



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda

Tatiane Gouveia de Miranda

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília /DF

2014

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda

Tatiane Gouveia de Miranda

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Professor Orientador: Dr. Marcelo Tavares

Brasília /DF

2014

Nome: Miranda, Tatiane Gouveia.

Título: Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em 02 de junho de 2014.

Banca examinadora:

Marcelo Tavares

PPGPsicCC/IP/UnB

Célia Maria Ferreira da Silva Teixeira

UFG

Maurício Neubern

PPGPPsicCC/IP/UnB

Gláucia Diniz

PPGPsicCC/IP/UnB

A um ausente

Tenho razão de sentir saudade,
tenho razão de te acusar.
Houve um pacto implícito que rompeste
e sem te despedires foste embora.
Detonaste o pacto.
Detonaste a vida geral, a comum aquiescência
de viver e explorar os rumos de obscuridade
sem prazo sem consulta sem provocação
até o limite das folhas caídas na hora de cair.

Antecipaste a hora.
Teu ponteiro enlouqueceu, enlouquecendo nossas horas.
Que poderias ter feito de mais grave
do que o ato sem continuação, o ato em si,
o ato que não ousamos nem sabemos ousar
porque depois dele não há nada?

Tenho razão para sentir saudade de ti,
de nossa convivência em falas camaradas,
simples apertar de mãos, nem isso, voz
modulando sílabas conhecidas e banais
que eram sempre certeza e segurança.

Sim, tenho saudades.
Sim, acuso-te porque fizeste
o não previsto nas leis da amizade e da natureza
nem nos deixaste sequer o direito de indagar
porque o fizeste, porque te foste?

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Envolvida em sentimento de gratidão pela minha existência e pela contribuição de cada um que já passou por minha vida, seja no sorriso tímido de um desconhecido, seja na presença contínua e ininterrupta de meus amados familiares e amigos: minha eterna e concreta gratidão.

A você que foi consciência quando precisei de bom senso: Meu mentor espiritual.

A você que foi alicerce de edificação: Ilva Gouveia.

A você que foi ar quando me sufoquei: Evandro Miranda.

A você que foi grito quando precisei de som: Thaíse Regina.

A você que foi vida quando eu renasci: Sophia Miranda.

A você que foi letra quando precisei de música: Lilian Cristina.

A você que foi esperança quando precisei de fé: Leia Bell.

A você que foi dia quando a luz acabou: Cláudia Alves.

A você que foi ouvido quando precisei dizer o errado: Karine Borges.

A vocês que mesmo distantes estiveram sempre presentes: Guilherme Nunes, Rui de Moraes e Hugo César.

A você que foi cuidado quando precisei de ajuda: Jô.

A você que foi alegria enquanto a música tocava: Carla Machado.

A você que foi luta quando precisei crescer: Marcelo Tavares.

A você que eu ainda conhecerei, pois é sempre esperança de um porvir feliz.

A vocês que são vários nomes e que perfumam a minha vida.

A vocês que se desnudaram para me contar o que de mais íntimo guardavam: Os entrevistados dessa pesquisa.

À razão da minha vida e da vontade de colaborar para um mundo melhor: Deus.

Dizer Gratidão é o mínimo, embora não o suficiente.

Sumário

RESUMO7

ABSTRACT	8
Suicídio e suas vítimas: uma breve introdução	9
Capítulo 1: Autópsia psicológica.....	12
1.1. HISTÓRICO E DEFINIÇÃO	12
1.2. FATORES DE RISCO NO SUICÍDIO CONSUMADO	15
1.3. QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	23
1.4. REVISÃO DE ENTREVISTAS DE AUTÓPSIA PSICOLÓGICA	31
1.5. IMPACTO DAS ENTREVISTAS DE AUTÓPSIA PSICOLÓGICA NOS ENTREVISTADOS E ENTREVISTADORES.....	42
Capítulo 2: Sobreviventes de suicídio	48
2.1. CONCEITO: QUEM SÃO OS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO	48
2.2. O LUTO	50
2.3. REAÇÕES DOS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO AO EVENTO	56
2.4. INTERVENÇÃO APÓS O SUICÍDIO	61
2.5. REFLEXÕES	64
Capítulo 3- Método.....	66
3.1. PROBLEMA.....	66
3.2. OBJETIVO	66
3.2.1. Objetivo geral	66
3.2.2. Objetivos específicos	67
3.3. PARTICIPANTE	67
3.4. INSTRUMENTO	67
3.4.1. A entrevista como método: um diálogo entre a entrevista..... clínica e a prática jurídica	67 68
3.4.2. Relação comunicativa da entrevista: influência de fatores de	70
contexto e da relação entrevistador-entrevistado	70
3.4.3. A construção de uma entrevista semiestruturada para autópsia..... psicológica	72 72
3.5. Procedimentos para coleta de dados	76
3.6. Método de Análise de dados	77
Capítulo 4- Resultados e Discussão	81

CASO AVI	82
CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA E GRAU DE INTIMIDADE ENTRE VÍTIMA E ENTREVISTADA.....	83
FATORES CLÍNICOS DA VÍTIMA	85
PRECIPITADORES E ESTRESSORES.....	88
COMPORTAMENTOS SUICIDAS	91
MÉTODO DO SUICÍDIO: LETALIDADE, PLANEJAMENTO E INTENCIONALIDADE.....	92
IMPACTO DA MORTE NOS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO	95
REAÇÕES DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À ENTREVISTA E OUTROS COMENTÁRIOS.....	105
TEMPO DECORRIDO ENTRE O SUICÍDIO E A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA.....	106
CASO BEN	107
CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA E GRAU DE INTIMIDADE ENTRE VÍTIMA E ENTREVISTADO.....	108
FATORES CLÍNICOS DA VÍTIMA	112
PRECIPITADORES E ESTRESSORES.....	117
COMPORTAMENTOS SUICIDAS	120
MÉTODO DO SUICÍDIO: LETALIDADE, PLANEJAMENTO E INTENCIONALIDADE.....	122
IMPACTO DA MORTE NOS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO	124
REAÇÕES DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À ENTREVISTA E OUTROS COMENTÁRIOS.....	12929
Capítulo 5- Conclusão e Reflexões Finais.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
ANEXOS.....	147

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo realizar entrevistas de autópsia psicológica com os sobreviventes de suicídio a fim de avaliar retrospectivamente fatores clínicos, precipitadores, estressores e motivações que pudessem ter contribuído para que o suicídio se consumasse, além de considerar os impactos do suicídio e da entrevista sobre os entrevistados. Averiguou-se que poucos são os instrumentos disponíveis para realizar autópsias psicológicas, o que também, influencia na disponibilidade de conhecimento sobre o perfil do suicida. Para conclusão dessa pesquisa, foi desenvolvida uma entrevista semiestruturada para facilitar a comunicação com os sobreviventes de suicídio, inspirada em estratégias e procedimentos desse tipo de avaliação psicológica, bem como de fatores de risco já obtidos na literatura. Foram realizadas quatro entrevistas com familiares, sendo dois voluntários de cada vítima. Os casos foram analisados pelo método clínico-qualitativo, verificando-se singularidades e divergências em cada caso. Pôde-se avaliar o impacto do suicídio nos sobreviventes, por exemplo, a presença de sentimento de culpa, de ressentimento, da necessidade de entenderem o porquê do suicídio, e de complicação e prolongamento na vivência do luto por anos.

Palavras chaves: autópsia psicológica, suicídio, impacto da perda.

ABSTRACT

The present study aimed to perform a psychological autopsy interviews with suicide`s survivors to retrospectively evaluate clinical factors, stressors and precipitants, motivations that might have contributed to suicide, in addition to considering the impact of suicide and interview on respondents. It was found that there are few tools available to perform psychological autopsies, which also influence the availability of knowledge on the profile of suicide. To complete this research, one semi-structured interview was developed to facilitate communication with the suicide`s survivors, inspired in a review of strategies and procedures of this type of psychological assessment as well as risk factors already obtained in the literature. Four interviews were conducted with family members, two volunteers from each victim. The cases form analyzed by clinical-qualitative method, checking for singularities and differences in each case. It was possible to assess the impact of suicide on survivors, for example, the presence of guilt, resentment, the need to understand why the suicide and complication and prolongation of survival in mourning for years.

Key words: psychological autopsy, suicide, impact of loss.

Suicídio e suas vítimas: uma breve introdução

A person's death is not only an ending: it is
also a beginning – for the survivors.

(Edwin Shneidman)

O suicídio envolve uma morte traumática que perturba e traz consequências severas aos familiares, amigos, colegas ou mesmo profissionais que lidaram com essa perda. Embora, o suicídio seja um ato que acompanha a história da humanidade é um fenômeno que necessita de maior atenção para que medidas efetivas possam reverter o crescente número de suicídios no mundo.

O trabalho com a temática do suicídio requer um preparo intenso para não reforçar o preconceito, o estigma e os tabus que perpassam séculos e que continuam presentes em nossa sociedade. O suicídio, segundo Ariès (1982, como citado em Souza, 2005), não combina com uma boa morte, ferindo a coerência e o sentido da vida. A morte, processo natural e inequívoco de todo ser humano, perde a sua naturalidade com sujeitos que rompem com a sua imprevisibilidade e, mais do que aceitá-la, apontam o caminho inverso, o de provocar a própria morte.

O termo suicídio é de difícil definição por suscitar discussões teóricas sobre ser um ato consciente, voluntário e intencional. Inúmeros suicídios ocorrem com pessoas que apresentavam à época alguma perturbação do pensamento, como em casos de esquizofrenia, no período agudo da doença, em que a pessoa tinha uma crença delirante, como acreditar que poderia voar, colocando em debate se havia consciência, intencionalidade e voluntariedade do ato. A ambivalência, ou seja, o conflito psicológico para decidir entre a vida e a morte, aumenta os questionamentos sobre qual o melhor conceito sobre suicídio (Cassorla, 2004). Contudo, sem o intuito de delongar sobre as vicissitudes de cada conceituação, denomina-se aqui o suicídio como a morte

causada por comportamento danoso autoinfligido com a intencionalidade de morrer como resultado desse comportamento (Crosby, 2007, como citado em Wenzel, Brown & Beck, 2010; Shneidman, 1973).

Segundo dados da OMS (2000), a cada ano aproximadamente um milhão de pessoas se suicidam no mundo, o que poderia representar uma morte a cada 40 segundos. No Brasil, os dados estatísticos totalizaram 9206 mortes por suicídio no ano de 2008 (WHO, 2008). Entretanto, deve-se ressaltar que a subnotificação é um problema presente e que afeta bastante a qualidade das informações que embasam esses números. Assim, a realidade ultrapassa essa estatística.

Outra questão alarmante são as consequências dessa morte para as pessoas que ficaram. Compreender o impacto da perda e o processo de luto de quem perdeu alguém por suicídio é um grande desafio com elevada profundidade e complexidade. A literatura é enfática ao pontuar que essa população constitui um grave problema de saúde pública (Dyregrov, 2011; WHO, 2000). Para Shneidman (1973, como citado em Dyregrov, 2011) o maior problema de saúde pública não reside na prevenção do suicídio nem do manejo das tentativas de suicídio, mas no alívio do estresse daqueles que têm suas vidas modificadas pelo suicídio, que contabilizam milhões de pessoas no mundo.

O fenômeno do suicídio é bastante complexo, envolvendo variados aspectos. A pessoa que consumou o suicídio é descrita como vítima. Entretanto, ela é a única vítima? Os que ficam transformam-se em vítimas dessa morte e podem ter nessa experiência fonte de muito sofrimento, além de aumentar o risco de comportamentos suicidas e o desenvolvimento de patologias.

A literatura estrangeira tem provido muitos estudos nesta área, contudo, no Brasil, há uma escassez de produção acadêmica. Evidencia-se a insuficiência de

embasamento científico, o que insurge na necessidade de que interessados possam consubstanciar esse tema para a realidade brasileira, observando tanto as especificidades de cada ser humano ao utilizar o suicídio como recurso, como o legado do suicídio nos que ficam.

As estratégias para abordar o suicídio são múltiplas, como abordagens epidemiológicas, psiquiátricas e psicossociais. A autópsia psicológica é uma avaliação retrospectiva, que tem sido utilizada para a compreensão do suicida e que pode buscar entender o impacto da perda para as pessoas que perderam alguém por suicídio (Cavalcante et al., 2012; Clark & Horton-Deustch, 1994). Entretanto, essa é uma avaliação ainda incipiente, no Brasil, que necessita de estudos que reflitam os méritos, problemas e limitações desse método, auxiliando no seu desenvolvimento.

Este trabalho se dividiu em três partes: a primeira referente à fundamentação teórica sobre autópsia psicológica, capítulo 1, e sobre os sobreviventes de suicídio, capítulo 2. No capítulo 3, foi realizada a descrição do método, explanando sobre o processo de construção da entrevista semiestruturada para casos de suicídio, que contemplou a investigação sobre o suicida e sobre o impacto do suicídio para os sobreviventes. O capítulo 4 apresenta os resultados e a discussão dos casos. Por último, o capítulo 5, contendo a conclusão e reflexões finais.

Capítulo 1: Autópsia psicológica

1.1. HISTÓRICO E DEFINIÇÃO

No contexto do suicídio consumado, uma ferramenta bastante útil para ajudar na compreensão desse fenômeno é a avaliação retrospectiva da personalidade, mais conhecida como autópsia psicológica. Nessa situação, ela auxilia na obtenção de informações sobre o suicídio e, dependendo da sua estrutura, pode aprimorar o conhecimento sobre a vivência dos sobreviventes do suicídio.

Essa avaliação psicológica cunhada, na década de 1960, pelo autor Edwin Shneidman, como autópsia psicológica, tem mostrado sua eficácia em diversos contextos: na clínica, na avaliação forense e no contexto de pesquisa sobre o suicídio (Isometsä, 2001; Murthy, Lakshman & Gupta, 2010; Shneidman, 1994). Entende-se a avaliação psicológica como um conjunto de procedimentos que utilizam conhecimentos teóricos para descrever o funcionamento de indivíduos ou de grupos, além de avaliar ou fazer previsões sobre comportamentos em determinadas situações. Diversos instrumentos e técnicas podem ser utilizados, como: testes psicológicos, entrevistas e observação (Cunha, 2009; Hutz, 2009).

A autópsia psicológica, que é um tipo de avaliação psicológica, envolve dois procedimentos principais: 1) entrevistas com informantes, pessoas que possam fornecer dados relevantes, que conheçam a vítima, como esposa ou marido, parentes, amigos, namorados, empregados, profissionais que acompanharam o falecido como psicólogo, psiquiatra, clínico geral, entre outros; e 2) coleta e análise de documentos relevantes, como prontuários, registros clínicos, diários pessoais, nota de suicídio, se houver (Clark & Horton-Deutsch, 1992; Hawton et al., 1998; Hourani, Jones, Kennedy & Hirsch, 1999; Isometsä, 2001; Shneidman, 1992, 2004).

A autópsia psicológica pode ser definida como um tipo de avaliação psicológica realizada retrospectivamente através de uma investigação imparcial, que objetiva compreender os aspectos psicológicos de uma determinada morte. Busca-se compreender o que havia na mente do indivíduo. Ela visa reconstruir a vida psicológica de um indivíduo, analisando o seu estilo de vida, a personalidade, a saúde mental, os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos precedentes a morte, a fim de alcançar um maior entendimento sobre as circunstâncias que contribuíram para o fato. Além disso, a autópsia psicológica pode auxiliar no esclarecimento do modo da morte, que pode ser natural, acidental, por suicídio ou homicídio (Clark & Horton-Deustch, 1992; Gavin e Rogers, 2006; Isometsä, 2001; Jacobs e Klein-Benheim, 1995; Shneidman, 1992, 1994, 2004).

A entrevista realizada para a autópsia psicológica difere quanto à forma e conteúdo, dependendo de seu objetivo. Ela implica em um estudo minucioso, sendo necessárias várias categorias de investigação que abarquem a complexidade do fenômeno. No campo psicológico e social, essas categorias incluem fatores demográficos, transtornos de personalidade, estilo de vida, história de comportamento contexto, suporte social, disponibilidade de instrumentos e, não obstante, grau de ambivalência, clareza da função cognitiva, quantidade de organização ou obsessão, estado de agitação, além da dor psíquica (Clark & Horton-Deustch, 1994; Jacobs & Klein-Benheim, 1995; Shneidman, 1992, 1994, 2005; Snider, Hane & Berman, 2006).

O desenvolvimento da autópsia psicológica, segundo Shneidman (2004), ocorreu no Centro de Prevenção de Suicídio em Los Angeles (LASPC), na década de 1960. Neste local, os médicos legistas que não conseguiam ter precisão quanto ao modo da morte começaram a recorrer a psicólogos, para que a intenção de autoextermínio fosse averiguada, uma vez que esta é a condição intrínseca do suicídio. Assim, faltava a

investigação no domínio psicológico para saber se a intenção se caracterizava ou não. A autópsia psicológica aparece nesse contexto com o objetivo primordial de esclarecer o modo de morte em casos duvidosos ou incertos (Clark & Horton-Deutsch, 1994; Shneidman, 1994).

Nessa perspectiva, a avaliação da intencionalidade é um ponto chave. Intencionalidade pode ser definida como “a intensidade do desejo do indivíduo em acabar com a sua vida” (Cassorla, 2004, p. 22). Litman (1989) coloca que “a intenção é ter em mente algo a ser realizado” (p. 638), ter um objetivo, um propósito, um plano. O objetivo primário do suicídio não seria morrer, mas sim solucionar problemas que estão causando muita dor e muita angústia. A morte está sendo instrumentalmente utilizada pelo indivíduo para resolver os seus problemas de vida. Assim, a intenção suicida se caracteriza quando se demonstra que a vítima quando realizou a ação autodestrutiva tinha um entendimento de sua natureza física e das consequências do ato (Litman, 1989).

