

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

CLAUDIA DE OLIVEIRA MROZ

**“E AQUELE ADEUS, NÃO PUDE DAR”: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA FRENTE
AO LUTO DOS SOBREVIVENTES DE UM SUICÍDIO**

**CAÇADOR
2020**

CLAUDIA DE OLIVEIRA MROZ

**“E AQUELE ADEUS, NÃO PUDE DAR”: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA FRENTE
AO LUTO DOS SOBREVIVENTES DE UM SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência para
obtenção do título de Bacharel, do Curso
de Psicologia, da Universidade Alto Vale do
Rio do Peixe – UNIARP

Orientador: Edilaine Casaletti

**CAÇADOR
2020**

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE (a critério do Curso)

Declaro para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, a coordenação do Curso de Xxxx, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Caçador, 17/12/2020

Acadêmico: Claudia de Oliveira Mroz

Assinatura

CLAUDIA DE OLIVEIRA MROZ

**“E AQUELE ADEUS, NÃO PUDE DAR”: INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA FRENTE
AO LUTO DOS SOBREVIVENTES DE UM SUICÍDIO**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova com nota 10 este Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Xxxx da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito final para obtenção do título de:

Bacharel em Psicologia

Prof. Ms. Ana Claudia Lawless
Coordenador do Curso de Psicologia

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Edilaine Casaletti - UNIARP
(Presidente da Banca/ Orientador)

Prof. Esp. Patrícia Aparecida Ruskzyk Favarin - UNIARP
(Membro da banca)

Prof. Esp. Victor Czerniak- UNIARP
(Membro da banca)

Caçador, SC, 17 de dezembro de 2020.

Para Claudinei Antônio Mroz, a estrela que brilha lá no céu e ilumina o meu caminho pela Psicologia e que me fez entender a importância de falar sobre o Suicídio.

Para todos os familiares sobreviventes, que continuaram apesar de tantos pesares e dor, que seguiram em frente e que tentam, dia após dia, seguir suas vidas e dar sentido a elas. Que nós entendamos que é necessário seguir nosso caminho e que nunca devemos nos culpar ou deixar de amar aquele que decidiu não seguir mais nele conosco.

AGRADECIMENTOS

No decorrer dessa jornada universitária muitas pessoas tornaram-se importantes para que eu evoluísse e por isso me faltam agradecimentos a eles.

Agradeço à minha mãe, Luciana, por me apoiar em todos os momentos e em todas as escolhas da minha vida, por não desanimar nos piores momentos da minha e da sua vida. Mãe, saiba que eu não seria metade do que sou hoje, sem o seu exemplo para guiar minhas decisões, sem a sua força e dedicação.

Agradeço à minha orientadora Edilaine Casaletti por tanta dedicação, carinho e conhecimento que me presenteou nesses últimos meses. Eu não poderia ter escolhido profissional melhor para me orientar e estar ao meu lado nesse momento tão importante da minha vida e graduação. Ela é uma luz, iluminando cada passo que dei, cada capítulo escrito e em cada momento em que eu pensei em desistir.

Agradeço a meu pai, Claudinei, que me deixou nesse mundo terreno, mas nunca no espiritual e que mesmo depois de sua morte, continuou a me ensinar todos os dias. Ensinou-me a ser forte, não desistir, a perdoar acima de qualquer coisa. Agradeço a ele, por me trazer os questionamentos necessários para me chegar à Psicologia e ao campo do Luto e da Suicidologia. É por ele.

Agradeço a meu tio, Sergio, por ser uma pessoa tão importante no meu crescimento, por ser um psicólogo incrível e me incentivar a fazer parte dessa ciência incrível. Espero ser um dia, um pouco do profissional que ele é e assim estarei realizada.

Às minhas amigas, Claudia Emilia, Hérica, Vick e Julia, por me ouvirem desabafar em todos os encontros, por me incentivarem a dar o meu melhor e entenderem os sumiços por conta do TCC. Por estarem em minha vida há tanto tempo que já são parte de mim e por serem pessoas tão incríveis que seria impossível não fazerem parte dessa história tão importante. Eu não sei o que seria de mim sem vocês, meu amor é tão grande que daria voltas ao redor do planeta e sobraria, como eu sou sortuda em ter amigas como vocês na minha vida! Viver vale a pena quando lembro que as tenho ao meu lado para dividir cada momento.

À minha amiga tão especial e companheira que merece um tópico só pra ela, Aloise Dallagnol, por ter aparecido tão inesperadamente e ter se tornado alguém indispensável no meu crescimento e superação nessa faculdade. Por ouvir incansavelmente cada momento em que pensei em desistir, cada reclamação sobre algo que não dava certo, por entender minhas frustrações e nunca abandonar o barco,

mesmo quando eu já pensava em abandonar. Por ser minha saúde mental nesse momento conturbado, me fazer rir e desestressar, quando eu só queria chorar. Sou imensamente grata pela sua presença em minha vida e não sei como agradecer à Deus por ter posto você nesse ano tão complicado e inesperado. Obrigada por existir e por segurar minha mão mesmo que virtualmente.

A Giovani Scolaro, por me mostrar a Psicologia como uma opção dentre tantas e por estar ao meu lado na maior parte desses 5 anos de graduação, me puxando a orelha. Por estar presente nas horas ruins e nas boas, nos momentos de estágio, de provas, de tensão e de alegrias ao ver o meu trabalho sendo recompensado. Obrigado por tudo.

Agradeço a minha turma, por ter compartilhado comigo tantos momentos únicos em nossas vidas. Cada dia que passa já sinto falta da turma incrível que fomos. Por fim, só posso agradecer a cada pessoa que de alguma forma se viu inserida em minha vida, por ter compartilhado algum anseio, alguma alegria e algum aprendizado. A todos os professores maravilhosos que pude ter o privilégio de ver suas aulas e aprender tanto. A coordenação do curso, sempre procurando auxiliar e diminuir minhas preocupações, que foram muitas. A todo o pessoal do Contábil Caçador que me ouviu falar sobre o curso, os trabalhos e o TCC desde o dia em que entrei na faculdade até o momento. Sem a paciência do setor contábil eu não seria nada. Sem eles eu não teria tomado a sábia decisão de seguir por outros rumos além da Contabilidade.

Um tiro. Só uma bala foi necessária para terminar com a vida do meu pai. Questão de segundos e uma criança de 2 anos se tornava órfã de pai, uma criança que se encontrava a metros de distância e não entendia a comoção ao seu redor. Não entendia que seu pai, seu protetor, decidira acabar com a própria vida. Uma criança não entende as dores que podem passar dentro de outro ser humano, muito menos as dores que seu pai sentia simplesmente por viver. Até meus 18 anos eu não entendia como alguém poderia escolher deixar de vivenciar cada passo de sua própria filha, deixar de ouvir suas palavras sendo ditas pela primeira vez, a primeira vez em que andou de bicicleta e caiu, abdicar de ver as apresentações de Dia dos Pais na escola, de ver sua filha completar 15 anos, depois 18 e se tornar uma mulher.

Os questionamentos foram tantos que faltaria páginas para explicar, assim como faltaria para descrever a imensidão de sentimentos que envolveu todo o processo de aceitação e de perdão.

A Cláudia adolescente culpava o pai suicida a cada momento ruim de seus dias, jurava que se ele estivesse vivo nada das coisas ruins da vida iriam acontecer com ela e acreditava nessa proteção divina do seu pai caso ele não tivesse atirado em si mesmo. Acreditava e ansiava por um colo paterno e endeusava as relações de pai e filho que via por aí.

Mas a Cláudia de hoje, com 23 anos consegue entender o processo que ocorreu há 21 anos atrás, não culpa, não guarda mágoas ou rancor. Essa Cláudia sente falta de coisas de que nem conheceu, sente falta da voz que não ouviu, do abraço que não se lembra de receber, sente falta de chamar alguém de pai.

A Cláudia de hoje sabe que se soubesse tudo que sabe hoje, lá atrás, talvez pudesse ter ajudado, entende que talvez mesmo assim seus esforços não seriam suficientes, mas gostaria de que seu pai soubesse que tentaria de tudo pra que ele pudesse estar sentado na primeira fileira na apresentação desse TCC.

A Cláudia de hoje só quer que menos pessoas passem pelo que ela passou e por isso, escolheu esse tema. A Cláudia de hoje quer ajudar as pessoas como seu pai e como sua família, mudando histórias como a dela.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso traz como tema principal o processo de luto das famílias que perderam pessoas para o suicídio e como a Psicologia pode auxiliar na melhor resolução desse processo. Justifica-se a utilização do tema para o trabalho por ser um assunto cercado de tabus e preconceitos, porém com número cada vez maior de casos diários ao redor do mundo. Nota-se a necessidade de conscientização da população em geral acerca do fenômeno do suicídio e de como auxiliar os familiares a vivenciarem o luto e conseguirem seguir em frente depois de um processo traumático. Possui como objetivo geral compreender o processo de luto decorrente de perdas por suicídio e as intervenções psicológicas aos enlutados. Dessa forma, utiliza-se dos seguintes objetivos específicos sobre analisar o fenômeno do suicídio, buscando compreender suas particularidades, bem como sua ocorrência no mundo, assim como compreender quais as peculiaridades da manifestação do luto e sua elaboração em familiares que sobrevivem ao suicídio, pesquisar a respeito das intervenções psicológicas as quais podem auxiliar no suporte à essas famílias e assim proporcionar ao término desse estudo, um material que auxilie profissionais da área de saúde mental no acolhimento e, principalmente, nas intervenções psicológicas ao enfrentamento do luto por suicídio. Para a elaboração deste TCC foi utilizado o método de revisão de literatura narrativa, através da pesquisa bibliográfica em sites acadêmicos, artigos e livros sobre o tema. As palavras-chave da pesquisa foram: luto, luto e suicídio, suicídio e intervenção psicológica. Através da análise da literatura publicada foi possível estruturar o conteúdo que deu sustentação a todo o trabalho. Traz como melhores ações dos psicólogos em casos de luto por suicídio a posvenção, os grupos de apoio e um manejo terapêutico que auxilie na melhor elaboração e superação do processo de dor e sofrimento do luto patológico vivenciado.

Palavras-chave: Luto. Suicídio. Intervenção. Posvenção. Psicologia.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper has as its main theme the grieving process of families that lost people to suicide and how Psychology can help in the best resolution of this process. The use of the theme for work is justified because it is a subject surrounded by taboos and prejudices, but with an increasing number of daily cases around the world. There is a need to raise awareness among the general population about the phenomenon of suicide and how to help family members to experience grief and to be able to move forward after a traumatic process. Its general objective is to understand the grieving process resulting from suicide losses and psychological interventions to the bereaved. Thus, the following specific objectives are used to analyze the phenomenon of suicide, seeking to understand its particularities, as well as its occurrence in the world, as well as to understand the peculiarities of the manifestation of mourning and its elaboration in family members who survive suicide, research regarding psychological interventions which can help support these families and thus provide, at the end of this study, material that assists professionals in the mental health field in welcoming and, mainly, in psychological interventions to cope with grief over suicide. For the preparation of this TCC the method of reviewing narrative literature was used, through bibliographic research on academic websites, articles and books on the subject. The keywords of the research were: grief, grief and suicide, suicide and psychological intervention. Through the analysis of the published literature it was possible to structure the content that supported all the work. The best actions of psychologists in cases of bereavement due to suicide include postvention, support groups and therapeutic management that helps in better elaborating and overcoming the process of pain and suffering of the pathological mourning experienced.

