideterminada.

García-Haro, García-Pascual e Gonzalez (2018) apontam que o suicídio não é um ato que gera impactos somente no âmbito individual, mas também, na dimensão social que cerca o sujeito. Neste contexto, o luto se configura como uma perda e, no caso da perda de alguém por morte, o enlutado passa a lidar com a aquilo que configura uma morte: a difícil ausência da possibilidade de retomar aquilo que se foi (MOURA, 2006). Apesar disto, o processo de luto pode ser uma experiência enriquecedora no ciclo da vida, mas necessita de cuidados fundamentais e indispensáveis ao enlutado. No contexto do luto por suicido, um dos principais motivos de cuidado, é o preconceito que gira em torno desse fenômeno, o que dificulta a prevenção de outras tentativas de morte e também a recuperação dos mais abalados: os familiares (MIRANDA, 2014 apud OSMARIM, 2015).

No vivenciar deste processo, a família se encontra como parte integrante da dimensão social do suicida devido ao fato de que ela, como define Kamers (2006), consiste num pilar social, sendo uma estrutura humana universal, presente em todas as diversas organizações sociais em suas múltiplas configurações, de forma a constituir e historicizar o indivíduo, dando prosseguimento à valores e cultura (KAMERS, 2006). Desse modo, ela configura-se, não somente como um centro de:

(...) sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social. (...) Sua importância não é funcional, seu valor não é meramente instrumental, mas se refere à sua identidade de ser social. (SARTI, 1996, p. 33 apud KAMERS, 2006)

Socialmente, a partir da sua construção histórica e cultural na qual passou por diversas transformações, a família inscreve-se num contexto de responsabilização acerca do bem-estar dos seus integrantes na contemporaneidade, o que gera desdobramentos específicos para cada papel e/ou posição familiar desempenhada. Dessa forma, os membros da família são colocados num lugar não somente de elo afetivo e sanguíneo (ou não), mas de dever assumido das condições física, emocional e moral uns dos outros (KAMERS, 2006). Logo, o que acontece com seus membros passa a ser neste contexto, de alguma forma, sua responsabilidade, trazendo sobre os familiares uma culpabilização.

Neste contexto, segundo Kamers (2006), as famílias enfrentam uma série de conflitos de ordem biológica, social e mental, originados nestas dimensões e/ou impactando-as, o que ameaça a qualidade de vida dos seus membros e resulta em problemas. Para o autor, o suicídio encontra-se entre estes problemas, “que

desafiam os sistemas de saúde, gestores e profissionais de todos os centros urbanos” (p. 580).

Semelhantemente, não somente as pessoas que integram a família inscrevem-se no seio social do indivíduo, mas também amigos íntimos, parceiros de estudos, colegas de trabalho, parceiros amorosos, vizinhos próximos, dentre outros; ou seja: todos os que possuem vínculo e enfrentam o processo de luto pelo indivíduo que consuma o suicídio (CORNEJO, 2018). Conforme Teixeira, Souza e Viana (2018), para cada pessoa que se suicida, pelo menos seis pessoas são impactadas psicossocialmente. Logo, todos estes são denominados por diversas produções científicas como sobreviventes, devido à natureza deste tipo de morte, o que faz dela inesperada e dolorosa e faz com que o processo de elaboração deste tipo de luto seja complexo e específico, além de desordenar o cotidiano daquele que permanece vivo (FUKUMITSU E KOVÁCS, 2016).

Cornejo (2018) destaca que o termo sobrevivente, relacionado aos enlutados por suicídio, foi introduzido por Edwim Shneidman – o psicólogo, suicidólogo e tanatologista, reconhecido como o pai da ciência que investiga o comportamento suicida: a suicidologia (SARAIVA, 2010) – e que, no Brasil, há confusão na interpretação do termo, na identificação ao que ele se refere (se à sobreviventes enlutados ou se à sobreviventes de tentativas de suicídio); por isto, para evitar ambigüidades, utiliza-se como forma mais adequada e adotada pela literatura, o termo “sobrevivente enlutado por suicídio” (ANDRIESEN M KRYSINSKA e GRAD, 2017 apud CORNEJO, 2018), para se referir à rede social da pessoa que se matou; além disso, a autora aponta que:

Durante séculos, a assistência aos sobreviventes foi negligenciada em razão do estigma e do não reconhecimento social dos impactos causados pela perda de um ente por suicídio. Os primeiros movimentos de cuidado e atenção ao luto por suicídio foram iniciados pelos próprios sobreviventes. Posteriormente, com o surgimento da suicidologia em meados de 1960 na América do Norte, o reconhecimento das necessidades dos sobreviventes expandiu-se por meio de pesquisas acadêmicas, apoio clínico e criação de organizações nacionais de sobreviventes (ANDRIESEN M, KRYSINSKA e GRAD, 2017 apud CORNEJO, 2018, p. 63-64).

A necessidade deste cuidado para com os sobreviventes enlutados se configura pelas reverberações em sua saúde mental, durante o processo doloroso enfrentado por eles após a morte da pessoa querida (ANDRADE, CABRAL E PIMENTEL, 2018).

Embora ainda haja muito trabalho a ser desenvolvido nessa área em termos de políticas públicas, é possível observar nos últimos anos um aumento no uso do termo, além de muitas atividades e programas sendo desenvolvidos e implementados no Brasil através de ONG's e institutos privados (CORNEJO, CESCÓN e SCAVACINI, 2018 apud CORNEJO, 2018, p 64 e 65).

Desse modo, Saraiva (2010) enfatiza a preocupação de Shneidman para com os que permanecem vivos, ao apontar a importância deste desdobramento do suicídio e designar a pósvenção como uma referência na perspectiva de cuidado aos sobreviventes, objetivando o seu acompanhamento durante o processo de luto e a prevenção à possíveis tentativas de suicídio por parte deles.

4.1 Pósvenção e estratégias de cuidado aos sobreviventes enlutados

A experiência do luto costuma gerar um sofrimento psíquico profundo, não somente pela perda do outro, mas também, pela perda definitiva da oportunidade de compartilhar do mundo com aquele que se foi, configurando as partilhas anteriormente realizadas como uma história que não poderá mais ser atualizada (FREITAS, 2018).

A partir disto, Andrade, Cabral e Pimentel (2018) apontam a necessidade de cuidado para com os sobreviventes enlutados e da utilização de estratégias de enfrentamento de forma adequada, mediante os agravos psicológicos desta vivência. Barbosa, Melchiori e Neme (2011) também enfatizam a necessidade de se processar este tipo de luto, devido aos sérios efeitos que possam surgir da sua má elaboração.

Neste contexto, a vivência de uma pósvenção de qualidade se inscreve como um elemento fundamental aos enlutados, o que configura-se como um conjunto de ações que têm por finalidade, suavizar os agravos deste tipo de luto, que os sobreviventes vivenciam (TEIXEIRA, SOUZA E VIANA, 2018; ANDRADE, CABRAL E PIMENTEL, 2018). Isto, porque, o sofrimento vivenciado por aqueles que tem suas vidas marcadas por esta experiência, pode representar um fator de risco em potencial para o acontecimento de episódios dessa natureza. Além disto, o cuidado é ainda mais indispensável quando as redes de apoio do sobrevivente são inexistentes (TEIXEIRA, SOUZA E VIANA, 2018;).

