

Suicídio: a dor dos sobreviventes enlutados

Suicide: the pain of bereaved survivors

Adriane Cristine Oss-Emer Soares Alpe

Universidade Federal de Santa Maria

Claudia Weyne Cruz

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Resumo: Suicídio, ato de violência autoprovocada conscientemente desejado e executado pelo sujeito com a intenção de morte, o qual gera repercussões importantes no contexto familiar e social. Nesse aspecto, o presente estudo pretendeu compreender essas reverberações nos familiares sobreviventes enlutados. Utilizando-se de uma metodologia qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, buscou-se dar voz a onze pessoas impactadas por um suicídio, sendo que, para isso, foram resguardados todos os preceitos éticos. O método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977) estruturou a organização de duas categorias: “O Inominável” e “A Culpa”. O referencial teórico abrangeu a compreensão das especificidades dos processos de luto por suicídio, ancorados pela abordagem teórica de orientação psicanalítica. Como principais resultados, ressalta-se que, em decorrência do trauma psíquico dessa perda, ocorre a interdição da palavra (suicídio) que carrega toda a dor que é impossível de nomear. Bem como, sentimentos de culpa avassaladores que envolvem os enlutados em buscas por respostas das possíveis motivações e de sua responsabilidade pelo ato suicida. Portanto, ressalta-se a importância de novos estudos, para embasar cuidados especializados aos sobreviventes enlutados, além de estratégias de posvenção, auxiliando-os, assim, a enfrentar a dor devastadora do suicídio e suas repercussões.

Palavras-chave: suicídio; família; luto.

Abstract: Suicide, an act of self-inflicted violence consciously desired and carried out by the subject with the intention of death, which generates important repercussions in the family and social context. The present study aims to understand these reverberations in the bereaved survivors. Using a qualitative methodology, through semi-structured interviews, were sought to give voice to eleven people impacted by a suicide. All ethical precepts were upheld. The content analysis method proposed by Bardin (1977) structured the organization in two categories: “The Unnameable” and “The Guilt”. Analyzed based on studies about the understanding of mourning processes for those who are kept, supported by different theoretical approaches, with emphasis on the psychoanalytic orientations. As main results, stands out that among the result of the trauma of this loss, there is an absence of words, capable of naming the force of the unrepresentable operating in the psychic apparatus. Thus, as overwhelming feelings of guilt that imprison the bereaved in search of answers to possible motivations and their responsibility for the suicidal act. Therefore, stands out the importance of new studies, to support specialized care for bereaved survivors, as well as postvention strategies helping them to face the devastating pain of suicide and its repercussions.

Keywords: suicide; family; mourning.

Introdução

O termo “comportamento suicida” representa um *continuum* de elementos e atitudes incluindo qualquer pensamento, desejo e ato, com a intenção de causar dano a si mesmo (*World Health Organization* [WHO], 2014). Em 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria publicou as primeiras diretrizes nacionais para abordagem do comportamento suicida, citando quatro momentos: ideação, plano, tentativa e suicídio completo. O suicídio, por sua vez, envolve a ação autolesiva, com intenção de morte, que resultou em fatalidade (Baldaçara et al., 2021).

Durkheim (1897/2011, p.14), um dos precursores dos estudos sobre suicídio o define como: “toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria este resultado”. Portanto, é uma morte autoprovocada na qual o indivíduo tem plena consciência de que a sua ação terá um resultado fatal. Neste artigo, serão enfocadas as questões relativas especificamente ao suicídio e as suas repercussões nos sobreviventes enlutados.

O suicídio é um grave problema de saúde pública global. Estima-se que ocorram, por ano, mais de 800 mil mortes no mundo, o que significa dizer que a cada 40 segundos, uma pessoa tira a própria vida. Além disso, está entre as principais causas de morte, com índices mais elevados que doenças como câncer e HIV/AIDS, guerras ou homicídios. Porquanto, a taxa global de suicídio foi de 9,0 por 100.000 habitantes em 2019, totalizando mais de uma em cada 100 mortes (WHO, 2021).

No Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 suicídios, com um aumento de 43% no número anual de mortes, passando de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Ademais, o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2019) constatou um aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. A taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes, com destaque para as Regiões Sul e Centro-

Oeste, com os maiores coeficientes. Todos os estados da Região Sul apresentaram taxas de suicídio superiores à média nacional, sendo assim, o Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina, possuem as maiores taxas de suicídio do país, respectivamente 11,8 e 11,0 por 100 mil habitantes. Já no município da região Noroeste do Estado do RS, alvo dessa pesquisa, a taxa de mortalidade por suicídio, em 2021, foi praticamente o dobro da taxa geral do estado, chegando a 23,53 por 100 mil habitantes (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022).

Convém lembrar que a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014) aponta que para cada suicídio há em média de seis a dez pessoas que sofrem as consequências emocionais, econômicas e sociais dessa morte, podendo esse quantitativo ser ainda ampliado tendo em vista as vastas relações sociais estabelecidas pela pessoa ao longo da vida. Em consonância com a *National Action Alliance for Suicide Prevention* (2015), cada morte autoprovocada impacta em média 115 pessoas, e dessas, 25 sofrem um efeito devastador em suas vidas. Do mesmo modo, Cerel et al. (2019) apontam que a abrangência das repercussões poderá atingir até 135 pessoas.

