

Análise dos fatores envolvidos no processo de luto das famílias nos casos de suicídio

Analysis of the factors involved in the process of mourning of families in cases of suicide

Shirley Augusta Rodrigues Martins¹; Mariza Ferreira Leão²

1. Aluna do 9º Período de Graduação em Psicologia, pela Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. e-mail: shirleyaugusta@terra.com.br
2. Professora Orientadora, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, docente do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. e-mail: marizafe@terra.com.br

O suicídio faz com que os amigos e familiares se sintam seus assassino
Vincent Van Gogh

Resumo: O suicídio, embora não seja um fato incomum na sociedade humana, é um tema ainda rodeado de mitos e restrições, o que faz com que seja tratado com reserva, cuidado e até mesmo negado. No entanto, a ideação suicida ocorre em determinado momento da vida de muitos indivíduos, correspondendo-se, na maioria das vezes, a sentimentos e pensamentos depressivos. Quando tais pensamentos são persistentes e surge a intenção de se matar ou causar danos a si mesmo, a ajuda profissional deve ser procurada. Partindo desses aspectos, o presente trabalho, por meio de uma análise bibliográfica e aplicação de entrevistas semi-estruturadas em profundidade, procurou analisar os fatores envolvidos no processo de luto das famílias nos casos de suicídio, verificando qual o impacto desse ato nos sobreviventes. Foram entrevistados onze familiares. A análise dos discursos dos sujeitos permitiu o estabelecimento de seis categorias: “percepções e mitos sobre o suicídio”; “a presença do sentimento de culpa”; “estratégias de enfrentamento”; “visão sobre a morte”; “causas possíveis para o ato suicida”; “repercussões ou impactos familiares”. Foram indicados fatores relevantes relacionados ao impacto do ato suicida na família: sentimentos ambivalentes de culpa, arrependimento, raiva, isolamento e choque. Muitas vezes a família percebe-se estigmatizada e isolada. Os resultados reforçam a necessidade de se oferecer ajuda profissional aos familiares mais impactados pelo trágico evento no sentido de ajudá-los na elaboração do luto.

Palavras-chave: Suicídio. Luto. Família.

Abstract: Although suicide is not an uncommon fact in human society, it is still surrounded by myths and restrictions. There is a social taboo surrounding this issue, and this tragic act is usually treated with reservation, care and even denied. Suicidal thoughts occasionally happen in

certain moments of many individuals' life related, most of the times, to feelings of depression and loneliness, but if these feelings linger or make the person think about killing or harming himself, medical help must be provided. The present work tried to analyze the factors involved in the mourning process of relatives of the suicidal. The author conducted eleven in-depth interviews with family members of persons who suicide. Their narratives were analysed and classified in six categories: "perceptions and myths about suicide"; "the presence of guilty feelings"; "strategies to cope with suicide"; "perceptions of death"; "causes of suicide"; "family and social repercussion of the suicide". Relevant factors related to suicide impact in the family were identified: family members of a person who suicide may have mixed feelings including anger, regret, guilt, isolation and shock. They may feel stigmatized and isolated. The results emphasize the importance to give professional support and counseling to family members in order to help them working through their mourning feelings.

Keywords: Suicide. Mourning. Family.

1. Introdução

A palavra suicídio (etimologicamente *sui* = si mesmo; *caedes* = ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737, e significa morte intencional auto-inflingida, ou seja, quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar sua própria vida. O suicídio é atualmente uma das três principais causas de morte entre os jovens e adultos de 15 a 34 anos, embora a maioria dos casos aconteça entre pessoas de mais de 60 anos. Ainda conforme informações da OMS, a média de suicídios aumentou 60% nos últimos 50 anos, em particular nos países em desenvolvimento. Cada suicídio ou tentativa provoca uma devastação emocional entre parentes e amigos, causando um impacto que pode perdurar por vários anos (BOTEGA, 2008).