Keywords: Mourning. Suicide. Intervention. Postvention. Psychology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1. DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 O FENÔMENO DO SUICÍDIO	20
211 Índices de Suicídio	24
2.2 O LUTO	27
221 Luto Normal	27
222 Luto Complicado Ou Patológico	28
223 Estágios Do Luto Para Os Autores Kübler-Ross E Bowlby	30
2.2.3.1 Kübler-Ross.....	30
2.2.3.2 Bowlby	31
224 Luto Por Suicídio	32
2.3 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CASOS DE LUTO POR SUICÍDIO	35
2.3.1 Prevenção e Posvenção do Suicídio	35
2.3.1.1 Efeito Werther.....	38
2.3.1.2 Efeito Papageno.....	38
2.3.2 Serviços De Apoio Ao Sobrevivente	39
2.3.2.1 CVV - Centro de valorização da vida	39
2.3.2.2 Grupos de apoio.....	40
2.3.3 Manejo Terapêutico	41
2.3.4 Eficácia Das Intervenções	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46

INTRODUÇÃO

A morte deve ser entendida como um processo natural, biológico e inerente do ser humano, visto que de forma natural ou não, todos passarão pelo processo. A alteração que ocorre no processo de luto e de significação da morte se dá pela subjetividade do indivíduo, constituída por sua cultura (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

No processo de luto, alguns sintomas podem vir a aparecer, dentre eles a dormência, alteração no apetite, perda de interesse por atividades cotidianas, cansaço, anestesia emocional (SILVA, 2013). Segundo Kovács (1992), o processo de luto passa a ser necessário, visto que, o enlutado vivencia intensos aspectos reacionais pós-morte e assim precisa expressá-los para processar a perda. O tempo da vivência do luto é relativo, depende de cada pessoa e como ela enfrenta a perda e assim como a estratégia utilizada para a superação.

Para Kovács (2007), alguns dos fatores que podem influenciar o processo de luto podem ser “a relação com a pessoa perdida; a natureza da ligação (intensidade, segurança, ambivalência ou conflitos); a forma da morte: repentina e violenta; os antecedentes históricos e as variáveis de personalidade e sociais”. Entre esses fatores, está o suicídio, uma forma de morte que está diretamente ligada a dificuldade na elaboração do luto.

O suicídio tornou-se caso de saúde pública, uma vez que a cada dia que passa, a quantidade de casos aumenta consideravelmente. Segundo Kaplan e cols (1997), o suicídio é um entendido como algo com muitas dimensões onde uma pessoa acaba por definir através da carência de alguns sentimentos, questões para quais o suicídio acaba por ser a única solução. É importante salientar que o ato suicida não é aleatório ou sem finalidade, e sim uma tentativa de acabar com um sofrimento psíquico intenso.

No Brasil, o suicídio é a segunda maior causa de morte de jovens (entre 15 e 29 anos) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, COMISSÃO DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO, 2014), perdendo apenas para acidentes de trânsito. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), a cada 40 segundos uma pessoa acaba com a própria vida, o que são perspectivas alarmantes.

Envoltas por muito preconceito e julgamento, as tentativas de suicídio e os suicídios consumados acabam sendo acompanhados por sentimentos como

vergonha e culpa. Consequentemente, muitas famílias optam por esconder o acontecimento, transformando-o em um tabu. O resultado disso é uma vivência patológica do processo do luto familiar. Ocorre uma busca constante em tentar encontrar uma explicação ou justificativa para o ato do suicídio (SILVA, 2009). De acordo com o relatório da OMS, para cada suicídio há, em média, cinco a seis pessoas que sofrerão intensas consequências emocionais, sociais e econômicas (WHO, 2008). A reação em relação à perda dependerá do vínculo que o enlutado e o suicida tinham, além de recursos pessoais de resiliência, aspectos como intimidade, intensidade, frequência do contato, a forma como o ente se suicidou e o suporte recebido pela rede social (CÂNDIDO, 2011; COLOMA, 2013; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Dessa forma, a pergunta-problema para o presente Trabalho de Conclusão de Curso é: como é compreendido o processo de luto decorrente de perdas por suicídio e as intervenções psicológicas aos enlutados?

Justifica-se a utilização do tema para o trabalho por ser um assunto cercado de tabus e preconceitos, porém com número cada vez maior de casos diários ao redor do mundo. Os julgamentos que a sociedade impõe nas vítimas de suicídio ainda são mais frequentes do que a forma de auxiliar os familiares enlutados. Nota-se a necessidade de conscientização da população em geral acerca do fenômeno do suicídio e de como auxiliar os familiares a vivenciarem o luto e conseguirem seguir em frente depois de um processo traumático.

Dentro da área da Psicologia, mesmo sendo um tema bastante abrangente, percebe-se que há escassez de trabalhos publicados, tanto em nível de faculdade quanto em nível nacional. O luto e o auxílio psicológico à família em sofrimento devem ser elaborados em prol da qualidade do enfrentamento ao problema. A área da tanatologia e da suicidologia ainda encontra-se em desenvolvimento e dessa forma, torna-se necessária pesquisa e publicação de artigos sobre o tema.

Justamente por ser uma área nova dentro da Psicologia, as contribuições científicas devem ganhar força e ser evidenciadas. Como um assunto de saúde pública mundial, deve ser tratado com cautela, mas cada vez mais abordado. A pesquisa científica torna-se cada dia mais necessária, assim como a abordagem do tema teórica e prática para que assim, mais famílias possam ser beneficiadas e consigam passar pelo processo de forma menos patológica possível.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso possui como objetivo geral

compreender o processo de luto decorrente de perdas por suicídio e as intervenções psicológicas aos enlutados. Dessa forma, utiliza-se dos seguintes objetivos específicos sobre analisar o fenômeno do suicídio, buscando compreender suas particularidades, bem como sua ocorrência no mundo, assim como compreender quais as peculiaridades da manifestação do luto e sua elaboração em familiares que sobrevivem ao suicídio, pesquisar a respeito das intervenções psicológicas as quais podem auxiliar no suporte à essas famílias e assim proporcionar ao término desse estudo, um material que auxilie profissionais da área de saúde mental no acolhimento e, principalmente, nas intervenções psicológicas ao enfrentamento do luto por suicídio.

1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Para a elaboração deste TCC foi utilizado o método de revisão de literatura narrativa, através da pesquisa bibliográfica em sites acadêmicos, artigos e livros sobre o tema. As palavras-chave da pesquisa foram: luto, luto e suicídio, suicídio e intervenção psicológica. Através da análise da literatura publicada foi possível estruturar o conteúdo que deu sustentação a todo o trabalho.

A revisão bibliográfica é a base que sustenta qualquer pesquisa científica, já que para proporcionar o avanço em determinado campo do conhecimento é necessário conhecer o trabalho que já foi realizado por outros pesquisadores e quais são as fronteiras do conhecimento (VIANNA, 2001).

A partir disso, é possível entender que a revisão bibliográfica é de suma importância para que possa se delimitar o problema e ter uma ideia completamente precisa sobre o conhecimento apresentado sobre o tema, suas lacunas e como essa investigação irá contribuir para que ocorra mais desenvolvimento de conhecimento sobre determinado assunto (LAKATOS E MARCONI, 2010).

Outra função da revisão bibliográfica é a de “contribuir nas construções teóricas, nas comparações e na validação de resultados de trabalhos de conclusão de curso e de artigos científicos”(MEDEIROS E TOMASI, 2008, p. 46).

Se chama revisão narrativa, por “permitir estabelecer relações com produções anteriores, identificando temáticas recorrentes, apontando novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento” (ELIAS et al. 2012 apud VOSGERAU E ROMANOWSKI, 2014, p. 170)

Nesse tipo de estudo, são analisadas as produções bibliográficas em “determinada área [...] fornecendo o estado da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada” (NORONHA; FERREIRA, 2000, p. 191).

Assim como indicam Soares e Maciel (2000) apud VOSGERAU E ROMANOWSKI (2014, p. 171) “ao realizar estudos dessa natureza no exame de perspectivas, multiplicidade e pluralidade de enfoques, é possível inferir indicadores para esclarecer e resolver as problemáticas históricas”

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos próximos capítulos serão abordados os assuntos referentes a questão do suicídio, suas definições, dados ao redor do mundo, história e contexto, assim como as definições e características do luto, desde sua forma normal de passagem até o luto complicado (onde a luto devido a um suicídio se encaixa). A partir dessas informações é possível compreender como deverá ocorrer a intervenção frente ao luto das famílias quando se relacionam ao ente querido que se suicidou.

2.1 O FENÔMENO DO SUICÍDIO

Segundo Kaplan e Colaboradores, o suicídio é um ato realizado de forma consciente para aniquilação autoinduzida, sendo melhor entendido como uma doença multidimensional, situada em alguém que vê uma questão pessoal para a qual o ato é visto como a melhor solução (KAPLAN;COLS, 1997). Ele não é algo sem finalidade, uma roleta-russa, na verdade representa uma saída, uma solução para um problema que está causando um intenso sofrimento. Para Botega et al. (2006, p. 214), “o suicídio não é tão somente uma tragédia no âmbito pessoal; ele também representa um sério problema de saúde pública”.

Camus (2008) afirma que querer pôr fim à vida demonstra a indecisão se a vida merece ou não ser vivida, ou seja, está diretamente ligada à ligação que a pessoa tem com o seu próprio modo de viver. Seguindo essa mesma lógica, Rigo (2013) define o suicídio, como “uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir”.

Em um contexto social onde não é permitido errar, além de existir intensa cobrança pela perfeição, cada dia mas os jovens e adultos sofrem por não conseguirem atender a essa demanda que pode ser considerada desumana, tornando-se depressivos e vendo como única escapatória, o ato suicida. Nesses casos, o suicídio se torna uma saída para que o ser humano livre-se de uma angústia que foi provocada por não ser capaz de atender às expectativas inseridas sobre ele pela sociedade e por sua família (RIGO, 2013). Então,

A angústia, segundo Lacan, é o único afeto que não engana, visto que é real e experimentado no corpo. O sujeito deprimido é aquele mergulhado numa angústia desmedida, angústia materializada no corpo sob a forma de dor. Dói o corpo, dói o peito, dói a alma, como relatam alguns pacientes. É comum atribuírem a esta dor a causa precipitante do seu ato suicida, quando afirmam que matar-se seria a única forma de livrar-se dela (CFP, 2013, p.33).

Ou seja, através do ato suicida, o sujeito evidencia a impossibilidade e a inconsistência de diversos discursos, dentre eles, o médico, científico, religioso e capitalista, transformando o suicida e o suicídio em si, em um tabu (RIGO, 2013).

A compreensão da morte como um fenômeno vai muito além de tratar da *causa mortis* tradicional, a morte natural. Deve ocorrer o desenvolvimento de estratégias de prevenção, através de uma classificação das causas de morte em modos de morte, já que são conceitos diferentes (TAVARES, 2013).

Para o autor, a primeira subdivisão importante é entre causas internas e causas externas, sendo que:

Causas internas estão associadas ao processo de saúde-doença dentro do modelo médico tradicional, ou seja, estão associadas às condições biológicas que podem levar à morte, como uma parada cardiorrespiratória ou uma pancreatite. Essas causas internas caracterizam o modo de morte natural, do qual se distinguem os outros três modos de morte mais importantes: morte acidental, homicídio e suicídio (CFP, 2013, p. 45-46).

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que em geral, os acidentes estão em primeiro lugar, seguidos de homicídios ou suicídios, que disputam a segunda e a terceira posição. Constata-se que os três principais modos de morte são comportamentais, associando então, as causas externas a comportamentos de risco. A probabilidade de eles ocorrerem vem devido a outros comportamentos de risco, dentre eles o uso de drogas e álcool, a agressividade e a violência. Estes três grandes grupos que reúnem condições que levam à morte são associados tanto ao comportamento, quanto ao estilo de vida e contexto sociocultural (TAVARES, 2013).

Os indicadores que se associam a esses modos de morte então, são de ordem comportamental, emocional ou psicológica e correspondem-se ao contexto familiar, ambiental, social, econômico e cultural. Exemplos comuns de fatores de risco incluem:

a experiência de privação, negligência ou abuso na infância, violência doméstica, condição socioeconômica precária, falta de acesso à educação de qualidade e à oportunidade, problemas graves em pelo menos um dos cuidadores (alcoolismo, doenças mentais, ausências prolongadas, desemprego etc.), ser vítima de bullying, isolamento ou problemas interpessoais graves, transtornos mentais diagnosticáveis, uso de drogas e álcool, impulsividade e hostilidade e a vivência de afetos intoleráveis (desespero, depressão, desamparo, desesperança, abandono, humilhação, vergonha, ódio, inveja, entre outros) (CFP, 2013, p.46-47).