Desse modo, a psicoterapia se inscreve no contexto do enlutamento por suicídio como uma ferramenta de enfrentamento e cuidado (ANDRADE, CABRAL e PIMENTEL, 2018), de forma que, segundo Fukumitsu (2013), trabalhar a pósvenção

dos sobreviventes está relacionado à propiciar acolhimento e possibilitar a reflexão da importância do reestabelecimento do “funcionamento saudável, tanto do enlutado, quanto do contexto dele inserido” (p.34), propiciando a expansão do cuidado.

Segundo Andrade, Cabral e Pimentel (2018), mediante as repercussões do luto pelo suicídio do outro em suas vidas, os sobreviventes passam a se utilizar de várias “estratégias de enfrentamento, ou seja, esforços cognitivos e comportamentais visando amenizar o efeito estressante desencadeado pelo suicídio” (p. 4), como: busca por suporte social (através de vínculos interpessoais), apoio religioso e focalização na emoção e no problema (esforços do enlutado para ressignificar sua relação com o evento e para controlar suas emoções mediante o mesmo).

No Brasil, as políticas governamentais disponíveis para auxiliar os sobreviventes enlutados neste processo, concentram-se nos Centros de Atenção Psicossociais, nas Unidades Básicas de Saúde (Saúde de Família, Postos e Centros de Saúde), Emergências, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Prontos Socorros e Hospitais (CEARÁ, 2019). Além destas, ONG'S e grupos não governamentais realizam o acolhimento à este público, como o Centro de Valorização da Vida (CVV), atuante em todo o território nacional, Instituto Vita Allere (São Paulo - SP) e o Instituto Bia Dote (Fortaleza – CE), dentre outras, que dispõem de profissionais e ações que visam prevenção, intervenção e pósvenção ao suicídio.

5 METODOLOGIA

O estudo se baseou numa revisão integrativa de literatura, pois consiste numa abordagem metodológica mais ampla, que trata de revisões, na qual é realizada a reunião e análise de produções científicas já produzidas anteriormente acerca da temática escolhida, para obter-se conhecimento e conclusões gerais acerca do assunto (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011; SOUSA, SILVA e CARVALHO, 2010). Dessa forma, conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008), a partir da revisão integrativa de literatura, pode-se verificar o saber já produzido acerca do tema, de forma imediata e ampla, permitindo reflexões e a identificação de questões não/pouco verificadas, possibilitando e/ou colaborando com a elaboração de pesquisas.

Os objetivos desta pesquisa possuem caráter exploratório. Nesta perspectiva, é possível aproximar-se da questão-problema do tema, investigando-o de forma a torná-lo claro e/ou hipotetizando-o. (PRODANOV e FREITAS, 2013).

A abordagem da questão problema foi feita de forma qualitativa. Esta forma de abordagem consiste numa maneira de se utilizar, como raiz direta para arrecadação e elucidação de informações, do ambiente natural, sendo feita de forma descritiva, não se utilizando de técnicas estatísticas e sem manipulação intencional do pesquisador, diante dos dados que se lhe apresentam no processo de pesquisa (PRODANOV e FREITAS, 2013).

A partir disto, a revisão integrativa, é dividida em seis etapas - identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011) -, que constituem os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo.

5.1 Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

O estabelecimento do tema deste estudo se deu, a partir do interesse da autora em se debruçar sobre os impactos do suicídio para com os sobreviventes enlutados e após um percurso de leituras e compreensão acerca deste fenômeno, alinhadas ao diálogo com a orientadora desta pesquisa.

Percebeu-se a relevância desta temática, a partir da atualidade dos crescentes dados acerca do suicídio no mundo e do modo como este fenômeno tem

atravessado os modos de viver, não somente daqueles que ideacionam e tentam o suicídio, mas também daqueles que perderem alguém deste modo. Logo, este estudo se configura como uma possibilidade de contribuição para os pesquisadores e/ou profissionais de saúde, instrumentalizando-os e auxiliando-os na compreensão e atuação para com este fenômeno.

5.2 Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão

Para a concretude desta pesquisa, foi realizada uma coleta no período de 02 a 30 de Abril de 2020, na qual foram utilizadas as bases bibliográficas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Repositório Institucional da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados para escolha das produções foram: “suicídio and social”; “suicídio and psicologia”; “suicídio and fenômenos psicológicos”; “suicídio and saúde mental”; “suicídio and psicologia and social”; “suicídio and impacto psicossocial”; “suicídio and sobreviventes”; “suicídio and família”; “suicídio and luto”.

Os critérios para a escolha das publicações foram: título e resumo relacionado à temática; texto em língua portuguesa; artigos, teses e trabalhos de conclusão de curso; publicadas no recorte temporal dos últimos dez (10) anos, para colher uma maior quantidade de estudos que sejam recentes e textos completos. Como critérios de exclusão, utilizaram-se: estudos realizados há mais de dez (10) anos, textos em língua estrangeira e livros.

No processo de filtragem realizado nas bases de dados selecionadas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotados, a pesquisa inicial foi realizada pela aplicação dos descritores “Suicídio and Luto”, “Suicídio and Família”, “Suicídio and Sobreviventes”, “suicídio and social”; “suicídio and fenômenos psicológicos”; “suicídio and saúde mental”; “suicídio and psicologia and social”; “suicídio and impacto psicossocial” e foram encontradas três mil trezentos e sessenta e sete (3.367) produções científicas.

Posteriormente, a partir da aplicação dos filtros escolhidos, foram encontrados mil e sessenta e um (1.061) produções científicas, que foram submetidos à etapa final do processo de seleção, como elencado no **Quadro 1**.

Quadro 1: Processo de pesquisa e filtragem das produções científicas

ETAPAS DO PROCESSO DE FILTRAGEM	LILACS	PEPSIC	SCIELO	UECE	TOTAL
Filtragem por “Suicídio and Luto”, “Suicídio and Família”, “Suicídio and Sobreviventes” , “suicídio and social”; “suicídio and fenômenos psicológicos”; “suicídio and saúde mental”; “suicídio and psicologia and social”; “suicídio and impacto psicossocial”	2309	136	894	28	3367
Filtragem dos descritores pelo recorte temporal dos últimos 10 anos, textos completos e em língua portuguesa	568	153	328	12	1.061

Fonte: Autora (2020)

5.3 Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

A partir da leitura dos títulos e da articulação das palavras – chave “Suicídio”, “Luto”, “Família” e “Sobreviventes”, dos mil e sessenta e um (1.061) textos encontrados através dos descritores e filtros utilizados, foram encontrados e

selecionados doze (12) textos, em virtude da sua concordância com a temática desta pesquisa, para compor o corpo deste trabalho, sendo elencados na **Tabela 5**:

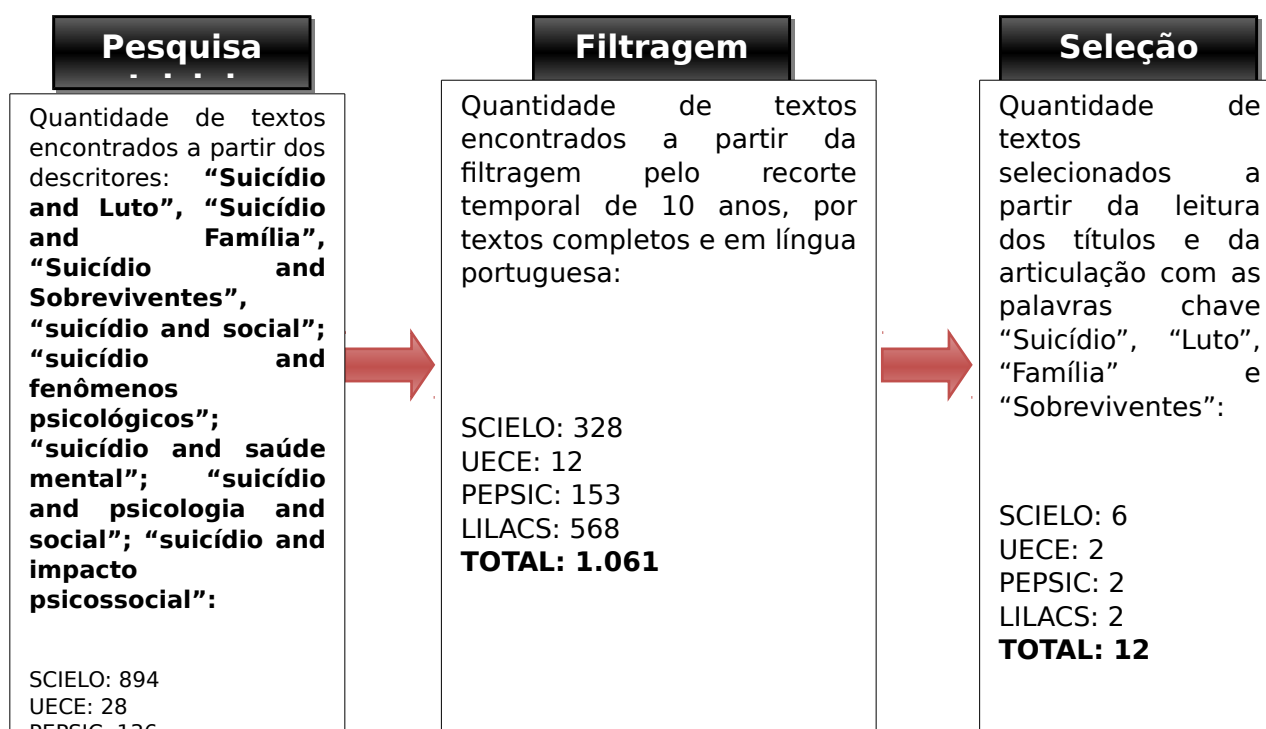
Tabela 5: Estudos pré-selecionados e selecionados

	Título	Autores	Ano
1	O Processo de Luto no Contexto do API-ES: Aproximando as Narrativas	Alzira da Penha Costa Davel; Daniela Reis e Silva.	2014
2	Suicídio: Peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo	Priscila Gomes Rocha; Deyseane Maria Araújo Lima.	2019
3	Família e suicídio: considerações a partir de Durkheim e Freud	Hermes Abreu Filho	2015
4	Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias	Ana Elisa Bastos Figueiredo; Raimunda Magalhães da Silva; Raimunda Matilde do Nascimento Mangas; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira; Herla Maria Jorge Furtado; Denise Machado Duran Gutierrez; Girliani Silva de Sousa.	2012
5	A dinâmica familiar no contexto da crise suicida	Liana Lopes Krüger; Blanca Susana Guevara Werlang	2010
6	O fenômeno do suicídio entre sobreviventes: revisão integrativa	Fernanda Nunes; Jeizziani Pinto; Matheus Lopes; Clarice Enes; Nadja Cristiane Lappann Botti.	2016
7	Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio	Karina Okajima Fukumitsu; Maria Júlia Kovács.	2016
8	Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação	Kassiane Dutra; Lucas Corrêa Preis; Jaqueline Caetano; José Luís Guedes dos Santos; Greice Lessa.	2018
9	Saúde mental de familiares enlutados por suicídio: uma revisão integrativa	Sarah Montezuma Pinheiro Cabral	2019
10	Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família	Geovana da Silva Ferreira; Ananyr Porto Fajardo; Eliana Dable de Mello.	2019
11	Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram	Patrícia Batista; José Carlos Santos.	2014
12	Suicídio: a importância de novos estudos de pós-venção no Brasil	Monique Lauermann Tassinari Ruckert; Rafaela Petrolli Frizzo; Marcelo Montagner Rigoli.	2019

Fonte: A autora (2020).

5.4 Categorização dos estudos selecionados

Fluxograma 1: Processo de filtragem e seleção



Conforme demonstrado no Fluxograma 1, foram encontrados um total de três mil trezentos e sessenta e sete (3.367) produções científicas na pesquisa inicial e, a partir da filtragem realizada na segunda etapa do processo de seleção, mil e sessenta e um (1.061) estudos foram encontrados, dos quais, a partir da leitura de títulos e da articulação com as palavras-chave “Suicídio”, “Luto”, “Família” e “Sobreviventes”, feitas na etapa final, chegou-se ao resultado de doze (12) produções científicas, que foram selecionadas para compor o corpo desta pesquisa.

As demais etapas do processo de realização da metodologia, conforme os passos elencados por Botelho, Cunha e Macedo (2011), a etapa V, que consiste na “análise e interpretação dos resultados”, será apresentada no Capítulo Seis (6), ou seja, na Análise de Resultados desta pesquisa. A etapa VI do processo de realização da pesquisa, que diz respeito à “apresentação da revisão/síntese do conhecimento”, será discorrida no Capítulo Sete (7) desta pesquisa, ou seja, nas Considerações Finais.

6 AS REPERCURÇÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DO SUICÍDIO NOS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS SOBREVIVENTES ENLUTADOS

Em seu estudo, Filho (2015) demonstra a importância da família no processo de subjetivação do indivíduo e a sua relação no contexto do suicídio, apontando que, para o sociólogo Émile Durkeim, o desenvolvimento e a demarcação da singularidade (processo de individualização) do ser humano se apresentam, a partir do percurso e das mudanças em suas relações sociais e “a ordenação dos indivíduos na sociedade ocorre por meio de normas sociais de modo a possibilitar a sua integração e coesão” (p. 19); a partir disto, a família contemporânea apresenta quatro características: como sendo relacional – prioriza o compartilhar de uma comunhão e da intimidade de cada membro -, privada e pública – desfruta de intimidade e privacidade, mas compartilha de sua autonomia com o Estado -necessita de um “horizonte intergeracional” – “diante do individualismo e da não valorização mais dos bens domésticos como algo compartilhado pela família, não há o que transmitir para as novas gerações” (p.23) - e individualista – seus membros demarcam e lidam com as individualidades uns dos outros (SINGLY, 2007 apud FILHO, 2015).