Pensar a morte é algo que traz bastante sofrimento ao homem, pois a felicidade pregada constantemente hoje é considerada a única fonte de onde ele conseguirá tirar subsídios para viver plenamente. Assim, ideias relativas à angústia, à tristeza e até mesmo ao luto são inconcebíveis, por não estarem em harmonia com os anseios do momento. Podemos dizer que do direito à saúde e à alegria passamos à quase obrigação de sermos felizes. Na atualidade a tristeza é vista como deformidade, um defeito moral que exige a intervenção médica ou psicológica (SILVESTRE, apud KEHL, 2009). Nessa perspectiva, o suicídio surge como uma realidade que estigmatiza as famílias que o vivenciam, já que a ideia de desistência da vida implica uma série de fatores, dentre eles os sociológicos, os econômicos, os históricos, os psicológicos, os antropológicos e os de ordem médica (BARBOSA, 2006).

De acordo com Cardoso (2009), cerca de 1 milhão de pessoas morrem por ano em decorrência do suicídio. Diante desse panorama aponta-se para a importância de programas de prevenção e de apoio aos familiares, principalmente porque o tema é sempre tratado com cuidado, reserva ou até mesmo é negado. O que se observa é que a essência de um ato suicida reside na intencionalidade, aspecto esse que vem carregado de reforços, papéis e situações que levam a pessoa a enfrentar a morte desistindo da vida. Neste cenário as famílias são obrigadas a se articular para conseguirem enfrentar a situação, reorganizando-se, instituindo uma nova forma de funcionamento (BRASIL, 2006).

Aspecto importante a ser observado é que a família tenta explicar o ato suicida como decorrente de algum problema (psicopatológico, social, etc.) que justifique seu ato, principalmente pelo fato de que o comportamento suicida vem de encontro à falta

de sentido decorrente dos sentimentos de fracasso, impotência e culpa vividos pelo grupo no qual o sujeito está inserido. Assim, esse grupo passa por uma experiência traumática, que pode ser compreendida como um acontecimento da vida que se define pela sua intensidade e incapacidade do sujeito em responder-lhe de forma adequada, em função de um transtorno, e/ou pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. O registro que permanece é o de uma dor imensa e o fato de ocorrer sem mediação e sem adiamento contribui para configurar o caráter violento do ato suicida (MACEDO et. al, 2007).

A temática relativa ao suicídio ainda se refere a um assunto controverso até mesmo para a literatura especializada, já que ainda existem várias lacunas e mitos, representando um tema polêmico, que faz com que a maioria das famílias se silencie e se envergonhe. Quando alguém se suicida numa família, a mesma procura justificar o ato a partir de algum transtorno mental (depressão, dependência química etc.) apresentado pelo morto. Contudo, é importante ressaltar que não só os aspectos psicopatológicos desempenham um papel importante na conduta do suicida, como também a situação profissional, a interação familiar e social (BRASIL, 2006).

Pode-se afirmar que a escolha do tema pela pesquisadora se deu pela observação do grande sofrimento das famílias que tiveram perdas por suicídio. A morte ocorre, na maioria das vezes, em circunstâncias trágicas tornando a vivência do luto e o enfrentamento das mesmas questões extremamente difíceis de serem elaboradas.

Partindo dessa vivência e observação, viu-se a necessidade de estudos e estratégias que contribuam no sentido de ajudar essas famílias a desenvolver recursos necessários para o enfrentamento desta situação. É de extrema importância que haja projetos que desenvolvam as práticas de apoio a essas famílias no sentido de que elas possam desenvolver uma capacidade maior de aceitação e resiliência. Por essa razão, o artigo justifica-se pelo seu caráter social. Acredita-se que este estudo possa oferecer subsídios para políticas públicas ou iniciativas da sociedade para auxiliar as famílias que sofreram uma perda decorrente de suicídio.

Neste estudo procurou-se destacar a reação das famílias no período após o suicídio, quais as consequências, recursos e estratégias utilizadas para conviver com o fato e dar prosseguimento às suas vidas apesar da perda. Além de propor uma análise do impacto do suicídio em famílias de Patos de Minas e região, o trabalho também destaca a importância da família como grupo e sua relação com comportamentos suicidas, verificando as principais estratégias de enfrentamento e estratégias compensadoras utilizadas pelas famílias, além de observar os distúrbios emocionais, motivacionais e sociais apresentados pelas mesmas, frente ao incidente traumático. Reflexões sobre o papel do psicólogo diante da realidade do suicídio são também apresentadas.