A avaliação desses fatores de risco configura-se como de extrema importância para que haja o desenvolvimento de programas preventivos e para que ocorra a atuação intervencionista, em casos de violência, abuso, autoagressão, suicídio. Daí

aponta-se a importância da inserção da Psicologia nos vários contextos da sociedade e como esses comportamentos extremos indicam processos que comprometem a qualidade de vida e bem-estar pessoal e social, demonstrando o impacto que o risco de suicídio e o suicídio têm pessoal, familiar e socialmente falando (TAVARES, 2013). Pelo menos em 90% dos casos de suicídio, encontra-se um transtorno mental diagnosticável, assim como o suicídio ocorre com mais frequência em condições de inacessibilidade ao tratamento ou em casos de cessão do tratamento (TAVARES, 2013).

A morte, segundo Kübler-Ross (2008, p. 9) “[...] constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal [...]”. Diante disso, Kovács (2002, p. 15) assinala que “o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos”.

As causas do suicídio são multifatoriais, formando-se no decorrer da sua história, com suas próprias experiências existenciais (FUKUMITSU, 2013). Existir, para Silva et al. (2016) requer condições necessárias atribuídas pelo indivíduo que possibilitem o crescimento e desenvolvimento das suas potencialidades. A inexistência do sentido da vida anula tudo isso e contribui para um vazio existencial, que pode levar o ser humano ao desespero, causando sofrimento. Diante disso, o suicídio pode ser percebido pelo sujeito como um meio para extinguir essa dor e obter um alívio existencial (SILVA et al., 2016).

Conforme exposto pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014, p. 9), o suicídio é um fenômeno que tem estado presente na história da humanidade e pode ser entendido como “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal”. Fukumitsu et al. (2015) complementam a ideia apresentada com a afirmação de que existe uma espécie de ambivalência entre o desejo de viver e o de acabar com a dor, ou seja, não necessariamente existe esse desejo de morrer o que geralmente ocorre é o desejo de acabar com o sofrimento sentido.

Segundo Batista e Santos (2014), os fatores de risco podem ser: solidão e/ou isolamento, depressão e angústia. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014, p. 23) refere também alguns fatores ligados a características psicológicas:

personalidade impulsiva, perdas recentes, sentimentos de desamparo, desespero e desesperança, além de depressão (os 4Ds); condições de saúde,

limitantes e transtornos psicológicos, como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos depressivos e de personalidade, esquizofrenia, transtorno bipolar.

Dentre alguns fatores sociais que aumentam a probabilidade de ocorrer o suicídio, pode-se citar em escala mundial, indivíduos do gênero masculino (onde o número de óbitos é três vezes maior do que entre mulheres), desemprego somado a dificuldades financeiras, ser divorciado, viúvo ou nunca ter casado e viver sozinho. Torna-se claro que a interrelação desses fatores sociais com os sentimentos de desamparo, desesperança, desespero e até depressão é bastante presente (OMS, 2014; ABP, 2014).

O suicídio é classificado no capítulo XX do CID 10 (Código Internacional das Doenças) como morte violenta por causas externas, ou seja, que não ocorreu por razão de alguma doença (CID-10, 1993).

A tradução da palavra suicídio é: morte de si mesmo. Esse termo se refere então, à um tipo de morte intencional, que tem como objetivo a fuga de si mesmo ou a evitação de um grande sofrimento (CASSORLA, 1986). Segundo o autor afirmam existem eventos que desencadeiam e interagem entre si no decorrer da vida do ser humano que podem se tornar a motivação para o ato suicida, agindo tal qual um evento de gatilho.

Sobre isso, Botega (2015) afirma que a crise suicida sempre irá se anteceder ao suicídio em si, já que durante ela pode ocorrer a intensificação de alguma psicopatologia que seja pré-existente ou em caso de inexistência de psicopatologia, há o desequilíbrio emocional ou dor tão intensos que o indivíduo só queira acabar com ele. Seguindo essa linha de pensamento, Werlang e Botega (2004 apud ROCHA et al., 2012, p. 29) consideram "importante reconhecer as diversas fantasias sobre o suicídio, sejam elas conscientes ou não e o que essa possibilidade representa para essa pessoa".

A Portaria No 1.876, de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde, institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, que devem ser implantadas em todos os estados, com organização articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde assim como as "instituições acadêmicas, organizações da sociedade civil, organismos governamentais e não-governamentais (BRASIL, 2006, n.p). Essas diretrizes propõem:

desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais na promoção, prevenção, tratamento e recuperação em todos os níveis de atenção; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública; organizar a rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações garantindo a democratização das informações; e fomentar a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006, n.p).

É preciso destacar que esse tipo de morte é evitável, já que “são estados que tendem a ser transitórios e podem ser transformados com escuta e tratamento adequados” (SANTOS, 2019, n.p). A pessoa que encontra espaço para falar sobre a vontade de morrer, muitas vezes, consegue ter suas angústias, tristezas e frustrações abrandadas o que se torna uma via de proteção (VIANNA, 2012 apud SANTOS, 2019, n.p).

2.1.1 Índices De Suicídio

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, contabiliza um milhão de mortes anuais a ponto de caracterizá-lo como um problema de Saúde Pública. A taxa mundial média de suicídio “é de 16 óbitos por 100 mil habitantes, tendo aumentado 60% nos últimos 45 anos” (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014 apud NUNES et al., 2016, n.p). No Brasil, “atinge em média 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, constituindo-se na terceira causa de óbitos (6,8%) por fatores externos identificados no país” (MACHADO; SANTOS, 2015 apud NUNES et al., 2016, n.p).

O “Mapa da Violência 2014 – Os Jovens do Brasil”, da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO, 2014), realizado entre 1980 e 2012, demonstra o crescimento de 62,5% nas taxas de suicídio brasileiras, colocando-o como a terceira causa de morte no país, vindo somente atrás dos acidentes de trânsito e dos homicídios. O mapa também acusa 32 casos de suicídio por dia no país, ou seja, a cada 45 minutos ocorre um suicídio.

Tanto para a OMS (2014) quanto para a OECD (2014) o suicídio tem maior incidência em pessoas do sexo masculino do que do sexo feminino, refletindo uma tendência que já é histórica, percebido ao longo dos séculos por Marx (2006) e

confirmada por Durkheim (2000).

Em relação aos métodos utilizados para realização do suicídio, os dados ainda são inconsistentes de acordo com a OMS (2014). Em países de alta renda, os principais métodos para o suicídio são “o enforcamento, utilizado em 50% dos casos, e o uso de armas de fogo, usadas em 18% dos casos, principalmente nos países de alta renda das Américas” (FERREIRA JUNIOR, 2015, p. 21). Em zonas rurais e nos países de baixa e média renda “o uso de pesticida se destaca, responsável por cerca de 30% dos casos de suicídio no mundo” (FERREIRA JUNIOR, 2015, p. 21). No Brasil, quando comparadas a outros países, as mortes decorrentes de suicídio são baixas, porém vale ressaltar que cada vez mais elas vão crescendo no público adulto jovem do sexo masculino.

No país, o estado com os maiores índices é o Rio Grande do Sul. Diversos pesquisados apontam como causa disso: “a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região, como possíveis fatores ligados ao problema” (MENEGUEL; COLS, 2004, n.p).

As estimativas apontam que para cada suicídio, ocorrem ao menos dez tentativas sérias o bastante a ponto de necessitar atenção médica e além disso afirma-se que a cada registro de tentativa houveram ao menos quatro tentativas não conhecidas (DIEKSTRA, 1993).

Em relação a idade e sexo dos suicidas varia muito de país para país. O que se sabe é que é mais comum no sexo masculino, com a idade entre 15 e 24 anos e no sexo feminino, ocorre com mais frequência entre 25 a 34 anos (KAPLAN; COLS, 1997). O mesmo ocorre entre as patologias, citando como exemplo a depressão que é responsável por 45% a 70 % dos suicídios, uma variância bastante alta. O que realmente pode-se afirmar é que a maior parte das pessoas que cometem suicídio possuem alguma doença mental diagnosticada, chegando a 95% dos casos (KAPLAN; COLS, 1997).

Segundo Botega (2014, n.p) “o suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade”. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), anualmente ocorrem um milhão de óbitos (1,4% do total de mortes mundiais) em razão de suicídio totalizando um suicídio a cada 45 segundos e 1.920 mortes diárias. Isso supera a soma de todas as mortes por guerras, conflitos civis, homicídios e acidentes de trânsito (VÄRNIK, 2012; WHO, 2014).

Os meios utilizados para realização de um suicídio assim como os demais

dados, podem variar, de acordo com a cultura e a facilidade de acesso que se tem a eles, até mesmo o gênero exerce influência. Por exemplo, “na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China e no Sri Lanka, o envenenamento por pesticidas” (BERTOLOTE, 2012 apud BOTEGA, 2014, n.p).

Para LOVISI et al. (2009 apud BOTEGA, 2014, n.p):

No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente de suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%).

Em 2017 foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, esse boletim consistiu em um estudo do perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio e dos que chegaram a óbito por ele no Brasil, no período de 2011 a 2016. Constatou-se que as mulheres se destacam em relação à tentativa de suicídio (69% dos casos contra 31% dos homens). Os meios mais utilizados pelas mulheres na tentativa de tirar a própria vida foram o envenenamento ou intoxicação (57,6%), enquanto que os membros do sexo masculino tentam por enforcamento (62%). As mulheres reincidem mais do que os homens (31,3% mulheres e 26,4% homens), mas os homens tem maiores índices de consumação do ato (21% mulheres e 71% homens) (BRASIL, 2017).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014), quando a tentativa de suicídio é frustrada, existe um fator de risco maior de que ocorra uma futura tentativa. Batista e Santos (2014) afirmam que as repercussões do ato suicida atingem várias pessoas, desde amigos e familiares até colegas de trabalho. O ato afeta aspectos individuais dessas pessoas e até na sociedade, já que o impacto psicológico sensibiliza a toda uma comunidade: as pessoas mais próximas e até mesmo as que não tinham tanta ligação mas sentiram a perda (MIRANDA, 2014; BATISTA; SANTOS, 2014).

2.2 O LUTO

O luto pode-se dividir em luto normal e complicado, onde diversas situações podem vir a ocorrer. O luto complicado é a forma de luto que geralmente se encaixa nas situações de suicídio, necessitando de intervenção e acompanhamento psicológico de forma a conseguir tratar e assim, os enlutados seguirem sua vida de forma saudável e não patológica. A seguir serão tratados cada um dos temas já citados, desde cada forma de luto e suas características principais até a forma correta de intervenção do profissional da Psicologia.

2.2.1 Luto Normal

A perda de um ente querido é uma das experiências mais dolorosas e intensas que um indivíduo pode sentir seja na vivência, seja como forma de testemunho (BOWLBY, 1980 apud WORDEN, 1998). O luto é uma resposta natural ao rompimento de um vínculo afetivo e junto dele vêm diversos sentimentos como a tristeza, o medo e a angústia, esses sentimentos precisam ser vivenciados completamente, sem ocultamento ou eliminação (KOVÁCS, 2013).

De acordo com Fukumitsu (2013 apud SBEGHEN, 2015, p. 41), o luto é:

um processo dinâmico no qual o enlutado se volta para a perda e busca o objeto perdido, é um período de intenso investimento emocional, pois a morte da pessoa amada traz outras perdas como a perda de papéis sociais, frente aos quais haverá um novo reposicionamento no grupo em que participavam o morto e o enlutado.