Concomitante com o desenvolvimento e maior popularização dessa avaliação no LASPC, a autópsia psicológica se estendia a diversos países e culturas. Em outros países esse exame retrospectivo se estabeleceu em casos em que não havia dúvida de que a morte era por suicídio. O objetivo desse procedimento em casos de suicídio já confirmados é buscar entender o “pôr que” do suicídio. Segundo Litman (1996 apud Hourani et al., 1999), pode-se identificar quais indivíduos ou grupos são mais vulneráveis, “mas não é possível prever qual indivíduo irá cometer suicídio ou quando” (p.3). Com isso, a autópsia aparece como pedra angular para melhorar o conhecimento sobre o suicídio, sendo considerado o principal instrumento de pesquisa utilizado para compreender os suicídios consumados, promovendo informações detalhadas, que não poderiam ser acessadas por outros métodos. Portanto, esse método

ajuda a entender e prevenir futuros suicídios (Appleby, Cooper, Amos & Faragher, 1999; Clark & Horton-Deustch, 1994; Cooper, 1999; Cooper, Appleby & Amos, 2002; Isometsä, 2001; Shneidman, 2004).

1.2. FATORES DE RISCO NO SUICÍDIO CONSUMADO

Diversas pesquisas utilizando o método de autópsia psicológica em casos de suicídio têm sido realizadas. A utilização desse método tem sido considerada uma das principais abordagens para estudar fatores de risco para o suicídio (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Isometsä, 2001; Hjelmeland, Dieserud, Dyregros, Knizek & Leenars, 2011; Hawton et al., 1998).

Fator de risco pode ser definido como a relação entre alguma característica ou atributo do indivíduo, grupo ou ambiente, que aumenta a probabilidade de desenvolver uma consequência adversa e mensurável, que precede o resultado. Alguns fatores de risco podem ser obtidos através de estudos epidemiológicos, em que se mapeiam a idade, sexo, religião, entre outros. Contudo, esses fatores apresentam características que não modificam e, portanto, com limitações para intervenção. Por outro lado, sinais de alerta como abuso de álcool ou outras substâncias, depressão, eventos estressores, como divórcio, desemprego, podem representar riscos modificáveis com intervenção (DeJong, Overholser & Stockmeier, 2010; Meleiro, Teng & Wang, 2004).

Segundo dados da OMS (2000), estudos revelam que 80 a 100% das pessoas que consumaram o suicídio possuíam alguma perturbação psiquiátrica no momento do suicídio. A presença de algum transtorno mental é o fator de risco mais fortemente associado ao suicídio seja de adultos ou de adolescentes. A porcentagem de transtorno mental nos suicídios varia bastante entre as pesquisas. Entretanto, a maioria dos estudos corrobora que cerca de 90% das pessoas que se suicidam tinham um transtorno mental.

Vale ressaltar que esses dados têm maior prevalência na Europa e na América do Norte (Bertolote & Fleischmann, 2004; Botega, Rapeli & Freitas, 2004; Cavanagh et al., 2003; Chavan et al., 2008; DeJong et al., 2010; Kurihara et al., 2009; Judd, Jackson, Komiti, Bell & Fraser, 2012; Marttunen, Aro & Lönnqvist, 1993; Parkar et al., 2009; Uribe et al., 2013; Zhang & Zhou, 2009).

Nos países asiáticos, as taxas são mais baixas para a presença de transtorno mental no momento do suicídio. Estudos realizados na China e na Índia têm, em geral, atribuído uma associação de 50%, com uma pesquisa de Zhang e Zhou (2009) destoando e encontrando 68.2%. De qualquer forma, revela-se abaixo dos 90% comumente associado no mundo Ocidental. Segundo Zhang et al. (2011) na China os fatores sociais influenciam o risco de suicídio, independente de transtornos mentais. Um dos argumentos plausíveis para essa diferença é de que os chineses são impulsivos e responsivos a alguns eventos de vida sociais. Observa-se, assim, uma menor ênfase nos fatores ligados a distúrbios mentais. A análise inclui aspectos psicossociais, uma vez que esses poderiam afetar tanto as pessoas com transtorno como sem transtorno mental (OMS, 2013; Parkar, Nagaserkar & Weiss, 2009; Zhang, Wiczorek, Conwell & Tu, 2011; Yang et al., 2005; Zhang & Zhou, 2009).

Dentre os transtornos mentais que mais prevalecem no suicídio são os transtornos de humor, seguidos por abuso ou dependência de álcool, esquizofrenia, além de transtornos de personalidade, notadamente, borderline. Nos transtornos de humor, a depressão representa a maioria dos casos, seguida dos transtornos bipolares, com predomínio dos suicídios na fase depressiva (Cavanagh et al., 2003; Meleiro & Teng, 2004). Clark e Fawcett (1992) em sua pesquisa apontaram que 40 a 50% das pessoas apresentaram um quadro de depressão grave, 20% apresentavam dependência de álcool e 10% esquizofrenia no momento da ação letal. De maneira geral, as taxas de depressão

vão de 30 a 70%, de alcoolismo de 15 a 27% e esquizofrenia de 2 a 12% (Hawton et al., 1998). Além disso, é reiterado o quadro de co-morbidade, especialmente, da depressão com abuso de álcool (Cavanagh et al., 2003; DeJong et al., 2010; OMS, 2000).

A interação do álcool com o suicídio é recorrente na literatura. O abuso de álcool ou o seu consumo está presente em um significativo número de suicídios. A intoxicação por álcool aparece em cerca de 50% dos suicídios, inclusive no Brasil. Pode-se destacar que a função do álcool pode ser diferente para cada suicídio. Assim, o uso do álcool pode facilitar com que o indivíduo consiga lidar com uma aflição psicológica ou pode ser usado para aliviar a angústia que normalmente acompanha o comportamento suicida. Dessa maneira, a pessoa pode colocar o álcool no planejamento e realização do suicídio para “ganhar coragem”, entorpecer medo ou para anestesiá-la a dor da morte. Além disso, o álcool pode ser usado em conjunto com outras substâncias para aumentar o efeito delas, garantindo, assim, uma maior letalidade (DeJong et al.; 2010; Kizza, Hjelmeland, Kinyanda & Knizek, 2012; Meleiro & Teng, 2004).

Pessoas com esquizofrenia, também, têm o risco aumentado de suicídio em relação à população geral. Os suicídios podem ocorrer ao longo de todo o curso da esquizofrenia, com prevalência da fase ativa da doença e de sintomas de depressão, imediatamente antes do suicídio. O risco é aumentado durante um período pós-psicótico pela possível perda de apoio, diminuição da supervisão, não-adesão ao tratamento, entre outras explicações. Tentativas de suicídio anteriores são comuns, além de um método violento ser utilizado com frequência (Botega et al., 2004; Heilä et al., 1997; Meleiro & Teng, 2004).

Na China, os estudos têm demonstrado uma porcentagem menor da presença de transtorno mental, atribuindo uma taxa de 50% no suicídio, com uma pesquisa de Zhang e Zhou (2009) destoando e encontrando 68.2%. De qualquer forma, revela-se abaixo

dos 90% comumente associado no mundo Ocidental. Segundo Zhang et al. (2011) na China os fatores sociais influenciam o risco de suicídio, independente de transtornos mentais. Um dos argumentos plausíveis para essa diferença é de que os chineses são impulsivos e responsivos a alguns eventos de vida sociais. Observa-se, assim, uma menor ênfase nos fatores ligados a distúrbios mentais para analisar aspectos psicossociais, uma vez que esses poderiam afetar tanto as pessoas com transtorno como sem transtorno mental (Zhang, Wiecek, Conwell & Tu, 2011; Zhang & Zhou, 2009).

Outra pesquisa de autópsia psicológica realizada na China comparou dois grupos: um de suicídios sem transtorno mental e o outro com transtorno mental. Os resultados demonstraram uma diferença significativa entre esses grupos. Os fatores demográficos e sociais distintos, foram: os suicídios sem diagnósticos psiquiátricos eram de pessoas mais jovens, tinham maior grau de escolaridade, maior renda, eram mais propensos a se matar usando pesticidas e outros venenos, eram menos propensos a ter um histórico de tentativas anteriores de suicídio, tiveram menos eventos de vida a longo prazo e mais eventos de vida recente, no período de um mês antes da morte. Os eventos de vida associados com a amostra com diagnóstico psiquiátrico eram de brigas com membros da família, diminuição da renda, e doença física. Os eventos de vida mais comum para os suicídios sem transtornos mentais foram de brigas com membros da família, seguido de perda de prestígio e críticas ou punição de professor, superior ou pais (Yang et al., 2005; Zhang & Zhou, 2009).

É sabido que uma alta taxa de pessoas que se suicidam apresentava algum transtorno mental à época da morte. Entretanto, cerca de 5% das pessoas que possuem algum transtorno mental se suicidam (Botega et al., 2004; Zhang & Zhou, 2009). Dados da OMS (2000) estimam que o risco de suicídio seja de 6-15% em pessoas com depressão, de 7-15% com alcoolismo e de 4-10% com esquizofrenia. Isso remete a

questão de que o diagnóstico de algum tipo de transtorno mental não pode ser ligado como a causa do suicídio, é preciso considerar que apesar da ênfase dada para esse fator, os fatores psicossociais são essenciais, iniciando ou acelerando o caminho do suicídio (Botega et al., 2004; Judd et al., 2012).

Apesar da presença de transtorno mental ser um dos pontos mais assegurados nas pesquisas de autópsia psicológica ao longo dos anos, uma nova gama de estudos tem averiguado se o perfil suicida continua o mesmo e se há bases científicas e metodológicas válidas para assegurar os resultados das autópsias psicológicas, especialmente, no que tange as questões da presença de transtornos mentais. Quanto às mudanças percebeu-se uma diferença no perfil de gênero, uma vez que os resultados quanto ao uso de métodos violentos foram comparáveis. Ademais, observou-se uma queda na taxa de pessoas com transtorno mental, menos de 50% dos suicídios em países da Europa (Hjelmeland et al., 2012; Judd et al., 2012). Entretanto, vale ressaltar que esses resultados ainda são escassos, necessitando que mais estudos sejam realizados, corroborando ou não com essas alterações no perfil do suicídio.

Outros fatores de risco associados ao suicídio são: estar desempregado, divórcio, tentativas de suicídio anteriores, problemas em relacionamentos interpessoais, isolamento, dificuldades financeiras, pendências judiciais, acesso a métodos que podem provocar o suicídio, histórico familiar de suicídio. Dificuldades financeiras e estresse no trabalho associados com depressão tem um risco elevado de suicídio. Além de variáveis psicológicas, como impulsividade e desesperança (DeJong et al., 2010; Judd et al., 2012; Meleiro & Teng, 2004; Owens, Booth, Briscoe, Lawrence & Lloyd, 2003; Parkar et al., 2009; Wenzel, Brown & Beck, 2010).

A existência de tentativa(s) de suicídio anterior é considerada um fator de risco para o suicídio. Nota-se que há um risco elevado em relação à população em geral.

Entretanto, quando se comparam pessoas com tentativas de suicídio com pessoas que consumaram o suicídio, a presença de tentativas anteriores se mostra um dado com uma sensibilidade limitada, pois tentativas anteriores de suicídio são menos comuns no histórico de quem consumou o suicídio, principalmente, para os homens. Os resultados convergem que de 58 a 62% das pessoas que consumaram o suicídio não apresentaram tentativas de suicídio anteriores, ou seja, apenas um-terço dos suicídios haviam feito uma tentativa anterior. Dois-terços comunicaram a intenção suicida semanas antes da morte, usualmente para pessoas diferentes, desses 40% comunicaram de forma clara e específica a sua intenção de suicidar. Além disso, apesar de 90% ter recebido algum tipo de atenção médica no período de um ano antes da morte, em 50% dos casos nunca tiveram contato com profissional da saúde mental (Clark & Horton-Deutsch, 1994; DeJong et al., 2010; Uribe et al., 2013).

O fácil acesso a métodos que podem provocar o suicídio é outro fator de risco. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde/DATASUS, no período de 1996 a 2002, a taxa de óbitos por suicídio tendo como método o enforcamento/estrangulamento foi de 34,1%, ficando atrás apenas da arma de fogo que representou 43,8% das mortes em homens. Já nas mulheres o método mais utilizado foi de enforcamento/estrangulamento (41%), seguido de pesticidas e produtos químicos (19%). Um estudo feito por Santos, Lovisi, Legay e Abelha (2009) buscou mapear aspectos epidemiológicos do suicídio no Brasil, no período de 1980 a 2006. Dentre os achados o local mais comum do suicídio foi a própria casa (51%) e, dentre as mortes ocorridas em casa, 64,5% foram causadas por enforcamento e 17,8% por armas de fogo. Quanto aos métodos utilizados para o suicídio, o enforcamento foi predominante (47,2%), seguido de armas de fogo (18,7%), outros métodos (14,4%) e envenenamento (14,3%).

Histórico familiar de suicídio, também, eleva o risco associado ao suicídio. Estudos comparativos de gêmeos, filhos adotivos, estudo de casos familiares, estudo de genética são estratégias que têm sido utilizadas para compreender como o histórico familiar de suicídio aumenta o risco de suicídio naquela família. Alguns estudos indicam que a associação de suicídio ao longo de gerações na mesma família é explicada pelos fatores hereditários. Outros estudos pontuam que o risco não ocorre pelo fator hereditário, mas por uma aprendizagem, uma vez que alguém da família utilizou esse tipo de recurso ((Borzyskowski, Lindblad, Vinnerljung, Reintjes & Hjern, 2011; Meleiro & Teng, 2004; Turecki, 1999).

A consequência do fator genético ainda não é conclusiva. Pesquisas pontuam que esse componente não seria específico do suicídio, afetando, por exemplo, traços impulsivos, característica encontrada no suicídio. Ou ainda, poderia estar ligado a fatores genéticos que predis põem a transtornos mentais e que esses se associam com o suicídio, embora, tenha sido encontrado que o histórico de suicídio predis põe ao suicídio, independente de transtorno mental (Borzyskowski, Lindblad, Vinnerljung, Reintjes & Hjern, 2011; Hjelmeland et al., 2012; Meleiro & Teng, 2004; Turecki, 1999).

A impulsividade é outro fator que tem sido associado ao suicídio. A impulsividade pode ser denominada como uma inaptidão de inibir respostas, uma inabilidade de planejar o futuro ou um traço de personalidade (Wenzel et al., 2010). Contudo, essa característica é difícil de mensurar, pois envolve várias questões. Por exemplo, o fato de um indivíduo ser impulsivo, não quer dizer que a ação que levou ao suicídio foi um ato impulsivo, podendo ter havido um alto grau de planejamento. De qualquer forma, estudos precisam explorar melhor essa característica (Clark & Horton-Deustch, 1994; Wenzel et al., 2010).

A desesperança, cognições relacionadas ao suicídio, impulsividade aumentada, déficits na resolução de problemas e perfeccionismo são variáveis psicológicas que podem estar presentes no contexto do suicídio. Desesperança pode ser entendida como uma cognição, “uma crença de que o futuro é sombrio, que seus problemas nunca se resolverão” (Wenzel et al., 2010, p.56). Essa característica, principalmente, quando persiste por longo tempo se apresenta como um preditor de risco de suicídio. Além disso, autores pontuam que quanto mais forte for o grau de desesperança, menor é a necessidade de que adversidades apareçam (Wenzel et al., 2010).

O desespero faz parte de um grupo de afetos que Shneidman (1993) cunhou como *psychache*: um sofrimento, uma angústia, uma infelicidade severa, uma dor intolerável que se apodera de toda a mente da pessoa. Quando a união dessa dor intolerável, com estresse e com uma perturbação ou agitação chegam a um nível máximo, o indivíduo pode pensar, ameaçar, tentar ou consumir o suicídio, mas não antes que fatores protetivos, também, entrem em cena (Shneidman, 2005). Assim, além dos fatores de risco, o suporte social, padrões de respostas de enfrentamento, ter razões para viver entram nesse processo ambivalente. Maris (1981 citado em Shneidman, 2004) propõe, ainda, que existe uma carreira suicida, ou seja, decisões suicidas desenvolvidas ao longo do tempo e contra certos cenários psicológicos, genéticos ou biológicos, que nunca são explicados completamente por fatores situacionais agudos (Clark & Horton-Deutsch, 1994).

Variados são os fatores de risco para o suicídio que advém de autópsias psicológicas. Esses fatores devem ser contextualizados e não vistos de forma isolada, revelando apenas dados estatísticos. Insurge a necessidade de um maior conhecimento das circunstâncias de vida e demais fatores que auxiliem ao aprimoramento da avaliação de risco de suicídio. Ainda que os dados estatísticos constituam um instrumento útil

com sinais premonitórios, indícios que podem levar a ocorrência de suicídio, não querem dizer nada específico sobre determinado caso. De acordo com Shneidman (1994) “estatísticas são feitas de casos individuais, um caso individual não é controlado pelas estatísticas” (p.75). A análise de fatores de risco é umas das perspectivas para se abranger a complexidade do suicídio, mas, distante de ser a única.

1.3. QUESTÕES METODOLÓGICAS

A utilidade dessa avaliação pode ser percebida em qualquer âmbito em que se inscreva, contudo muitos questionamentos se fazem em relação à metodologia utilizada para a sua execução. Nos últimos 20 anos, alguns estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de debater e propor soluções para questões metodológicas que mais ocorrem nessa avaliação (Cavanagh et al., 2003; Conner et al., 2012; Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Isometsä, 2001; Jacobs & Klein-Behheim, 1999; Murthy, Lakshman & Gupta, 2010).