Para tanto foi realizada uma pesquisa de campo com 11 famílias que sofreram uma perda decorrente de suicídio. A pesquisa é de natureza descritiva e qualitativa, apresentando dados coletados por meio de entrevistas individuais. Os dados foram analisados com base na teoria da Análise do Discurso e agrupados nos seguintes núcleos temáticos: percepções e mitos sobre o suicídio; visão de morte; estratégias de enfrentamento; presença do sentimento de culpa; causas possíveis para o ato suicida e repercussões ou impactos familiares. A discussão dos resultados foi feita com base em pesquisa bibliográfica sobre o tema suicídio.

2. Método

O estudo empreendido foi de natureza qualitativa envolvendo pesquisa bibliográfica e de campo. Esse tipo de pesquisa exige o levantamento, seleção e documentação de parte da bibliografia já publicada sobre o objeto de estudo em livros, revistas,

jornais, boletins, monografias, teses etc, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com o material relevante já escrito sobre o mesmo (Lakatos e Marconi, 1997). Neste trabalho a pesquisa bibliográfica teve como base os estudos realizados sobre os aspectos referentes ao impacto do suicídio nas famílias.

A pesquisa de campo envolve, conforme Demo (2000), a observação e a coleta de dados, caracterizando-se pelo contato direto com os envolvidos na pesquisa, evitando-se a interferência do pesquisador, pois os dados são observados e coletados tal como ocorrem espontaneamente.

Para a composição das amostras realizou-se este estudo com onze famílias residentes em Patos de Minas e região. O acesso da pesquisadora à amostra se deu por meio de indicação de famílias que já passaram por um evento suicida, e também por contato com líderes de instituições religiosas. As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados ou locais previamente combinados, sendo respeitada a conveniência dos mesmos.

Durante a pesquisa utilizou-se como instrumento entrevistas semiestruturadas. Os entrevistados que apresentaram um grau de sofrimento psíquico que demandou suporte psicológico foram encaminhados para atendimento na Clínica de Psicologia do UNIPAM. Participaram somente maiores de 18 anos que aceitaram participar por meio da assinatura do termo de consentimento.

Para identificar situações delicadas e categorizá-las, foi utilizada uma entrevista adaptada da Técnica dos Incidentes Críticos (DELA COLETA apud GALERA e TEIXEIRA, 1997). A técnica consiste em solicitar dos entrevistados relatos verbais, a respeito de situações vivenciadas ou presenciadas (incidentes críticos) por eles. Tais situações contribuem positiva ou negativamente para o desempenho de uma função, papel ou atividade que se está investigando, no caso o impacto do suicídio no discurso dos familiares sobreviventes.

Essa técnica foi utilizada como referencial para construção do roteiro de entrevista. A apuração dos relatos obtidos se deu da seguinte forma: leitura exaustiva das entrevistas realizadas; estabelecimento de categorias de sentido; análise dos dados com base na teoria de discursos; e por fim, discussão dos resultados com a literatura existente sobre o tema (MINAYO, 2004).

Para delimitar os dados e encerrar a etapa empírica, foi utilizado o critério de saturação (MINAYO, 2004), quando se considerou que as informações provenientes das onze entrevistas se tornaram reincidentes. Dessa maneira, observou-se, após sucessivas leituras do material para sua categorização, que a saturação foi reafirmada, pois os vários ângulos utilizados mostraram a confirmação das hipóteses por meio dos dados coletados.

3. Resultados e discussão

A análise do conteúdo do discurso dos familiares dos suicidas permitiu o estabelecimento de seis categorias de sentido: percepções e mitos sobre o suicídio; presença do sentimento de culpa; estratégias de enfrentamento; visão de morte; causas possíveis para o ato suicida e repercussões ou impactos familiares.

Para a transcrição das falas usou-se como nome dos falantes F1, F2, F3, consecutivamente, a fim de resguardar suas histórias.