Não há dúvidas de que essas mortes têm reverberações, por vezes, difíceis de dimensionar nos familiares, amigos, colegas de trabalho, de escola e na comunidade em geral. Assim, pessoas que perderam alguém significativo por suicídio e que tiveram a vida alterada em decorrência desse evento trágico são consideradas “sobreviventes”. Aliás, o termo traduzido do inglês, *suicide survivor*, sobrevivente de suicídio é utilizado para designar as pessoas que se sentem impactadas por um suicídio. Para evitar equívocos de compreensão, emprega-se o termo “sobrevivente enlutado por suicídio” para se referir aos familiares, amigos, profissionais e pessoas em luto próximas ao falecido (Andriessen, Krysinska, & Grad, 2017). Portanto, qualquer pessoa que tenha se sentido afetada pelo suicídio é um sobrevivente e para cada um deles, é necessário um cuidado diferenciado. Desta forma, neste trabalho, será

utilizado o termo “sobrevivente enlutado por suicídio”, ao se referir aos familiares de pessoas que morreram por suicídio.

Freud (1987a) em sua clássica obra “Luto e Melancolia” postula que o trabalho psíquico envolvido na elaboração do luto exige o desligamento do ser ou objeto amado. Nesta tarefa, está a complexidade do luto, uma vez que o sujeito enlutado não suporta desligar-se do objeto de amor perdido, prolongando psiquicamente a existência deste. Esse processo é natural e não necessita de qualquer tipo de intervenção. No entanto, quando o luto não evolui satisfatoriamente, confere-se a esse processo, algo patológico, que compele o sujeito a expressar autorrecriminações e a sentir-se culpado pela perda.

Contribuindo com a literatura contemporânea sobre os processos de enlutamento, Franco (2010) suscita a reflexão de que o luto por suicídio é dinâmico e deve ser compreendido na sua singularidade, assim como a relação afetiva rompida com aquele ente querido que morreu. Essa experiência de dor e pesar necessita também ser contextualizada na cultura, que fornecerá os referenciais para balizar o como, o quanto e de que forma o enlutamento poderá ser expressado e vivenciado por seus sobreviventes. Sendo assim, o luto por suicídio abarca várias dimensões e não pode ser reduzido a explicações simplistas, pautadas em preconceitos e estigmas sociais, bem como os sobreviventes enlutados não devem ser tratados como vítimas ou penalizados pela morte (Fukumitsu & Kovács, 2016).

Nesse sentido, as vivências de dor, pesar e aflição que acompanham o processo natural de luto, decorrente de qualquer tipo de morte, intensificam-se nos casos de suicídio. A jornada dos sobreviventes é marcada por um sofrimento muito mais avassalador e, por vezes, insuportável (Clark, 2007; Fukumitsu, 2019; Jordan, 2001; Silva, 2015). Apesar das singularidades, há consenso de algumas especificidades e questionamentos envolvendo o luto por suicídio, que geralmente não estão presentes em outras mortes: “Qual o motivo para ele(a) agir assim? Como eu não percebi a gravidade da situação? Será que alguma coisa que eu fiz ou disse contribuiu para que

isso acontecesse?” Essas são questões para as quais dificilmente encontrarão respostas que amenizem o seu sofrimento (Worden, 2013).

Inicialmente, os sobreviventes experimentam uma sensação de torpor seguida pela negação da morte. Essa atua como uma defesa frente à situação desorganizadora da perda, sendo geralmente acompanhada de uma tendência ao sufocamento da dor. Já que, o suicídio “não é uma forma socialmente aceitável de se morrer” (Botega, 2015, p. 226). Questões culturais, religiosas e os tabus sociais, tornam difícil, senão “impossível” falar abertamente sobre o tema.

Entretanto, apesar da intensa dor, o enlutamento por suicídio está entre os lutos “não reconhecidos”, termo desenvolvido por Doka (1989) para definir uma perda concreta ou simbólica carregada de estigma e, por isso, inibida socialmente. Casellato (2015) refere que trata-se de um fenômeno psicossocial, no qual impera o fracasso da empatia pelo sofrimento humano, e o pesar dos enlutados torna-se incompreendido, invalidado e não legitimado. Aliás, a impossibilidade de legitimação social desse sofrimento contribui para sensação de isolamento e abandono vivenciada por muitos sobreviventes, o que dificulta a elaboração do luto. Por temer o julgamento social, os sobreviventes permanecem silenciados, solitários e com seu profundo pesar, tornam-se também suscetíveis ao suicídio (Botega, 2015; Clark, 2007; Fine, 2018; Fukumitsu & Kovács, 2016; Fukumitsu, 2019; Silva, 2015).

Ademais, buscando compreender as especificidades do processo de elaboração do luto pelo qual passam os sobreviventes de um suicídio, Clark (2007, p. 50) elaborou o mapa do luto, estabelecendo diferentes etapas, da morte à reorganização da vida: “o irreal, a sobrevivência e a cura”. Fine (2018) e Fukumitsu (2019) também debruçaram-se para compreender o enlutamento dos sobreviventes, que, nos primeiros meses, experienciam o irreal, ou seja, o choque, decorrente da revelação da morte trágica e/ou do fato de encontrar o corpo do ente querido. Esta experiência pode ser tão aniquiladora a ponto de gerar um desprendimento da realidade, uma vez que a

incredulidade age como um mecanismo natural de proteção ao impacto do suicídio (Clark, 2007; Fukumitsu & Kovács, 2016; WHO, 2008).

Na fase da sobrevivência, surgem questionamentos sobre os motivos pelos quais essa morte violenta, caótica e inesperada ocorreu, como Deus permitiu que este fato horrível desolasse suas vidas. Clark (2007) refere que os sobreviventes enlutados vivenciam inúmeros sentimentos: culpa, por não terem percebido a tempo a gravidade da situação; raiva, associada ao sentimento de rejeição, por terem sido abandonados pelo ente querido, dentre outras emoções significativamente dolorosas. Além disso, Worden (2013) reflete que a pressão emocional gerada pela vergonha afeta as interações sociais do sobrevivente, assim como também pode alterar drasticamente seus relacionamentos familiares. Dessa forma, os pactos de segredo, o que é permitido somente a alguns saber, e aqueles a quem é negada a verdade sobre os fatos envolvendo a morte, pode deteriorar os laços afetivos e dificultar a retomada dos papéis e tarefas anteriores à morte (Scavacini, 2022).