Segundo Filho (2015), este contexto social, no qual “o individualismo exacerbado tem contribuído para um distanciamento entre os membros” (p.26) e dificultado o repassar dos valores familiares, tem contribuído para o adoecimento psíquico dos indivíduos e,

O não saber lidar com essas novas condições objetivas tem conduzido à elaboração de discursos ou ações que não se coadunam ao seu habitus. Daí tem-se tornado frequente apresentarem condutas sociais que se desviam da norma societária. As tentativas de suicídio, quando decorrentes da dimensão social, têm se constituído em manifestações que podem desvelar uma debilidade das expressões rituais em integrar os membros da família e fortalecer as suas relações sociais [...] Parece que, paradoxalmente, quanto mais os vínculos se demonstram mais estreitos, maior tem se apresentado o fosso nas relações sociais. Ou seja, embora se perceba, em muitas famílias, os membros ocupando o mesmo espaço, sob o mesmo teto, e aparentando um fortalecimento, por isso, dos laços por uma contiguidade física, demonstram um desconhecimento mútuo de cada um, sugerindo um enfraquecimento de suas relações cotidianas. (FILHO, 2015, p. 26)

Neste contexto, o suicídio é conceituado por Durkheim (1897/2005 apud FILHO, 2015) como a autoaniquilação gerada a partir de uma ação consciente e positiva ou negativa, enquanto a tentativa de suicídio, consiste nesta ação, porém

interrompida. A partir da teoria durkheimiana, Filho (2015) se debruçou a estudar o suicídio egoísta (no qual a autoaniquilação se relaciona com a falta de integração do sujeito à família), verificando que este fenômeno torna aquele que ideaciona, uma pessoa vulnerável às tentativas de suicídio, demonstrando que a coesão e a solidariedade coletiva são atributos importantes no cuidado aos membros familiares.

A partir disto, verifica-se não somente que as relações familiares se inscrevem num contexto de risco ou de proteção ao suicídio de seus membros, mas que também são impactadas mediante este acontecimento. Em seu estudo, no qual colheram relatos de famílias inseridas no contexto suicida, Kruger e Werlang (2010) perceberam que o membro que atenta contra sua própria vida, insere no repertório de sua família a experiência do suicídio e que as famílias ao contarem sobre suas experiências nesta temática, confundem a totalidade de sua história, com o seu recorte doloroso da experiência de crise com o suicídio, gerando mudanças e impactos emocionais no seio familiar.

6.1 Das repercussões psicológicas

O luto é considerado, por Rocha e Lima (2019), como “uma resposta natural à perda, que cada sujeito expressa em diferentes dimensões do ser” (p.331) e, no caso do luto por suicídio, o autor enfatiza que se instaura juntamente com ele, o risco de suicídio por parte dos sobreviventes.

Segundo Dutra (et al, 2018), a morte de uma pessoa significativa é dolorosa e pode gerar um desequilíbrio no corpo e na mente dos sobreviventes enlutados. Neste contexto, Fukumitsu e Kóvacs (2016) enfatizam que este processo específico de luto por suicídio precisa ser visto a partir de uma perspectiva multidimensional. Para Kóvacs (2007 apud FUKUMITSU e KÓVACS, 2016),–

há fatores que podem influenciar o processo de luto:

- (a) a relação com a pessoa perdida;
- (b) natureza da ligação: (intensidade, segurança, ambivalência ou conflitos);
- (c) forma da morte: repentina e violenta;
- (d) antecedentes históricos e
- (e) variáveis de personalidade e sociais (p.4).

Em seu estudo acerca da experiência dos sobreviventes enlutados por suicídio, Nunes (et al, 2016) verificou que sentimentos de raiva, solidão, tristeza,

impotência, saudades e abandono perpassam esta experiência específica de enlutamento. Rocha e Lima (2019) relatam que além destes, existe a vergonha, o medo, a culpa e a ansiedade neste contexto.

Cabral (2019) afirma que o impacto inicial da experiência dos enlutados por suicídio se dá, a partir de uma “reação emocional aguda”. O momento em que se recebe a notícia do suicídio de um familiar, é ainda mais surpreendente do que o recebimento da notícia de uma morte configurada de outra forma, gerando um “estado de choque”, surpresa e desespero nos sobreviventes, mesmo que antes o falecido tenha manifestado ideias suicidas, fazendo com que os sobreviventes busquem respostas e motivos para o ato (DUTRA et al, 2018; CABRAL, 2019). Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) acrescentam que a causa do surgimento da reação de choque e anestesia, seja o fato de que a maiorias dos óbitos por suicídio são consumados em casa, fazendo com que geralmente os familiares ou frequentadores da casa do falecido sejam os primeiros a encontrar o corpo.

Conforme Rocha e Lima (2019), saber que alguém se suicidou reverbera na necessidade de atribuir um significado para este ato. Dutra (et al, 2018) percebeu em sua pesquisa acerca deste tipo de enlutamento, que os familiares, no primeiro momento do luto por suicídio, na busca por significados e respostas que trouxessem menos dor, apresentaram incredulidade acerca da morte configurada por um suicídio, considerando a hipótese de homicídio; em seguida, verificaram que só posteriormente os sobreviventes enlutados passam a lidar com as implicações desta perda no cotidiano familiar.

Fukumitsu e Kóvacs (2016) tratando acerca da sensação de perda de controle sentida pelos sobreviventes enlutados por suicídio, apontam que um dos elementos mais geradores de sofrimento nesta experiência, é desconhecer o que se passava com o falecido no momento de sua autoaniquilação; em suas pesquisas sobre as especificidades do processo de luto por suicídio, as autoras identificaram que mesmo em vida, aqueles que posteriormente se suicidaram evidenciaram comportamentos suicidas e eram perpassados por elementos de risco, como isolamento e transtornos mentais, realizando tentativas de suicídio e já sendo entendidos pelos seus familiares como “ausentes”, e que depois de sua morte, tornaram-se presentes, na dor e memória dos sobreviventes enlutados.

Além disto, Fukumitsu e Kóvacs (2016) verificaram que, “a sensação de morrer juntamente com a pessoa que se suicidou pode levar à dificuldade de lidar com a sensação de impotência, acusações e culpa” (p.6), além do medo e do alívio que também podem perpassar este processo. Batista e Santos (2014) identificaram em seu estudo acerca das vivências de familiares enlutados pelo suicídio de idosos, a presença de outros sentimentos como solidão, incredulidade, tristeza, choque, raiva e saudades.

O medo também faz parte das reações emocionais deste processo, a partir da “fantasia do efeito imitativo” (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016), fazendo os sobreviventes acreditarem que também irão se suicidar; entretanto, não se pode inferir que necessariamente os sobreviventes enlutados cometerão também tal ato (*idem*, 2016), apesar do risco.

Os sobreviventes também podem manifestar raiva como reação frente a necessidade de reorganização da vida após a morte da pessoa amada, numa tentativa de “de mostrar quem de fato era” esta pessoa (CABRAL, 2019) ou pelo fato de que a escolha do falecido tenha sido a morte (BATISTA e SANTOS, 2014); em contrapartida, também verifica-se, em alguns casos, que pode haver alívio pela morte do ente querido, quando o rompimento do vínculo com a pessoa foi feito antes do evento fatal (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016).

A culpa sentida pelos familiares sobreviventes se configura como uma explicação diante esta situação sem resposta ou sem sentido para eles, mediante a dificuldade de se reorganizar ou de redirecionar sua energia psíquica, voltada para lidar com o impacto emocional da perda, mediante as inúmeras possibilidades pelas quais ela poderia ter ocorrido; esse cenário acaba gerando nos sobreviventes enlutados, autoacusações e questionamentos acerca de seu comportamento – se poderia/deveria ter previsto ou feito algo pelo falecido antes do suicídio (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016; DUTRA, et al, 2018).

Outro motivo de autoacusações e culpa nos sobreviventes enlutados para Figueiredo (et al, 2012), especialmente no caso do suicídio de idosos, são todas as verbalizações e tentativas de suicídio manifestadas pelo falecido e que foram ignoradas, provavelmente pela crença social que compreende o idoso como descartável. Nunes (et al, 2016) aponta que os sobreviventes enlutados pelo suicídio

de idosos, em geral, evidenciam um Luto Complicado e “dificuldades de separação, seguidas das dificuldades de negação e revolta e das dificuldades traumáticas” (p.21). Cabral (2019) explica que o Luto Complicado está relacionado às manifestações intensas e prolongadas de ansiedade da separação e incredulidade, semelhantes às dos transtornos psiquiátricos, diferentemente da vivência de luto saudável, que ocorre de modo natural por conseguir a reconstrução da organização familiar de forma gradativa.