3.1. Percepções e mitos sobre o suicídio

Outro aspecto elucidado sobre o suicídio nas entrevistas refere-se à visão dos

familiares sobre o ato suicida. Pode-se perceber que os entrevistados apresentaram crenças diversificadas sobre o ato. Para analisar as crenças, foram utilizadas as categorias propostas por Bouchard (2009):

Quadro 1: Crença dos entrevistados

Crença	Fala dos entrevistados
“O suicida é covarde ou corajoso” “O suicida tem uma personalidade fraca”	[...] um ato de covardia e um pecado muito grande. Deus nos deu a vida e somente ele pode nos tirar (F5). [...] é uma fuga, é não ter coragem para enfrentar os problemas de frente (F10). [...] “machismo idiota”, falta de Deus, apesar de ele ser católico, não era muito praticante e também uma fraqueza (F8). [...] um ato de covardia, uma pessoa fraca que não tinha coragem de enfrentar os problemas de frente (F2).
“O suicida é um depressivo, doente mental ou louco”	[...] a pessoa está doente, não está no seu juízo perfeito, é completamente egoísta (F7). Ele era uma pessoa difícil, de natureza forte. Acho que tinha depressão, nós vivíamos bem, apesar de ele se importar com a fofoca do povo (F4). Ele estava se sentindo culpado por causa de uma briga de herança, tinha epilepsia e tomava remédio controlado (F11).

Fonte: BOUCHARD (2009)

Essas crenças revelam que a visão dos familiares é coerente com a visão geral, de que o suicídio é resultado da incapacidade da pessoa de suportar a pressão e o estresse do cotidiano.

3.2. Presença do sentimento de culpa

Conforme Cassorla (2005), outro fator que existe no processo do suicídio se refere à ideia de agressão ao ambiente. Segundo o autor, essa é uma das motivações dos atos suicidas, chocando-se com os objetivos da vida humana. Essa agressão gera o sentimento de culpa, que é baseado em expectativas sociais. O ato suicida representa para as famílias “a ponta de um iceberg” (p.38), pois existe uma grande dificuldade na crença das motivações e atitudes, que não podem ser explicadas apenas pelo racional, e nas quais existe uma vertente inconsciente, que pode vir à tona após a morte do suicida. Tal vertente vai contra o raciocínio lógico que impulsiona os familiares a procurar e encontrar motivações para o suicídio, e geralmente essas motivações são julgadas insuficientes para justificá-las.

Brigamos algumas vezes, mas não consigo entender o porquê dessa atitude (F11).

A minha mãe carrega um sentimento de culpa muito grande (F4).

Impotência, dor, vazio e muita culpa, por não termos acreditado no aviso dele (F8).

Sentimos muita tristeza, dor e culpa (F3).

O meu sobrinho culpa a sua mãe pela morte do seu pai (F10).

[...] culpa, por não ter levado a minha tia para fazer um tratamento, tanto por causa da bebida como também pela depressão (F5).

[...] poderia ter tido mais paciência, mais tolerância (F6).

[...] eu percebi que os pais mudaram os seus comportamentos drasticamente, principalmente com o outro filho, passaram a tratá-lo com muito mais amor e carinho (F7).

De acordo com as falas supracitadas, nota-se que é comum nos sobreviventes do suicídio a presença do sentimento de responsabilidade, que leva à culpa e à necessidade de punição. Para Freud (*apud* Cassorla, 2005), na melancolia a sombra do objeto cai sobre o ego, fazendo com que o sobrevivente se identifique com o morto, construindo em sua mente uma entidade má, raivosa, resultante dos sentimentos negativos. A pessoa passa a sentir-se assim, dominada e culpada.

3.3. Estratégias de enfrentamento

No que se refere às estratégias de enfrentamento pode-se observar, na fala dos entrevistados, que as mais recorrentes foram as denominadas estratégias de afastamento, que segundo Damiano et. al. (2009), correspondem às estratégias defensivas, mais especificamente a negação, em que o indivíduo evita confrontar-se com a ameaça, negando a situação, como nos trechos seguintes:

[...] não aceito que foi suicídio (F6).

Não consigo entender, não acredito que tenha sido suicídio, porque ele era uma pessoa doce, calma (F2).

Não acreditei, o sentimento foi de negação, pedi ao médico para vê-lo (F4).