Os problemas metodológicos mais retratados na autópsia psicológica são: o desenvolvimento projeto de pesquisa, a identificação das pessoas e da quantidade necessária de informantes para cada caso, fontes de informação, questões particulares referentes aos parentes ou outros informantes, escolha e recrutamento de grupos de controle, dificuldade de realização das entrevistas, problemas para os entrevistadores, a seleção de medidas adequadas para obter informações e garantir conclusões válidas e razoavelmente confiáveis de diversas fontes de informação (Botello, Noguchi, Sathyavagiswaran, Weinberger, & Gross, 2013; Hawton et al., 1998).

Seleção de medidas de avaliação de transtorno mental

Selecionar medidas que garantam uma confiabilidade das informações referentes à presença de transtorno mental no momento do suicídio é uma das questões metodológicas que merecem atenção. É imprescindível que detalhes de como essas informações são obtidas sejam verificados. Algumas autópsias psicológicas utilizam a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM em suas várias versões (SCID) e o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I), a *Schedule for Affective Disorders and schizophrenia* (SADS), formulado para uso de crianças e adolescentes de 9 a 16 anos, para averiguar a presença de transtorno mental. Uma das primeiras limitações que se pode constatar é que essas entrevistas foram criadas para serem feitas diretamente com o paciente, nenhum desses instrumentos foi adaptado e validado para ser realizado com terceiros. Dessa forma, muitas perguntas podem ser difíceis, quando não impossíveis de serem respondidas por outras pessoas (Clark & Horton-Deutsch, 1994; Conner et al., 2012; Hjelmeland, 2012; Pouliot & DeLeo, 2006).

Ainda que entrevistas com terceiros possam prejudicar o diagnóstico, elas já têm a sua validade e confiabilidade confirmadas, necessitando de adaptações. Por outro lado, o que se observa é que a maioria das autópsias psicológicas não faz uso desses instrumentos padronizados. Elas utilizam instrumentos que ainda são desconhecidos ou pouca atenção tem sido dada a eles na literatura, além do desconhecimento de informações psicométricas. Não obstante, existe uma carência de comparação entre os resultados dos estudos, mesmo daqueles realizados com instrumentos padronizados como a SCID. Isso se deve a falta de equivalência nas medidas, com diferença nas versões e edições dos instrumentos, o que gera variações nas questões (Pouliot & DeLeo, 2006).

Além disso, Kelly e Mann (1996, citado em Pouliot & DeLeo, 2006) encontraram uma baixa concordância entre relatos da própria pessoa e dos informantes

para transtornos de personalidade. Vale acrescentar, que esse estudo apesar de não ter sido realizado com pacientes suicidas, mostrou o grau de concordância para o diagnóstico de transtorno de personalidade a partir da comparação entre informantes e o relato da própria pessoa. Alguns pesquisadores têm revelado não atribuir transtorno de personalidade nas autópsias psicológicas pela dificuldade de realizar essa avaliação após a morte (Hjelmeland et al., 2012). Dreesen et al. (1998, citado por Pouliot & DeLeo, 2006) asseguram que o grau de concordância diagnóstica entre os pacientes e os informantes aumenta de acordo com o aumento da intensidade e intimidade da relação entre eles.

O próprio processo de luto, fatores cognitivos, como memória, disponibilidade emocional do sobrevivente de suicídio, idade, gênero, grau de proximidade com a vítima interferem nas informações. O relato do informante, também, pode ser susceptível de ser moldado pela necessidade de justificar o suicídio, pela atitude do entrevistado em relação ao suicídio ou pelo o que ele pensa sobre transtorno mental. Em casos de abuso, em que o abusador é o informante, pode ser conveniente que ele atribua algum transtorno mental como causa do suicídio. Assim, pode haver uma supervalorização dos transtornos mentais (Hjelmeland, 2012; Pouliot & DeLeo, 2006).

Tempo entre o suicídio e a entrevista

O tempo transcorrido desde a morte é outro fator que pode influenciar nas informações obtidas. O sobrevivente de suicídio se estiver com sintomas depressivos, característicos do luto, ou algum transtorno afetivo pode avaliar de maneira mais pessimista ou ainda pode, consciente ou inconscientemente, valorizar o morto, não revelando características que pudessem macular de alguma forma a imagem da vítima

(Conner et al., 2012; Hawton et al., 1998; Hjelmeland et al., 2012; Jacobs & Klein-Benheim, 1995).

De modo geral, as pesquisas têm apontado que no mínimo três meses devem ter transcorrido da morte para a realização da entrevista, mas alguns autores já pontuam que a partir do segundo mês seria apropriado, pois teria passado a fase mais crítica do luto. Além do tempo mínimo, muitos autores pontuam que o tempo máximo seria de um ano. Assim, propõe-se que as entrevistas sejam realizadas no período de três meses a um ano da morte para que a parte mais traumática do luto tenha passado, mas dentro do tempo em que eles estejam dispostos a falar, além de evitar a deterioração da memória (Conner et al., 2012; Hawton et al., 1998; Hjelmeland et al., 2012; Jacobs & Klein-Benheim, 1995; Zhang et al., 2002).

Além do tempo para a realização da entrevista, outro fator que pode influenciar na recordação dos informantes é as circunstâncias envolvidas na descoberta do suicídio. Os informantes que descobriram o corpo ou ainda o viram na cena do suicídio têm uma maior propensão a ter uma experiência traumática diferente daqueles que não viram ou não acharam o corpo. Um fenômeno que pode acontecer com os informantes que viram o corpo é a hipermnésia, que se refere à ampliação da memória decorrente de uma experiência traumática ao longo do tempo (Pouliot & DeLeo, 2006).

Contato inicial com o informante

Outra variável refere-se ao primeiro contato com os informantes. Apesar de não haver um consenso sobre qual a maneira mais adequada para iniciar o contato com os entrevistados alguns pontos podem ser considerados. Alguns pesquisadores, após aprovações preliminares necessárias, entram em contato com instituições, como delegacias, enviando cartas a possíveis informantes, que explicam o motivo da

entrevista e que o entrevistador entrará em contato, por telefone ou pessoalmente, para saber do interesse em participar da pesquisa (Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Zhang et al., 2002).

Outras pesquisas propõem um contato inicial direto por telefone ou com visita domiciliar. Apesar de não ser unânime qual procedimento seria o mais conveniente, a visita domiciliar aparece com baixa taxa de recusa. Contudo, questões éticas devem ser ponderadas, uma vez que a visita acontece sem que a pessoa saiba do que se trata. De maneira geral, a abordagem mais comum para o contato inicial é enviar uma carta, seguida de telefonema, uma semana após (Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Isometsä, 2001; Zhang et al., 2002).

No contato telefônico ou na visita domiciliar, mesmo que uma carta tenha sido encaminhada, é útil que o entrevistador tenha um protocolo com amplas explicações sobre o projeto. Também, é importante ter estratégias para evitar que o informante não se sinta culpado, caso se recuse a participar da pesquisa (Cooper, 1999; Zhang et al., 2009). Afora isso, o contato deve ser visto como um momento de respeito e que propicie um ambiente confortável tanto na recusa quanto no aceite da participação. A discussão em torno de possibilidades éticas do contato inicial é propícia para que uma baixa taxa de recusa seja obtida sem que os entrevistados sintam que seus direitos foram infringidos (Cooper, 1999).

Escolha e número dos informantes

A escolha dos informantes, também, pode afetar na qualidade das informações. De modo geral, é dada uma maior preferência a pais e companheiros. Entretanto, o fato de serem pais ou parentes próximos não significa que haja uma relação de confiança ou de intimidade. Como é o caso de alguns jovens, em que características de abuso de

álcool ou outras substâncias podem ser melhor informadas por amigos do que pelos pais. Nesse sentido, poucos estudos discutem, ou ao menos, mencionam essas características da relação nas pesquisas (Clark & Horton-Deutsch, 1992; Hawton et al., 1998).

Além disso, o número de entrevistados para cada caso de suicídio é outro fator importante. A maior parte das autópsias psicológicas realizadas utilizou um ou dois informantes para cada caso. Aumentar o número de informantes, buscando aqueles com maior grau de intimidade pode ajudar a aumentar as chances de alcançar um conhecimento mais legítimo. Caso haja informações contraditórias entre dois entrevistados, uma ferramenta útil é entrevistar uma terceira pessoa, ou ainda, retornar às duas pessoas e verificar sobre os pontos que se mostraram contraditórios. Entretanto, a informação das entrevistas de autópsia psicológica vai estar sempre limitada ao que o informante observou (Hawton et al., 1998; Hjelmeland et al., 2012; Jacobs & Klein-Benheim, 1995).

Local e duração da entrevista e quantidade de informantes por sessão

A entrevista, geralmente, ocorre na casa dos entrevistados, pois evita que o entrevistado tenha que se locomover, muitas vezes interpondo dificuldades de acesso, indisponibilidade de tempo para locomover até outro local, entre outras intempéries. Na casa, deve se escolher o local que seja o mais reservado possível. Quando mais de uma pessoa será entrevistada na casa, deve ser pedido que as entrevistas aconteçam individualmente, para que cada ponto de vista dos entrevistados possa ser inteiramente considerado, levando a um quadro mais completo da situação. Se por ventura, os entrevistados insistirem em realizar a entrevista juntos, apesar de qualquer explicação,

isso deve ser respeitado e a entrevista deve ser realizada concomitante (Conner et al., 2012).

Normalmente, a duração da entrevista varia de duas a quatro horas. É essencial que os entrevistados sejam avisados desse tempo para que possam se programar. Além de que um intervalo seja realizado caso o tempo da entrevista seja demorado (Cooper, 1998; Hawton et al., 1998; Isometsä, 2001; Zhang et al., 2002).

Habilidade e treino do entrevistador

Nas entrevistas de autópsia psicológica, observa-se a falta de um padrão que regula o protocolo e método de aplicação. Isso acaba por deixar a entrevista variar de acordo com a habilidade, treino e sensibilidade do entrevistador (Hawton et al., 1998; Murthy et al., 2010; Snider, Hane & Berman, 2006; Werlang, 2000).

A capacitação dos entrevistadores influenciará na qualidade dos dados obtidos. É concordante que pessoas menos treinadas afetam negativamente a qualidade dos dados obtidos (Conner et al., 2012; Hjelmeland et al., 2012; Zhang et al., 2002). Ademais, é aconselhável que os entrevistadores tenham experiência clínica, pois pode ser necessário lidar com alguma situação de crise no momento da entrevista. Da mesma maneira, em pesquisas que se fará uso de instrumentos clínicos para diagnóstico, essa habilidade clínica pode ser uma ferramenta útil ou mesmo imprescindível para uma maior confiabilidade das informações (Conner et al., 2012).

O treinamento dos entrevistadores é pouco relatado nas pesquisas. Zhang et al. (2002) pontuam que foi realizado um treinamento com os seis entrevistadores que faziam parte da equipe, sendo psiquiatras, psicólogos e epidemiologistas. Eles foram treinados, especialmente para a utilização da SCID. Os estagiários observaram entrevistas reais e simuladas para aprimorar as habilidades dos entrevistadores. Outra

pesquisa comparou a validade e confiabilidade de diagnósticos entre entrevistadores leigos, que foram treinados e entrevistadores com experiência clínica (psicólogos e psiquiatras). O resultado apontou que a confiabilidade entre os entrevistadores com experiência clínica superou os profissionais leigos. Entrevistadores leigos, ainda que treinados, reportaram mais sintomas do que os clínicos (Pouliot & DeLeo, 2006). Com isso, observa-se que o treinamento de profissionais, juntamente, com uma experiência clínica fornece uma maior confiabilidade e validade das informações obtidas.

Considerações metodológicas

As questões metodológicas revisitadas fazem parte de dilemas encontrados nas pesquisas que tinham como método a autópsia psicológica ou analisavam autópsias psicológicas em casos de suicídio. Contudo, o objetivo da autópsia psicológica, como explanado anteriormente, pode ser tanto para avaliar o modo da morte, quanto para realizar pesquisas na busca de maiores informações sobre o suicídio. Quando a autópsia vem como demanda da justiça para avaliar o modo da morte, poucos recursos têm o perito em relação a determinadas questões, uma vez que quesitos devem ser respondidos, pareceres apresentados em um tempo delimitado.

Dessa forma, questões como assegurar um tempo entre a morte e a entrevista, como fazer o primeiro contato não são colocadas diante da demanda judicial. Além de que, esse já é um ambiente em que as testemunhas podem ser indiciadas, sem necessidade de autorização. Abrindo um cenário com outras especificidades, como estar atento para simulações, a resistência em responder, ter interesse de que certas informações sejam omitidas ou modificadas, a não confidencialidade do processo de autópsia psicológica, entre outros (Botello et al., 2013; Rovinski, 2009).

De qualquer forma, uma maior padronização de entrevista que reveja alguns dos problemas metodológicos, pode imprimir uma maior confiabilidade dessas avaliações. A discussão das questões metodológicas sobre a autópsia psicológica almeja melhorar a sua realização da autópsia psicológica, sem, no entanto, desmerecer o seu legado. Afinal, é uma proposta de avaliação retrospectiva, que se limita diante da impossibilidade de ter o contato com a própria pessoa que cometeu suicídio.

1.4. REVISÃO DE ENTREVISTAS DE AUTÓPSIA PSICOLÓGICA

No intuito de analisar entrevistas, comparando métodos e protocolos, observou-se que poucos estudos se debruçaram na tentativa de padronizar esse método. Na revisão sobre autópsia psicológica, observa-se que a maioria dos artigos recai sobre resultados de autópsias psicológicas com grupo controle, apontando fatores de risco e, mais escassas as pesquisas sobre protocolos e métodos padronizados de autópsia psicológica (Cavanagh et al., 2003; Murthy et al., 2010; Pouliot & DeLeo, 2006; Snider, Hane & Berman, 2006).

Hjelmeland et al. (2012) propõem que não é uma maior padronização que se faz necessária, mas uma sistematização mais ajustada das informações, colocando por exemplo, a relação da vítima com o informante e não apenas o grau de parentesco. Além de sugerir que as abordagens sejam mais qualitativas, entendendo o suicídio para além dos transtornos mentais. Indicam que as entrevistas sejam qualitativas, com um número relativamente elevado de informantes em torno de cada suicídio e que sejam sistematicamente analisadas, possibilitando uma visão ampla do porquê determinada pessoa se matou naquele momento particular de sua vida. Portanto, compreender-se-á o que o suicídio representou para aquela pessoa, em seu contexto particular, contribuindo para práticas de prevenção em suicídio.

No contexto de pesquisa e clínica esse direcionamento menos padronizado, mas sistematizado apresenta vantagens. Embora, especialmente no contexto forense, a falta de padronização, que gera a validade e confiabilidade fica comprometida (Snider et al., 2006). O maior rigor metodológico pode ser incluído em pesquisas aumentando a força das informações.

Os artigos encontrados, em geral, apontavam resultados de autópsia psicológica, como fatores de risco. Já a quantidade de artigos publicados referentes à metodologia da autópsia psicológica ainda é escassa, concentrando em roteiros que apontam o que deve ser verificado nas autópsias psicológicas (Clark & Horton-Deustch, 1992; Conner et al., 2012; Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Snider et al., 2006).

Snider et al. (2006) com o objetivo de responder a essa lacuna e gerar maior admissibilidade da autópsia psicológica como prova pericial, recomendaram um protocolo padronizado, que deveria conter áreas de investigação. Essas áreas vão desde buscar relatórios médicos e policiais até saber sobre hobbies e grau de religiosidade, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Áreas de investigação propostas por Snider, Hane e Berman (2006)

ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO	EXEMPLOS
1- Documentação Recomendada	Relatórios médicos Relatórios policiais
2- Local da Morte	Relacionamento do falecido com o local Evidência de planejamento ou ensaio
3- Dados Demográficos	Idade, gênero Estado civil
4- Sintomas Recentes / Comportamentos	Apareceu deprimido, triste, choroso ou melancólico
5- Precipitantes à morte	Morte recente de alguém significativo Algum evento percebido como traumático
6- História Psiquiátrica	Comportamentos suicidas anteriores Ter visto um psicólogo, psiquiatra
7- Saúde Física	Recente visita a um médico Experiência com dor crônica
8- Abuso de Substâncias	História de abuso de álcool ou outras substâncias

9- História Familiar	Algum irmão ou pais que tenha morrido por morte não-natural
10-História de Arma de Fogo	Adquiriu recentemente arma de fogo Armazenava arma de fogo
11- Suporte Social	Relativo sucesso nas relações pessoais ou de trabalho
12-Reatividade Emocional	Comportamentos impulsivos Histórico de violência contra outros
13- Estilo de Vida	Perfeccionismo Padrões de resposta típicos
14- Acesso à serviços de saúde	Comportamento de buscar ajuda Sem acesso a um cuidador
15- Outras áreas de investigação	Hobbies Grau de religiosidade

O estudo de Snider et al. (2006) é mais atual, tendo embasado na resposta de vários profissionais que trabalham com autópsia psicológica. No entanto, o que se percebe é que muitos desses parâmetros recaem sobre o que Shneidman já propunha há décadas. Ele propôs 16 temas que as autópsias psicológicas deveriam seguir, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2. Áreas de investigação da autópsia psicológica para Shneidman (1981)

1- Identificação da vítima
2- Detalhes da morte
3- Breve esboço da história da vítima
4- História das mortes que aconteceram na família
5- Descrição da personalidade e do estilo de vida da vítima
6- Padrões típicos de reação ao estresse, a emoções incômodas e períodos de desequilíbrio
7- Estressores, tensões ou antecipação de problemas recentemente
8- Papel do álcool n estilo de vida e no método do suicídio
9- Natureza dos relacionamentos interpessoais
10- Fantasias, sonhos, pensamentos em relação à morte, acidentes ou suicídio
11- Mudança nos hábitos ou rotinas antes da morte
12- Informações relativas a aspectos vitais da vítima
13- Avaliação da intenção
14- Avaliação da letalidade
15- Reações dos informantes à morte da vítima
16- Comentários ou particularidades do caso

De acordo com a revisão da literatura, várias áreas de análise são possíveis. Sendo elas: detalhes da morte, circunstâncias da morte, acesso ao método, premeditação, letalidade; avaliação da intencionalidade; antecedentes familiares, incluindo história de transtornos mentais e comportamento suicida; infância e adolescência; educação; relacionamentos com pais, amigos e família; suporte social; rede social e isolamento; problemas judiciais; habitação; ocupação e emprego; saúde física; histórico psiquiátrico do falecido; exposição a comportamento suicida; compromisso religioso; eventos de vida e estressores de vida crônicos; fontes de estresse; padrões típicos de respostas da vítima frente a estresse, distúrbios emocionais ou períodos de desequilíbrio; reações dos familiares diante do suicídio; presença de carta de despedida; comunicação da ideação suicida ou planejamento; tentativas anteriores de suicídio (Cavanagh et al., 2003; Clark & Horton-Deustch, 1992; Cooper, 1999; Jacobs & Klein-Benheim, 1995; Hawton et al., 1998; Murthy et al., 2010; Shneidman, 1994, 1993).