Outro elemento que perpassa esta experiência de luto é enfatizado por Nunes (et al, 2016), como o desenvolvimento de problemas de saúde, que pode ser conseqüência da perda vivida pelo sobreviventes enlutado por suicídio. Figueiredo (et al, 2012) aponta que estas dificuldades podem ser de ordem física ou mental, como perda de concentração e distúrbios de sono.

A Associação Americana de Psiquiatria (apud Rocha e Lima, 2019) discorre, a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), que os enlutados por uma morte do tipo traumática, podem apresentar transtorno do luto complexo persistente, no qual se desenvolvem reações mais graves do que as do luto natural, perdurando por cerca de um (1) ano após a perda e se manifestando de forma a atrapalhar as atividades cotidianas do enlutado. Desse modo, Rocha e Lima (2019) enfatizam que, além do transtorno do luto complexo persistente, os enlutados podem evidenciar também, o transtorno do estresse pós-traumático – TEPT.

No primeiro, os pensamentos ou sentimentos angustiantes são mais relacionados à forma como a morte aconteceu, com foco nos aspectos, especialmente os positivos, do relacionamento com o falecido e no sofrimento com a separação, por exemplo, fantasias sobre o sofrimento da pessoa no momento em que se matou e da falta que sentirá dela, dentre outros pensamentos. No segundo (TEPT), os pensamentos intrusivos estão mais relacionados ao evento tido como traumático, como encontrar o corpo da pessoa que se matou. A evitação nos dois é mais pertinente a estímulos internos e externos que lembram a experiência traumática, havendo também, no transtorno do luto complexo persistente, preocupações com a perda e saudades do falecido, o que não se encontra no TEPT (ABP, 2014 apud ROCHA e LIMA, 2019, p.332).

Vale salientar também que a experiência e as subjetividades dos sujeitos enlutados, não deve vista somente a partir de instrumentos diagnósticos estabelecidos a partir de estatísticas, como o DSM-5, mas a partir do enlace crítico destes elementos (ROCHA e LIMA, 2019).

Neste processo de luto, Dutra (et al, 2018) afirma que é comum que os sobreviventes apresentem experiências de “flashback, pesadelos e imagens

intrusivas de acontecimentos, sem possuírem controle dessas manifestações,” (p. 2279), o que pode ser um indicativo da necessidade de procurar ajuda profissional (CABRAL, 2019).

No estudo realizado por Dutra (et al, 2018), para compreender a vivência da família ao perder um familiar por suicídio, os sobreviventes enlutados caracterizaram a experiência da perda por suicídio como “inapagáveis da memória familiar, necessitando de adaptação para o convívio com as lembranças e com a imagem da pessoa morta” (p. 2279), de forma a fragilizar e desgastar os membros familiares.

Deste modo, percebe-se que a experiência da perda de uma pessoa querida por suicídio, configura sofrimentos psíquicos nos sobreviventes enlutados que podem persistir durante toda a vida (DUTRA et al, 2018). Porém, é importante ressaltar que esta experiência também pode ser ressignificada e resultar em aprendizagem, crescimento pessoal e numa vivência de autocuidado para com os sobreviventes (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016).

6.2 Das repercussões sociais

Conforme Ferreira, Fajardo e Mello (2019), o suicídio é um fenômeno de saúde pública multifatorial e essa compreensão acerca dele foi construída ao longo de muitas décadas, a partir das transformações e significados atribuídos, de acordo com os contextos sociais, culturais e científicos pelos quais ia sendo analisado; os autores também salientam, que o suicídio foi proibido na Idade Média - sendo concebido como um pecado pela Igreja e sendo caracterizado pelo Estado como um crime – e que hoje, ainda permanece perpassado por visões proibicionistas e estigmatizadas. Deste modo, este tabu atravessa não somente os modos de viver daqueles que manifestam o comportamento suicida, mas também dos sobreviventes enlutados.

Assim como estes sobreviventes, a sociedade também busca respostas para o suicídio e faz julgamentos imprudentes que recaem sobre eles, fazendo-os lidar com sua própria culpa e também com as acusações do meio (DUTRA ET AL, 2018). Rocha e Lima (2019) destacam ainda que, o estigma que perpassa o suicídio se assemelha ao preconceito que atravessa os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e que o luto vivenciado pelos sobreviventes, é definido como um processo de luto não reconhecido (não autorizado).

Para exemplificar a experiência dos sobreviventes enlutados por suicídio, Cabral (2019) se utilizou da série televisiva *13 Reasons Why* que trata do processo de luto de familiares e amigos da adolescente Hanna, que se suicida e deixa fitas gravadas para todos ouvirem após a sua morte; a autora destaca que durante os episódios da série, é possível perceber o estigma social que atravessa os modos de subjetivação e de elaboração do luto destes sobreviventes em diversos momentos, como: quando os pais são impedidos de realizar um velório para Hanna pelo fato dela ter se suicidado; quando a mãe é culpabilizada pela imprensa pelo suicídio da filha ou quando a mídia deturpa a história de Hanna gerando ainda mais desrespeito e sofrimento para com os sobreviventes.

Fukumitsu e Kóvacs (2016) apontam que o tabu que gira em torno do suicídio na sociedade contemporânea pode ser percebido na atitude de não falar sobre ele, adotada pelos sobreviventes enlutados na tentativa de se blindar contra o preconceito. Estes enlutados têm o seu processo de elaboração do luto dificultado, pois são perpassados pelas inúmeras visões acerca do suicídio, que o vêem de forma pecaminosa, fazendo-os vivenciar este processo de modo solitário (ROCHA e LIMA, 2019).

Ferreira, Fajardo e Mello (2019) apontam que o estigma em torno do suicídio, “além de remeter a esse passado de crime e pecado do ato, remete também à própria dificuldade de falar da morte, seja uma morte de si mesmo ou a morte de outros” (p.9). Os sobreviventes passam a lidar com a incapacidade de terceiros de ouvir, reconhecer, compreender e acolher seu sofrimento pela perda (CABRAL, 2019), fazendo-os calar para evitar a vergonha e os julgamentos.

Sobre a vergonha de falar sobre o suicídio da pessoa querida, Figueiredo (et al, 2012) salienta que ela se manifesta, em geral, pela reação de amigos, vizinhos ou terceiros, mediante a informação de que o sobrevivente perdeu alguém por suicídio, fazendo-os se afastarem do mesmo, gerando solidão e contribuindo para que os sobreviventes permaneçam oprimidos pelo silêncio recriminatório, facilitando também, a iminência de uma postura de autocupabilização. Os sobreviventes se sentem julgados, quando “ouvem que não foram capazes de perceber os sinais de que a pessoa se mataria, que são doentes ou loucos por causa do suicídio” (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016, p.9) e por isto, preferem calar. Deste modo:

Os sobreviventes muitas vezes se isolam, sentem vergonha e evitam falar sobre suas emoções e seus pensamentos em relação à morte. Questões de gênero também vão perpassar não somente a temática do

suicídio, mas também do luto. Os sobreviventes, em especial as mulheres, poderão sentir vergonha por não terem sido suficientemente cuidadores, ou, ainda, por terem sido negligentes, além da preocupação sobre o que as pessoas podem estar pensando a seu respeito. (RUCKERT, FRIZZO e RIGOLI, 2019, p. 88)

Desse modo, Figueiredo (et al, 2012) salienta que, o estigma que gera o isolamento social dos sobreviventes enlutados, no qual distanciam-se ou privam-se de estabelecer relações interpessoais, pode gerar conseqüências por muitos anos, em diversas dimensões.