Kovács (2008 apud SBEGHEN, 2015, p. 42-43) menciona alguns aspectos importantes acerca do processo de luto dentre eles, para ele os sobreviventes devem: “reconhecer o luto; reagir à separação; recolher e rememorar as experiências com a pessoa perdida; abandonar ou se desligar de relações antigas; reajustar-se uma nova situação e reinvestir energia em novas relações”.

A maneira de lidar com a morte do indivíduo e o modo que ele irá vivenciar esa perda dependerá de alguns fatores como “a relação estabelecida com a pessoa que morreu, o modo como a morte ocorreu, a idade e o sexo do enlutado, sua estrutura psicológica, bem como a sua capacidade de dar sentido aquela perda” (BOWLBY, 1985 apud KOVÁCS, 2013, p. 154).

Worden (1998 apud MELO, 2004) afirma que não tem como estabelecer um período exato de duração para o processo de luto já que não é um processo linear, ou

seja, ele pode reaparecer para ser novamente trabalhado. Já Kovács (2013) acredita que o tempo de luto pode sim variar em alguns casos, com duração de anos, podendo nunca terminar realmente. A autora acredita que uma realização muito cuidadosa e criteriosa desse estado de luto é de suma importância para que não ocorram classificações precipitadas.

No entanto, podem ocorrer situações onde o suporte familiar e comunitário não é suficiente para acolher o sofrimento, algumas dessas situações são:

a) quando a comunidade julga, estigmatiza ou não sanciona a perda, o luto e/ou as reações do enlutado. Como exemplo, as relações não reconhecidas socialmente, como dos amantes, de ex-maridos e ex-esposas, de suicídio; b) quando a comunidade está muito afetada pela perda, e as reações de luto tornam-se uma sobrecarga para o processo empático com o enlutado (ex: perdas coletivas em uma mesma comunidade, como em acidente aéreo); c) quando as reações do enlutado inibem ou impedem um suporte social efetivo. Por exemplo: uma pessoa que não expressa publicamente seu pesar; d) quando o enlutado já apresenta sinais de luto complicado e o suporte social torna-se insuficiente (ex: enlutados com transtornos psiquiátricos prévios à perda ou enlutados com sintomas de intensidade moderada e disfuncionais muito tempo após a perda); e) quando o suporte social é precário. (por exemplo: enlutado isolado socialmente, com rede social ausente ou com restrita oferta de suporte) (DOKA, 2002 apud SANTOS, 2017, p. 124)

Para Kovács (2008), o processo de luto é aceito como uma crise de grandes dimensões após diferentes tipos de perda, porém já foi considerado, ao longo dos tempos, como doença, a partir de sintomas identificados. “A expressão do luto está fortemente vinculada aos costumes de uma sociedade e mais particularmente do grupo familiar” (KOVÁCS, 2008, p. 15). Levando em conta a afirmação de Kovács (2008) acerca do luto como doença, Bromberg (2000) cita os principais sintomas tais como choque ou torpor, medo, raiva, ansiedade, somatização, insônia, falta de concentração, atenção ou memória, falta de apetite, tristeza profunda, pensamentos intrusivos, de presença da pessoa.

2.2.2 Luto Complicado Ou Patológico

Segundo os autores Parkes (1998) e Rando (1993), o luto pode ser considerado complicado a partir do momento em que suas reações ocorrem de forma diferente do esperado ou não ocorrem. As reações que são consideradas esperadas, se alinham às normas e padrões socioculturais de cada comunidade ao redor do mundo. Então deve-se levar em conta todo o contexto da perda assim como a subjetividade do indivíduo enlutado e como ele irá expressar seu luto, para que ocorram as intervenções

mais corretas para cada dimensão (CASELLATO, FRANCO, MAZORRA e TINOCO, 2009).

Rando (1998) prefere a utilização do luto complicado como termo correto, já que se relaciona ao tempo decorrido entre a morte e a existência de algum comprometimento ou impedimento de uma ou mais etapas do processo de luto. Ele considera duas categorias que predispõem um indivíduo ao luto complicado:

A primeira inclui fatores associados com a morte em si, isto é, se foi inesperada (especialmente quando traumática e violenta), se ocorreu após um longo período de doença, se foi relativa à perda de um filho, e com a percepção do enlutado a respeito da morte como algo previsível e, portanto, evitável. A segunda categoria inclui variáveis anteriores e posteriores à morte: relação conflituosa com o morto com características de raiva, ambivalência ou mesmo dependência; perdas anteriores ainda não integradas e/ou situações de estresse e problemas de saúde mental; apoio percebido como insuficiente pelo enlutado (RANDO, 1998, apud SILVA, 2009 p. 55-56).

Para Rando (1998), é preciso que a perda seja reconhecida logo na primeira fase para que na segunda, o indivíduo comece a reagir à separação, relembrando e reexperimentando a sua relação com o morto, para que assim, possa abandonar os vínculos antigos com o mesmo e com o mundo anterior à sua morte. Com isso, ocorre um reajustamento adaptativo para um novo mundo, mas prezando para que o antigo não seja esquecido, concluindo-se com o reinvestimento. A autora considera que quando há complicações no processo de luto é porque o indivíduo não consegue completar essas tarefas, que devem se cumprir ao longo do tempo.

A adaptação familiar à perda depende de vários fatores, tais como a forma como aconteceu a morte, a idade da pessoa que morreu, as pendências com o morto, a etapa do ciclo de vida em que a família se encontra, a existência de conflitos anteriores, a existência de uma rede efetiva de apoio formal ou informal, a existência de perdas anteriores e a maneira como a família se adaptou a elas (PARKES, 1998).

Para Parkes (2009), o trauma aumenta a intensidade e a duração do luto e contribui para um diagnóstico de luto crônico. Pesquisas realizadas pelo autor indicam que as reações ao trauma incluem altos níveis de ansiedade, acompanhados de comportamentos de evitação, de lembranças do evento traumático, e, ocasionalmente, o desenvolvimento do TEPT. O TEPT é uma resposta tardia a uma situação estressante de longa ou curta duração, seus principais sintomas são as memórias ou sonhos intrusivos persistentes e o embotamento afetivo, com evitação de atividades e situações que recordem o trauma.

BROMBERG (2000 apud SANTOS ET AL., 2017) classifica o luto complicado ou patológico em:

- Luto Crônico: trata-se do prolongamento indefinido do luto, quando predomina ansiedade, tensão e inquietação;
- Luto Adiado: ocorre devido a não apresentação das fases do luto normal no tempo certo, gerando sintomas distorcidos como superatividade, isolamento ou mesmo sintomas da doença do morto;
- Luto inibido: trata-se da ausência de sintomas do luto normal. É muito semelhante ao luto adiado, variando apenas nos graus de diferentes de sucesso na defesa psíquica (BROMBERG, 2000 apud SANTOS ET AL., 2017, p. 7).

Bromberg (2000) afirma que quando o indivíduo não consegue superar uma ou mais dessas fases ele irá incidir para o patológico e então é necessário recorrer à ajuda especializada, já que pode ser necessário incluir o uso de psicofármacos e frequentar a psicoterapia.

2.2.3 Estágios Do Luto Para Os Autores Kübler-Ross E Bowlby

Diversos autores trouxeram contribuições acerca dos estágios pelo qual o ser humano passará pelo luto, porém para a situação problema em questão no presente trabalho, apenas as teorias de Kübler-Ross e Bowlby precisam ser trabalhadas e entendidas.

2.2.3.1 Kübler-Ross

Em 1969, a autora publicou o livro “Sobre a morte e o morrer”, sendo umas das obras mais importantes da história da tanatologia. Os estágios do luto relacionados por ela foram estudados, a partir da observação de pessoas em seu leito de morte no hospital, envolvendo cada sentimento vivenciado até o momento da morte. A intensidade de cada etapas dependerá do grau de afetividade e cabe ressaltar que não são lineares. A única etapa que não pode mudar é a final: a aceitação. Segundo a autora o luto se divide nas seguintes fases:

- Negação: pode ser uma defesa temporária ou, em alguns, casos pode sustentar-se até o fim. O paciente desconfia de troca de exames ou competência da equipe de saúde. Geralmente o pensamento que traduz essa defesa é: "não, eu não, é verdade".
- Raiva: é a fase na qual surgem sentimentos de ira, revolta, e ressentimento: "porquê eu?". Torna-se mais difícil lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções, projetando-se no ambiente, muitas vezes, sem "razão plausível".

- Barganha: doente faz promessas por um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. As barganhas são feitas com Deus, na maioria das vezes e, psicologicamente, podem estar associadas a uma culpa recôndita.
- Depressão: pode evidenciar seu alheamento ou estoicismo, com um sentimento de grande perda. As dificuldades do tratamento e hospitalização prolongados aumentam a tristeza que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão.
- E por último a aceitação, onde o paciente passa a aceitar a sua situação e seu destino. É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente encontra uma certa paz e o círculo de interesse diminui. No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte, sem atingir esse estágio (KÜBLER-ROSS, 1969 apud SUSAKI; COLS, 2006, n.p).

Estas fases são uma espécie de mecanismos de defesa utilizados no enfrentamento da morte, “em que os conflitos de ordem emocional, material, psicológica, familiar, social, espiritual, entre outros, surgem de forma acentuada, afetando diretamente o relacionamento com a equipe de saúde” (SUSAKI; COLS, 2006, n.p).

2.2.3.2 Bowlby

As fases do luto segundo o autor são:

- Fase de entorpecimento: Pode durar de algumas horas a uma semana e pode ser interrompida por explosões de aflição e/ou raiva extremamente intensas. Nesta fase, a pessoa se sente chocada e incapaz de aceitar a notícia da perda. Alguns pacientes tendem a apresentar crises de pânico.
- Fase de anseio e busca da figura perdida: Dura de alguns meses a anos. Neste momento, se começa a registrar a realidade da perda, levando a crises de desânimo e aflição. Quase sempre, há uma grande inquietação, insônia e preocupação com a pessoa perdida, combinada com um sentimento de sua presença concreta e, uma tendência a interpretar sons e sinais como indícios que a esta voltou.
- Fase de desorganização e desespero: Neste momento, o enlutado reconhece a imutabilidade da perda, e que não poderá recuperar a pessoa perdida, vivenciando uma desmotivação pela vida. Como é necessário que a pessoa deixe para trás certos padrões de relacionamento, é quase inevitável, que esta se sinta desesperada pelo fato de que nada pode ser salvo, tornando-se deprimida e apática. Porém, se tudo ocorrer bem, nesta fase o indivíduo poderá avaliar a situação em que se encontra, e examinar as maneiras de enfrentá-la.
- Fase de reorganização (em maior ou menor grau): Finalmente, há uma reorganização da depressão e da desesperança. E com uma maior tolerância às mudanças sofridas, a pessoa torna possível o investimento afetivo em novos objetos (BOWLBY, 2006 apud SANTOS ET AL., 2017, p.5).

Segundo Bowlby (1980, cit. por WORDEN, 1983), a última tarefa é o passo necessário para que o enlutado tenha novas relações com outras pessoas, e isso permitirá ajudá-la a passar pelo processo e seguir sua vida após a perda.

2.2.4 Luto Por Suicídio

Sobre esse tipo de processo de luto, Kovács (1992) apud Oliveira e Faria (2019, p. 542) aponta que “a morte, quando ocorre de maneira brusca e inesperada, tem potencialidade de desorganização, paralisação e impotência. Isso se aplica ao processo de luto por suicídio”. Tavares (2013) apud Oliveira e Faria (2019, p. 542) afirma que “além de lidarem com sentimentos de raiva, culpa, tristeza, vergonha e saudade, os sobreviventes experimentam emoções fortes que levam à depressão, desinvestimento na própria vida, uso de bebidas alcóolicas e drogas”.

Segundo Fukumitsu e Kovács (2016) apud Oliveira e Faria (2019, p. 546), é comum que os sobreviventes de um suicídio possam vir a ter:

sentimentos de falta de hospitalidade, estranheza, culpa por não conseguirem ter feito algo para ajudar, choque, raiva diante do ato que muitas vezes é visto como um ato de covardia, vergonha e isolamento além da falta de sentido para continuar vivendo e uma constante necessidade de explicações.