Na avaliação da intencionalidade os indícios mais importantes são: preparações especiais para a morte; expressões de despedida ou o desejo de morrer; expressão de desespero; grande dor ou sofrimento físico ou emocional; precauções para evitar resgate; tentativas anteriores de suicídio ou ameaças; eventos estressantes recentes ou perdas, depressão grave ou distúrbio mental (Litman, 1989). Os indicativos da intencionalidade se subscrevem na união de diversos fatores que dão sinais da intenção de morrer, uma vez que a autópsia psicológica se caracteriza pela difícil tarefa de saber depois da morte o que estava na mente do indivíduo antes de morrer.

Quanto à forma da entrevista, sugere-se que sejam entrevistas semi-estruturadas, começando com perguntas abertas, antes de passar para as fechadas. O entrevistador, também, deve ser flexível e adaptar as necessidades psicológicas do informante.

Quando o entrevistado antecipa assuntos que iriam ser abordados, cabe ao entrevistador aprofundar as informações desse tópico e depois voltar para onde havia parado (Conner et al., 2012; Hawton et al., 1998). Kizza et al. (2012) propuseram começar com uma pergunta ampla: para que o informante descrevesse as circunstâncias que cercaram o suicídio. Após a resposta, explorar os temas que não foram bem cobertos pela narrativa do informante e que fazem parte dos 16 itens propostos por Shneidman, de acordo com o Quadro 2.

Como protocolo, os entrevistadores devem inicialmente se apresentar, dando um breve histórico de sua história profissional, agradecendo pela colaboração, descrevendo brevemente os objetivos da entrevista, além de explicações sobre a confidencialidade e anonimato das informações e dos dados de identificação. No final, devem responder a dúvidas ou questões que os informantes tenham e agradecer pela participação (Conner et al., 2012; Hawton et al., 1998; Werlang, 2000).

Os modelos de entrevistas encontradas na íntegra foram apenas quatro. Dessas, duas eram para casos de suicídio confirmado e as outras para investigar o modo da morte. Nesse sentido, teve-se como foco as quatro entrevistas apresentadas na íntegra pelos autores.

As entrevistas mapeadas foram: às entrevistas realizadas por Shneidman (2004), a Entrevista Semi-estruturada para Autópsias Psicológicas (ESAP) proposta por Werlang (2000), o Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Autopsias Psicológicas e Psicossociais (RESAPP) de Cavalcante et al. (2012), o Modelo de Autópsia Psicológica Integrado (MAPI) criado por García Pérez (1990). As entrevistas de Shneidman (2004) se diferenciam das outras por não serem padronizadas, mas, devido ao alto valor das entrevistas mostradas na íntegra no livro *Autopsy of a Suicidal Mind*, também, foram escolhidas.

Entrevista Semi-Estruturada para Autópsias Psicológicas (ESAP)

Werlang (2000) propõe um modelo de entrevista para a realização de uma autópsia psicológica, a Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP). Ela se divide em quatro módulos: precipitadores ou estressores (*O quê?*), motivação (*Por quê?*), letalidade (*O quê?*) e intencionalidade (*Como?*). A entrevista inicia com perguntas abertas, seguida de perguntas fechadas e em eco (Werlang, 2000, 2009).

O primeiro módulo é de avaliação dos precipitadores e/ou estressores. Começa com a pergunta aberta: “O que aconteceu antes da morte e que pode ter relação com o fato? Com ele mesmo? Na família? Nas relações com os outros? Na escola ou no trabalho? Em questão de dinheiro ou outras? ”. Essa questão segue com dois itens para especificação dos precipitadores, com respostas dicotômicas de sim e não. Ainda no primeiro módulo há mais duas questões fechadas com opção de sim ou não como resposta, que avaliam a reação do falecido aos acontecimentos e se houve mudança no comportamento. O segundo módulo avalia a motivação, começando com a pergunta aberta “*Por que será que o suicídio ocorreu ou quais as razões que tinha para querer morrer?*”, prossegue com 32 itens com alternativas de sim ou não (Werlang, 2000).

O terceiro módulo averigua a letalidade, iniciando com a pergunta “de que a pessoa morreu? ”. Continuando com três questões de múltipla escolha, sobre o método utilizado, se ele estava ao alcance e se era fácil de obter. Além de duas perguntas para especificar a probabilidade que o método produzisse a morte e com qual rapidez. O quarto módulo inicia com a pergunta: “Como chegou a ocorrer o fato? ”, com mais 25 itens de alternativas dicotômicas (sim ou não), sobre evidências de intenção ou desejo de morrer e sobre planejamento para a morte. Além dos módulos de avaliação, a

entrevista possui uma árvore decisória para alcançar a decisão final quanto à probabilidade da ocorrência do suicídio (Werlang, 2000).

Além disso, ela propõe que a entrevista seja realizada em três partes: abertura, intermediária e final. Na abertura, o entrevistador deve estabelecer uma relação de confiança com o entrevistado, para que seja possível uma comunicação a mais espontânea possível. Seguindo para a fase intermediária, em que o entrevistador usa a entrevista. E, por fim, a fase final, na qual o entrevistador prepara o informante para o fechamento da atividade, confirmando a relação de confiança. Além disso, na fase final há a decisão final sobre a probabilidade de ocorrência do suicídio, seguindo os passos do esquema decisório.

Esse instrumento permite objetividade e validade. Foi averiguado um grau significativo de concordância entre os avaliadores para a avaliação dos módulos investigados. É um importante instrumento que busca preencher a lacuna de um modelo de entrevista para a realização da autópsia psicológica, propondo além da utilização do instrumento para a entrevista, que o manejo dos resultados obtidos.

Modelo de Autópsia Psicológica Integrado (MAPI)

O Modelo de Autópsia Psicológica Integrado (MAPI) foi criado por Teresita Garcia Pérez, no Instituto de Medicina Legal de Cuba, em 1990. Essa entrevista tem como objetivo investigar o modo da morte, apontando graus probabilísticos de que a morte tenha sido por suicídio, homicídio ou acidente. Assim, vários itens se referem a um possível homicídio, como a relação com o autor de sua morte. Trata-se de um método completamente estruturado e sistematizado, composto por 63 categorias. As perguntas são fechadas na tentativa de diminuir ao máximo os desvios e a subjetividade dos entrevistadores, uma vez que os entrevistadores devem conduzir a entrevista da

mesma maneira. Esse modelo foi testado de 1990 a 1994 com vítimas de suicídio e homicídio e é um modelo cientificamente testado e validado. Esse modelo foi adaptado para a população brasileira pela autora Santos, M.F. (Texto adquirido em curso de Autópsia Psicológica em Campinas, 2007).

O MAPI inclui: dados sóciodemográficos; histórico médico pessoal e familiar (toxicológicos); estado mental (percepção sensorial, consciência, memória, orientação); relacionamento consigo, com os outros, com as coisas e, se for o caso, com o autor de sua morte; afetividade; conduta; comida; sexo; sono; atividade; linguagem; presença de psicopatologia; conflitos na área pessoal, familiar, econômico ou judicial; traços de personalidade; aspectos psicológicos; interesses; sinais de aviso de que o suicídio iria acontecer até dois anos antes; informações sobre a morte, como: lugar, tempo, instrumento utilizado, motivações, ações, sentimentos; ingestão de álcool ou outras substâncias; perdas recentes; se a vítima portava alguma arma no momento da morte; possíveis motivações para a morte (Castillo, 2010, Garcia Pérez, 1999).

Segundo o protocolo, a entrevista deve ser realizada com pelo menos três informantes. Caso haja informações discordantes, o entrevistador deverá fazer uso de outras fontes de informação que julgar necessário, como relatórios médicos. De preferência a entrevista é realizada na casa do informante, devendo ser escolhido um espaço privativo, para que a confidencialidade dos dados seja garantida. A entrevista é realizada individualmente. Além disso, dois pontos são considerados: 1) que haja uma relação de bastante intimidade entre o informante e a vítima para que as informações colhidas tenham qualidade e, 2) que pessoas suspeitas de envolvimento com a morte da vítima não sejam entrevistadas, pois o risco de viés é muito alto (Castillo, 2010; Garcia Pérez, 1999).

Essa entrevista pelo caráter investigativo não apresenta perguntas sobre o sobrevivente de suicídio, nem a reação deles ao suicídio. Apesar desse ser um tema sugerido por Shneidman (1981), para os casos, também, duvidosos realizados no LAPSC. Além disso, nota-se que o conteúdo da entrevista visa mapear diversas áreas de investigação e a estrutura busca diminuir vieses que poderiam limitar a validade no contexto forense. É outro instrumento de grande utilidade, principalmente, no que se refere a casos em que o modo da morte seja duvidoso. Entretanto, é necessário que pesquisas futuras validem esse instrumento para a população brasileira.

Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Autopsias Psicológicas e Psicossociais (RESAPP)

O Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Autopsias Psicológicas e Psicossociais foi desenvolvido por Cavalcante et al. (2012). Esse instrumento compõe um dos procedimentos adotados para a compreensão psicológica e psicossocial de suicídios com idosos, considerados maiores de 60 anos, no Brasil. Fazem parte do procedimento: a ficha de identificação; o genograma; o roteiro de entrevista semiestruturada para autopsias psicológicas e psicossociais; roteiro de organização de estudos de caso; e roteiro de organização de dados socioantropológicos (Cavalcante et al., 2012, Cavalcante & Minayo, 2012).

Como protocolo, no contato inicial o entrevistador deve esclarecer sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de criar empatia e garantir o sigilo da identidade. Segue com o preenchimento da ficha de identificação, na qual busca entre outros dados o grau de parentesco e grau de afinidade, a família de procriação, a família de origem. Prosseguindo com a montagem do genograma familiar (Cavalcante et al., 2012).

Após o contato inicial passa-se para a realização do RESAPP. Esse roteiro possui 44 perguntas simples e compostas que abarcam a caracterização social, o retrato e modo de vida da vítima, a avaliação da atmosfera do ato de suicídio, o estado mental que antecedeu o suicídio e a imagem da família (Cavalcante et al., 2012, Cavalcante & Minayo, 2012). Observa-se que devido à amostra ser de idosos, perguntas específicas para essa população fazem parte do roteiro, como se o falecido era aposentado e fazia alguma outra atividade, se havia um cuidador dedicado ao idoso, se ele tinha plano de saúde, além do termo idoso ser utilizado em diversas perguntas. Assim, é essencial algumas adaptações para outra faixa etária, ou mesmo, para que todas as faixas etárias possam ser contempladas, como o uso mais genérico do termo pessoa.

Algumas estratégias foram usadas para a realização dessa pesquisa, entre elas: um seminário de capacitação da equipe e um seminário para discussão dos resultados. Apesar da capacitação dos pesquisadores *seniores* ter sido a mesma, a capacitação que foi oferecida para as equipes de cada região não teve um único padrão. Em relação ao RESAPP, várias modificações ocorreram como o acréscimo do grau de afinidade entre o informante e a vítima. Os resultados dessa pesquisa apontam tanto para a compreensão das circunstâncias do suicídio, do impacto do suicídio para a família, como para dificuldades na aplicação do método, confiabilidade e consistência do roteiro.

O RESAPP se mostrou um instrumento útil, que propõe compreender os fatores psicológicos e psicossociais do suicídio de idosos e o seu impacto na família. Além de ser um instrumento que atenta para a realidade brasileira. Porém, ressalta-se a necessidade de ser adaptado e validado a outras populações que não idosos.

Entrevistas realizadas por Shneidman no livro *Autopsy of a Suicidal Mind* (2004)

Outras entrevistas importantes foram realizadas por Shneidman (2004). Apesar de Shneidman não ter padronizado nenhuma entrevista para realizar autópsia psicológica, ele sintetiza um roteiro, com quatro perguntas que deveriam nortear as entrevistas. Esses direcionamentos são: que tipo de pessoa a vítima era; o entendimento que o entrevistado tem do porquê a vítima teria se matado; quais as ideias do entrevistado sobre o suicídio em geral; e, se o entrevistado acreditava que algo poderia ser feito para prevenir a morte. As entrevistas abertas foram transcritas nesse livro, que possibilitou um amplo entendimento de como realizá-las, buscando tanto o conhecimento sobre a vítima como sobre a história de vida do próprio entrevistado.

Shneidman realizou nove entrevistas sobre o Arthur, a vítima de suicídio estudada, os entrevistados foram: a mãe, pai, irmã, irmão, melhor amigo, ex-esposa, ex-namorada, psicoterapeuta e psiquiatra. Essas entrevistas, juntamente com a nota de suicídio deixada por Arthur, foram transcritas e analisadas por Shneidman e por vários profissionais, apresentando o entendimento de cada um deles sobre o que aconteceu, porque aconteceu, e se poderia ou não ter sido evitado.

Shneidman aprofundou em diversos aspectos da vida da vítima e do entrevistado. Em determinados momentos explicações sobre o suicídio foram dadas aos informantes. De maneira geral, as entrevistas pediam para falar como Arthur era e a partir de cada narrativa havia novos direcionamentos. Assim, aspectos tanto da infância, adolescência, vida adulta de Arthur foram abordados. A história de vida de cada informante, também, foi averiguada, por exemplo, com a ex-mulher de Arthur, abarcou sua experiência com a família tendo passado pelo holocausto, ou a história de vida da ex-namorada, com uma mãe depressiva.

Percebe-se que havia um alto grau de intimidade dos informantes com Arthur, em que diversas informações foram corroboradas, como tentativas de suicídio

anteriores, comunicação da ideação suicida, como ele estava no dia anterior, como ele era. Porém, na pergunta de que se algo poderia ter sido feito para evitar a morte, percebe-se uma dissensão maior. Isso de certa forma pode ser esperado pelo alto grau de subjetividade que advêm dessa pergunta hipotética. A quantidade de informantes, também, é algo digno de nota, uma vez que as informações puderam ser bem obtidas, podendo se montar um retrato o mais fiel possível de Arthur.

As entrevistas são guiadas exemplarmente pelo entrevistador. Percebe-se que as entrevistas abertas buscam de forma bastante espontânea os diversos temas relacionados ao suicídio e aos sobreviventes de suicídio. Isso remete tanto a necessidade de experiência clínica para conduzir entrevistas como, também, alerta para que a realização da autópsia psicológica de forma tão aberta deve ser cautelosamente levantada, afinal o entrevistador é um *expert* na área há mais de 50 anos. Uma estrutura tão solta para um entrevistador menos experiente, provavelmente, não será tão satisfatória.

1.5. IMPACTO DAS ENTREVISTAS DE AUTÓPSIA PSICOLÓGICA NOS ENTREVISTADOS E ENTREVISTADORES

A entrevista realizada para autópsia psicológica desempenha um papel essencial para o conhecimento científico sobre o suicídio, tanto com informações sobre a pessoa que consumou suicídio como sobre a vivência do entrevistado diante do suicídio. Porém, é fundamental considerar que os entrevistados são sobreviventes de suicídio e, portanto, podem estar vivenciando reações profundas pela perda.

Toda entrevista pode gerar algum dano seja moral, psíquico, intelectual, cultural ou em qualquer outra dimensão do ser humano. A situação de interação entre o entrevistador e o entrevistado pode ser estressante para o participante, independente do assunto abordado (Creswell, 2010; Rosa & Arnoldi, 2008). Por outro lado, a entrevista pode constituir uma experiência vital para o entrevistado que pode estar falando pela

primeira vez o mais sinceramente possível com alguém que o compreende, de forma que a entrevista funcione, em alguma medida, de forma terapêutica (Bleger, 1974).

Neste contexto, analisar e compreender as reações dos entrevistados à entrevista é um passo importante para prevenir ou minimizar futuros efeitos negativos dela. Conhecer os impactos da entrevista se tornou imperativo diante de inúmeros questionamentos da utilidade ou mesmo maleficência da entrevista.

Wong et al. (2010) propuseram um instrumento para mensurar as reações dos entrevistados, o *Psychological Autopsy Contact and Interview Reactions Measure*. Esse instrumento avalia reações referentes ao contato inicial e as reações dos informantes por terem sido entrevistados pelo método de autópsia psicológica. A entrevista é composta por 11 perguntas fechadas, sendo três para mensurar o contato inicial e as outras questões pertinentes à autópsia psicológica.