Nós nos sentimos injustiçados porque não acreditamos no suicídio (F5).

Além da negação, pode-se observar no discurso dos familiares um comportamento de fuga e esquiva, que consiste em fantasiar sobre possíveis soluções para o problema para escapar e/ou evitar o fator estressante (DAMIÃO, et. al., 2009).

Tentei evitar comentários sobre a morte, ocultando o assunto (F3).

Outra estratégia adotada pelos familiares é a busca de sentido na religiosidade:

[...] quando cheguei ao local e vi meu sobrinho ali morto, senti uma força tão grande, uma energia muito forte, parei de chorar imediatamente, rezei e pedi a Deus que me desse muita coragem para enfrentar tudo e muita força para tomar todas as providências (F5).

Rezamos muito e pedimos a Deus todos os dias por ele (F6).

Conforme Panzini e Bandeira (2005), a maioria das pesquisas indica que as crenças e práticas religiosas podem ser consideradas importantes aliadas para a qualidade de vida e no enfrentamento de situações relacionadas às doenças e à morte.

Na verdade não houve superação, houve aceitação. Rezamos o terço todos os dias e após o terço ficávamos conversando e lembrando os bons momentos em que ela estava presente (F4).

Rezamos todos os dias o terço e pedimos pela sua alma. O tempo também ajudou muito, à medida que o tempo passa as coisas vão melhorando e a gente passa a ter uma melhor aceitação. Acreditamos que Deus nos dá forças para superar as dificuldades da vida, que não são poucas (F3).

As autoras ainda destacam que existem quatro razões para que ocorra a associação entre a religião e o processo de doença/morte: 1) as crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; 2) elas podem evocar emoções positivas; 3) elas fornecem rituais que facilitam momentos de transição da vida; 4) podem ser consideradas agentes que dão estrutura a tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

A religiosidade ou *coping* religioso ocorre quando as pessoas, para enfrentar o estresse, usam as crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução dos problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas, assumindo as seguintes características: autodireção (indivíduo ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas); delegação (o indivíduo espera que Deus resolva seus problemas); colaboração (indivíduo e Deus ativos, parceiros na resolução dos problemas); e renúncia (o indivíduo deixa sua vontade para fazer a de Deus) (PANZINI; BANDEIRA, 2005). No caso dos sobreviventes do suicídio, verificaram-se atitudes ligadas à colaboração, em que Deus e indivíduos são parceiros:

Pedimos a Deus muita força e coragem para enfrentarmos a vida e as pessoas, porque tínhamos certeza que não seria fácil, como não foi. Mas quando a gente tem fé, a gente consegue superar todas as dificuldades. E o trabalho também ajudou muito (F3).

Podem-se observar também atitudes referentes à delegação, na qual o indivíduo deposita em Deus a responsabilidade pela situação:

Foi Deus que nos ajudou a enfrentar tudo e todos. Sem Ele não conseguiríamos passar por essas dificuldades. Ele é tudo em nossas vidas, e nada acontece sem que Ele queira (F7).

É importante ressaltar que além da religiosidade, fatores como o trabalho e contribuição terapêutica também se apresentaram como forma de estratégia para a superação do suicídio. Estes aspectos mostram-se como estratégias de suporte social (DAMIÃO et. al., 2009). Tais estratégias estão relacionadas ao apoio encontrado nas pessoas e no ambiente, sendo este um fator psicossocial positivo:

Procurei ajuda psicológica para meus filhos (F11).

O trabalho também me ajudou a esquecer um pouco (F3).

[...] eu em particular, trabalhei muito para tentar ocupar a mente (F6).

3.4. Visão de morte

A partir da visão de suicídio, analisou-se também nas entrevistas uma visão mais geral que foi a da morte em si. De acordo com Ariès (1989) pensar a morte é algo absurdo, pois a felicidade pregada constantemente deve ser a única fonte de onde o homem conseguirá tirar subsídios para viver plenamente. Assim, ideias relativas à angústia, à tristeza e até mesmo ao luto são inconcebíveis, por não se corresponderem aos anseios do momento.