As reações frente ao suicídio variam de acordo com cada indivíduo e com suas vivências. “[...] cada família, cada indivíduo passará por isso de uma maneira singular, pois cada família, cada grupo, cada indivíduo tem suas singularidades, tem sua história de vida e isso interfere na sua vivência e na sua experiência do luto.” (SILVA, 2013, pg. 61).

O impacto de um suicídio é abordado por Flexhaug e Yazganoglu (2008, p. 17) do seguinte modo: “3 a 4 gerações podem ser afetadas, incluindo irmãos, pais, avós e, no caso da morte de um adulto, os próprios filhos”. Os autores (2008, p. 18) apontam ainda que “A estimativa mais comum revela que existem seis sobreviventes para cada morte por suicídio”.

Parkes (1998, p. 24) menciona que “[...] uma perda geralmente traz consigo outras perdas secundárias”, assim, o suicídio de um ente querido não apenas aniquila a vida da pessoa que o comete, mas impacta (senão aniquila), igualmente, várias outras vidas que fazem parte de seus vínculos.

Seguindo essa lógica, Jamison (2010, p. 273) destaca:

Os filhos, embora devastados e marcados para sempre pelo suicídio de um pai, em sua maioria sobrevivem à morte sem patologia grave ou duradoura. Como os adultos na esteira do suicídio, porém, muitos filhos passam por pesar, culpa e ansiedade profundos que persistem por muitos meses, se não anos. Por que a morte do meu pai ou mãe aconteceu justamente comigo? O que fiz de errado para não continuar com minhas referências? Por que fui lançado no mundo e agora me sinto sozinho para continuar minha trajetória? Essas são questões que expressam a falta de sentido dos motivos do suicídio parental – geralmente mal respondidas, mal-acolhidas e mal compreendidas – podem gerar frustrações e, conseqüentemente, amedrontar e ameaçar o filho da pessoa que se matou. Por que os filhos não foram razão suficiente para que a pessoa se mantivesse viva?

Como os autores Mariano & Macedo (2013, p. 5) dizem: “alguém cuja existência importava escolheu ir embora”. Nesse sentido, Jamison (2010 apud FUKUMITSU 2013, p.73), contribui mostrando que:

O suicídio é uma morte como nenhuma outra, e aqueles que são deixados para lutar com isso devem enfrentar uma dor sem igual. Eles são deixados com o choque e com o infindável “e se”. São deixados com a raiva e a culpa e, vez por outra, com um terrível sentimento de alívio. São deixados para uma infinidade de perguntas dos outros, respondidas ou não, sobre o motivo; são deixados ao silêncio dos outros, que estão horrorizados, embaraçados e incapazes de formular um bilhete de pêsames, dar um abraço, fazer comentários; e são deixados com outros pensando - e eles também – que poderia ter sido feito mais.

Para Kovács (1992, p. 160):

O suicídio é uma das mortes mais difíceis de elaborar, pelo forte sentimento de culpa que desperta nos sobreviventes. Ele ativa a sensação de abandono e impotência em quem fica. O enlutado além de lidar com sua própria culpa, é frequentemente alvo de suspeita da sociedade como sendo responsável pela morte do outro.

Dessa forma, os sobreviventes de um suicídio podem apresentar os seguintes sintomas: “dormência física, anestesia emocional, despreendimento da realidade, isolamento, perda de interesse e inabilidade de sentir emoção, dificuldades de dormir, falta de concentração e medo de perder o controle” (FONTENELLE, 2008 apud SBEGHEN, 2015, p. 21).

Fontenelle (2008 apud SBEGHEN, 2015, p. 20) mostra “a culpa como sendo o sentimento mais comum nos sobreviventes, envolvendo a sensação de que provocaram ou foram responsáveis pela morte, além de questionamentos sobre o que deveriam ter feito para impedi-la”.

Fukumitsu (2013 p. 82) corrobora dizendo “que os filhos de pais que morrem por suicídio podem sentir solidão, falta de oportunidade por não terem recebido o colo e acalanto, cuidado, amor e direção, culpa, raiva e ressentida sensação de abandono”.

É muito mais difícil encontrar um sentido na morte repentina por suicídio (RIDLEY, 1993) do que naquelas que ocorrem em circunstâncias normais. A reconstrução da vida após a perda de alguém amado pode ser uma das tarefas mais difíceis do luto, em especial nas perdas traumáticas. São sonhos destruídos, expectativas e hipóteses violadas, que roubam do enlutado o que havia de sentido e propósito na vida, deixando um forte sentimento de vulnerabilidade e desilusão (DAVIS; WOHL; VERBERG, 2007).

Para Meleiro, Botega e Prates (2004), uma resposta bastante comum ao suicídio é o medo, em especial, os seus próprios impulsos de destruição. A raiva pode servir de disfarce substituindo vários sentimentos negativos, sendo mais comum direcioná-la a quem se matou, de maneira ambivalente, misturando sentimentos de pena e tristeza por quem morreu e raiva de quem provocou a morte. A raiva costuma gerar vergonha, e sua intensidade em excesso pode também gerar culpa, motivo pelo qual o enlutado tenta escondê-la, de acordo com Meleiro, Botega e Prates (2004). Há também a predominância da vergonha pelo estigma associado ao suicídio, segundo os autores, possivelmente potencializado pela reação dos outros, podendo alterar de maneira significativa a interação do enlutado com a sociedade bem como as relações familiares.

Fontenelle (2008) afirma que a única pessoa responsável pela morte é o próprio suicida, por uma escolha, ou falta de escolha, e é preciso trabalhar muito para se livrar de uma culpa paralisante. Com relação a uma carta de despedida, a descoberta da mesma nem sempre traz alívio para a família. Pode até tornar-se um peso, dependendo de seu conteúdo, quando pouco explica sobre os motivos daquele ato impensado ou tresloucado (SILVA, 2009; DIAS, 1997). Os conteúdos das cartas costumam ser diversos, desde textos acusatórios a pedidos de desculpa, permitindo criar no imaginário das famílias a ideia de que a pessoa não gostava suficientemente delas ou não pensou nelas ao cometer o suicídio.

Bolton (1997) considera que o enlutado é responsável por construir seu próprio processo de luto, como também sua recuperação, não existindo a atribuição de valores de certo ou errado, bom ou mau a esses movimentos. Convém destacar que há especificidades no luto por suicídio e, da mesma forma que não se devem generalizar os suicídios, é importante não generalizar os processos de luto por suicídio, porque cada um tem uma história única.

2.3 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CASOS DE LUTO POR SUICÍDIO

O luto decorrente da morte por suicídio é caracterizado como luto complicado, uma vez que, além de serem mortes repentinas, também são violentas, podendo criar distintos problemas de saúde física e mental para os sobreviventes (NUNES;COLS, 2016; WORDEN, 1932 apud RUCKERT, FRIZZO E RIGOLI, 2019, n.p).

Devido ao estigma que envolve a morte por suicídio, alguns enlutados poderão encontrar dificuldade em lidar com sua perda e com os possíveis julgamentos sociais, por se tratar de forma pouco aceitável de morrer/morte (BOTEGA, 2015; SILVA, 2015 apud RUCKERT, FRIZZO E RIGOLI, 2019, n.p). Os sobreviventes tem muita dificuldade de acesso aos serviços disponíveis para auxílio de seu luto complicado, tanto porque não conhecem os lugares que oferecem algumas atividades como grupos de apoio, quanto por muitas vezes se recusarem em buscar ajuda , além de a maioria não saber o que significa a palavra “posvenção” (SCAVACINI, 2017).

Alguns autores utilizam o termo “Survivor”, em português, sobrevivente, para chamar aqueles cujas pessoas próximas cometeram suicídio. Para Jordan e McIntosh (2011), entende-se por sobrevivente “alguém que experimenta um alto nível de sofrimento psicológico, físico e/ou social autopercebido por um período de tempo considerável após a exposição ao suicídio de outra pessoa” (p. 7).

No Brasil, o uso do termo “sobrevivente” ou “sobrevivente do suicídio” acaba por se tornar equivocado dando espaço a várias interpretações como por exemplo, de alguém que sobreviveu após uma tentativa de suicídio ou de um enlutado pelo suicídio, então utiliza-se o termo “sobrevivente enlutado por suicídio” e assim evita-se esses equívocos (ANDRIESSEN, KRYSINSKA, & GRAD, 2017).

Foi na década de 1960, que Edwin Shneidman criou o termo “posvenção”, para se referir ao tipo de suporte que é dado para os sobreviventes (familiares ou não) de um suicídio.

2.3.1 Prevenção e Posvenção do Suicídio

Meleiro, Fensterseifer e Werlang (2004, p. 142) apontam que “Na prevenção do suicídio, então, deve-se dar prioridade a ações que busquem evitar o que pode ser evitado, e interromper ou amenizar o que não pode”.

Perls, Hefferline e Goodman (1997) afirmam que “O objetivo da terapia é superar a solidão, restaurar a autoestima e realizar a comunicação sintática” (p. 89). É

necessário explorar os pensamentos e sentimentos de forma que os clientes possam comunicar aquilo de que precisam. A partir disso, pode-se utilizar de três fases de conduta do manejo psicoterapêutico na lida com crises suicidas: 1) Perguntar e explorar; 2) Compreender, confirmar e acolher; 3) Encaminhar e acompanhar (FUKUMITSU, 2014).

Para Jamison (2010), “muitos suicídios podem ser evitados. A brecha entre o que sabemos e o que fazemos é letal” (p. 27). “Prever quem continuará a ter o ato completo é um dos mais difíceis, frustrantes e essenciais problemas clínicos” (JAMISON, 2010, p. 47).

Para prevenir o suicídio é necessário conhecer os fatores de risco que são divididos em 3 grupos. São eles:

fatores constitucionais e hereditários não passíveis de intervenção (idade, sexo, história familiar e genética), fatores relacionados a doenças físicas (ên- fase nos transtornos mentais e de personalidade, pois possuem características como impulsividade, agressividade, insegurança, baixa tolerância à frustração) e fatores ligados a hábitos e ambientes (estado civil, isolamento social, religião, classe social, profissão, desemprego/ aposentadoria, família suicidogênica, dinâmica familiar conturbada, abuso de álcool) (WERLANG & BOTEGA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 apud FUKUMITSU ET AL., 2015, p. 53).

Entre as características presentes nas famílias com um membro que cometeu o suicídio, estão: “a rigidez de padrões interativos, o apego emocional, o pobre manejo de conflitos e a dificuldade na comunicação, proporcionando poucas oportunidades para o desenvolvimento de uma identidade funcional, aumentando o risco de suicídio” (HENRY ET AL., 1994 apud FUKUMITSU ET AL., 2015, p. 53).

Segundo Werlang & Botega (2004 apud FUKUMITSU ET AL., 2015, p. 54), alguns fatores protetores devem ser ampliados, tais como:

proporcionar atendimento clínico eficiente e apropriado para pacientes com transtornos mentais e/ou para aqueles que abusam de substâncias psicoativas, facilitar o acesso a várias intervenções clínicas e de apoio para busca de ajuda, restringir o acesso a métodos altamente letais de suicídio, oferecer apoio à família e à comunidade, contribuir para a aprendizagem de práticas de solução de problemas e resolução de conflitos de forma não violenta, assim como favorecer crenças culturais e religiosas que desestimulem o suicídio e apoiem os instintos de autopreservação.

O termo “postvention” foi criado por Edwin Shneidman e citado pela primeira vez no livro *On the nature of suicide* (1969). Para Scavacini (2011) “a história do movimento de apoio aos sobreviventes começou em 1970, com a fundação do primeiro grupo de apoio ao luto por suicídio nos Estados Unidos” (p.14).

Segundo Andriessen (2006 apud ANDRIESSEN, 2009), a posvenção consiste em “atividades desenvolvidas por, com ou para os sobreviventes de suicídio, a fim de facilitar a recuperação após o suicídio e para evitar resultados adversos, incluindo um comportamento suicida” (p. 43).