Com o passar do tempo, o processo de “cura” instaura-se, e, por sua vez, a dor e a tristeza intensas amenizam-se. As lembranças do familiar falecido preservam-se não mais carregadas de tanta dor, possibilitando condições para construir uma nova vida. Assim, os sobreviventes emergem da experiência traumática com mudanças significativas em seus sistemas de crenças e valores pessoais (WHO, 2008).

Fine (2018, p. 125) descreve que a “cura” da dor, somente é possível quando houver o distanciamento da “desesperança e do desespero” que mobilizou os entes queridos a pôr fim a sua vida, para assim os enlutados permitirem-se “chorar a sua morte”, e não o seu suicídio. É evidente que o modo de lidar com essa morte depende dos recursos internos de cada sujeito, do suporte de suas relações e dos ajustamentos que consiga fazer em sua interação familiar e social (Fukumitsu & Kovács, 2016). Ao mesmo tempo, durante o processo de luto, os sobreviventes buscam dar sentido à existência dos seus entes queridos que se foram, e aprendem forçosamente a

transformar sofrimento em esperança. Apesar de alguns enlutados manifestarem resiliência e reorganizações em suas vidas, para outros tantos é difícil amenizar a dor e reencontrar o caminho que tornam possível prosseguir (Fukumitsu & Kovács, 2016; Fukumitsu, 2019).

Scavacini (2022) refere que dependendo da forma como o luto é vivenciado ou negado, conseqüentemente, afeta a transmissão psíquica transgeracional, também conhecida como contexto familiar suicidogênico. Embora a fantasia do efeito imitativo do suicídio esteja presente nas famílias, não pode-se aprisioná-las nessa herança “maldita”. Já que, a transmissão psíquica deve ser compreendida não como algo determinante, mas como um importante fator de risco ao suicídio entre os familiares sobreviventes (Fukumitsu & Kovács 2016).

Neste sentido, revelam-se necessárias ações de posvenção, direcionadas aos sobreviventes enlutados. O referido termo, criado por Shneidman (1973), abarca qualquer estratégia desenvolvida após o suicídio, com o objetivo de auxiliar as pessoas que tiveram suas vidas interrompidas por uma dor insuportável, minimizando o sofrimento e promovendo uma melhor qualidade de vida. A posvenção é direcionada para familiares, amigos, colegas ou profissionais e pode acontecer em espaços diversos, como: unidades de saúde, CAPSs, hospitais, escolas, empresas, etc. Dentre as ofertas terapêuticas estão previstos serviços especializados para o manejo do processo de enlutamento, prevenindo o luto complicado e o risco de suicídio. Portanto, é uma ferramenta reconhecida mundialmente como um componente importante no cuidado da saúde mental dessas pessoas, todavia um campo ainda em construção no Brasil (Fukumitsu, 2019; Scavacini, 2017, 2011, 2022). Em suma, esse trabalho teve como objetivo compreender como os sobreviventes enlutados por suicídio lidaram com essa perda, bem como as repercussões desse evento trágico.

Método

Delimitação do estudo

Esta pesquisa teve caráter descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Conforme Minayo (2011, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Além disso, o município foco da pesquisa localiza-se na região Noroeste do Rio Grande do Sul, o qual é de porte médio, contando com 68.587 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Participantes

Participaram deste estudo, onze sobreviventes enlutados (parentes em primeiro grau e uma nora), os quais são adultos, de ambos os sexos, que vivenciaram o suicídio do familiar entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Para tal, os participantes foram contatados a partir das informações das declarações de óbitos fornecidas pelo Setor de Vigilância Epidemiológica em Saúde do município. Determinou-se familiares de primeiro grau, por associar que a proximidade e a vinculação afetiva com a pessoa que morreu seria mais fortalecida, e portanto, possibilitaria descrever melhor a intensidade do impacto dessa morte em suas vidas. Por fim, foi atribuído um número para cada sobrevivente, a fim de preservar as suas identidades. A Tabela 1 detalha o perfil dos participantes.

Tabela 1

Perfil dos participantes da pesquisa

Sobrevivente enlutado	Idade	Estado Civil	Sexo	Escolaridade	Profissão	Parentesco	Histórico familiar suicídio	Idade da pessoa que morreu	Método do suicídio
Sobrevivente 1	27	Solteiro	M	Ensino médio	Autônomo	Irmão	Sim	22	Enforcamento
Sobrevivente 2	56	Viúva	F	Ensino Fundamental	Doméstica	Mãe	Não	31	Disparo com arma de fogo
Sobrevivente 3	57	Viúva	F	Ens. Fund. Incompleto	Do lar	Mãe	Não	21	Disparo com arma de fogo
Sobrevivente 4	78	Separada	F	Ens. Fund. Incompleto	Aposentada	Mãe	Sim	40	Enforcamento
Sobrevivente 5	31	Casada	F	Ens. Sup. Incompleto	Estudante	Esposa	Não	26	Disparo com arma de fogo
Sobrevivente 6	71	Viúva	F	Ens. Fund. Incompleto	Aposentada	Esposa	Sim	72	Enforcamento
Sobrevivente 7	65	Casado	M	Ens. Fund. Incompleto	Aposentado	Pai	Não	29	Enforcamento
Sobrevivente 8	63	Casada	F	Ens. Fund. Incompleto	Do lar	Mãe	Não	29	Enforcamento
Sobrevivente 9	67	Casada	F	Ens. Fund, incompleto	Agricultora	Irmã	Sim	67	Enforcamento
Sobrevivente 10	61	Casado	M	Ens. Fund. Incompleto	Agricultor	Filho	Sim	79	Enforcamento
Sobrevivente 11	61	Casada	F	Ens. Fund. Incompleto	Agricultora	Nora	Sim	79	Enforcamento

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Instrumento

A coleta de dados foi realizada mediante uma entrevista semiestruturada, elaborada pelas pesquisadoras, por meio da qual os participantes puderam expressar as repercussões dessa morte em suas vidas.