Diante desse aspecto, Áries (1989) deixa claro que a morte na atualidade tem uma conotação vergonhosa. Segundo o autor, hoje se poupa o homem da morte, principalmente para satisfazer a sociedade e seu círculo de relações, por se considerar insustentável a morte em plena vida feliz. Fato que faz do suicídio algo sofrível. No caso das entrevistas, a visão de morte esteve mais ligada à finitude, ao desamparo e à percepção de desagregamento familiar:

Fiquei impressionada porque o corpo já estava em estado de decomposição, a morte é algo terrível, não valem nada nesse mundo (F5).

[...] a vida é curta e deve ser vivida da melhor forma possível e sem vícios (F3).

[...] a minha casa ficou desestabilizada, pois os meninos eram crianças e doentes (F10).

Muita dor, de desamparo total e de muita saudade (F4).

Fim da família, desunião total entre os irmãos, morte do meu pai após 2 anos do ocorrido (por não ter conseguido superar o fato), e a minha mãe muito depressiva em casa (F8).

3.5. Causas possíveis para o ato suicida

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o suicídio envolve vários fatores socioculturais, genéticos, psicodinâmicos, filosófico-existenciais e ambientais. No entanto, a existência de um transtorno mental é considerada um forte fator de risco para o suicídio, já que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal. Dessa forma, o mito sobre a doença mental não é completamente errôneo, mas não pode ser atribuído como sendo o fator principal. A ABP mostra que nos casos de transtornos o suicídio ocorre mediante aos seguintes fatores:

Tabela 1: Suicídio e transtornos mentais

	Porcentagem
Transtornos de humor	35,8%
Transtornos relacionados ao uso de substâncias	22,4%
Transtornos de personalidade	11,6%
Esquizofrenia	10,6%
Sem diagnóstico	3,2%

Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria (2009).

Mediante os resultados da tabela, nas entrevistas pode-se observar que grande parte das mortes, na concepção dos envolvidos, estava relacionada a algum dos fatores citados, dentre eles, transtornos relacionados ao uso de substâncias e de humor:

“era usuário de drogas, tinha brigado com a namorada e também tinha sido expulso de casa pela mãe.” (F7).

“era uma pessoa antissocial, depressivo e alcoolista” (F10).

“o motivo de tudo foi o álcool” (F4).

“a bebida, a depressão e a gravidez da mulher do ex-marido” (F6).

“o fato de ter bebido o dia todo e a noite toda e também o motivo da discussão que ninguém sabe até hoje” (F9).

3.6. Repercussões ou impactos familiares

No contexto dos familiares, por fim, observou-se que o suicídio causa um impacto muito grande nas famílias, que se reorganizam baseadas em preceitos como cooperação e cumplicidade:

“as minhas tias estavam na casa dela esperando notícias, elas trataram do funeral” (F11).

“a minha família toda ajudou, mas principalmente o cunhado da minha tia que tomou frente e resolveu tudo” (F3).

No entanto, existem também representações provenientes das lacunas deixadas pelo ato suicida, fato esse que gera especulações e trazem à tona conteúdos familiares reprimidos que muitas vezes não eram discutidos, conforme as falas seguintes:

A família me acusou de adultério e começou a me perseguir em busca de alguma prova (F11).

[...] a minha família acredita que ele tinha descoberto algum caso da esposa, já que eles não estavam vivendo muito bem. Muitas brigas e discussões, que davam para escutar da minha casa, já que éramos vizinhos (F9).

[...] não aguentava mais toda aquela situação, tinha o corpo todo marcado de tanto apañar (F8).

Nas entrevistas observou-se que a família se articula para dar conta do suicídio, pois a morte de um membro da família exige que este grupo se reorganize, buscando formas, justificativas e estratégias para compreender os acontecimentos e para conseguir seguir em frente.

4. Considerações finais

O suicídio pode ser considerado uma agressão deliberada que o indivíduo pratica contra si mesmo, com intenção de pôr fim à sua vida. Constitui-se num fenômeno a ser analisado a partir da focalização do indivíduo inserido no grupo social ao qual pertence e estabelece um intercâmbio. Nesse sentido, cada sociedade tem sua dinâmica de valores e padrões de cultura próprios. Dessa forma, o lugar que a sociedade atribui à vida e à morte varia de cultura para cultura. Os modelos de comportamentos individuais, no que se refere ao suicídio, estão intimamente ligados a ideologias a respeito da morte (GAUER, 2003).