Em relação ao contato, o instrumento busca averiguar como o entrevistado se sentiu por ter sido contatado, se ele ficou satisfeito com a explicação sobre o estudo e se o tempo decorrido entre a entrevista e a morte foi satisfatório. Quanto à entrevista, as perguntas apontavam se o entrevistado achou a entrevista perturbadora, como eles se sentiram falando do suicídio em detalhes, como eles se sentiram depois da entrevista, se a entrevista auxiliou a falar sobre a morte, se ele estava mais disponível para conversar sobre o suicídio com outras pessoas, se ele melhorou o entendimento sobre o assunto e se ele tinha se arrependido de ter participado da pesquisa (Wong et al., 2010).

A utilização desse instrumento e de várias pesquisas para avaliar os efeitos das entrevistas para os entrevistados demonstraram efeitos positivos e negativos, variando de acordo com a pesquisa. Entretanto, um dado semelhante a todas pesquisas encontradas é que os efeitos positivos se sobressaem em porcentagem e número em

relação aos efeitos negativos (Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Wong et al., 2010; Henry & Greenfield, 2009; Zhang, 2002).

As reações positivas reiteradamente encontradas nos estudos foram de que a entrevista ocasionou *insights*, houve vários *feedbacks* de alívio, alguns participantes relataram ter falado sobre a vítima de suicídio de uma forma que não tinham conseguido e estavam se sentindo melhores. Falar sobre o suicídio sem a estigmatização pode gerar um alívio no participante, que em outros contextos sociais pode se sentir discriminado e estereotipado (Asgard & Carlsson-Berström, 1991; Cooper, 1999; Hawton et al., 1998; Henry & Greenfield, 2009; Moura, 2006; Wong, Chan et al., 2010).

A autópsia psicológica ao buscar reconstruir os eventos, verificando os principais fatores que faziam parte das circunstâncias de vida do falecido, ajudou vários entrevistados a desenvolver uma visão mais global e mais realista sobre os fatores estressores que levaram ao suicídio. Assim, com frequência os sobreviventes reconsideraram sentimentos de culpa e diminuíram seu senso de responsabilidade sobre a morte. Outro ponto é o propósito altruísta da participação na entrevista, ou seja, os entrevistados relataram bem-estar por sentirem que estavam contribuindo com informações que pudessem ser utilizadas para prevenção de futuros suicídios (Henry & Greenfield, 2009; Hawton et al., 1998; Wong et al., 2010).

A entrevista promove um espaço de encontro em que é possível falar da perda, o que pode gerar certo alívio no isolamento do sobrevivente, característica essa recorrente no luto por suicídio. O fator cultural pode pesar na dificuldade de se falar sobre a morte. Na China, por exemplo, a morte é um tema tabu, pois acreditam que falar sobre a morte aumenta a probabilidade de que ela ocorra ou até mesmo de que espíritos malignos sejam enviados para assombrar as pessoas, dificultando que os enlutados falem sobre ela. Assim, a entrevista corrobora como apoio para que a fala seja expressa em ambiente

favorável, sem críticas e julgamentos. Além disso, resultados de pesquisas apontam que muitos entrevistados após passarem pela entrevista se sentiram motivados para buscar ajuda profissional (Wong et al., 2010).

Ademais, com menor porcentagem observou-se que em alguns casos o maior entendimento sobre reações de luto ajudou a prevenir respostas de enfrentamento mal adaptativas dadas pelo entrevistado. Em outros casos, observou-se que com algumas horas de entrevista sentimentos de paralisia, devido a não aceitação da morte como real, foram diminuindo (Henry & Greenfield, 2009).

Os efeitos negativos encontrados foram: ter sentido que a entrevista foi angustiante ou estressante; alguns relataram sentimentos de depressão; insights dolorosos; decepção por não prosseguirem com tratamento terapêutico com o entrevistador; outros relataram que a autópsia psicológica focou apenas nos aspectos negativos do morto e não em seus pontos emocionais fortes (Cooper, 1999; Henry & Greenfield, 2009; Wong et al., 2010; Zhang et al., 2002).

Segundo Henry e Greenfield (2009), ainda não é possível saber se os efeitos negativos em relação à entrevista foram reações diretas da autópsia psicológica ou se refletiram vulnerabilidades preexistentes. Os entrevistados que relataram efeitos negativos, talvez, fossem os que desde o início precisavam de uma ajuda profissional.

Cabe ressaltar que na situação de entrevista com pessoas que possam estar vivenciando situações de luto, de crise é possível que mecanismos de defesa frágeis se rompam. Assim, vulnerabilidades podem emergir diante da entrevista imediatamente ou não. Com a identificação de vulnerabilidades, como risco de suicídio, ocorrência de sentimentos prejudiciais ou intoleráveis, é necessário que medidas cabíveis sejam tomadas, como encaminhamento para profissionais de saúde mental.

Durante a entrevista sentimentos de culpa, tristeza, raiva, desesperança e desespero podem ser despertados no entrevistado. Por exemplo, ao perguntar se o falecido obteve algum tipo de tratamento o sobrevivente pode sentir-se culpado por achar que deveria ter providenciado algum tipo de ajuda. Assim, a entrevista pode ter que oscilar entre dar suporte emocional para o entrevistado e continuar com as áreas de investigação (Henry & Greenfield, 2009).

Outro aspecto pouco estudado se refere ao impacto dessa entrevista para o entrevistador. A autópsia psicológica também pode gerar reações prejudiciais no entrevistador, podendo comprometer tanto a saúde mental dele como afetar a coleta de informações da entrevista. Apesar de poder ser um desafio para qualquer entrevistador conter afetos durante essa entrevista, para alguns deles isso pode se tornar particularmente difícil. Assim, o entrevistador pode através da exposição reiterada das histórias dos sobreviventes de suicídio responder de forma semelhante aos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, mas nesse contexto é denominado *vicarious traumatization* (traumatização vicária- tradução livre) (Henry & Greenfield, 2009).

Com esse fenômeno muitos temas podem ser abordados superficialmente, aspectos significantes podem ser desconsiderados ou indevidamente transcritos, se o conteúdo emocional do suicídio for intolerável, o entrevistador pode tirar o foco do suicídio e passar para as reações do sobrevivente ou acelerar as etapas da entrevista, entre outras ações. Deste modo, supervisões regulares são necessárias (Hawton et al., 1998; Henry & Greenfield, 2009).

As autópsias psicológicas se diferem em estratégias e métodos, como pôde ser observado ao longo desse capítulo. Assim, as análises dos efeitos nos entrevistados e entrevistadores foram realizadas com diferentes tipos de entrevistas. Isso gera uma limitação nos achados, uma vez que possíveis danos podem ser gerados ou remediados

de acordo com a forma e conteúdo da entrevista, ou ainda como resultado dos procedimentos adotados antes e depois da entrevista.

A entrevista, dessa forma, deve ser pensada em seus vários aspectos, envolvendo questões multivariadas, desde como iniciar o contato com o entrevistado até a necessidade de supervisões dos entrevistadores. Refletir sobre os diversos impactos de autópsias psicológicas pode melhorar as estratégias e procedimentos para sua realização.

Capítulo 2: Sobreviventes de suicídio

2.1. CONCEITO: QUEM SÃO OS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO

Sobrevivente de suicídio é um termo utilizado para nomear familiares, companheiros, colegas, amigos de alguém que morreu por suicídio. Segundo Andriessen (2009), refere-se à “pessoa que perdeu alguém significativo ou um ente amado pelo suicídio, e cuja vida é modificada pela perda” (p. 43). Entretanto, muitas discussões se fazem no intuito de indicar o melhor termo para designar às pessoas que perderam alguém por suicídio.

Na América do Sul e do Norte, o termo sobrevivente de suicídio é utilizado como sinônimo de enlutado por suicídio. Os termos *survivors of suicide* e *suicide survivors* significam algo que continua a viver ou a existir apesar, especialmente, de perigo ou sofrimento (Andriessen, 2005).

Segundo alguns autores o termo sobrevivente de suicídio pode ser confundido com a pessoa que realizou uma tentativa de suicídio, mas que sobreviveu (Clark, 2001; McIntosh, 2003). Seager (2004) é enfático ao pontuar que esse termo não é apropriado pelo seu caráter dúbio e que um termo alternativo seria a palavra *relict*. Essa palavra originalmente se referia à viúva de um homem morto, mas passou a ser utilizada, posteriormente, para usos específicos da biologia e geologia, significando algo que sobreviveu a um período anterior, em uma forma primitiva. Segundo esse autor, *relict* pode ser traduzido como deixados para trás, deixado pela morte, sobrevivendo, justificando, assim, o uso desse termo e não de sobrevivente de suicídio. Outro termo é *survivor-victim*, que foi utilizado no passado por Shneidman, mas que, atualmente, não é muito difundido (Andriessen, 2005, Shneidman, 1973).

Apesar dessas discussões, o termo sobrevivente de suicídio é o mais utilizado, não provocando nenhum tipo de confusão no campo já consolidado da suicidologia. Portanto, optar-se-á pelo termo sobrevivente de suicídio para designar as pessoas que perderam alguém por suicídio.

Outro ponto que se mostra sem consenso e que interfere em dados estatísticos e formas de intervenção é a delimitação de quem seriam os sobreviventes. Seriam familiares, amigos, vizinhos? Tradicionalmente, esse termo foi empregado para os familiares mais próximos, contudo o que se tem observado é que ele tem expandido para vizinhos, colegas de trabalho, colegas de escola, amigos, namorados ou pessoas que de alguma forma foram afetadas pelo suicídio de alguém (Andriessen, 2005; Dyregov, 2011). Entretanto, alguns autores afirmam que ter perdido um membro da família ou ser exposto a um suicídio não seriam suficientes para ser um sobrevivente. É preciso averiguar o grau do relacionamento com o falecido, tendo que ir além do grau de parentesco (Chapman, 2007 e McIntosh, 2003 citado em Andriessen, 2009).

Nesse sentido ampliar o termo, também, para profissionais que lidaram com a perda de um paciente para o suicídio mostra-se eficaz para identificar pessoas afetadas pela perda. Diversos estudos comprovam que o suicídio de um cliente é descrito pelos profissionais de saúde mental como estressante, tendo ameaçado a carreira de muitos profissionais. Além de reações de choque, descrença, profunda tristeza, culpa, medo de serem processados, além de muitos deles descreverem que o suicídio de um paciente foi o mais perturbador de suas carreiras. Nos EUA, dados estatísticos referem que 22% dos psicólogos atuantes e 51% dos psiquiatras relatam ter em algum momento da carreira perdido um paciente para o suicídio, sendo que um terço desses suicídios aconteceu enquanto eram estagiários (Ellis & Patel, 2011; Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas & Wynecoop, 2000).

Apesar de inconcludente a identificação e classificação dos sobreviventes de suicídio, ao longo das últimas décadas, têm-se falado em uma estimativa de cinco a dez sobreviventes por suicídio (OMS, 2008). Contudo, considerando um leque maior de pessoas como vizinhos, profissionais da saúde que lidaram com a perda do paciente, colegas, amigos e outros, alguns autores sugerem que esse número seja de 10 a 15 sobreviventes para cada suicídio (Dyregov et al., 2011). Estatísticas menos convencionais chegaram a apontar que cada suicídio afetava cerca de 28 diferentes tipos de relação com a vítima (Bland, 1994 citado em Cândido, 2011).

Dessa forma, nota-se a necessidade de que estudos epidemiológicos que mapeiam essa população sejam realizados a fim de melhorar a eficácia no campo de intervenção após o suicídio. Entendendo-se que os sobreviventes são uma parcela significativa da população e que muitos deles necessitam de uma intervenção profissional para auxiliar no enfrentamento de graves consequências psicológicas, sociais ou mesmo econômica (Andriessen, 2009; Dyregov et al., 2011; OMS, 2008).

2.2. O LUTO

Luto é o processo de elaboração da perda de alguém com quem existia um vínculo. No suicídio, o luto pode ser complexo e traumático, sendo considerado como um luto sem outro igual (Jordan, 2001). Diversos estudos pontuam que o processo de luto dos sobreviventes de suicídio é considerado diferente de lutos por outros tipos de morte, além desse luto abranger pessoas que mais precisam de suporte e que menos o obtém (Bailey, Dunham e Kral, 1999; Ellenbogen e Gratton, 2001; Harvard Women's Health Watch, 2009; Kovács, 2007; Jordan, 2001; Mitchell, 2004; OMS, 2000).

O luto é um processo universal, individualizado e multidimensional, com fatores: emocionais, sociais, cognitivos, comportamentais, somáticos e espirituais interagindo (Bailey, Dunham & Kral, 1999). Além disso, é necessário compreender que

a dor ou o estresse nesse processo não é o ponto final, mas pode durar um longo período. Na passagem pelo sofrimento os sobreviventes podem passar por várias fases, desde compreender, aceitar, entender o que é o suicídio, expressar os seus sentimentos, compreender a sua vivência particular, trabalhar sentimento de culpa e perdoar a decisão do suicídio. Além disso, pode envolver reações emocionais, mudança em relação às pessoas, distúrbios físicos, flashbacks, memórias, sonhos e possível reconciliação final com o falecido por aceitar a decisão da vítima (Andriessen et al., 2007; Kovács, 2007; Silva, 2009).

A reação a essa perda pode ser considerada como um processo normal do luto ou pode apresentar alguns fatores complicadores que conduzem a certos tipos de luto, como: o luto adiado, o crônico, o inibido e o luto complicado. Esse último é relatado em muitas pesquisas como sendo um problema comumente associado a enlutados por suicídio (Andriessen et al., 2007; Kovács, 2007; Silva, 2009).

O luto complicado implica em uma relação entre o tempo desde o evento e algum comprometimento, que resulte em fracasso, distorção em atividades ou etapas do processo de luto, ou ainda pela descrença, dormência, desprendimento, irritabilidade excessiva e raiva. Esse tipo de luto está fortemente associado com comportamento suicida, morbidade física, além da presença de algum transtorno mental (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008; Fiegelman & Feigelman, 2008; Groot, Meer & Burger, 2009). Para uma decisão diagnóstica do luto complicado, alguns critérios são requeridos: (1) que o luto seja pela morte de alguém; (2) que as reações envolvam um conjunto angustiante e intrusivo de sintomas de saudade, anseio e pesquisa sobre a morte; (3) os enlutados devem ter pelo menos quatro sintomas persistentes de trauma, como evitar lembranças do falecido, sentimentos de inutilidade, dificuldade em imaginar a vida sem o falecido, dormência, desapego, sentir atordoado ou chocado, sentir que a vida está vazia ou sem

sentido, sentir que uma parte de si morreu, descrença, raiva excessiva ou amargura relacionado com a morte e identificação de sintomas ou comportamentos nocivos (Mitchell, Kim, Priderson & Mortimer-Stephens, 2004).

Algumas características anteriores ou posteriores a morte podem predispor ao luto complicado ou mesmo influenciar na elaboração da perda. Assim, além do modo da morte outras variáveis podem influenciar nesse processo. Algumas delas são: se a morte foi inesperada, se aconteceu depois de um longo tempo de doença, se foi de um filho, se havia como prever, fatores de personalidade, números de lutos pelo qual a pessoa passou anteriormente, tempo decorrido desde o fato, proximidade do relacionamento, nível de envolvimento emocional com a pessoa, grau de parentesco (Mitchell et al., 2004; Rando, 1998 citado por Silva, 2009).

Mitchell et al. (2004) pontuam sua análise na reação do luto dos sobreviventes de suicídio de acordo com a relação com a vítima. Os resultados sugerem que as relações de parentesco mais prejudicadas são de pais, filhos e cônjuges, corroborando que relações próximas predisõem a reações de luto complicado.

As reações do luto podem resultar da “interação entre as circunstâncias do evento, a qualidade de relacionamento com a vítima e vulnerabilidades ou resiliência do sobrevivente” (Sakinofsky, 2007, p. 131). Nesse sentido, Silva (2009) considera o luto como um processo relacional, que gera um desequilíbrio na família e, por conseguinte, uma necessidade de ajustamento da dinâmica familiar e individual.

Outra variável que influencia o luto é a cultura, uma vez que “a expressão do luto está fortemente vinculada aos costumes de uma sociedade e mais particularmente do grupo familiar” (Kovács, 2008 apud Silva, 2009, p. 55). As reações do luto são moldadas pela cultura, uma vez que através dela se expressa o sistema de valores, expectativas e normas para as relações (Cvinar, 2005; Dyregov et al., 2011). Portanto,

como o indivíduo vai reagir, também, é afetado pelo significado do suicídio, além das percepções dos outros sobre a ajuda que os sobreviventes necessitam.

Na cultura brasileira, de maneira geral, o suicídio é valorado como pecaminoso, egoísta, fraco, vergonhoso, além de outros estigmas sociais e religiosos que tornam o processo de luto mais doloroso. Essa concepção do suicídio gera dificuldade em se falar sobre a morte, o sigilo aparece como forma de encobrir o modo da morte. Esse sigilo é denominado como “conspiração do silêncio”, que se for mantido muito tempo pode resultar em uma reação de luto patológico e até mesmo em uma doença grave devido à carga emocional que é guardada (Cain & Fast, 1966 citado em Clark, 1986).

A família pode carregar uma culpa, pois passa “a se ver desacreditada e estabelece estratégias para se proteger, dentre as quais o sigilo a respeito do morto é a mais usual” (Souza & Rasia, 2005, p.121). A morte por suicídio aparece, também, como mais difícil de ser aceita, com vários relatos de familiares que tinham dúvida se realmente havia acontecido o suicídio. Para aceitar o evento a família pode munir-se de explicações médicas, religiosas para tentar compreender o que fez com que essa morte pudesse acontecer, retirando a responsabilidade do morto. Há uma fixação no momento da morte, na qual a família fica retornando ao acontecimento para tentar justificar o suicídio (Gradus et al., 2009; Souza & Rasia, 2005).