Coleta e Análise dos dados

No intento de contato com os familiares, primeiramente foi realizado por telefone, e após o consentimento inicial, foi efetivada a visita domiciliar do pesquisador. Sendo assim, as entrevistas aconteceram na casa dos participantes, tendo cerca de quarenta minutos de duração, as quais foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. A interpretação dos dados coletados efetivou-se pelo método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), que consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Por certo, trabalhar com este tipo de análise consiste em “descobrir núcleos de sentido” no discurso dos participantes do estudo, buscando conhecer os significados e relações que estão expressos em suas falas (Bardin, 1977, p. 105). Esta investigação iniciou-se com uma leitura compreensiva das informações, buscando identificar os aspectos comuns e os particulares dos dados. Em seguida, realizou-se a exploração do material, com a produção de inferências e articulações dos dados com as categorias de análise e o referencial teórico da pesquisa. A categorização consistiu-se numa operação de classificação do material por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos (Bardin, 1977). No entanto, destaca-se que a coleta de dados foi interrompida pelo critério de saturação que, segundo Deslandes (2011, p. 48), acontece “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”.

Procedimentos éticos

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS, sob o parecer, CAEE nº 65995217.6.0000.5312. Foram observadas as orientações do Conselho Nacional de Saúde quanto à ética em pesquisa (Brasil, 2016). Os participantes formalizaram o ingresso no estudo, após a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O presente estudo apresentou riscos maiores que mínimos, uma vez que era possível se deparar com pessoas em intenso sofrimento, sem o devido acompanhamento. Embora, tenha-se encontrado pessoas nessa condição não houve comprometimento na realização da entrevista; os familiares desejavam continuar falando apesar de sua consternação, confirmando o que refere a literatura sobre o caráter terapêutico de se abrir canais de diálogo sobre a temática. Porém, devido ao compromisso ético, os participantes que necessitavam de uma escuta profissional foram encaminhados para atendimento especializado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Por fim, os dados coletados ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos, sendo incinerados e/ou apagados posteriormente.

Resultados e discussão

O trabalho de análise permitiu a construção de duas categorias: “O Inominável” e “A Culpa”. A primeira aborda a impossibilidade dos participantes em nomear a experiência do suicídio de um familiar e de escoar o afeto reprimido. Associando-se à concepção de trauma na teoria psicanalítica, entendido como incapacidade do sujeito reagir frente à violência devastadora dessa morte, e a consequente desorganização psíquica, bem como as dificuldades no processo de elaboração do luto. A segunda categoria refere-se à culpa, uma vez que o suicídio é um tipo de morte que mais

mobiliza sentimentos de autorrecriminação e atribuição de responsabilidade a si próprio ou a outrem.

O Inominável

Dentro do espectro das coisas “inomináveis”, pode-se incluir o fenômeno do suicídio. Como descreve Sartre (1938/2015, p.142), os objetos podem se desprender de seus nomes “quando grotescos, gigantes e obstinados”. O suicídio, por seu imensurável impacto subjetivo, encontra-se nessa categoria de desprendimento da palavra que lhe denomina. O inominável, conforme Fernandes, Luft e Guimarães (2003, p. 355) é algo “a que não se pode atribuir nome ou significado”. Sendo assim, o suicídio, por ser um fato tão terrível do ponto de vista psíquico, não pode ser nomeado. É como se através da negação da palavra, fosse possível isolar a carga emocional negativa que desola o sujeito enlutado.

Os sobreviventes encontravam dificuldades para verbalizar, ficavam angustiados, tentando encontrar uma palavra que não estava acessível à consciência, como aparece na fala de uma mãe enlutada: “*nem a minha própria família acredita no... no... [suicídio]*” (sobrevivente 2, mãe, 56 anos). A sobrevivente 5 (esposa, 31 anos) que ficou viúva muito jovem revela seu receio inicial de falar sobre a morte do marido e também interdita a palavra [suicídio]: “*eu fiquei bastante apreensiva quando tu me ligou... pra mim, fala[r] sobre... pelo fato de nunca eu te[r]*”. Em síntese, eles não conseguem expressar a representação linguística que carrega consigo todo o martírio e desespero que marcaram para sempre suas vidas.

Nos depoimentos, a palavra suicídio foi também substituída pelos pronomes “isso ou aquilo”, em uma tentativa angustiada dos familiares de não a pronunciar. Ao se utilizarem desse recurso simbólico, os sobreviventes tentaram esconjurar os significados que a unidade linguística (suicídio) carrega e, conseqüentemente, minimizar o impacto emocional que essa evocação lhes causa. Ainda que esta

estratégia não seja suficiente para protegê-los do sofrimento, foi utilizada com frequência, como aparece no trecho a seguir: *“tu tem[ns] aquela imagem achando que ‘isso’ era impossível, mas é um fato acontecido e não muda mais nada”* (sobrevivente 10, filho, 61 anos). Uma mãe enlutada (sobrevivente 4, mãe, 78 anos) refere: *“três vez[es] ela fez ‘isso’”*. Diante do fato enunciado, mesmo que o fato de atentar contra a própria vida tenha ocorrido mais vezes, não era possível pra essa mãe sustentar a angústia que a palavra evoca. Outra mãe, da mesma forma: *“‘aquilo’ não se comenta, cada um fica pra si”* (sobrevivente 3, mãe, 57 anos). Sendo assim, a dor dos sobreviventes intensifica-se, já que não se encontra vias de escape para o afeto reprimido através da palavra.