No Brasil, o primeiro trabalho falando sobre a posvenção foi o de Scavacini (2011). Clark (2007) afirma que “as necessidades de cada pessoa enlutada são específicas; não existe uma receita universal para a sobrevivência e, com certeza, não existe nenhuma que elimine a dor da separação de um ente querido” (p. 15). O que se torna mais comum é a necessidade de auxílio e aconselhamento logo após a ocorrência (assuntos práticos), assim como é preciso ocorrer o suporte e assistência com psicólogos e psiquiatras valorizando sempre e dando a oportunidade de fala dos enlutados (FLEXHAUG & YAZGANOGLU, 2008).

Segundo Botega (2015), dos 52 países integrantes da International Association for Suicide Prevention, somente 14 deles possuem algum tipo de programa para auxílio dos enlutados. No Brasil, a posvenção em parte é coordenada pelo CVV(CVV, 2017).

Müller, Pereira e Zanon (2017) afirmam que a posvenção é tem como objetivo a diminuição dos impactos causados pelo suicídio, trazendo o cuidado para os que ficaram e sofrem por esse tipo de morte, o que é confirmado por Scavacini (2018). A autora afirma que a maioria dos sobreviventes não conhecem ou não sabem da existência de programas e grupos de apoio e em outros casos não há esses serviços disponíveis na região onde moram.

Dentro da posvenção os trabalhos mais comuns são os grupos de autoajuda, que irão oferecer apoio e dar um lugar de fala, para que os enlutados possam compartilhar seus sentimentos e dores e aprender a lidar com o luto (OMS, 2008). A posvenção pode ser ativa (que ocorre quando uma equipe ou outro sobrevivente oferece ajuda) ou passiva (que ocorre quando o enlutado vai em busca de ajuda os serviços de apoio) (BEAUTRAIS, 2004; WILSON & CLARK, 2005).

Parkes (1998, p. 162) alerta que “os psiquiatras e outros profissionais de saúde estão geralmente por perto quando alguém comete suicídio, mas poucos usam a oportunidade para oferecer ajuda às famílias enlutadas por suicídio”.

Scavacini (2017) cita a criação de grupos virtuais para auxílio, já que assim é possível proteger até mesmo a identidade da pessoa e une pessoas por todo o país e até fora dele em casos de locais onde não se tem acesso a grupos presenciais, por

exemplo.

2.3.1.1 Efeito Werther

Esse termo foi criado pelo sociólogo David Phillips em 1974, como forma de designar uma imitação de suicidas. Foi baseado na obra de Wolfgang Von Goethe, “Die Leiden des jungen Werthers” que traduzido para português é “Os sofrimentos do jovem Werther”. Na obra, Werther comete suicídio por um amor não correspondido. Mesmo sendo sucesso de publicação na época, vieram à tona relatos de 40 jovens que tiraram a própria vida de maneira muito parecida com a do personagem (A MENTE É MARAVILHOSA, 2017).

Shaffer (1985) sugere que, muitas vezes o comportamento suicida é aprendido através da modelagem, que seria a aquisição de novos padrões de comportamento pela observação da forma de se comportar de outras pessoas (BANDURA, 1976). Ao aplicar essa hipótese, Phillips (1985, 1989) afirma que as pessoas que possuem ideia suicida passam um tempo sem cometer o ato, hesitando em cometê-lo por saber da opinião da sociedade, mas ao verem notícias de suicídios de celebridades aumentam seu potencial suicida e cometem o ato.

Tanto a mídia quanto os seus profissionais são considerados fatores de grande influência na prevenção e promoção do suicídio (OMS, 2000, 2014). São estes o “meio mais potente para um comportamento suicida se tornar reconhecido na comunidade e se transformar em modelo” (ROQUE, 2014, p. 507). Com isso, a OMS afirma que não é a notícia em si que causa o suicídio e sim o modo como o ato é noticiado (OMS, 2000).

2.3.1.2 Efeito Papageno

Esse efeito é uma referência à obra de Wolfgang Mozart de nome “A Flauta Mágica”, onde o jovem Papageno não tem seu amor correspondido, e já convencido de que não vai conseguir conquistar esse amor, tenta se enforcar, porém 3 seres mágicos o convencem que não deve fazer isso (A MENTE É MARAVILHOSA, 2017).

Dessa forma, entende-se que o efeito Papageno visa promover a vida e atingir o máximo de pessoas se tornado um efeito de contágio em massa, no qual uma pessoa que se salva tem potencial pra salvar mais uma e assim por diante, causando um efeito dominó (BLATT, 2019). Assim, seguindo esse raciocínio é possível através

de reportagens responsáveis, diminuir o comportamento suicida no público (PIRKIS ET AL., 2016; SCAVACINI, 2018).

Contextualizando este tipo de abordagem, o manual da OMS promove o papel da mídia como preponderantes na divulgação de “informações sobre números de telefone e endereços de grupos de apoio e serviços onde se possa obter ajuda” e “identificação de fatores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida” (OMS, 2000, p. 8).

2.3.2 Serviços De Apoio Ao Sobrevivente

Enlutados por suicídio precisam ter acesso a cuidados e serviços apropriados sempre que precisarem, para assim reduzir os efeitos potencialmente perigosos à saúde, diminuir as possíveis ideações suicidas e o risco de suicídio dos sobreviventes, como forma de facilitar a construção de força, capacidade e resiliência (FISHER, 2008).

Não existe fórmula perfeita para sobreviver à perda de uma pessoa querida que cometa suicídio, escreve Bolton (1997), por isso, compartilhar as experiências e reações semelhantes é um instrumento muito necessário e útil. O autor considera que o enlutado é responsável por construir seu próprio processo de luto, assim como sua recuperação, sem certo ou errado, bom ou mau sendo atribuídos a esses movimentos. O processo de elaboração do luto pode ser influenciado pela presença ou ausência de uma rede social que ajude o enlutado a lidar com a perda. Pessoas sozinhas, sem familiares ou outras pessoas que ofereçam suporte, apresentam maior risco de terem um luto complicado (KOVÁCS, 2007).

Dessa forma, nota-se a necessidade de grupos de apoio, de conversa e acolhimento e de políticas públicas que possam dar o devido suporte aos enlutados, produzindo uma espécie de lugar de fala para essas pessoas. Dentre as políticas públicas encontradas ao redor do mundo, cita-se a seguir o CVV (Centro de Valorização da Vida) criado pelo governo brasileiro.

2.3.2.1 CVV - Centro de Valorização da Vida

O Ministério da Saúde, desde 2015, soma forças às ações promovidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), entidade filantrópica fundada em 1962 e reconhecida como de utilidade pública em 1973 que presta serviços voluntários e gratuitos de apoio emocional e de prevenção ao suicídio (CVV, 2020).

Buscando facilitar o acesso às atividades relacionadas a apoio emocional, o Ministério da Saúde em 2017 ampliou a parceria firmando um acordo de cooperação técnica no qual as ligações ao CVV não fossem tarifadas, levando ao aumento desses serviços (BRASIL, 2018).

Através do CVV foram criados grupos de apoio em diversas cidades do país, dentre elas São Paulo, Porto Alegre e Curitiba. Nelas ocorrem reuniões mensais os sobreviventes trocam experiências e oferecem e recebem apoio emocional e assim, são acompanhados de perto (CVV, 2017).

2.3.2.2 Grupos de apoio

Fukumitsu e Kovács (2015) afirmam que nos grupos de apoio é papel do profissional ser um facilitador e um mediador em todo o processo reconciliação do indivíduo com a vida e com ele mesmo. As autoras sintetizam a atuação do psicólogo com pessoas enlutadas por suicídio da seguinte maneira:

Atendimentos em psicoterapia individual ou em grupo; aconselhamento psicológico; trabalho psicoeducativo, informando os sinais de alerta e fatores de risco predisponentes e precipitantes, bem como incentivando trabalhos de prevenção ao suicídio; formação de profissionais para habilitá-los a lidar com situações de crise; palestras e eventos sobre a temática do suicídio e sua prevenção; cursos para apresentar subsídios para novas formas de enfrentamento; e grupos de luto aos sobreviventes. (FUKUMITSU & KOVÁCS, 2015, p. 44-45)

Esses grupos podem ser mantidos por financiamento do governo ou através de instituições não governamentais também podem ser mantidos por doações e pelos próprios participantes dos grupos (OMS, 2000).

No Brasil, pode-se citar como exemplo o grupo realizado pelo Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. Ele foi inaugurado em 2013 e é voltado totalmente à temática da posvenção (VITA ALERE, 2016). Os objetivos do grupo promovido por eles são a diminuição dos casos de suicídio, o acolhimento dos sobreviventes e a habilitação de profissionais na área, que ainda é escassa (VITA ALERE, 2016).

De acordo com Yalom (2006) a terapia em grupo é tão eficaz quanto a terapia individual, além disso o autor cita como exemplos de grupo, o de autoajuda e o grupo terapêutico. Pessoas que participam de grupos específicos como os de enlutados por suicídio, “[...] podem falar uns dos outros com uma autenticidade poderosa que vem de sua experiência em primeira mão, de maneira que os terapeutas talvez não

consigam fazer.” (YALOM, 2006, p. 28).

Em 2015, foi fundada no Brasil, a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio. A ABEPS realizou em 2016 o I Encontro de Sobreviventes do Suicídio.

Para Silva:

Grupos permitem compartilhar o luto, possibilitam superar o estigma e a vergonha, são ambientes seguros para dividir a dor, reforçam a autoestima, ensinam que se enlutar é adequado, ajudam as pessoas a saber que não estão ficando loucas, a lidar com o que poderia ter sido evitado, a chorar e expressar sentimentos (SILVA, 2015, p. 124).

Os grupos de sobreviventes de acordo com o guia para facilitadores do CVV (2017), surgiram com o propósito de acolher as pessoas que estão em um processo doloroso de luto pela perda de um ente querido que se suicidou. As vantagens desse grupo é que novos integrantes podem se juntar ao coletivo a qualquer momento, o que contribui na troca de experiências de quem acabou de perder alguém e quem já está aprendendo a vivenciar o luto do suicídio (CVV, 2017).

2.3.3 Manejo Terapêutico

A ação do psicólogo em casos de luto por suicídio é fundamental, porque através dele ela irá conseguir lidar e encarar a perda sofrida, se ajustando e adaptando aos acontecimentos, sendo que o maior objetivo é o estabelecimento de um novo equilíbrio pessoal que permita a pessoa a viver com a perda e seguir em frente (WEISS, 1988 apud SHAPIRO, 1994).

Worden (1983 apud RAMOS, 2016, p. 12) classifica as diferenças entre o aconselhamento e a terapia:

O aconselhamento está relacionado com funções de suporte e prevenção, enquanto a terapia se relaciona com o luto disfuncional ou patológico. Então, o objetivo do aconselhamento é ajudar as pessoas a lidar com o luto normal, completando as tarefas de luto, num espaço de tempo razoável e o objetivo da terapia é identificar e resolver os conflitos de separação que precedem o completar das tarefas de luto, manifestados nos sujeitos que vivenciam um luto ausente, retardado, excessivo e prolongado.

Fukumitsu e Kovács (2016, p. 10) afirmam que "a melhor maneira de acolher o sofrimento provocado pelo suicídio deve derivar do próprio enlutado, que tem o direito de viver o processo de luto a seu modo e conforme o tempo que for necessário". Dessa forma, pode-se reconhecer a necessidade de compreender e acolher os enlutados por suicídio em suas experiências psíquicas, mantendo de um olhar atento e respeitoso

às necessidades individuais. As autoras ressaltam a viabilidade de superação do luto por suicídio através da busca pelo sentido de viver, apesar do sofrimento, e afirmam que assim eles podem "transformar vergonha em permissão, culpa em compaixão, saudade em apropriação das vivências, dor em amor e sofrimento em altruísmo" (FUKUMITSU E KOVÁCS, 2016, p. 11).