Clark (1986) propõe a existência de montanhas, que se referem às fases emocionais do enlutado por suicídio. De acordo com o mapa do luto por suicídio, proposto pelo autor, o sobrevivente passaria por uma linha contínua entre a irrealidade, a fase de sobrevivência e a de cura. Na fase de irrealidade ficam sentimentos de choque, negação e horror do modo da morte. Na fase de sobrevivência estaria fantasia, culpa, vergonha, raiva, remorso, rejeição, isolamento, autoestima baixa, sentimento de situação

inacabada e perguntando-se o pôr que do suicídio. A próxima fase seria a de cura ligada a sentimentos de amor próprio, novos interesses, relacionamentos e responsabilidades.

Souza e Rasia (2005) ressaltam que a morte de um membro da família provoca alterações em sua configuração, deixando valências, valores abertos. Além disso, o desejo de querer voltar ao estado anterior à morte faz com que a família fique sem uma definição, ou seja, a configuração, a identidade familiar é abalada. A família passa a se achar anormal, o que, juntamente, com o sofrimento individual provoca o isolamento da família (Souza e Rasia, 2005).

Entre os achados de Souza e Rasia (2005) criou-se um modelo de como as famílias reagem ao suicídio de um membro. Esse modelo é chamado de Modelo de Reação Familiar ao Suicídio – NID, sendo composto por três etapas: 1) a negação - não-saber; 2) a insegurança – inconsistência; 3) a dúvida - desamparo.

A fase da Negação/ Não-Saber é caracterizada antes do suicídio se consumir, ou mesmo antes de tentativas de suicídio, em que a família tem uma dificuldade em associar a intenção da vítima com uma morte auto-infligida, ou seja, em alguns casos a vítima traz indícios em falas ou comportamentos sem que a família consiga entender que se trata de um risco eminente de tentativa ou suicídio. Há casos em que já decorreu tentativa(s) de suicídio e a família considera que não havia como saber que o falecido se suicidaria, havendo um processo de negação.

A fase de Insegurança/Inconsistência engloba duas circunstâncias: uma em que a família passa a reconhecer que o risco de suicídio existe, mas se sente insegura por não saber como lidar com esse assunto, e outra, quando o paciente pode começar a ter ganhos secundários com a tentativa, podendo ter uma certa intenção manipulativa. Essa fase pode se prolongar por várias tentativas. Vale acrescentar que alguns autores propõem que as tentativas têm um papel de tentar alterar a configuração familiar,

tentando comunicar algo a esta, por isso o caráter manipulativo. O suicídio propriamente dito de outro modo busca resolver o problema da única maneira que considera possível (Cassorla, 2004, Souza & Rasia, 2005).

Diversas pesquisas salientam que além de diferenças epidemiológicas entre as tentativas de suicídio do suicídio consumado, na maioria das tentativas de suicídio a motivação principal não é morrer, mas manipular o ambiente para que esse se transforme. Contudo, a intenção manipulativa deve ser investigada de uma forma científica, como uma demanda psicológica do paciente, ou por vezes, do profissional que acredita que esteja havendo manipulação quando não há. É imprescindível tirar as implicações moralistas que possam advir com essa situação (Botega & Werlang, 2004; Cassorla, 2004; Goldim, Raymundo, Francesconi & Machado, 2004).

A mudança para a terceira fase, normalmente, ocorre com o suicídio consumado. O desamparo faz alusão ao sentimento “de que mais nada vale à pena, principalmente quando são bem próximos” (Souza & Rasia, p.123). A dúvida aparece em relação aos motivos que levaram a vítima a consumir o ato. Essa etapa pode perdurar por muito tempo, principalmente, quando não há algum tipo de intervenção junto a esses familiares, que ficam reexaminando o fato e concentrando alta carga de energia nesses pensamentos. De fato, poucas pessoas buscam ou acham algum tratamento que permita elaborar essa experiência, o que poderia atenuar a fase de desamparo e dúvida presentes.

Nesse sentido, pode-se observar que o luto por suicídio traz implicações sérias que podem afetar a saúde física e mental dos enlutados. Assim, reitera-se a necessidade do suporte a fim de prevenir o desencadeamento de transtornos, a presença de luto complicado e até mesmo como forma de prevenir futuros suicídios.

A gravidade do impacto causado pela perda deve ser considerada, estudada e abordada. Dessa forma, o suporte ao enlutado pode ser oferecido em sua diversidade e complexidade. Percebe-se que muitas reações são distintas quando o modo da morte é o suicídio, levando a diferenciação desse luto pelos demais. Cabe, assim, aprofundar um pouco na literatura desse tema, assunto abordado no próximo tópico.

2.3. REAÇÕES DOS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO AO EVENTO

Diversas pesquisas empíricas foram e continuam sendo realizadas no intuito de aprofundar o entendimento dos efeitos que o suicídio tem nas experiências de luto dos sobreviventes de suicídio. Várias são as especificidades salientadas nas pesquisas que compararam lutos devido ao modo da morte.

Entre as peculiaridades existentes podem-se destacar os questionamentos e emoções que não existem nem outros tipos de lutos, perguntando se houve falhas, se teve culpa, por que não percebeu os sinais. O aumento nas dificuldades do luto por suicídio pode gerar um risco maior para se desenvolver depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, além de pensamentos suicidas (Bailey et al., 1999; Feigelman B. & Feigelman W., 2008; Feigelman et al., 2009; Lindqvist, Johansson & Karlsson, 2008).

Andriessen (2009) aponta alguns estudos feitos com adolescentes que tiveram alguma morbidade após a exposição ao suicídio. A palavra morbidade vem do latim *morbis*, que significa tanto doença física, enfermidade, como doença do “espírito”. Ainda pode ser conceituada como a relação entre sãos e doentes ou a relação entre o número de casos de moléstia e o número de habitantes em dado lugar e momento (Dicionário Michaelis, 2011).

Ponte et al. (2003, citado por Andriessen, 2007) constataram que adolescentes expostos a esse fenômeno tinham um histórico de depressão na família e que estavam

mais propensos a sentir-se responsáveis pelo suicídio, além da propensão a desenvolver depressão até um mês após o fato 28 vezes maior que pares de adolescentes que não estavam em luto. Outro estudo registrado por Andriessen (2009) foi de Cleiren e Diekstra (1995) que observou um desajustamento em 18% a 34% dos sobreviventes até quatro anos após a perda, além de sequelas psiquiátricas, como depressão em 2% dos sobreviventes até um ano após o suicídio.

Outros dados revelam que os sobreviventes de suicídio estão mais propensos a desenvolver sintomas de Estresse Pós-Traumático, uma vez que ficam reexaminando o fato, evitam estímulos associados ao evento, além de manifestarem entorpecimento da responsividade geral e apresentar sintomas de excitabilidade aumentada (Gradus et al., 2010; Mitchell, Kim, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004). De acordo com o DSM-IV-TR (2002), um aumento da excitabilidade refere-se a dificuldade em conciliar ou manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva, hipervigilância, dificuldade em concentrar-se ou resposta de sobressalto exagerada. É válido lembrar que os sobreviventes de suicídio constituem um grupo de risco para suicídio (Bailey et al., 1999; Feigelman B. & Feigelman, W., 2008).

Bailey et al. (1999) realizaram uma pesquisa empírica e sistemática com uma amostra de 350 alunos de psicologia da Universidade Canadense. Os participantes formaram quatro grupos de enlutados, divididos de acordo com o modo de morte do falecido, havendo enlutados em decorrência de acidentes, suicídio, causas naturais, esses foram subdivididos em função da morte natural ter sido prevista ou imprevista.

Os resultados desse estudo sustentam o pensamento de que há reações diferentes no luto por suicídio. O índice mais significativo apareceu nas subescalas do Questionário de Experiência de Luto (GEQ), trazendo uma maior pontuação para os sobreviventes nas variáveis ligadas a sentimento de rejeição, abandono pelo falecido,

sentimentos de responsabilidade pela morte, sentimentos mais frequentes de tristeza geral, estigmatização, vergonha e constrangimento. Além desses resultados, constataram que os alunos enlutados por suicídio achavam que a morte era um absurdo, um desperdício de vida; ficavam ruminando sobre as motivações que levaram o falecido a não viver mais; que deveriam ter prevenido a morte do familiar; alguns negavam que a vítima tinha morrido por suicídio, alegando que a morte tinha sido por outro motivo (Feigelman, Gorman & Jordan, 2009).

Apesar das singularidades encontradas no grupo de luto por suicídio, percebe-se que o grupo apresentou muita variação, não representando um todo homogêneo. Nesta perspectiva, sugerem que pesquisas examinem outras variáveis que não apenas o modo de morte e que influenciam o processo de luto, como fatores de personalidade, números de lutos pelo qual a pessoa passou, entre outros. Dessa forma, reitera-se que não só o modo da morte influencia nas reações do luto.

A escolha pelo suicídio deixa um legado mais intenso de sentimentos de raiva, culpa e perda entre os que ficam (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990; Lindqvist, Johansson & Karlsson, 2008). Ocorrem, também, sentimentos de vergonha e estigma. Cvinar (2005) investiga o estigma que acompanha os sobreviventes de suicídio. Ela relata estudos encontrados que corroboram com a ideia de que uma das diferenças no luto por suicídio de outros modos de morte é a estigmatização. O estigma acrescenta um estresse único ao processo de luto dessas pessoas. Entende-se estigma como o preconceito, a vergonha, o medo, a desconfiança, os estereótipos ou mesmo constrangimento de um indivíduo ou grupo (Relatório de Surgeon General, 1999 citado por Cvinar, 2005).

Na história sobre o suicídio, na Idade Média, observa-se que a família do suicida era punida e muitas vezes condenada ao ostracismo. A partir do século XVIII começa a modificar, havendo uma redução da punição para os familiares. Passa-se, então, a

encobrir o suicídio, utilizando nomenclaturas mais amenas como demência ou mesmo acidente. Entretanto, só no século XIX que o confisco de propriedades e bens dos familiares e o isolamento a que eram submetidos passam a ser evitados. Porém, com uma visão predominantemente médica de hereditariedade, que de outro modo gera estigmas sobre a família. No século XX, houve nova mudança, o suicídio começa a ser visto como um fenômeno mais complexo, que abarca questões psicológicas, sociais e orgânicas (Cerel, Jordan & Duberstein, 2008; Werlang & Asnis, 2004).

Mesmo com essas alterações, o estigma continua a ser vivenciado e repassado pela sociedade através da internalização de valores, costumes, atitudes pejorativas em relação ao suicídio. Ressalta-se que a estigmatização muitas vezes é sutil, podendo aparecer em ações visíveis ou em omissões de ações, quando, por exemplo, os enlutados têm expectativas de serem reconfortados e não o são, sentindo-se ofendidos e abandonados. Além disso, mesmo quando os sobreviventes não são evitados por outras pessoas, eles podem acreditar que serão julgados, criticados e acabar diminuindo a sua rede social, processo esse conhecido como autoestigmatização (Dunn & Morrish-Vidners, 1987-88; Dunne et. al., 1987; McIntosh, 1992 citado por Cvinar, 2005; Cerel et al., 2008; Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman & Jordan, 2009).

Como visto a vergonha e a culpa são reiteradamente encontradas como especificidades de reações emocionais dos sobreviventes de suicídio. Dessa forma, faz-se necessário aprofundar nesses dois aspectos. A vergonha e a culpa são “reações negativas do *self* ao processo de aculturação” (Yontef, 1998, p. 367). Entende-se *self* como uma estrutura processual que busca mostrar o funcionamento da pessoa, sendo uma função de contatar a pessoa. Além disso, o *self* não é uma entidade fixa, mas sim um processo característico do modo da pessoa reagir e se expressar (S. Ginger, 1995; Ribeiro, 2006).

A vergonha refere-se a um sentimento de insuficiência, enquanto a culpa remete a ter magoado alguém, feito algo ruim ou mesmo transgredido um código moral. A vergonha é o oposto do orgulho, ela alude à natureza básica, rotula o *self* inteiro como inferior, caracterizando-o com algum defeito que não o torna apto a ser amado ou respeitado, uma vez que adota um critério anormal do que é necessário para se perceber como competente. Esse autor ainda coloca que qualquer forma de amor que não seja retribuída traz vergonha. Assim, os sobreviventes podem se sentir abandonados pelo morto, sentir que o amor que eles tinham pela vítima não foi retribuído. Segundo Masterson (s.d) citado por Yontef (1998) “a vergonha é a experiência mais predominante com o abandono” (p. 363). O sobrevivente pode entender que ele deveria ter feito mais, que ele deveria ter compreendido os sinais que a vítima dava, que ele poderia ter feito algo que não deixasse com que ela morresse, acreditando que tudo que tenha feito foi insuficiente.

A culpa está ligada a uma necessidade de punição e, conseqüente, reparação (Gabbard, 1998). A culpa pode ser autêntica ou neurótica. Nos sobreviventes podemos perceber uma culpa neurótica, como se ele fosse o responsável pela morte do falecido. Assim, é possível trabalhar no alívio dessa culpa, explorando os introjetos que estão sendo percebidos como transgredidos (Yontef, 1998).

Além das reações abordadas, alguns sobreviventes de suicídio podem ter a sensação de alívio, depois da passagem por um período de sofrimento, seja pela situação criada por inúmeras ameaças e tentativas anteriores do suicida, deixando a família em constante estado de tensão ou mesmo pelo falecido ter passado por uma doença com muito sofrimento ou incapacitante. Entretanto, essa sensação de alívio pode ser momentânea, gerando, posteriormente, o sentimento de culpa (Cassorla, 1992; Moura, Almeida, Rodrigues & Nogueira, 2011).

O conhecimento da experiência e vivência de pessoas enlutadas é uma condição essencial para que profissionais da saúde forneçam um tratamento eficaz e preventivo, levantando e entendendo as questões próprias do luto por suicídio. Portanto, oferecer um suporte efetivo nas demandas solicitadas pelos sobreviventes de suicídio.

2.4. INTERVENÇÃO APÓS O SUICÍDIO

Diante das considerações feitas sobre os sobreviventes de suicídio, percebe-se a necessidade de que suporte seja oferecido. Entretanto, o que se revela é uma escassez de ajuda a essa população, que, por vezes, com apenas os recursos internos disponíveis pode levar a estagnação ou mesmo a ruptura diante da crise (Souza & Rasia, 2005; Tavares, 2004). Além disso, alguns autores pontuam que os sobreviventes não são somente um grupo que se encontra em crise, mas um grupo que busca por ajuda e por ajudar (Andriessen et al., 2007; Dyregrov et al., 2011).

Em 1968, Shneidman cunhou o termo posvenção que seria uma combinação de prevenção com intervenção, para designar as atividades desenvolvidas com o sobrevivente de suicídio, a fim de facilitar a recuperação após o suicídio, bem como evitar efeitos adversos, como o comportamento suicida. Assim, a intervenção após o suicídio visa amenizar as sequelas psicológicas decorrentes da perda por suicídio. Essa intervenção por ser realizada com sobreviventes de suicídio, também, funciona como prevenção de futuros suicídios, do desenvolvimento de transtornos mentais, do luto complicado. Ou ainda, pode colaborar para reduzir o trauma na vida das pessoas enlutadas, a fim de que elas tenham uma vida mais produtiva e menos estressante que não conseguiriam sem uma intervenção (Andriessen, 2006, 2009; Campbell, Cataldie, McIntosh & Millet, 2004; Cerel et al., 2008; Dyregrov et al., 2009; Fremouw et al., 1990).

Vários autores têm descrito formas de realizar a intervenção, apresentando semelhanças e diferenças de acordo como o objetivo. Alguns tipos de intervenção focam em princípios de atuação, como: apoio, aprendizado, aconselhamento e educação. O apoio e aprendizado visam profissionais que perderam algum paciente, obtendo apoio de colegas profissionais, além de ser necessário um aprendizado com essa morte, revendo atitudes e escolhas de ações tomadas com o paciente, sem gerar culpa pelas decisões tomadas (Barrero, 2006; Kurtcher & Checil, 2007).

Os familiares ou outras pessoas próximas podem receber apoio e aconselhamento para evitarem a instalação de sentimento de culpa, raiva, responsabilização pelo ato suicida, possíveis pensamentos suicidas, nível de perturbação emocional e recursos existentes sejam analisados e desenvolvidos atividades para lidar com essas reações. Medidas como retirar fotos do falecido em locais que a família se reúne por um tempo, permitir que as crianças continuem com suas rotinas podem auxiliar. A educação envolveria divulgar a informação de maneira que pudessem ser identificadas doenças mentais, ou mesmo falar sobre o estigma social envolto no suicídio (Barrero, 2006; Fremouw et al., 1990; Kutcher & Chehil, 2007).

Outras características do trabalho em intervenção após o suicídio são contempladas por Wenz citado por Fremouw et al. (1990). Entre elas: estimular que o paciente fale sobre seus sentimentos, medos, ansiedades, solidão, oferecer suporte espiritual, ajudar que o enlutado entenda o processo e o tempo que leva para aceitar o choque e o trauma do evento. Além de oferecer grupos de apoio, o monitoramento de condições psicológicas e médicas são estratégias fundamentais (Fremouw et. al, 1990).

B. Feigelman e W. Feigelman (2008) fizeram a análise de um grupo de suporte aos sobreviventes através da teoria dinâmica de autoajuda de Schulman (2006). Essa teoria sugere dez princípios que atuam em necessidades psicossociais dos membros do

grupo. Sendo eles: O fenômeno “todos em um mesmo barco”; Discutindo uma área tabu; Apoio mútuo; Solução de problemas individuais, Compartilhando dados; O processo dialético; Demanda mútua; Ensaio; Perspectiva universal; O fenômeno de “o número faz a força” (p. 291). Essas características foram encontradas no grupo observado e que segundo os autores promoveram uma maior recuperação no processo de luto de seus membros, uma vez que eram menos marginalizados, ajudavam outros membros com suas experiências, descobrindo semelhanças e criando um ambiente terapêutico favorável para atravessar o isolamento e vislumbrar esperança (Feigelman, B e Feigelman, W, 2008).