Para compreender o que torna uma experiência tão violenta a ponto de ser *“inominável”*, recorre-se à teoria psicanalítica sobre o conceito de trauma de Freud (1987b, p. 174). O autor afirma que *“transforma-se em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio de pensamento associativo ou da reação motora”*. O conceito versa sobre o impacto no psiquismo da tensão originada pela experiência invasiva e desestruturante, cuja intensidade pode romper com a barreira protetora do aparelho psíquico.

Segundo Kehl (2009, p. 27) quando o trauma se instaura, há uma *“invasão violenta, capaz de destruir a rede de representações que protege a vida psíquica e também a vida em sociedade”*. Portanto, não há descarga emocional para libertar o afeto associado a situação traumática, fazendo com que ele permaneça sendo um *“corpo estranho”* no psiquismo. Como referem Laplanche e Pontalis (2001), a perda de um ente querido possui a potência de mobilizar a condição psicológica para desencadear o trauma. Em síntese, em função do traumatismo não há condições psíquicas de reação dos sobreviventes frente a invasão do excesso de excitações, que acabam aprisionando o afeto na situação geradora da desorganização psíquica.

Decerto, a escassez de recursos psíquicos para libertar o estado negativo e penoso do trauma do suicídio evidencia-se em manifestações físicas como: *“apertar os*

lábios". Agindo assim, "tranca-se" a possibilidade da representação da palavra escapar e produzir algo insuportável para consciência, como se pode verificar no trecho que segue: *"logo depois que ele morreu, eu apertava os lábios... tremia os lábios"* (sobrevivente 2, mãe, 56 anos).

Devido a essa impossibilidade de elaboração psíquica da experiência traumática do suicídio, por meio da fala, os sobreviventes passam a senti-la no corpo. E o conflito que não consegue encontrar uma resolução mental, pode desencadear manifestações somáticas. De certa forma, é como se transbordasse para o corpo a dor avassaladora que não "cabe" no aparelho psíquico, instaurando, assim, o processo conversivo: *"é tremedeira e choro, eu começo de treme[r], treme[r], parece que é frio, mas, o médico disse que é nervos"* (sobrevivente 3, mãe, 57 anos). A "sobrevivente 11" (nora, 61 anos) também revela: *"agora tô com meu estômago, não sei se é úlcera ou o que é que tem"*, fazendo alusão às repressões dos seus sofrimentos. Esse recalçamento desencadeia a conversão, que caracteriza-se pela impossibilidade de uma reação, um escoamento do excesso de excitação por meio da palavra, frente à situação traumática do suicídio.

No entanto, para simbolizar a experiência traumática, "o uso linguístico fornece uma ponte pela qual isso pode ser efetuado" (Freud, 1956, p. 21). Se o afeto reprimido é expresso verbalmente, o fenômeno conversivo diminui de intensidade e o sintoma desaparece. Fochesatto (2011) refere que, ao permitir que o "afeto estrangulado" encontre uma saída por meio do discurso, a representação traumática recalcada é lançada a um novo processo associativo. E a ressignificação desse afeto através da fala possibilita o efeito curativo.

Quando o aparelho psíquico encontra vias de resolução do trauma, o afeto pode ser liberado e as palavras são permitidas. Assim, é possível ao sujeito aproximar-se dos conteúdos recalçados, auxiliando na elaboração de seu sofrimento, como exposto a seguir: *"é bom... parece que a gente se desabafa... te alivia por dentro"* (sobrevivente 11, nora, 61 anos). Muitos sobreviventes nunca haviam traduzido em representações

linguísticas a dor imensurável de ter suas vidas devastadas pelo suicídio, pois seus familiares e amigos acreditavam que a fala intensifica a dor. A “sobrevivente 6” (esposa, 71 anos) reforça a importância de ser ouvida: *“hoje... (suspiro), agora, que eu falei contigo, que eu coloquei tudo pra[para] fora, me sinto aliviada... Eu não falo pra[para] ninguém... Nem pros[para os] meus filhos, eles não querem escuta[r]”*.

Scavacini (2022) destaca que a proibição de se falar sobre suicídio está associado ao tabus e mitos envolvendo o fenômeno. Ou seja, acredita-se que ao se negar a palavra seria possível não legitimar a morte. Assim como, ao se abrir espaços de diálogo poderia motivar ou desencadear o ato suicida. Portanto, a impossibilidade de nomear o evento traumático, a interdição da comunicação, a repressão dos afetos e o silenciamento social, acabam tornando mais difícil o processo de elaboração, aprisionando os sobreviventes num luto solitário e taciturno.

A Culpa

Fukumitsu (2013, p. 69) aborda uma questão para qual é difícil encontrar respostas: *“Quem mata quem quando o suicídio acontece?”*. Indubitavelmente, a perda de um familiar por suicídio traz o caos para a vida dos sobreviventes e mobiliza um turbilhão de intensos sentimentos, como: tristeza, culpa, raiva, impotência, vergonha, entre outros, para os quais faltam, inicialmente, recursos psíquicos capazes de suportar. Kehl (2009) reforça que o sentimento de culpa, de origem inconsciente, manifesta-se na recusa em elaborar o luto, como uma forma de castigo autoinfligido. O sofrimento torna-se uma forma de expiar o remorso e, muitas vezes, acaba enclausurando os sobreviventes em um estado de autorrecriminação patológico.