Outra forma de lidar com as acusações e sentimentos que podem emergir delas, é mentir a causa de morte para terceiros, relatando que os falecidos partiram de outras formas, como evidenciado no estudo de Fukumitsu e Kóvacs (2016). Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) também salientam, que muitos optam por não contar a verdadeira forma da morte da pessoa querida, também aos parentes ou pessoas consideradas mais frágeis, como crianças e adolescentes, para poupá-los.

Em seu estudo, Fukumitsu e Kóvacs (2016) revelam como o estigma que permeia os enlutados por suicídio contribui negativamente no processo de elaboração desta experiência, gerando culpa e ainda mais questionamentos acerca da situação; a partir desse contexto, convém mencionar o relato de uma das entrevistas feitas neste estudo, com um dos 9 filhos de pessoas que consumaram o suicídio, para a compreensão desta experiência:

O entrevistado C7 tinha 12 anos quando a mãe se enforcou no banheiro de casa e ouviu palavras de pessoas sem o devido cuidado. Compartilhou recordações que evidenciaram o estigma que acompanha o suicídio: cochichos, olhares, a possibilidade de sua mãe ter se matado por ser ele uma “criança levada”. Apesar de a acusação não ter tido sentido para ele, a possibilidade de ter sido ele uma das motivações para o suicídio parece ter permanecido: “o problema foi o fato de eu ser levado. Então, a culpa é quando chegou em mim esse boato – não sei nem se é verdade” (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016, p.6)

Desse modo, Fukumitsu e Kóvacs (2016) demonstram que a privacidade da família neste contexto é desrespeitada, valendo salientar também que esta concepção transgressora do suicídio por parte da sociedade que gera este tipo de desrespeito, é evidenciada e incentivada por notícias, coberturas fotográficas e jornalísticas, realizadas pela mídia, a partir de um cunho sensacionalista e que não segue as recomendações das autoridades acerca da divulgação deste tipo de morte.

Outro fator que perpassa a dimensão social dos sobreviventes enlutados, é a desintegração e/ou a resignificação do sistema familiar. Segundo Cabral (2019), o suicídio gera mudanças e desequilíbrio no contexto familiar do falecido, configurando

uma dificuldade de compreender concretamente o ocorrido. Desse modo, Rocha e Lima (2019) acrescentam que o sobrevivente enlutado buscará aceitar e lidar, não somente com a morte da pessoa amada, mas também com “o próprio papel na família, a partir da perda e a inexatidão do que se perde” (p.333). Franco (2011, apud ROCHA e LIMA, 2019) salienta que neste caso, instaura-se a necessidade de haver uma reconfiguração da ordem familiar; isto acontece, porque a pessoa falecida, não voltará ao seu papel no sistema familiar fazendo com que esta organização seja transformada (ROCHA e LIMA, 2019).

Dutra (et al, 2018) destaca outros dois fatores que também configuram mudanças com as quais os familiares sobreviventes precisam lidar: os problemas financeiros - quando os falecidos eram os principais provedores do sustento familiar ou quando precisam lidar com as dívidas deixadas por eles, de forma que, este é um dos principais geradores, aliados às demais complicações, de desintegração do sistema familiar – e a mudança de endereço – entendida como uma forma de deixar para trás o ambiente traumático (no caso do suicídio ter ocorrido em casa) ou onde houve a desestruturação familiar, para trazer alívio e facilitar o processo, tanto de ressignificação da experiência dolorosa, como de união do seio familiar. Vale salientar que:

O grau de manifestação dessa desestruturação depende, sobretudo, do nível de coesão e de afeto entre os familiares. Pode ocorrer que existam pessoas nesse núcleo, com força e maturidade suficiente para oferecer atenção aos membros mais afetados, minimizando a desorganização e suas expressões mais dramáticas (FIGUEIREDO et al, 2012, p.1999)

Todos estes desdobramentos, também podem fazer com que as famílias enlutadas deixem de procurar ajuda profissional no momento imediato ao suicídio, pois muitos acreditam que falar e ouvir sobre tal fenômeno, mesmo que de um profissional, pode despertar ainda mais dor e julgamentos (FIGUEIREDO et al, 2012). Isto faz com que busquem outras estratégias além do silêncio e do isolamento, tais como: a religião, escolher uma profissão relacionada, ajudar uns aos outros e buscar histórias de outros sobreviventes enlutados (FUKUMITSU e KÓVACS, 2016).

Conforme Cabral (2019), o enlutado precisa buscar formas de lidar com esta nova realidade no qual foi inserido, que conta com a ausência da pessoa que se matou e com a presença das conseqüências do estigma social, sendo importante ressaltar mediante estas repercussões, que este processo é gradual e dificultoso.

Conforme Fukumitsu e Kóvacs (2016), o tempo e a forma ideal de lidar com estes fatores, é o modo que o próprio sobrevivente enlutado pode encontrar para acolher seu sofrimento.

Como Cabral (2019) aponta, este processo de ressignificação não desonra a memória daquele que se foi, sendo importante no reajustamento dos modos de viver dos enlutados. Para auxiliar nesta vivência, alguns sobreviventes buscam o acompanhamento psicoterapêutico e de outros profissionais, o que pode contribuir significativamente neste percurso de readaptação (DUTRA et al, 2018).

Há aqueles que buscam auxílio e compartilhamento de experiências com outros sobreviventes em grupos de apoio à este público, que são reconhecidos como uma estratégia eficaz de cuidado e pós-venção, evitando o isolamento social e a ideação suicida (RUCKERT, FRIZZO e RIGOLI, 2019), por possibilitar uma rede de apoio aos enlutados e se configurar como recurso complementar ao acompanhamento profissional (DAVEL e SILVA, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, entende-se que o suicídio configura-se como um fenômeno global de saúde pública, que têm tomado proporções cada vez maiores. É evidente que o suicídio impacta diretamente na vida dos sujeitos que são perpassados pelo luto específico que este tipo de morte ocasiona, sendo fundamental que este seja visto a partir de uma perspectiva multidimensional.

Identificou-se que os sobreviventes enlutados, mediante a nova realidade que se apresenta a partir da perda do ente querido, têm seus modos de subjetivação perpassados por sofrimentos e mudanças de ordem psicológica e social. A certeza da ausência permanente e imutável da pessoa querida, convive com a presença das lembranças, da dor e dos questionamentos acerca da escolha do falecido, podendo estas, durarem por muitos anos.

Verificou-se que os sentimentos e sensações mais presentes neste processo, são: culpa, raiva, solidão, medo, tristeza, impotência, saudades e abandono. Estes fatores dependerão diretamente do grau de ligação e vínculo dos sobreviventes enlutados para o com o falecido.

A sensação de perda de controle e sentido, também acompanha os sobreviventes neste processo, que se sentem impotentes diante do que aconteceu com a pessoa amada.