As ajudas disponíveis para sobreviventes de suicídio incluem “suporte, aconselhamento e diversas psicoterapias. O suporte pode ser oferecido ao grupo, ao casal, a família ou individual” (Andriessen et al., 2007, p. 212). Além desses, pode ser oferecido suporte por e-mail, salas de chat, ou mesmo programas psicoeducativos na internet, além de linha telefônica nacional para os sobreviventes (Andriessen et al., 2007; Andriessen, 2009).

Apesar da variedade de formas de intervenção, a literatura mostra que esses grupos de apoio são escassos na maioria dos países, e que só uma minoria dos sobreviventes consegue ter acesso. E essa realidade não é diferente no Brasil (Andriessen et. al., 2007; Andriessen, 2009, 2003; Jordan, 2001).

No Brasil, através do Relatório do Levantamento de Instituições de Atendimento ao Comportamento Suicida no Brasil, desenvolvido pelo Projeto Conviver, em julho de 2006, foram encontradas 18 instituições ligadas ao tema do suicídio. Dessas instituições, 14 estão nas regiões Sul e Sudeste, três no Nordeste e uma no Centro-Oeste, em Brasília. Entretanto, esse levantamento se refere às instituições ligadas ao

tema suicídio, restringindo mais as que oferecem algum tipo de intervenção para os sobreviventes de suicídio.

Essa escassez é um fator preocupante, uma vez que essa população continua em sua maioria desassistida. Além disso, convive com a dor profunda da perda por suicídio e, muitas vezes, encontra um ambiente refratário à obtenção de suporte.

2.5. REFLEXÕES

Com base nessa revisão de literatura, pôde-se constatar que milhões de pessoas se tornam sobreviventes de suicídio por ano no mundo. E que esse é um problema de saúde pública grave, mas que pouco se tem feito nessa área.

Percebe-se que o luto por suicídio é diferente de lutos por outro modo de morte, abrangendo questões singulares como o estigma, vergonha, constrangimento, além de ficarem remoendo sobre o que teria levado a vítima a se suicidar. Não obstante, também, foi constatado que as consequências do suicídio podem gerar um número maior de lutos complicados, bem como predispor ao desenvolvimento de Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Alguns estudos têm sido desenvolvidos no que tange as especificações do luto por suicídio, mas são, ainda, escassos. Além de que muitos apresentam algumas falhas ou incompletudes metodológicas que podem invalidar suas conclusões.

Quanto à intervenção com os sobreviventes de suicídio, os estudos internacionais se concentraram em sua magnitude em casos particulares de grupos de suporte, ou mesmo no mapeamento de tipos de intervenção. O que provocou uma deficiência em determinar se as intervenções, sejam elas quais forem, reduzem, realmente, a intensidade do sofrimento, a duração ou mesmo diminuem a ocorrência de lutos complicados. Ainda assim, buscou-se tratar desses grupos para que ideias de

funcionamento possam ser analisados e aprofundados em futuros estudos, e com isso haja uma promoção e desenvolvimento de projetos, atuações e intervenções no Brasil.

No Brasil, a escassez de grupos de apoio a sobreviventes aponta uma lacuna preocupante de programas de intervenção. É essencial que haja produção de referenciais e propostas que entendam melhor as questões sócio-culturais pertinentes ao país.

A falta de divulgação de informações na sociedade sobre suicídio, de formação de grupos de apoio, de capacitação de profissionais, de programas socioeducativos, de produção de pesquisas sobre os sobreviventes de suicídio corrobora com uma realidade de descaso e negligência apresentados em vários países em frente a essa população. Não se pode esquecer que os sobreviventes de suicídio fazem parte de uma população de risco para o suicídio e para o desenvolvimento de transtornos mentais, ou mesmo uma população com grande sofrimento emocional.

Faz-se imprescindível que essa temática seja mais bem elaborada e abordada, pois, não somente, o suicídio é uma questão de saúde pública, que envolve, também, as pessoas que são deixadas pela vítima de suicídio. Elas carecem de apoio, atenção, respeito e intervenção eficiente.

Capítulo 3- Método

Nos capítulos anteriores, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os sobreviventes de suicídios e sobre autópsias psicológicas, contemplando tanto os resultados dessas avaliações, quanto uma revisão de instrumentos para realizar a autópsia psicológica. Este capítulo apresenta o problema, os objetivos e o método utilizado.

3.1. PROBLEMA

O suicídio afeta cerca de um milhão de pessoas por ano e essa taxa tem aumentado. A OMS (2004) coloca que em 2020 já serão 1,5 milhões de pessoas que suicidarão por ano e que de cinco a dez pessoas são afetadas significativamente por essa morte. Milhões de pessoas se tornam sobreviventes de suicídio por ano, o que nos leva à seguinte questão: Qual o impacto do suicídio na vida dessas pessoas?

Na literatura brasileira, poucas pesquisas são realizadas sobre o suicídio consumado, tanto tendo como objeto de pesquisa o suicídio, quanto à vivência do luto por suicídio. Em cada suicídio uma indagação comum é o porquê de alguém se matar. Dessa forma, essa pesquisa pretendeu compreender, por meio dos relatos dos entrevistados, o impacto da perda, o processo de luto por suicídio e analisar os fatores que poderiam ter contribuído para os casos de suicídio.

3.2. OBJETIVO

3.2.1. Objetivo geral

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar o relato dos sobreviventes de suicídio, compreendendo os impactos do luto por suicídio e como eles percebiam os fatores psicossociais que pudessem ter contribuído para que o suicídio se consumasse.

3.2.2. Objetivos específicos

No intuito de atingir o objetivo geral, alguns objetivos específicos foram indispensáveis:

1. Elaborar uma entrevista semiestruturada que facilitasse a comunicação com os sobreviventes de suicídio, inspirada nos modelos de autópsia psicológica;
2. Verificar a relevância da entrevista semiestruturada para a compreensão da experiência de luto e do impacto da perda nos casos de suicídio e as reações dos entrevistados em relação à entrevista.

3.3. PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com quatro participantes (três mulheres e um homem). Os participantes eram familiares da vítima de suicídio, sendo duas filhas da primeira vítima e o pai e a mãe da segunda vítima. Os casos foram selecionados a partir dos seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- 1- Ser um sobrevivente de suicídio em condições de fornecer informações relevantes sobre a vítima;
- 2- Ter acessibilidade a pelo menos dois informantes de cada caso;
- 3- Ter no mínimo três meses da data do suicídio no momento da realização da entrevista (não houve limite de tempo para data máxima do suicídio);
- 4- Ter idade superior a 18 anos no momento da entrevista;
- 5- Concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os informantes que não atenderam a qualquer um dos critérios de inclusão foram excluídos da pesquisa.

3.4. INSTRUMENTO

3.4.1. A entrevista como método: um diálogo entre a entrevista

clínica e a prática jurídica

A entrevista pode variar de acordo com seu aspecto formal, podendo ser estruturada, semiestruturada e de livre estruturação. As entrevistas estruturadas são compostas por perguntas fechadas com opções previamente determinadas ou abertas quando associadas a um esquema classificatório, privilegiando a objetividade. De maneira geral, ela não atenta para as necessidades do entrevistado, pois, o objetivo dessas entrevistas, normalmente, exige pouco *rapport* ou flexibilidade (Cunha, 2009; Tavares, 2009a).

Ao longo dos anos, a entrevista clínica tem sido pautada em entrevistas de livre estruturação. Apesar de metas e objetivos, esse tipo de entrevista não tem uma estrutura explícita, o que proporciona bastante flexibilidade para o entrevistador. Na entrevista semiestruturada, o entrevistador sabe como o tipo de informação que precisa deverá ser obtido, estruturando a sequência, em que condições, quando e como considerar a informação obtida. Há um padrão a ser seguido, o que contribui para uma maior confiabilidade e fidedignidade das informações obtidas. Embora, permita aprofundar pontos que emergem e que se concatenem com o objetivo. Ademais, a padronização da entrevista não significa que ela seja destinada a uma aplicação mecânica (Tavares, 2009b).

Com o objetivo de compreender a vivência do sobrevivente de suicídio, formulou-se uma entrevista semiestruturada que pudesse ser utilizada como instrumento para facilitar a comunicação. O desenvolvimento desse instrumento foi inspirado em uma necessidade de reflexão acerca do espaço entre os ideais da psicologia clínica, juntamente, com o ideal da entrevista semiestruturada e da prática jurídica, polarizando esta reflexão em suas maneiras diferentes de tratar a relação com o enlutado e o suicida.

A informação trazida no contexto de autópsia psicológica é mediada pelo sobrevivente de suicídio. Conseqüentemente, ele deve ser visto como portador de uma experiência em uma relação significativa ou ainda como um informante provedor de dados acerca de um terceiro. Acessar a experiência desse informante é importante para a compreensão dessa relação significativa que imputa no discurso, além da objetividade do fato e das características do suicida, a subjetividade dada pela percepção e vivência do informante. Não obstante, a experiência desses sobreviventes pode mapear algum tipo de sofrimento psíquico, que necessite de maior atenção da área de saúde mental.

A autópsia psicológica é uma ferramenta imprescindível para a compreensão do suicídio. No contexto em que o modo da morte por suicídio é inequívoco, ela é um método de investigação que tem como principal objetivo ajudar a entender o porquê do suicídio, através de entrevistas com pessoas relevantes para a tarefa (Shneidman, 2004). No contexto forense, quando existe a dúvida quanto ao modo de morte, o valor atribuído a esse tipo de avaliação retrospectiva é limitado pela falta de procedimentos validados de acordo com a ciência positivista.

No diálogo entre a perspectiva clínica e a prática jurídica percebe-se a dissonância entre os métodos de investigação. Na prática jurídica, o instrumento utilizado tem a notoriedade do processo, uma vez que a capacidade de medição do instrumento é responsável pela veracidade do resultado, ou seja, o instrumento é o responsável por medir o fato em questão. Fato concebido como aquilo que é real, um acontecimento que existe. O meio jurídico busca pela verdade do fato, a comprovação do conhecimento, garantindo a objetividade da ciência. Essa objetividade é conseguida através da comprovação científica dos instrumentos utilizados pela psicologia para que esses consubstanciem os inquéritos como provas periciais.

No contexto clínico, o que se pretende alcançar é o fenômeno, aquilo que se revela, o que é percebido. A realidade, então, deixa de ser uma realidade objetiva, baseada em fatos e, é entendida como uma realidade subjetiva, pautada em percepções, vivências, medos, fantasias, além de aspectos da intersubjetividade do clínico com o paciente.

O conhecimento obtido pela psicologia clínica para adentrar o meio jurídico necessita utilizar instrumentos consubstanciados de rigor metodológico e científico. A entrevista semiestruturada aparece nessa reflexão como um modelo de avaliação que apresenta maior rigor metodológico à obtenção das informações referentes à autopsia psicológica. Ela proporciona uma padronização que aumenta a confiabilidade da pesquisa, garantindo a possibilidade de comparação de uma entrevista com outra, além de manter a flexibilidade de escuta requerida pelo contexto clínico.

Além disso, a entrevista semiestruturada permite que o entrevistador repense a sua postura a partir da fala do entrevistado, sem deixar de atingir o propósito da interação. Nessa perspectiva, a entrevista semiestruturada como método é bastante útil por salvaguardar a necessidade de responder a critérios preestabelecidos e manter a flexibilidade que requer o manejo com a experiência única de cada sobrevivente de suicídio.

3.4.2. Relação comunicativa da entrevista: influência de fatores de contexto e da relação entrevistador-entrevistado

O contexto social e cultural produz diversas especificidades na relação comunicativa. Assim, o entrevistador deve visualizar o contexto em que a comunicação estabelecida na entrevista está inserida. Este processo comunicativo não depende, exclusivamente, de fatores internos do entrevistador, do entrevistado ou do tema em questão. A sociedade, a comunidade e a cultura podem afetar possíveis reações dos

entrevistados, além de apontar para o que e como será dito ou não dito (Rosa e Arnoldi, 2006). Por exemplo, no Japão, onde o suicídio é compreendido como uma demanda ou expectativa social, de limpar a “honra”, pode-se antecipar que este discurso emerja de algum modo em um número significativo de entrevistas e o entrevistador deverá estar preparado para lidar com este tema de algum modo (Cvinar, 2005; Dyregrov et al., 2011). Portanto, a experiência na entrevista mediada por este contexto sociocultural deve fazer parte de uma reflexão anterior ao início da entrevista (Parkar, Nagarsekar & Weiss, 2012; Rosa & Arnoldi, 2006).

A relação do entrevistador com o entrevistado é outra variável que pode afetar a qualidade das informações. A entrevista promove um ambiente específico assim como a interação clínica. Esse ambiente pode gerar uma sensação de exposição no entrevistado, sentindo-se violado pela ausência de confiança ou intimidade (Raymundo, 2000).

O *rapport*, estabelecimento de uma relação de confiança e harmonia, pode constituir um rompimento na sensação de exposição e possibilitar que a fala do informante seja mais espontânea, por haver um maior espaço de intercomunicação e, portanto de reciprocidade. Logo, o *rapport* é essencial para obter informações que aprofundam na vivência de aspectos íntimos ou mesmo de dor, pois estabelece uma relação positiva que motiva o entrevistado a revelar dados importantes, que sem ele poderiam ser omitidos (Conner et al., 2012; Hawton et al., 1998; Morrison, 2010; Werlang, 2000).

Além disso, constituir o *rapport* é um cuidado ético imprescindível quando se abordará temas difíceis como o suicídio, que podem suscitar sensações desagradáveis, ou mesmo ansiogênicas. Portanto, estabelecer uma relação de empatia e de confiança é uma condição *sine qua non* para abordar um tema dessa natureza. A apresentação da pesquisadora, o tema estudado, o interesse da pesquisa e a justificativa da escolha do

entrevistado devem ser realizadas estabelecendo uma relação positiva, que o entrevistador diminua a sua insegurança e possa se sentir acolhido.

3.4.3. A construção de uma entrevista semiestruturada para autópsia psicológica

A elaboração da entrevista semiestruturada foi inspirada nos quatro modelos de entrevista encontrados na revisão sistemática, sendo elas: a Entrevista Semi-estruturada para Autópsias Psicológicas (ESAP) proposta por Werlang (2000), o Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Autopsias Psicológicas e Psicossociais (RESAPP) de Cavalcante et al. (2012), o Modelo de Autópsia Psicológica Integrado (MAPI) criado por García Pérez (1990) e as entrevistas realizadas por Shneidman e descritas no livro *Autopsy of a suicidal Mind* (2004).

Além desses modelos de autópsia psicológica, o desenvolvimento da entrevista pautou-se em critérios reconhecidos e confirmados pela fundamentação empírica e teórica advinda, principalmente, de resultados de autópsias psicológicas e outros estudos que buscaram explorar e analisar a temática do suicídio consumado. Ademais, foi utilizado o referencial empírico e teórico sobre os sobreviventes de suicídio, como especificidades desse luto, sentimentos e reações diante do suicídio.

A sistematização da fundamentação teórica respaldou a divisão da entrevista em onze tópicos. São eles: (1) Identificação da entrevista e da vítima; (2) Perfil sociodemográfico sobre o informante; (3) Características da vítima e grau de relacionamento do informante com a vítima; (4) Reação do informante diante do suicídio da vítima; (5) Fatores Clínicos; (6) Precipitadores e/ou estressor; (7) Motivação para o suicídio; (8) Comportamentos suicidas; (9) Letalidade do método; (10) Intencionalidade e planejamento; (11) Reações do entrevistado em relação à entrevista.

Os tópicos foram divididos na sequência descrita acima para uma melhor disposição do tema abordado na entrevista. Ou seja, o foco foi facilitar o processo na relação com o entrevistado.

A entrevista semiestruturada contou com 53 perguntas, entre elas perguntas abertas, fechadas, de múltipla escolha e uma escala numérica em relação ao grau de intimidade com o falecido, uma vez que pretendeu apreciar de maneira mais uniforme essa relação. A preferência por perguntas abertas, a ordem dos tópicos e o rol de perguntas que compôs cada um dos tópicos pretenderam possibilitar um espaço receptivo, aproximando de maneira gradual o evento que poderia ser traumático e ansiogênico.

Cada tópico da entrevista sistematiza aspectos específicos do suicídio. Raramente, categorias de reações dos informantes são contempladas em entrevistas de autópsia psicológica. Entretanto, esses tópicos têm implicações fundamentais para propostas de prevenção, intervenção e, sem embargo, para fomentar políticas públicas que alcancem essa população. A inclusão da categoria *Reação do informante diante do suicídio da vítima* (Tópico 4) almeja compreender o impacto do suicídio para o informante e para os familiares ou para pessoas que eles perceberam que foram afetadas pela morte. Essa categoria é uma das principais diferenças dessa entrevista das analisadas anteriormente. Esse espaço de escuta incentiva a fala espontânea do sobrevivente trazendo informações essenciais para adentrar nas especificidades do luto por suicídio, potencializando, assim, o aprofundamento da vivência do informante.

Além dessa seção, o impacto da entrevista, também, foi alvo de investigação no tópico *Reações do entrevistado em relação à entrevista* (Tópico 11). Essa categoria inicia com uma pergunta aberta de que se há algo que o entrevistador não tenha perguntado e que ele gostaria de falar, ou outro comentário que gostaria de fazer. Essas

perguntas embasadas pela prática clínica revelaram uma amplitude inesgotável de conhecimento inovador que pôde ser trazido pela experiência única do informante.