Nesse viés, Worden (2013) refere que os sobreviventes enlutados convivem com questionamentos corrosivos de que havia algo que deveriam ou poderiam ter feito para impedir a morte trágica. Ou seja, sentem-se responsáveis por não conseguirem identificar os sinais de alerta referentes ao comportamento suicida, por falharem na

atenção às manifestações de sofrimento, ou por não traduzi-las em potenciais fontes de risco (Clark, 2007; Fine, 2018; Fukumitsu, 2019). Essa realidade fica evidente no relato de um pai: *“eu não desconfiei de nada.”* (sobrevivente 7, pai, 65 anos). A “sobrevivente 5” (esposa, 31 anos) se debate com questões angustiantes: *“só que até hoje eu tenho algumas dúvidas, puxa vida, eu não consegui, será que eu poderia ter evitado? Tivesse me dado conta antes, poderia ter feito algo pra não chega[r] ao ponto que chego[u]”*.

Dessa forma, os sobreviventes enlutados acreditam que falharam na relação de confiança com o seu familiar, já que eles não puderam manifestar seus sentimentos e revelar a ideia suicida, a irmã enlutada desabafa: *“culpa, que eu não pude ajuda[r]... porque eu não tentei, sabe[r], mais o que tinha pra ve[r]. Se ele se abria [...] pouca coisa ele falava e, às vezes, a gente não acreditava muito”* (sobrevivente 9, irmã, 57 anos). A “sobrevivente 5” (esposa, 31 anos) acredita que não ter visto os sinais foi uma falta de empatia: *“eu acho que é falta de sensibilidade da gente não... nota[r] as coisa[s]. A gente acha bobagem, o que tá falando é da boca pra fora e não é... às vez[es] tá pedindo ajuda, tá pedindo socorro... de uma maneira que não se faz entende[r]”*.

Para Fukumitsu (2019), a culpa é a falsa ilusão de que a atitude dos sobreviventes poderia evitar o desfecho trágico do suicídio. Isto é, acreditam ter total responsabilidade sobre a morte, subestimando que o ato evoluiu um desejo e uma ação do próprio sujeito, detentor do livre arbítrio sobre sua vida. A “sobrevivente 2” (mãe, 56 anos) manifesta esse sentimento: *“a gente leva a vida e essa culpa não sai... (choro). Eu podia faze[r], sei lá... (choro/suspiro)”*. Fukumitsu e Kovács (2016) reforçam que as dúvidas, as quais atormentam os sobreviventes, nunca terão um desfecho, pois as únicas verdades foram enterradas juntamente com o corpo de seu ente querido defalecido.

Acredita-se que a pessoa que morre por suicídio coloca o peso dessa morte violenta sob os “ombros” dos sobreviventes. E eles terão que lidar com sentimentos avassaladores sobre sua possível participação no suicídio (Fine, 2018). Essa realidade

dramática encontra-se no relato de um pai, que se pune por não ter chegado segundos antes, acreditando que, dessa forma evitaria o desfecho fatal: *“quando eu cheguei, eu vi que ela tava com a cordinha no pescoço... que ela não tava morta [...] pra mim, ela tava esperando a minha chegada pra morre[r] (choro), mas porque eu não cheguei um pouquinho mais cedo?”* (sobrevivente 7, pai, 65 anos).

A culpa, inclusive, pode ser proveniente de aspectos do relacionamento interpessoal com a pessoa que morreu. Com efeito, os pais sentem-se culpados pelo modo como trataram seus filhos, bem como pelo fato de se sentirem responsáveis pelos seus atos. Por sua vez, os irmãos experimentam tais sentimentos, principalmente se haviam rivalidades entre eles. Cônjuges podem se autorecriminar por julgarem-se inadequados como confidentes ou prestadores de apoio. Assim, os conflitos são supervalorizados no intuito de reforçar a culpabilização (Clark, 2007; Fine, 2018; Fukumitsu, 2019, Worden, 2013). Como revela o depoimento da “sobrevivente 2” (mãe, 56 anos): *“porque me disseram que a mãe (pausa) me disseram que a mãe é a pessoa que mais ajuda um filho... e eu não consegui fazer isso”*.

Fukumitsu (2019) tentando compreender a manifestação de culpabilidade, refere que esse sentimento seria uma estratégia de “manutenção”, para que o ente querido se mantenha vivo. Nesse aspecto, a autorrecriação, ao mesmo tempo que perturba e desestrutura, auxilia a manter presente aquele que se foi.

Ademais, pode-se identificar também casos em que a culpa dos sobreviventes foi acentuada pelas acusações de familiares e/ou outras pessoas próximas, como também identificou Clark (2007), Fine (2018) e Fukumitsu (2019). A “sobrevivente 2” (mãe, 56 anos) desabafa: *“tem muita gente que me olha e diz: “como uma mãe vê uma arma e não faz nada?” (pausa/choro), mas eu não consegui fazer nada”*. A “sobrevivente 5” (esposa, 31 anos), também vivenciou, além da sua própria carga de culpa as acusações dos pais do marido falecido: *“a partir do momento que ele se deu o tiro... foi como se o pai e a mãe dele me responsabilizasse[m] totalmente pelo que aconteceu e cortassem relações”*. Porém,

em alguns casos, com o passar do tempo e a amenização do sofrimento, esse processo se reverte, com a reaproximação e o apoio mútuo entre os sobreviventes enlutados (Fukumitsu, 2019).

Inegavelmente, os sobreviventes que não pareciam vivenciar situações de autorrecriação, frequentemente, projetavam este sentimento em outros membros do núcleo familiar, ou mesmo em terceiros que não possuíam relações com a pessoa falecida. Encontrar alguém para expiar a culpa pode ser uma tentativa de manter o controle e encontrar certo sentido numa situação de difícil compreensão (Worden, 2013).