É importante ressaltar que nas sociedades ocidentais, a morte e o suicídio são temas tabus. Observa-se uma atitude de negação frente a tais conteúdos. Algo que não deve ser falado ou pensado. Devido a isso o ato suicida causa sentimento de vergonha, embaraço ou culpa, sendo frequentemente distorcido ou ocultado. Segundo Freud (1980): “[...] no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que, no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.”

Freud, em seu texto *Luto e Melancolia* (1976), estabelece diferença entre esses dois processos psíquicos ao colocar a melancolia como uma forma patológica de luto. No trabalho de luto o sujeito consegue desligar-se progressivamente do objeto perdido (ROUDINESCO, 1998). Na melancolia o indivíduo não consegue re-significar ou direcionar sua energia libidinal para outro objeto de desejo, fixando-se no objeto já perdido. Ao deixar de direcionar a energia psíquica para um objeto, direciona-a para si mesmo. O ‘eu’ se torna vazio e desprovido de valor, incapaz de qualquer realização. A volta da energia libidinal para o ego e a incapacidade de realizações pode desencadear ideias e comportamentos autodestrutivos e suicidas no indivíduo (MARCOS et. al., 2010).

A partir da ideia da perda do objeto, o suicídio aparece como possibilidade, por exemplo, a possibilidade de se livrar de conflitos, de uma fantasia de reencontro com outras pessoas, de fuga de uma situação intolerável.

O indivíduo é constituído por pulsões de vida e morte (Eros e Tanatos) que em conjunto o impulsionam para a realização de algo, podendo até mesmo chegar ao ato suicida. De acordo com Birman (2003), hoje o homem tem uma dificuldade na produção de sentido para sua vida. A subjetividade contemporânea não consegue mais transformar dor em sofrimento. Isso se deve à impossibilidade de interlocução do sujeito com outras pessoas, que lançado na vida nua e no mundo sem sentido, se isola e se aprofunda no abismo da depressão. Enfim, o vazio da subjetividade atual é o correlato do mundo que perdeu o sentido.

Conforme a revisão da literatura e a análise das entrevistas, pode-se constatar que a questão do suicídio ainda é um tema controverso. Principalmente na família, ao se analisar o suicídio, averiguaram-se os seguintes aspectos: o suicídio é enxergado de uma maneira ainda rodeada de mitos, trazendo aos sobreviventes, uma série de sentimentos ligados à ansiedade e angústia. Além disso, verificou-se também que os familiares, para superar a perda e construir um sentido para o ato suicida, utilizaram uma série de estratégias.

No que se refere aos mitos acerca do suicídio, em termos gerais, observou-se que as famílias, na ausência de uma compreensão sobre os eventos que levaram o sujeito ao suicídio, buscaram explicações variadas: atribuir como causa o uso do álcool, a fraqueza da pessoa ou a presença de doenças mentais. É importante ressaltar que o alcoolismo e a depressão são fatores de risco, mas não representam motivos determinantes para o ato suicida.

Em relação aos sentimentos vivenciados, o discurso dos familiares contém sinais de que não houve uma elaboração adequada do luto. Seja por vergonha do ato, seja pela restrição social devida à representação negativa do suicídio, os familiares mostraram ter sentimentos de culpa por não terem conseguido evitar sentimentos de angústia e ansiedade, por não compreenderem o ato, por sensação de desamparo, ou ainda por revolta em não admitir que o suicida teria motivos para cometê-lo.

O impacto do suicídio na família é tão devastador que ela tenta se reorganizar para superar, para admiti-lo ou para negá-lo. Para tanto, ela utiliza uma série de estratégias que contribuíram ou não para a reconstrução da instituição após a perda do ente. As principais estratégias averiguadas nas entrevistas foram as de enfrentamento. Dentre as mais citadas nos discursos estão a religiosidade e o suporte social. Alguns familiares, no entanto, mostraram não ter superado o evento, utilizando estratégias de fuga e negação.