A OMS, lançou no final da década de 90, o SUPRE (Suicide Prevention Program), um programa a nível mundial que promove estudos e divulgações de informações para a prevenção do suicídio. Dentre suas ações, a publicação de manuais, com orientações diversas sobre o fenômeno do suicídio para o treinamento de atores sociais no reconhecimento dos fatores de risco para o suicídio, constituiu como de fundamental importância para os programas voltados para a saúde pública (OMS, 2012. p. 20).

De acordo com Scavacini (2018, p. 210), existem 6Cs necessários para aumentar a conscientização, diminuir o estigma e prevenir o suicídio:

- Conscientização (awareness) para as pessoas perceberem e saberem que o suicídio existe e que é um problema de todos;
- Campanhas para ajudar na conscientização e divulgação da problemática do suicídio;
- Capacitação para ensinar as pessoas e os profissionais como lidar e tratar do suicídio;
- Competência (literacy) para saber quando e como usar esse conhecimento para a pessoa com comportamento suicida e as pessoas próximas;
- Conversa para incentivar o diálogo e a possibilidade de falar abertamente sobre o suicídio;
- Conexão (connectedness) saudável entre pessoas, familiares, organizações, comunidades e grupos para perceberem que há pessoas que se importam com a questão, assim, unindo forças na prevenção do suicídio.

Desta forma “[...]o papel da Psicologia é acolher e ressignificar esses sofrimentos, a partir do entendimento de como são produzidos nas instâncias sociais, históricas e culturais, sempre em diálogo com outros campos do saber” (CFP, 2019, p.1). Indo de encontro com o já afirmado anteriormente, os autores Koch e Oliveira (2015, p. 165), afirmam que “muitos suicídios podem ser evitados por meio do monitoramento de pessoas com comportamento suicida frente ao acesso aos meios para cometer o ato”.

2.3.4 Eficácia Das Intervenções

Machado et al. (2014), nos fala que o tema suicídio tem uma grande importância nas agendas das políticas públicas, mas ao mesmo tempo não valoriza os aspectos

voltados para a prevenção, então é preciso que a população que já tem um conhecimento a respeito do problema suicídio tenha consciência de sua força como mola propulsora das mudanças na formatação de novas estratégias.

As prevenções ao suicídio são todas aquelas ações que têm como premissa melhorar a qualidade de vida dos sujeitos na sociedade, olhando atentamente para o conjunto de questões sociais, pessoais, familiares e de direitos humanos. Desemprego, baixa escolaridade, pobreza, agressões sofridas anteriormente, entre outros fatores, podem aumentar o risco de tentativas de suicídio (CASSORLA, 2017).

No Brasil iniciou-se em 2006 a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que institui diretrizes nacionais para a sua prevenção. Fica sob responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e municipais desenvolver ações de promoção e qualidade de vida, informar os cidadãos através de cartilhas ou portais eletrônicos, promover a educação em saúde, identificar os fatores predisponentes e prevalentes e articular estratégias junto ao Ministério da Saúde. O objetivo é compreender os motivos que levam as pessoas a tirarem suas próprias vidas e reduzir os índices de óbitos por essa causa (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após revisão bibliográfica acerca do processo de luto em indivíduos enlutados após um suicídio é possível afirmar que todos os objetivos da presente pesquisa foram alcançados. Da mesma forma, as respostas para a pergunta-problema foram encontradas e elucidadas nas páginas anteriores, podendo assim concluir este Trabalho de Conclusão de Curso de forma a auxiliar profissionais e sociedade em geral sobre um tema tão complexo e de grande tabu e assim ressignificar a vivência do luto complicado para todas as pessoas envolvidas.

O processo de luto decorrente de perdas por suicídio não é fácil e é permeado por diversas questões, tanto culturais quanto pessoais. Entendendo o ser humano como um ser subjetivo, pode-se compreender que cada pessoa passará pelo seu luto de modo único.

A partir do conhecimento sobre suicídio aqui exposto entende-se que o luto complicado é a forma de luto se encaixa nas situações de suicídio, necessitando de intervenção e acompanhamento psicológico de forma a conseguir tratar e assim, os enlutados seguirem sua vida de forma saudável e não patológica. O luto complicado não tem um prazo de início e término, pode durar anos ou não.

As intervenções dos profissionais de Psicologia podem e devem começar mesmo antes de ocorrer o suicídio e após, o acolhimento deve ser delicado. Além disso, existem outras formas de auxílio, como por exemplo, oferecer uma escuta atenta, sempre incentivando a que o enlutado expresse seus sentimentos sem julgamento, estar disponível e manter contato próximo.

Também se utiliza do termo posvenção, criado por Shneidman (1973) para o processo cujo objetivo principal é auxiliar a resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de planejamentos ou ideias suicidas (SARAIVA, 2010). Dentro das ações feitas na posvenção encontram-se a realização de grupos de apoio para os enlutados trocarem experiências e aliviarem a dor do processo sem o julgamento da sociedade em geral, o CVV também entra como apoio para auxiliar nos momentos onde pode ocorrer ideiação suicida.

Duas das principais autoras apresentadas neste trabalho (FUKUMITSU E KOVÁCS, 2016) afirmam que os psicólogos e demais profissionais da área da saúde têm de fomentar reflexões sobre recursos e estratégias de reconciliação (tanto entre os familiares, quanto destes com o falecido) e de enfrentamento utilizados para o acolhimento do sofrimento no luto por suicídio. As autoras ressaltam a viabilidade de superação do luto por suicídio através da busca pelo sentido de viver, apesar do

sofrimento, e afirmam que assim eles podem "transformar vergonha em permissão, culpa em compaixão, saudade em apropriação das vivências, dor em amor e sofrimento em altruísmo" (FUKUMITSU E KOVÁCS, 2016, p. 11).

Após a realização deste estudo sugere-se a realização de grupos de apoio aos enlutados da cidade de Caçador, assim como maiores pesquisas acerca da intervenção psicológica dentro de cada abordagem, visto que a maioria dos estudos encontrados trata da utilização da Gestalt-terapia no processo de luto.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: Conselho Nacional de Medicina, 2014.
- A MENTE É MARAVILHOSA. **Efeito Werther: o suicídio é contagioso**, 2017. Acesso em: 05 de out. de 2020
- ANDRIESSEN, K. (2009). **Can postvention be prevention?** Crisis, 30(1), 43-47.
- ANDRIESSEN, K. & KRYSINSKA, K. **Essential questions on suicide bereavement and postvention**, 2012
- ANDRIESSEN, K., KRYSINSKA, K., & GRAD, O. T. (2017). **Current knowledge and implications for support**. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. T. Grad, Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support. Boston: Hogrefe.
- BANDURA, A. **Social learning theory**. New York: Academic Press, 1977. BANDURA, A. **Lernen am modell**. Klett: Stuttgart, 1976.
- BATISTA, P., & SANTOS, J. C. **Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2014.
- BEAUTRAIS, A. L. **Suicide Postvention: Support for families, Whanau and significant others after a suicide - A Literature review and synthesis of evidence**. Wellington: Ministry of Youth Development, 2004.
- BERTOLOTE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BERTOLOTE, J. M., FLEISCHMANN, A., BUTCHART, A., & BESBELLI, N. **Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem**. Bulletin of the World Health Organization, 2006.
- BLATT, Marcos R. **A Relevância Das Redes Sociais Na Prevenção Ao Suicídio**. Revista da Saúde da AJES, Juína/MT, v. 5, n. 10, p. 36 – 46, 2019.
- BOLTON, I. **Death of a child by suicide**. In: RANDO, T. A. Parental loss of a child. Illinois: Research Press, 1997.
- BOTEGA, N. J., MAURO, M. L. F., & CAIS, C. F. S. **Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida – Supre-Miss – Organização Mundial da Saúde**. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. (Org.). Comportamento suicida (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.
- BOTEGA, N. J., WERLANG, B. S. G., CAIS, C. F. da S., & MACEDO, M. M. K. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, Rio Grande do Sul, 2006.
- BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia**. *Psicol. USP* [online]. 2014, vol.25, n.3 [cited 2020-11-28], pp.231-236. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

65642014000300231&lng=en&nrm=iso. ISSN 0103-6564. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BOTEGA, N.J. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental; Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Nações Unidas do Brasil. **OMS: quase 800 mil pessoas se suicidam por ano**. Rio de Janeiro, Organização Nações Unidas, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Setembro amarelo. Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. Brasília, 2017

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Editorial Psy II, 2000.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. A., Roitman, & P. Watch, trad. Rio de Janeiro, RJ: Record, 2008.

CÂNDIDO, A. M. **O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CASELLATO, Maria; FRANCO, Maria Helena; MAZORRA, Luciana; TINOCO, Valéria. **Luto Complicado: considerações para a prática**. In: SANTOS, Franklin Santana (org.). **A Arte de morrer: visões plurais**. São Paulo: Comenius, v. 2, 2009.

CASSORLA, Roosevelt. **O que é suicídio**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1986.

CASSORLA, Roosevelt. **Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução**. São Paulo: Blucher, 2017.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **CVV Comunidade**, 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/cvv-comunidade/>. Acesso em: 15 de out. de 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **O CVV**, 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 15 de out. de 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Você já conhece o grupo de apoio aos sobreviventes do suicídio?**, 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/voce-ja-conhece-os-grupos-de-apoio-aosobreviventes-do-suicidio/>. Acesso em: 15 de out. de 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Campanha Setembro Amarelo**, 2016. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 15 de

out. 2020.

CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CLARK, S. **Depois do suicídio: apoio às pessoas em luto.** Tradução Marcello Borges. São Paulo: Gaia, 2007.

COLOMA, Carlos. **Suicídio: o luto dos sobreviventes.** In: Conselho Federal de Psicologia, O suicídio e os desafios para a psicologia. Capítulo VI (p. 65-76). Brasília: CFP, 2013.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. **Morte: uma visão psicossocial.** Estudos de Psicologia, v. 11, n. 2, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Suicídio e os desafios para a psicologia.** Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **CFP chama atenção para a importância da Psicologia na prevenção ao suicídio,** 2019.

CORNEJO, E. R. S. P. U., CESCÓN, L., & SCAVACINI, K. **A posvenção do suicídio e o cuidado com os enlutados.** In I. Gonçalves (Org.), Suicídio: prevenção, posvenção e direito à vida (Vol. 3, pp. 37-48). João Pessoa: CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2018.

DAVIS, C. G.; WOHL, M. J. A.; VERBERG, N. **Profiles of posttraumatic growth following an unjust loss.** Death Studies, Filadélfia, v. 31, 2007.

DIAS, M. L. **Suicídio: testemunhos de adeus.** São Paulo: Brasiliense, 1997.

DIEKSTRA, Gulbinat W. **The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents.** World Health Statist, 1993.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: Estudo de sociologia.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERREIRA JUNIOR, A. **O comportamento suicida no Brasil e no mundo.** Revista Brasileira de Psicologia, 02(01), Salvador, Bahia, 2015.

FISHER, J. **Responding to suicide loss: a brief case study of the national rollout and evaluation of the StandBy Response Service in Australia.** In: 8th. International Conference on Grief & Bereavement on Contemporary Society. Melbourne, AU, 2008.

FLACSO (Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais). **Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil.** Brasília. Instituto Sangari; Ministério da Justiça, 2014.

FLEXHAUG, M. & YAZGANOGLU, E. **Alberta Takes Action on Suicide: Best and Promising Practices in Suicide Bereavement Support Services: A Review of the Literature.** In: Prevention, Alberta Health Services-Alberta Mental Health Board Suicide. Canadá: Alberta Health Services, 2008.

FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido – guia para sobreviventes**. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FUKUMITSU, K. O. **Suicídio e Luto: história de filhos sobreviventes**. São Paulo: Digital Publish & Print Editora, 2013.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O psicoterapeuta diante do comportamento suicida**. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, pág. 270-275, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=en&nrm=iso. acesso em 11 de out. de 2020.