Dessa forma, a psicanálise descreve a projeção como um mecanismo de defesa arcaico, que consiste em procurar no exterior a origem de um desprazer. Para Laplanche e Pontalis (2001, p. 377), a projeção se processa como: “meio de defesa originário contra as excitações internas, cuja intensidade as tornam demasiadamente desagradáveis; o sujeito projeta-as para o exterior, o que lhe permite fugir (evitamento fóbico por exemplo) e proteger-se delas”.

Um caso em especial chama atenção: a mãe culpa o seu genro pela morte da filha. Acredita que a atitude dele foi fundamental para o desfecho trágico, pois supõe que a filha teria descoberto uma traição do marido. Ela associa a morte à lembrança de que a jovem costumava sempre dizer: “se ele me deixar, pode comprar o [meu] caixão”. No trecho a seguir revela: “*eu não sei o que aconteceu aquela noite [...] a gente até desconfia que ele disse: tu tinha a casa como tu queria, tu fica com a casa e eu vou viver minha vida*” (sobrevivente 4, mãe, 78 anos).

Sendo assim, a escolha de um culpado, de certa forma, liberta o sobrevivente do sentimento de culpa, ao mesmo tempo em que transforma, ainda que imaginariamente, o suicídio em homicídio. É como se, para essa sobrevivente, a filha fosse vítima de uma morte provocada por um terceiro (o genro) e, portanto, não tivesse morrido por suicídio. Ao aceitar a ideia do homicídio, a mãe, além de projetar a culpa, constrói uma

narrativa que nega o suicídio, ou o atenua: *“ela disse: a hora que a mãe quise[r] ir pra casa pode ir... falando normal... tudo normal, numa boa... não sei o que aconteceu aquela noite”* (sobrevivente 4, mãe, 78 anos). E, por acreditar ter falhado na função materna, transforma a culpa em algo “suportável”, apesar das evidências presenciadas: *“foi na minha frente, ela pegou um punhado de remédio, boto[u] na boca, tomo[u] água e engoliu”* (sobrevivente 4, mãe, 78 anos).

Retomando a “tese do homicídio”, outro caso merece destaque: os sobreviventes projetam a culpa do suicídio em um terceiro, externo aos vínculos familiares. Nesse caso, a “crença” é de que alguém teria invadido a casa e obrigado a pessoa a cometer o ato. A sua mãe idosa, não teria condições, nem “motivos” para causar a própria morte. Essa fantasia, de certa forma, transforma o suicídio em homicídio e tem efeitos protetores sobre os envolvidos, sendo uma maneira de não se deparar com a culpa. Como pode-se verificar no relato do filho enlutado: *“eu cheguei a fala[r], ‘não acredito que a mãe fez isso’. E a vizinha disse: ‘tu tá suspeitando de alguém?’ Mas, a gente imaginava que ela não ia te[r] essa coragem de se faze[r] isso”* (sobrevivente 10, filho, 61 anos). A nora da senhora sustenta a hipótese do marido e complementa: *“ainda não entra na cabeça, eu acho que entrou gente e obrigou ela faze[r] isso”* (sobrevivente 11, nora, 61 anos).

Infere-se, portanto, que os sobreviventes que negavam o suicídio e projetavam a culpa estavam, aparentemente com menos manifestações de sofrimento. Contudo, os sentimentos destrutivos foram direcionados a outras pessoas, próximas ou desconhecidas. Essa acusação velada ou manifesta pode ter um impacto devastador na vida de outros sobreviventes.

Considerações finais

Todo suicídio é uma tragédia que afeta drasticamente o sistema familiar, a partir do momento em que alguém que se ama morreu dessa forma, a dor do viver pode ser

intolerável. O impacto nos sobreviventes enlutados potencializa-se pela interdição velada, pelo estigma e preconceito ainda associados ao suicídio. Sendo assim, o processo de juntar os cacos deixados por essa morte é solitário, silencioso, doloroso, alvo de críticas e julgamentos sociais. Portanto, todas essas marcas desencadeiam um processo de luto de difícil elaboração, e a constante busca de estratégias para continuar a “sobreviver”.

Diante disso, cada vida humana perdida por suicídio instaura um trauma avassalador nos sobreviventes enlutados, que sentem-se como bem descreve Sartre (1938/2015, p. 142): “no meio das coisas, das Inomináveis. Sozinho, sem palavras, sem defesa”. Ademais, a falta de defesa psíquica, frente ao fato traumático impede a descarga do afeto fazendo com que ele permaneça causando dor e sofrimento. E, conseqüentemente, a total falta de sentido e a necessidade de explicações são os mais significativos rastros deixados pela vivência desse tipo de morte.

Ainda mais, a culpa é um sentimento que dificulta o enlutamento, pois enclausura os sobreviventes em questionamentos que reforçam a autorrecriação decorrente da ideia fantasiosa de sua responsabilidade pela morte do ente querido. O suicídio desperta o pensamento de que algo diferente poderia ter sido feito, ou que os sobreviventes falharam ao perceber as sutilezas das sombras da morte.

Tendo em vista essa realidade, os benefícios dessa pesquisa envolveram a possibilidade de compreensão e conhecimento das repercussões de uma morte autoprovocada na vida de seus sobreviventes enlutados, visando auxiliá-los na dura caminhada de tornar essa experiência traumática menos desconcertante. Além disso, possibilitou dar voz a esses enlutados silenciosos e silenciados, para que conseguissem compartilhar suas vivências com alguém capaz de suportar sua dor e sustentar a sua angústia, sem julgamentos e preconceitos.

Cabe ressaltar ainda, que durante a revisão de literatura para construção desta pesquisa, encontrou-se poucas publicações com delineamento qualitativo sobre o

tema, especialmente as que focam na escuta dos sobreviventes. Tendo em vista o elucidado, as limitações do estudo envolvem o número reduzido de participantes, embora tenha se utilizado o critério de saturação da amostra. Sabe-se também que as reflexões suscitadas são restritas, levando-se em consideração as subjetividades e singularidades, bem como as inúmeras reverberações dessa morte nos sobreviventes enlutados.