Evidenciou-se que o preconceito da sociedade para com o suicídio não atravessa somente aqueles que ideacionam ou realizam as tentativas de se matar, mas permanece após a morte daquele que pratica tal ato e influencia diretamente o processo de elaboração do luto e ressignificação desta experiência por parte dos sobreviventes enlutados.

O estigma pode gerar isolamento social, omissão da real causa de morte, desestruturação familiar, invasões à privacidade do enlutado e medo de “herdar” o comportamento suicida, podendo também contribuir para a ocorrência de tentativas de suicídio. Tudo isto pode fazer com que os sobreviventes optem por vivenciar este processo em completo silêncio ou sem acompanhamento psicoterapêutico, dificultando ainda mais o seu restabelecimento psicossocial.

Além disto, muitos optam por mudar de endereço como uma estratégia para lidar com o sofrimento e reconstruir suas vidas, direcionando também, ao lugar, um valor simbólico de reconstrução da vida familiar ou de marco para o início de uma reedificação social e emocional.

Durante a vivência de luto por suicídio dos familiares, a psicoterapia demonstrou ser uma das estratégias de cuidado eficazes, apesar de que muitos não a procuram no momento imediato a perda ou optam por outras formas de auxílio e facilitação deste processo, como a religião, os grupos e apoio aos sobreviventes, uma carreira profissional relacionada á sua experiência ou co-fortalecimento entre os próprios membros da família enlutada.

A partir das pesquisas realizadas, questiona-se a escassa literatura acerca da vivência dos sobreviventes enlutados, apesar deste grupo ser uma categoria de risco em potencial para o suicídio. Compreende-se que a realização de mais pesquisas aprofundadas e específicas neste contexto é fundamental, podendo ampliar o leque de possibilidades de pós-venção e cuidado aos familiares e amigos dos suicidas, além de instrumentalizar os profissionais de saúde a acolher o sofrimento e as demandas decorrentes do enlutamento dos sobreviventes de forma mais eficaz.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Camila lêda Silva de; CABRAL, Bárbara Allana Ferreira; PIMENTEL, Déborah. A dor de quem fica: Depressão em familiares de suicidas e suas formas de enfrentamento de problemas. **Semana Acadêmica Revista Científica**, vol. 1, 2018. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/artigo/dor-de-quem-fica-depressao-em-familiares-de-suicidas-e-suas-formas-de-enfrentamento-de>>. Acesso em 9 de junho de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida: conhecer para prevenir**. 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/manualimprensacomportamentosuicida.pdf>>. Acesso em 04 de junho de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em 08 de abril de 2020

BARBOSA, Caroline Garpelli; MELCHIORI, Lígia Ebner; NEME, Carmen Maria Bueno. Morte, família e a compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 363-377, dez. 2011. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n3/v17n3a03.pdf>>. Acesso em 03 de novembro de 2019.

BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; LOSURDO, Federico. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 5, n. 2, p. 165-186, maio/ago. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rinc/v5n2/2359-5639-rinc-05-02-0165.pdf> >. Acesso em 16 de setembro de 2019.

BATISTA, Patrícia; SANTOS, José Carlos. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 12, p. 17-24, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 de junho de 2020.

BERNI, Luiz Eduardo V. **Psicoterapia como clínica psicológica: um campo em permanente construção.** (sd). Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/psicoterapia/pdfs/A_CLINICA_PSICOLOGICA_UM_CAMP_O_EM_CONSTRUCAO.pdf>. Acesso em 04 de junho de 2020.

BERTOLETE, J. M. Suicide prevention: at what level does it work? **World Psychiatry.**, oct. 2004; 3(3):147–51. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414695/>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, Vol. 25, Num. 3, P. 231-236, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>> Acesso em 7 de abril de 2020

BOTEGA, [Neury José Botega](#); WERLANG, Blanca Guevara. CAIS, Carlos Filinto da Silva; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <[file:///C:/Users/daian/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-PrevencaoDoComportamentoSuicida-5161562%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/daian/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-PrevencaoDoComportamentoSuicida-5161562%20(1).pdf)>. Acesso em 25 de abril de 2020

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v.5, n.11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

BOUZAS, Isabel Bouzas; JANUZZI, Felipe Jannuzzi. Suicídio. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7, abr/jun, 2017. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=644>. Acesso em 02 de junho de 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. 2017. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>>. Acesso em 04 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, 2006. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **Falando sobre vida: prevenção ao suicídio**, 2019: Disponível em:<https://www.mpdf.t.df.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_prevencao_ao_suicidio_MPDFT.pdf>. Acesso em 11 de maio de 2020

BUENO, Francisco da Silveira. **Novo dicionário da língua portuguesa Silveira Bueno**. São Paulo: DCL, 2014.

CABETE, Ana Luísa; LAPA ESTEVES, Maria. As tentativas de suicídio da adolescência. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, vol. 1, núm. 1, 2009, pp. 263-26. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320028.pdf>>. Acesso em 15 de março de 2020

CAEIRO, Vânia Sofia Rosa. **Morte Voluntária - Sui Caedes**. Tese de Mestrado em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Universidade do Porto, 2011. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26902>>. Acesso em 02 de setembro de 2019.

CABRAL, Sarah Montezuma Pinheiro. **Saúde mental de familiares enlutados por suicídio: uma revisão integrativa**. 2019. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em 2019) - Universidade Estadual do Ceará, , 2019. Disponível em: <<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=95143>> Acesso em 02 de junho de 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Sobreviventes do Suicídio: quem são e porque devem ser cuidados**, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2019/09/25/sobreviventes-do-suicidio-quem-sao-e-porque-devem-ser-cuidados/>>. Acesso em 11 de junho de 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **O CVV**. (sd). Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>>. Acesso em 04 de junho de 2020.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia ; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi . Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **J. bras. psiquiatr.** vol.68 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2019 Epub May 13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0047-20852019000100001&script=sci_arttext>. Acesso em 01 de junho de 2020.

CORNEJO, Elis Regina. Luto por suicídio: a jornada dos sobreviventes. In: SCAVACINI, Karen. (Org). **Histórias de Sobreviventes do Suicídio**. São Paulo: Instituto Vita Alere, Benjamin Editorial, 2018. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Ebook_Historias-de-sobreviventes.pdf>. Acesso em 09 de junho de 2020.

COSTA, Maria Conceição O; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5):1101-1109, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/02.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2020

DAVEL, Alzira da Penha Costa; SILVA, Daniela Reis e. O processo de luto no contexto do API-ES: aproximando as narrativas. **Pensando Famílias.**, Porto Alegre , v. 18, n. 1, p. 107-123, jun. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 1 de jun. 2020.

DUTRA, Kassiane et al . Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 5, p. 2146-2153, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 de junho de 2020.

FERREIRA, GEOVANA DA SILVA; FAJARDO, ANANYR PORTO; MELLO, ELIANA DABLE DE. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 4, e290413, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000400611&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de junho de 2020.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(8):1993-2002, 2012. Disponível em: <

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n8/1993-2002/pt> >. Acesso em -2 de junho de 2020.

FILHO, Hermes Abreu. **Família e suicídio: considerações a partir de Durkheim e Freud. 2015.** 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em 2015) – Universidade Estadual do Ceará, , 2015. Disponível em: <<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=80756>> Acesso em: 02 de junho de 2020

FREITAS, Joanneliese de Lucas. Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. **Psicologia USP**, v. 29, n. 1, São Paulo, 50-57, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642018000100050>. Acesso em 11 de junho de 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVACS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre , v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016 . Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-791763>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p.270-275, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>>. Acesso em 03 de junho de 2020.