FUKUMITSU, Karina O; KOVÁCS, Maria Júlia. **O luto por suicídios: uma tarefa da posvenção**. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador, Universidade Federal da Bahia, v. 2, n. 2, p. 41-47, 2015.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. **Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio**. *Psico*, vol. 47, nº 1, 2016. Porto Alegre. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 de out. 2020.

FUKUMITSU, K. O.; ABILIO, C. C. C.; LIMA, C. F. S.; GENNARI, D. M.; PELLEGRINO, J. P.; PEREIRA, T. L. **Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio**. *Rev. Bras. de Psicologia*, vol. 2, nº 2, 48-60, 2015. Salvador.

GOULART, J. **Da Fuga ao Suicídio**. Rio de Janeiro: Conquista, 1972.

GROFFMANN, K., KROH-PUSCHEL, E., & WENDER, I. **A study of social information processing: some experiments on imitation**. In M. Irle (Ed.), *Studies in decision making: Social, psychological and social-economic studies*. New York: Springer, 1982.

JAMISON, K.R. **Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 2010.

JORDAN, J. R., & MCINTOSH, J. L. (Org). **Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors**. Nova Iorque: Routledge, 2011.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B.J., GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KESSLER, R., DOWNEY, G., MILAVSKY, J., & STIPP, H. **Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides: A reconsideration**. *American Journal of Psychiatry*, 1988.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KOVÁCS, M. J. **Perdas e o processo de luto**. In D. Incontri & F. S. Santos (Eds.). *A arte de morrer. Visões plurais* (pp. 217-238). São Paulo: Comenius, 2007.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

KOVÁCS, Maria Julia. **Revisão Crítica sobre Conflitos Éticos Envolvidos na Situação de Suicídio**. *Psicologia: Teoria e Prática* (Impresso). São Paulo, Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, v. 15, n.3, 2013.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. **As políticas públicas para prevenção de suicídios**. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*. Itajaí – SC, v.2, n.2, p.161-172, 2015.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes**. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina De Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: ATLAS EDITORA, 2010, 320p.

LOVISI, G. M., SANTOS, A. S., LEGAY, L., ABELHA, L., & VALENCIA, E. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009.

MACHADO, D. B., & SANTOS, D. N. **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. *Jornal Brasileiro de Psicologia*, 2015.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARIANO, J. P. & MACEDO, J. **Sobreviventes: o outro lado do suicídio**. Universidade de Brasília, 2013.

MULLER, Sonia A.; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina B. **Estratégias de prevenção e posvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo*, vol. 9, n 2, p. 6-23. 2017.

MIRANDA, Tatiane G. de. **Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda**. 2014. Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MEDEIROS, Joao Bosco. TOMASI, Carolina. **Comunicação Científica**. São Paulo: ATLAS EDITORA, 2008, 260p.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.6 [cited 2020- 11-28], pp.804-810. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102004000600008&lng=en&nrm=iso. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>.

MOURA, C. M. **Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte.** Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2006.

MELEIRO, A., BOTEAGA, N.J, & PRATES, J.G. **Manejo das situações ligadas ao suicídio.** In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELEIRO, A. M. A., FENSTERSEIFER, L., & WERLANG, B. S. G. **Esforços para prevenção.** In B. G. Werlang & N. J. Botega (Orgs.), Comportamento suicida (pp. 141-152). Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

MESSINA, G. **Estudio sobre el estado da arte de la investigacion acerca de la formación docente en los noventa.** Trabalho apresentado à Reúñion de Consulta Técnica sobre investigación en Formación del Profesorado, Organización de Estados Ibero-Americanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, México, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica.** Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Estadual de Campinas, p. 35, 2009.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B. S.V. C.; CENDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Org.). **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais.** Belo Horizonte: UFMG, 2000.

NUNES, Fernanda Daniela Dornelas et al. **O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. 2016, n.15 [citado 2020-11-28], pp.17-22. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1647-2160. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0127>.

OECD. **Society at a Glance 2014: The Crisis and its Aftermath.** OECD Publishing, 2014.

OLIVEIRA, Larissa M. de; & FARIA, Hila M. C. **O Impacto Psicossocial Do Suicídio Nos Familiares Sobreviventes.** *Cadernos De Psicologia, Juiz de Fora*, v. 1 , n. 2, p. 536-555, ago./dez. 2019 – ISSN 2674-9483.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ação de Saúde pública para a prevenção do suicídio: uma estrutura.** Genebra: OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo.** Genebra: OMS, 2014.

OSMARIN, Vanessa Ma. **Suicídio: o luto dos sobreviventes.** Trabalho de

Conclusão de Curso de Formação em Aconselhamento Psicológico para Luto (Especialização em Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: da Primeira à Terceira Geração) – Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2016.

PARKES, Colin Murray. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução: Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus; 1998.

PARKES, C.M. **Amor e Perda – As raízes do luto e suas complicações**. São Paulo: Summus, 2009.

PEREIRA, Fábio Nogueira; SUTIL, Marcio Vinício do Nascimento. **Um relato de experiência sobre o uso de diários como recurso terapêutico na abordagem gestáltica**. In: IGT rede., Rio de Janeiro: vol. 14, nº 27, p. 291-314, 2017.

PERLS, F., HEFFERLINE, R. e GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PHILLIPS, D. **The Werther effect. Suicide and other forms of violence, are contagious**. The Sciences, 1985.

PHILLIPS, D., & CARSTENSEN, L. **Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide**. New England Journal of Medicine, 1986.

PHILLIPS, D. **Natural experiments on the effects of mass media violence on fatal aggression: Strengths and weaknesses of a new approach**. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 19, pp. 207-250). Orlando, FL: Academic Press, 1986.

PIRKIS, J., MOK, K., ROBINSON, J., & NORDENTOFT, M. **Media influences on suicidal thoughts and behaviors**. In R. C. O'Connor, & J. Pirkis (Orgs.), *The international handbook of suicide prevention* (2a ed., pp. 743-757). West Sussex: Willey Blackwell, 2016.

RAMOS, Vera A. Barbosa. **O Processo De Luto**. 2016.

RANDO, T. **The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning**. *Omega: Journal of Death and Dying*, n. 26, p. 43-59, 1993.

RANDO, T. **Treatment of complicated mourning**. Illinois: Research Press, 1998.

RIDLEY, S. **Sudden death from suicide**. In: DICKENSON, D.; JOHNSON, M. *Death, dying and bereavement*. London: Sage Publications, 1993.

RIGO, Soraya Carvalho. **Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica**. IN: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. 1ª ed. Brasília: CFP, 2013.

ROCHA, M., BORIS, G., & MOREIRA, V. **A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica**. *Revista da Abordagem Gestaltica*, XVIII (1), 2012.

ROQUE, M. **Comunicação social**. In A. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel, 2014.

ROY, F. **L'importance de bien identifier les types de réactions à la suite d'un suicide.** 1° Webinaire du CRISE, 2013. Recuperado de: https://pt.slideshare.net/CRISE_UQAM/crise-webinaire-2013-fr?next_slideshow=1

RUCKERT, Monique Lauermann Tassinari; FRIZZO, Rafaela Petrolli e RIGOLI, Marcelo Montagner. **Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil.** *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2019, vol.15, n.2 [citado 2020-11-28], pp. 85-91 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000200002&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1808-5687. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>.

SANTOS, Gabriela C. B. F. **Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil.** São Paulo, 2017.

SANTOS, Renato C. S.; YAMAMOTO, Yuri M.; CUSTÓDIO, Lucas M. G. **Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório.** São Paulo, 2017.

SANTOS, Cristina Vianna Moreira dos. **Sofrimento psíquico e risco de suicídio: diálogo sobre saúde mental na universidade.** *Rev. NUFEN* [online]. 2019, vol.11, n.2 [citado 2020-11-28], pp. 149-160 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200010&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2175-2591. <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº02rex29>.

SCAVACINI, K. **Brazil – the development of suicide postvention.** In K. Andriessen, K. Krysinska & O. T. Grad (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 271-276). Boston: Hogrefe, 2017.

SCAVACINI, Karen. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio.** Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018

SCAVACINI, K. **Suicide survivors supports services and postvention activities: the availability of services and an intervention plan in Brazil.** Dissertação de Mestrado, Karolinska Institutet, Estocolmo, 2011.

SCHLÖSSER, A., ROSA, G. F. C., & MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, 2014.

SOARES, M. B.; MACIEL, F. P. **Alfabetização.** Brasília: MEC; Inep; Comped, 2000. (Estado do Conhecimento, n. 1).

SHAPIRO, E. **Grief as a family process: a developmental approach to clinical practice.** New York and London: The Guilford Press, 1994.

SHAFFER, D. **Suicide and depression in children and adolescents.** Paper presented at the WPA Symposium «The future of Epidemiology», Edinburgh, 1985.

SHNEIDMAN, E. *Deaths of man.* New York: Quadrangle, 1973.

SILVA, Magali Milene. **Para além da saúde e da doença: o caminho de Freud.** *Ágora* (Rio J.), v. 12, n. 2, p. 259-274, 2009.

SILVA, Daniela Reis e. **Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio.** In Casellato, G. *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido.* São Paulo: Summus, 2015.

SILVA, Lúcia Cecília da. **Suicídio: o luto dos sobreviventes.** In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Suicídio e os desafios para a psicologia.* Brasília: CFP, 2013.

SILVA, Karina de F. Aparecida da; ALVES, Mariany A.; COUTO, Daniela P. do. **Suicídio: uma escolha existencial frente ao desespero humano.** Minas Gerais: *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas.* nº. 1, vol. 2, 2016.

SILVA, L., & MARINHO, C. **Suicídio: Aspectos relacionais e o processo de elaboração do luto na família,** 2017.

SBEGHEN, Edson Pilger Dias. **Uma compreensão fenomenológica da vivência dos enlutados do suicídio.** Maringá, PR, 2015.

SBEGHEN, Edson Pilger Dias. **Suicídio: É Preciso Falar Sobre Esse Fenômeno.** VI Congresso Internacional de Psicologia da UEM. Maringá/PR. 2015.

STACK, S. **Celebrities and suicide: A taxonomy and analysis.** *American Sociological Review,* 1987.

STACK, S. **A reanalysis of the impact of noncelebrity suicides.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 1990.

STROEBE, M., STROEBE, W. & HANSSON, R. **Handbook of Bereavement: theory, research and intervention.** Cambridge: University Press, 1993.

SUSAKI, Tatiana T.; SILVA, Maria J. P.; POSSARI, João F. **Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem.** São Paulo, 2006.

TAVARES, Marcelo da Silva Araújo. **Suicídio: o luto dos sobreviventes.** In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Suicídio e os desafios para a psicologia.* Brasília: CFP, 2013.

TOTA, A.P.; BASTOS P. ; ASSIS P. **História Geral. Grécia Antiga, nova cultural,** 1994.

VÄRNIK, P. **Suicide in the world.** *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 2012.

VIANNA, Ilca Oliveira De Almeida. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: EPU, 2001.

VITA ALERE. (2016). **História.** Recuperado de <http://www.vitaalere.com.br/historia/>.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. **Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas.** *Rev. Diálogo Educ., Curitiba,* v. 14, n. 41, p. 165-189,

jan./abr. 2014.

WERLANG, B. G. & BOTEAGA, N. J. **Introdução**. Em N. Botega & B. S. G. Werlang (Orgs.). *Comportamento suicida* (pp. 17-18). Porto Alegre: Artmed, 2004.

WILSON, A., & CLARK, S. **South Australian Suicide Postvention Project**. Adelaide: Department of Health, 2005.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental**. São Paulo: Roca, 1932.

WORDEN, J. **Grief Counselling & Grief Therapy**. London and New York: Tavistock Publications, 1983.

WORDEN, J. W. **Terapia do Luto**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WHO e International Association for Suicide Prevention (IASP). **Preventing suicide: how to start a survivor's group**. Geneva: WHO/IASP, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country reports and charts available**, 2014.

World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

YALOM, Irvin David. **Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática**. (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. 2006.