Por outro lado, deve-se considerar que as mortes por suicídio, além do trauma que acarreta nos sobreviventes, têm impactos econômicos e sociais, que muitas vezes são subestimados. Logo, o investimento em ações de prevenção e posvenção, assim como, o fortalecimento da RAPS e a qualificação dos profissionais são estratégias legítimas e essenciais na agenda nacional. Diante do exposto, intervenções que favoreçam a expressão de pensamentos e sentimentos relacionados ao trauma e elaboração do luto, podem evitar o adoecimento psíquico das pessoas que enfrentam as consequências do suicídio de um ente querido. Portanto, vale salientar a importância de espaços de escuta, promovendo o acolhimento da dor e respeitando a forma singular de enfrentamento de cada sobrevivente. As estratégias coletivas, como os grupos de apoio e de autoajuda, como aponta a WHO (2008) são potentes recursos para lidar com o luto, com vistas a oferecer suporte e amparo mútuo aos sobreviventes enlutados.

No entanto, novos estudos sobre o impacto do suicídio nos sobreviventes são imprescindíveis, pois muitos são os enlutados invisíveis em seu sofrimento. Esses estudos poderão subsidiar programas e políticas públicas de promoção à vida e prevenção do suicídio, bem como estratégias de posvenção ainda escassas no Brasil.

Referências

Andriessen, K., Kryszinska, K., & Grad, O.T. (2017). Current Understanding of Suicide Bereavement. In K. Andriessen, K. Kryszinska, & O. T. Grad (Eds.). *Postvention in*

- Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support* (pp.3-16). USA: Hogrefe Publishing.
- Baldaçara, L. et al. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online], 43(5), 525-537. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0994.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. (1ª. ed.). Lisboa, Portugal: Ltda.
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: avaliação e manejo* (1ª ed.) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510\2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.
- Casellato, G. (2015). Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In G. Casellato (Org.). *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* (1ª ed., pp. 15-28). São Paulo, SP: Summus.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), 529–534. doi: 10.1111/sltb.12450
- Clark, S. (2007). *Depois do suicídio: apoio às pessoas em luto* (1ª ed.). São Paulo, SP: Gaia.
- Deslandes, S. F. (2011). O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: M. C. S, Minayo (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (30ª ed., p. 48). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Durkheim, É. (2011). *O Suicídio: Estudo de Sociologia* (2ª ed., p. 14). São Paulo, SP: Editora WMF Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1897).
- Fernandes, F., Luft, C. P., & Guimarães, M. (2003). *Dicionário Brasileiro Globo*. Rio de Janeiro, RJ: Globo.
- Fine, C. (2018). *Sem tempo de dizer adeus: como sobreviver ao suicídio de uma pessoa querida*. (1ª ed.) São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Fochesatto, W. P. F. (2011). A cura pela fala. *Estudos de Psicanálise*, (36), p.165-171. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016.
- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Ed.), *Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade* (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus.
- Freud, S. (1956). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência (1893-1899). In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (Vol. III, pp. 16-24). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Freud, S. (1987a). Luto e Melancolia. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVII, pp. 271-291)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1987b). Esboços para a comunicação preliminar de 1893 (1892-1987). In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. I, p. 165-174)*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Fukumitsu, K. O. (2013). *O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio*. Tese de Doutorado Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
- Fukumitsu, K. O. (2019). *Sobreviventes enlutados por suicídio: Cuidados e intervenções*. (1ª ed.). São Paulo, SP: Summus.
- Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 47(1), 3-12. doi: 10.15448/1980-8623.2016.1.19651
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Estatísticas dos registros civis, 2010*. IBGE. Retrieved from: <http://www.ibge.gov.br/>.
- Jordan J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide & life-threatening behavior*, 31(1), 91-102. doi: 10.1521/suli.31.1.91.21310
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. (1ª ed.) São Paulo, SP: Boitempo.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. L. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. (4ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (19ª ed., p. 21). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2019). Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Boletim epidemiológico*, 24(50). Retrieved from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>
- National Action Alliance for Suicide Prevention. (2015). *Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. national guidelines*. Whashington: Naasp. Retrieved from: <https://theactionalliance.org/sites/default/files/inline-files/nationalguidelines.pdf>.
- Sartre, J. P. (2015). *A náusea*. (ed. esp.). Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira (Trabalho original publicado em 1938).
- Scavacini, K. (2011). *Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities - the Availability of Services and an Interventions Plan in Brazil*. Master Program in Public Health, Karolinska Institutet.
- Scavacini, K. (2017). Brazil - The Development of Suicide Postvention. In K. Andriessen, K. Kryszynska, & O. T. Grad (Ed.). *Postvention in Action: The*

- International Handbook of Suicide Bereavement Support* (pp. 271-276). USA: Hogrefe Publishing.
- Scavacini, K. (2022). *Suicídio: um problema de todos: como aumentar a consciência pública na prevenção e posvenção*. (1ª ed.). Novo Hamburgo, RS: Editora Sinopsys.
- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. (2022). *Violência Interpessoal (SINAM) / Suicídio*. Portal Bi Saúde. Retrieved from: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>.
- Shneidman, E. (1973). *Deaths of a man*. New York, NY: Quadrangle.
- Silva, D. R. (2015). Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In G. Casellato (Org.). *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. (1ª ed., pp. 111-128). São Paulo, SP: Summus.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental*. (4ª. ed.). São Paulo, SP: Roca.
- World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. Geneva: WHO. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44801/9789241597067_eng.pdf?sequence=1.
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

Submetido em: 08.03.2022

Aceito em: 22.08.2022