Diante de tudo que foi posto e exposto, acredito que a ajuda terapêutica no universo pesquisado é de extrema importância, já que existe uma carência deste tipo de atendimento em Patos de Minas e região. A empatia do psicólogo em relação ao paciente é fundamental para o bom resultado de um atendimento a pessoas enlutadas. A empatia envolve a capacidade de colocar-se no lugar do paciente de modo a ser capaz de intuir o que ele está sentindo e pensando e, ao mesmo tempo, manter a objetividade para discernir possíveis distorções, raciocínio ilógico ou comportamento desadaptativo que possam estar contribuindo para o problema.

É importante ressaltar que a pesquisa gerou uma angústia muito grande para a pesquisadora, uma vez que, no papel de investigadora, não poderia realizar uma intervenção terapêutica com os entrevistados. Entretanto o estudo certamente contribuiu para reforçar o seu interesse na área da tanatologia e, especificamente, no trabalho de atendimento a pessoas enlutadas e prevenção do suicídio.

Após a verificação desses resultados, podemos concluir que o suicídio é um assunto extremamente delicado. Até mesmo para a análise da literatura houve certa dificuldade, devido à escassez de obras que discorressem abertamente sobre esse tema e seus impactos familiares. Podemos pensar, concordando com Ariés (1989), que o tema morte em nossa cultura tem permanecido como um interdito. O interesse pela tanatologia e assuntos a ela relacionados tem crescido recentemente despertando a atenção da mídia para o assunto. Podemos citar a reportagem de capa "Ajuda para morrer" da revista *Veja* (28/04/2010).

Esse aspecto, aliado às representações expostas pelos familiares nas entrevistas, mostra a necessidade de estudos mais profundos, a fim de uma compreensão mais ampla dos impactos causados aos familiares sobreviventes do suicídio.

Referências

- AJUDA para morrer. *Veja*, São Paulo, abr. 2010.
- ARIÈS, Philippe. *História da morte no ocidente*. São Paulo: Ediouro, 1989.
- ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria. *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*. São Paulo, 2009.
- BARBOSA, Ana Maria Ferrara de Carvalho. *Fundamentação teórica de uma metodologia de trabalho em grupo com sobreviventes de suicídio*. 2006.
- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e novas formas de subjetivação*. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BOTEGA, N. J. *Suicídio no Brasil: Uma visão de Saúde Pública*. São Paulo, 2008.
- BOUCHARD, Ghislaine. *Suicídio na adolescência*. Disponível em: <http://www.projetocomviver.org.br/Suicidio_na_adolescencia.pdf>. Acesso em: 15, nov. 2009.
- BRASIL. *Aspectos psicodinâmicos e relacionais presentes no atendimento aos sobreviventes do suicídio*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARDOSO, Lílian. Vida em morte. *Psique, Ciência e Vida*, São Paulo, n. 38, jun. 2009.
- CASSORLA, Roosevelt M.S. *O que é suicídio*. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005 (Col. Primeiros Passos).
- DAMIÃO, Elaine et. al. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 43, n. 2, p.1199-1203, mar., 2009.
- DEMO, Pedro. *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- FREUD, S. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, 1976.
- _____. *Psicanálise de grupo e análise do ego*. Rio de Janeiro: Imago, v. 18, 1976.
- _____. Nossa atitude para com a morte. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. 4.
- GALERA, Sueli Aparecida Frari; TEIXEIRA, Marina Alves. Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 5, maio 1997, Ribeirão Preto/SP. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 set. 2009.
- GAUER, Ruth M. Suicídio: um direito à morte. *Revista de Estudos Criminais*. São Paulo, v.3, n. 11, nov. 2003.
- KEHL, M. R. *O tempo e o cão*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, MA. *Metodologia Científica: ciência e conhecimento científico*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; et. al. Tentativa de suicídio: o traumático via ator. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 23, n. 2, abr., 2007.

MARCOS, Ana Carolina; et. al. *Velhice e Suicídio: um olhar para o desamparo*. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/i22.pdf>. Acesso em: 10, fev. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PANZINI, Raquel; BANDEIRA, Denise. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 126-135, jan. 2007.

ROUDINESCO, E. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.