GARCIA-HARO, Juan; GARCIA-PASCUAL, Henar; GONZALEZ GONZALEZ, Marta. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre elsuicidio. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, Madrid: v. 38, n. 134, p. 381-400, dic, 2018 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352018000200381&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 29 de outubro de 2019.

JÚNIOR, Carlos Stavizki; CADONÁ, Marco André; Políticas Públicas de prevenção ao suicídio: os processos políticos e sociais necessários para sua implementação. **CONTROLE SOCIAL E DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL** , v. 5, n. 6, jul/dez 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/daian/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/368-459-PB.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2020.

LEÓN, Leticia Marín; BARROS, Marilisa B A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, 37(3):357-63, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15865.pdf>>. Acesso em 26 de abril de 2020

MAIA, Rodrigo da Silva; ROCHA, Marília Menezes de Oliveira; ARAÚJO, Tereza Cristina Santos de Araújo; MAIA, Eulália Maria Chaves. Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, 19(3), 33-42, 2017. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/322793119_Comportamento_suicida_reflexoes_para_profissionais_de_saude>. Acesso em 27 de março de 2020.

MENEGHEL, Stela Nazareth; GUTIERREZ, Denise Machado Duran; SILVA, Raimunda Magalhães da; GRUBITS, Sonia; HESLER, Lilian Zielke; CECCON, Roger Flores. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):1983-1992, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/09.pdf>>. Acesso em 27 de abril de 2020

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de setembro de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1751-1762, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1751.pdf>>. Acesso em 28 de abril de 2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2665-2674, 2012. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/16.pdf>>. Acesso em 25 de março e 2020

MOURA, Cristina Marcos de. **Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte**. 2006. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5722/1/2006_Cristina%20Marcos%20de%20Moura.pdf>. Acesso em 24 de outubro de 2019.

NEVES, Úrsula. **Duas a cada um milhão de crianças irão cometer suicídio no mundo, alerta agência**. 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/duas-a-cada-um-milhao-de-criancas-irao-cometer-suicidio-no-mundo-alerta-agencia/>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

NUNES, Fernanda Daniela Dornelas et al . O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 15, p. 17-22, jun. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 de junho de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estimativas Globais de Saúde**, 2018. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1> >. Acesso em 02 de abril de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estimativas Globais de Saúde (GHE)**, 2018a. Disponível em:< https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>. Acesso em 06 de abril de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A cada 40 segundos se suicida uma pessoa**. 2019a. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>>. Acesso em 10 de setembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Painel de visualização de dados das Estatísticas Mundiais de Saúde. 2016**. Disponível em:< <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> >. Acesso em 01 de abril de 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção ao suicídio: um imperativo global**, 2014. Disponível em:< https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf?sequence=8 >. Acesso em 02 de abril de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicídio**, 2019b. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em 27 de março de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – Suicídio**, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em 23 de março de 2020.

OSMARIM, Vanessa Maria. Suicídio: o luto dos sobreviventes. **Psicologia.pt**, 2015. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0981.pdf>>. Acesso em 03 de setembro de 2019.

PEREIRA, Anderson Siqueira; THOMÉ, Luciana Dutra; KOLLER, Silvia Helena. Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. **Psico**(Porto Alegre), 47(4), 268-278, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v47n4/03.pdf>>. Acesso em 14 de maio de 2020.

PEREIRA, Anderson Siqueira; WILLHELM, Alice Rodrigues; KOLLER, Silvia Helena; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(11):3767-3777, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3767.pdf>>. Acesso em 22 de abril de 2020.

PRODANOV, Cleber; FREITAS, Ernani. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2. ed. pág. 127-130, 2013. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxiZHVjYWNhb2Vjb250YWJpbGlkYWwRlfGd4OjU5NjlxOWU5NTgwZDdlZjY>>. Acesso em 26 setembro de 2019.

ROCHA, Priscila Gomes; LIMA, Deyseane Maria Araújo. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 323-344, ago. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652019000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 1 de junho de 2020.

RODRIGUES, Helga C. Carvalho; ANDRADE, Thais Afonso; CUNHA, Ubiracelma Carneiro da. O fenômeno do suicídio entre os idosos. **Universidade Católica de**

Pernambuco (UNICAP). Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV054_MD4_SA2_ID1583_09102016111801.pdf>. Acesso em 27 de abril de 2020

RUCKERT, Monique Lauermann Tassinari; FRIZZO, Rafaela Petrolli; RIGOLI, Marcelo Montagner. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 85-91, dez. 2019 . Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1098877>>. Acesso em 01 de junho de 2020.

SANTOS, Walberto Silva dos; ULISSES, Sylvia Maria; COSTA, Thicianne Malheiros da; FARIAS, Mariana Gonçalves; MOURA, Darlene Pinho Fernandes de; A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, 2016, 17(3), 515-526. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a16.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2020.

SANTOS, Daniel Abreu et al . Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 22, n. 2, p. 367-372, ago, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/19.pdf>>. Acesso em 16 de setembro de 2019.

SARAIVA, Carlos Braz. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. **Psiquiatra Clínica**, 31, (3), pp. 185-205, 2010. Disponível em: <<https://www.spsuicidologia.com/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos/82-suicidio-de-durkheim-a-shneidman-do-determinismo-social-a-dor-psicologica-individual>>. Acesso em 11 de junho de 2020.

SBICIGO, Juliana Burges; BANDEIRA, Denise Ruschel; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2020.

SBICIGO, Juliana BurgesSbicigo; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira; DIAS, Ana Cristina Garcia; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 2, pp. 139-146, abr./jun. 2012. Disponível em:<>. Acesso em 10 de maio de 2020

SILVA, Thamires Olimpia. Renda per capita. **Brasil Escola**. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/geografia/renda-per-capita.htm>> Acesso em 22 de abril de 2020.

SOUSA, Girliani Silva de Sousa; SANTOS, Marília Suzi Pereira dos Santos; SILVA, Amanda Tabosa Pereira da Silva; PERRELLI, Jaqueline Galdino Albuquerque; SOUGEY, Everton Botelho Sougey. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(9):3099-3110, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n9/3099-3110/pt/?abstract_lang=pt>. Acesso em 15 de março de 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de Carvalho. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 8(1 Pt 1):102-6, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2020.

TAVARES, Marcela da Silva Araújo. **Suicídio: o luto dos sobreviventes**. Conselho Federal de Psicologia, O suicídio e os desafios para a psicologia (pp. 45-58). Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em 03 de setembro de 2019.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; SOUZA, Luana Elayne Cunha; VIANA, Luciana Maria Maia. O suicídio como uma questão de saúde pública. **RevBrasPromoç. Saúde**: Fortaleza, 31(3): 1-3, jul./set., 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970327/editorial_port.pdf>. Acesso em 01 de setembro de 2019.

KAMERS, M. As novas configurações da família e o estatuto simbólico das funções parentais. **Estilos da Clínica**, v. 11, n. 21, p. 108-125, 1 dez. 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46006/49631>>. Acesso em 01 de novembro de 2019.

KOCH, Daniel Buhatem; OLIVEIRA, Paulo Rogério melo de. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/iande/article/view/23/20>>. Acesso em 03 de junho de 2020.

KRUGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca Susana Guevara. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba , v. 15, n. 1, p. 59-70, abril, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de junho de 2020.