A entrevista começa com a *Identificação da entrevista e da vítima* (Tópico 1) contando com informações sobre horário e local da entrevista, bem como informações essenciais sobre o morto, como nome, data de nascimento e data da morte. Depois, segue com o *Perfil sociodemográfico sobre o informante* (Tópico 2). Esse tópico coleta de modo sucinto e breve dados pessoais do entrevistado, como idade, escolaridade, profissão, estado civil, religião para que se possa situar os sujeitos dentro da estrutura social e brevemente sua trajetória de vida.

Segue-se com a categoria *Características da vítima e grau de relacionamento do informante com a vítima* (Tópico 3). Essa categoria abarcou questões que envolveram a relação do informante com a vítima, como o grau de intimidade entre ambos. Dirigindo perguntas sobre como eram as conversas íntimas, se essas existiam, entre outras. Além disso, inicia-se com uma pergunta ampla sobre como era a vítima.

No que tange o perfil psicológico da vítima, os resultados das autópsias psicológicas demonstraram a necessidade de se avaliar fatores de risco para o suicídio, sendo o transtorno mental o risco mais associado. Diante da relevância em averiguar a presença de transtorno mental, a entrevista abarcou a categoria *Fatores Clínicos* (Tópico 5). Nessa seção, a avaliação do humor, comportamento, acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico, uso de medicação, entre outros critérios foram propostos, buscando algum indicativo de hipótese diagnóstica. Privilegiaram-se perguntas abertas, de como estava o humor, se houve alguma mudança comportamental, para que não fosse incentivada uma fala repetida. Caso a resposta apresente alguma ambiguidade, fuga ou não fosse respondida de forma satisfatória, subdivisões foram criadas para essas perguntas, com questões fechadas do tipo sim/não para que o critério fosse respondido.

As questões diretivas tiveram como foco mapear indicativos da presença dos transtornos mais comumente presentes no suicídio, sendo: depressão, esquizofrenia e abuso de álcool.

Essa entrevista não busca aprofundar de forma exaustiva a confirmação de um diagnóstico. Ela apenas prevê critérios que possam ser indicativos que mereçam ser aprofundados de acordo com a resposta. Assim, caso seja necessário é válido que outros instrumentos, como a SCID (Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV), possam ser utilizados para responder e dar maior evidência científica a dúvida diagnóstica. No entanto, este tópico nos permite entrar em contato com uma história clínica quando ela é clara e conhecida.

A próxima categoria é *Avaliação de precipitadores e/ou estressores* (Tópico 6), fundamental na compreensão do suicídio. Essa categoria está incluída na maioria das entrevistas analisadas. Os precipitadores e/ou estressores são eventos ou circunstâncias que tenham relação com a morte, desencadeando o último gatilho para o suicídio. Foram feitas perguntas referentes a acontecimentos anteriores à morte que poderiam ter contribuído para que o suicídio acontecesse.

O próximo tópico é *Motivação para o suicídio* (Tópico 7), que avalia as razões psicológicas para morrer, arraigadas na conduta, no pensamento, no estilo de vida. A motivação refere-se ao “por quê?” do suicídio (Werlang, 1994). Entretanto, perguntas de por que levam a um processo de racionalização por parte do entrevistado. Dessa forma, buscou-se considerar outras ponderações, que fornecessem evidências dos motivos que contribuíram para a morte, como o que o informante achava no jeito dele ser que poderia ter contribuído para o suicídio ou o que o informante achava que precisaria ter mudado na vida da vítima para que ele não tivesse se suicidado.

Após a avaliação da motivação, entra-se na categoria *Comportamentos Suicidas* (Tópico 8). Nesse tópico, há questões como, se a vítima já tinha feito comentários pessimistas no sentido de querer sumir, estar cansado de viver, se havia comentando que queria ou iria se suicidar, além de mapear a presença de tentativas de suicídio anteriores.

A categoria *Letalidade do método* (Tópico 9) será atribuída de acordo com a escolha do método. Assim, perguntou-se como a vítima morreu e onde aconteceu. No tópico *Intencionalidade e planejamento* (Tópico 10), verifica-se uma das categorias essenciais para determinar o modo da morte. Para fins de categorização, esse tópico foi separado da letalidade do método, apesar desses fatores se interligarem. O planejamento e a escolha do método são indícios se houve a intenção e, como tal, havia o entendimento de que a ação poderia provocar a morte. Portanto, abarcaram-se questões de acessibilidade ao método, quem havia o encontrado, se alguém presenciou a cena, se ele havia pedido ajuda, entre outras.

A entrevista termina com o Tópico 11 já mencionado. Sugere-se que ao final da entrevista, o entrevistador agradeça novamente pela colaboração e se disponibilize para esclarecer dúvidas ou informações que ocorram num momento posterior à realização da entrevista.

3.5. Procedimentos para coleta de dados

Para que a pesquisa fosse realizada o projeto foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. A autorização para a pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como outros documentos e informações relativos a questões éticas encontram-se no Anexo B e C. Os sujeitos que participaram da pesquisa foram contatados por terceiros,

após a divulgação da pesquisa e consentiram em participar de forma voluntária. Através de contato telefônico, previamente autorizado pelos sujeitos, a pesquisadora agendou hora e data para a realização da entrevista.

A entrevista foi conduzida pela pesquisadora, que foi autorizada a gravar em áudio as entrevistas (vide o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Anexo B). Foram realizadas quatro entrevistas, com dois informantes para cada vítima de suicídio. A necessidade de que houvesse pelo menos dois informantes para cada caso de suicídio, foi uma proposta sugerida por diversas pesquisas, para melhorar a legitimidade das informações, uma vez que a concordância das informações entre diferentes informantes pode dar maior validade aos relatos.

No primeiro caso, ambas as entrevistas foram realizadas nas casas das entrevistadas no município de Goiânia. No segundo caso, ambas as entrevistas foram conduzidas no consultório da entrevistadora no município de Brasília. As entrevistas tiveram duração média de 1h30minutos. Todas as gravações das entrevistas foram transcritas para posterior análise dos dados.

3.6. Método de Análise de dados

Com o objetivo de compreender fatores psicossociais que levaram a vítima ao suicídio e os impactos do suicídio aos sobreviventes, foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de casos múltiplos. O estudo de caso refere-se a uma investigação empírica que analisa um fenômeno em sua profundidade no contexto de vida real, principalmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão evidentes. Ele permite que situações que estejam ocorrendo ou que já aconteceram possam ser pesquisadas. Ademais, pode se vislumbrar o que há na situação que seja essencial e característico e gerar reflexões com valor heurístico para a compreensão

global de certo fenômeno. A opção por casos múltiplos em relação a um único caso se deu pelos benefícios analíticos, além da possibilidade de replicação direta e síntese de dados cruzados, fortalecendo os achados (Yin, 2009).

Para a análise de dados, foi utilizado o método clínico-qualitativo que é

“concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos (...) dão aos fenômenos do campo saúde-doença. Ocorre sob o paradigma fenomenológico, dentro da área de Ciências do Homem, com valorização de angústias e ansiedades existenciais das pessoas envolvidas no estudo num quadro interdisciplinar de referenciais teóricos com destaque às concepções psicanalíticas básicas” (Turato, 2003, p. 241).

Segundo Turato (2003), uma visão holística de elementos de variados referenciais teóricos permite uma discussão ampla e satisfatória em qualquer pesquisa científica. O ecletismo, que advém da união de diversos sistemas de conhecimento, pode superficialmente parecer uma configuração confusa, entretanto, o olhar atento desvela um contexto em que seja possível considerar os melhores elementos de cada referencial para abordar o assunto em questão. Portanto, o rompimento com ideologias sectaristas pode proporcionar um conhecimento mais aprofundado do suicídio, visto que se trata de um fenômeno complexo, que abarca diferentes dinâmicas psíquicas e comportamentais. No intuito de aprofundar a compreensão sobre o suicídio, lançou-se na investigação de diversos referenciais teóricos sobre a temática do suicídio, que contribuíssem para o entendimento dos casos analisados.

O método clínico-qualitativo unido a ciência fenomenológica permite que se trabalhe com um método que busque compreender, dar sentido e deduzir significados ao fenômeno. Husserl (2008) começa seu livro indagando “como pode o conhecimento estar certo da sua consonância com as coisas que existem em si, de as atingir?”(p.19).

Essa reflexão inicial declara um pensamento que provoca uma ruptura na forma de buscar e se chegar ao conhecimento. A fenomenologia se apresenta como um método de crítica ao conhecimento e como “uma doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento” (p.20). Ela ao mesmo tempo em que designa um método, designa, também, uma atitude intelectual filosófica.

Portanto, esse método inclui o processo de buscar o fenômeno em sua essência, além da aparência, deixando num primeiro momento, as teorias em suspenso, para que o fenômeno que esteja encoberto seja revelado. Entende-se fenômeno como “qualquer coisa que se faça presente, seja ele ruído, um perfume, uma lembrança, qualidade ou atributo que ao ser experimentado, passa a ser descrita por aquele que a vivenciou” (Bressan & Scatena, 2002, citado por Silva & Costa, 2010, p.122). Ou ainda, como “tudo aquilo de que a consciência toma conhecimento de uma maneira intencional pode ser chamado de fenômeno e se torna uma significação para a consciência” (Ribeiro, 1985, p. 51).

O método clínico-qualitativo aparece como o refinamento dos métodos qualitativos das ciências humanas, uma vez que pretende unir métodos clínicos com teorias epistemológicas. Almeja interpretar os sentidos e as significações apresentados pelos indivíduos nos variados fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença (Turato, 2003).

O tratamento e a apresentação dos dados dessa pesquisa compreenderam as fases do método clínico-qualitativo: (1) preparação inicial do material, com a transcrição das entrevistas gravadas, (2) pré-análise, realizando leituras flutuantes, (3) categorização e subcategorização, organizando em temas os assuntos abordados de acordo com a relevância ou mesmo repetição, (4) validação externa, com supervisão do orientador da investigação, e (5) apresentação dos resultados, descrevendo e fazendo citações

ilustrativas das falas, para que o material fosse discutido e interpretado à luz de referenciais teóricos e empíricos sobre o suicídio.

Capítulo 4- Resultados e Discussão

O presente capítulo apresenta os resultados e a discussão sobre os dois casos escolhidos. Primeiramente, optou-se pela exposição detalhada das falas que embasaram a criação de áreas temáticas. Assim, cada caso foi detalhadamente esboçado para a compreensão das vítimas e dos aspectos relacionados aos sobreviventes de suicídio. Posteriormente, buscou-se averiguar a confirmação ou não de subsídios obtidos através da fundamentação teórica e outros trabalhos empíricos. E, por fim, inferências clínicas foram realizadas, visando a aprofundar o conhecimento sobre cada vítima e sobre os entrevistados.

Os nomes foram substituídos pelos papéis de cada pessoa, como mãe, pai, tia, irmã. Os nomes das vítimas foram preservados para que o anonimato deles e das famílias fossem respeitados. Com o intuito de não denegrir a imagem da vítima e nem retirar o aspecto essencial de humanidade, optamos por substituir os nomes ao invés de colocar apenas a inicial. Optou-se pelos nomes de origem hebraica, Avi e Ben, que significam pai e filho, respectivamente, nos casos 1 e 2, por se tratarem do pai e do filho dos entrevistados em cada caso.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, os nomes dos entrevistados foram substituídos pelos papéis de cada pessoa em relação à vítima. No primeiro caso, nos referimos às entrevistadas como Filha 1 e Filha 2, devido a ordem das entrevistas realizadas. No segundo caso, os entrevistados são o pai e a mãe da vítima.

Iniciou-se com a análise do Caso Avi e, posteriormente, do Caso Ben. As áreas temáticas foram separadas de forma a facilitar o entendimento do leitor, atentando-se para uma narrativa sequencial dos fatos, começando com breve resumo do caso,

adentrando-se nas características da vítima, fatores clínicos, precipitadores/estressores, comportamentos suicidas, método, letalidade e intencionalidade, seguindo com o impacto do suicídio para os entrevistados e, por fim, as reações deles à entrevista. Dessa forma, a análise dos dados não segue a mesma estrutura da entrevista. A Motivação (Tópico 6) foi analisada em conjunto com outras áreas temáticas, pois, as informações sobre ela foram contempladas, concomitantemente, em outras áreas temáticas.

CASO AVI

Avi morreu em 1984, aos 64 anos, em uma cidade do interior de Goiás. Ele era casado, tinha dez filhos vivos, a maioria deles já adultos. Herdeiro de uma família rica, foi o único a falir. Na época da morte, estava trabalhando na fazenda de um familiar. Morava com a esposa e as duas filhas mais novas na cidade.

Avi enforcou-se na árvore na calçada de sua casa. Foi durante a madrugada de um domingo para segunda. Ele ameaçou durante anos se suicidar, entretanto, não constatou-se nenhuma tentativa anterior que tenha se efetivado. Durante anos, Avi teve problemas relacionados ao álcool, com consumo abusivo de bebidas alcoólicas, alternando entre períodos em que bebia todos os dias, tornando-se mais agressivo, e outros períodos em que não fazia uso de álcool.

As entrevistadas no dia do suicídio de Avi estavam com 21 anos, Filha 1, e 33 anos, Filha 2. Já na realização das entrevistas, elas estavam com 50 e 62 anos, respectivamente. Cumpre-se registrar que se passaram 28 anos da morte de Avi quando as entrevistas foram realizadas. O tempo que decorreu da morte à realização das entrevistas será considerado, posteriormente, na discussão do caso.

A filha 1 tem 50 anos, é casada, espírita, tem três filhos. Atualmente, mora em Goiânia. Tem o ensino superior incompleto e trabalha como dona de casa. A filha 2 tem

62 anos, é casada, espírita, aposentada e possui duas filhas. Também, mora em Goiânia. Ela morou com o pai até, aproximadamente, 3 anos antes do suicídio. No momento do suicídio, ela morava em outra cidade. Tem ensino superior completo.

Exposto essas informações iniciais. Passaremos as áreas temáticas encontradas a partir das entrevistas.

CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA E GRAU DE INTIMIDADE ENTRE VÍTIMA E ENTREVISTADA

Avi é descrito como um homem muito trabalhador, honesto, comunicativo, sociável, carinhoso, mas, também, é descrito como autoritário. Como evidencia-se nas seguintes falas:

“Era muito trabalhador, honesto. Amava muito a família. Dedicado, uma pessoa de bem com a vida. Social, gostava de fazer visita” (Filha 2).

“Ele era muito trabalhador, muito, assim, dinâmico” (Filha 1).

“Ele era muito autoritário, né? Quando criança, a gente morria de medo dele” (Filha 2).

“Meu pai era uma pessoa muito boa, muito carinhoso, um excelente pai, preocupado” (Filha 1).

“Era muito comunicativo, muito alegre” (Filha 1).

“Era o pai que... provedor, né? Fazia tudo, gostava de passear. Levava a gente para fazer visitas para os parentes” (Filha 2).

“Quando criança, a gente morria de medo dele, mas isso é normal. Os pais têm muita autoridade perante os filhos [...] A gente não era assim, não se abria muito com ele” (Filha 2).

As características comuns atribuídas ao pai são de que ele era muito trabalhador, sendo o provedor da família e, também, muito comunicativo e sociável. Contudo, enquanto, a filha 1, o caracteriza como carinhoso, um excelente pai, sempre alegre, a filha 2, o qualifica como autoritário e que os filhos tinham medo dele.

Percebe-se que os discursos apresentam semelhanças e divergências. O fato de uma filha perceber o pai como sendo carinhoso e a outra como alvo de temor retratam tanto a subjetividade de cada uma, quanto as possíveis diferenças da relação de Avi com cada uma delas.

Os discursos das entrevistadas acontecem em um contexto de intersubjetividade, ou seja, uma relação entre experiências de pessoas. Como afirma Merleau-Ponty (nd, citado em Martini, 2006), “engano-me sobre o outrem, pois o vejo de meu ponto de vista, mas eu o entendo quando protesta e enfim tenho a ideia de outrem como de um centro de perspectivas” (p.453). Assim, é essencial compreender qual o lugar que cada filha ocupa na dinâmica com o pai e como esse lugar interfere na sua perspectiva sobre ele.

A filha 1 tinha 16 anos, na época da morte, ela relata ter uma forte ligação com o pai, pontuando ter maior afinidade com ele do que com a mãe. A relação desse pai poderia ser mais amorosa com essa filha. O seu discurso revela a idealização desse pai como um herói, o seu modelo de identificação. Os fatos relatados por ela, como o pai ter sido infiel à mãe várias vezes, ter ido à falência, fazer uso abusivo do álcool não perturba a imagem de um pai excelente, preocupado com a família, provedor e carinhoso. Além disso, o fato dela ter deixado a faculdade para ajudá-lo, pode denotar que ela realiza esse ato de sacrifício pela identificação com o pai, assim, ela volta por amor a ele. Diante disso, pode-se inferir que a visão idealizada não permita que esse objeto de amor seja depreciado.

Além disso, a idealização pode ocorrer no processo de luto como forma de rebelião contra o processo de morte, havendo uma tentativa de lidar com o desamparo pela idealização defensiva ou protetora da vítima (Kovács, 1992). É perceptível que não há uma integração dos aspectos desagradáveis, o lado bom do pai abarca a percepção que ela confere a imagem dele.

Já a filha 2, com 33 anos na época, revela ter uma relação mais conflitiva com esse pai. Um dos conflitos era em relação ao seu namoro, não havendo aprovação do pai, que manifestava de forma muitas vezes agressiva o descontentamento. Além disso, a Filha 2 relata que o comportamento do pai de beber, de ser infiel a mãe, além de contrair dívidas fizeram com que ela se revoltasse com o pai, tendo vontade de se afastar dele. Essa entrevistada aparece com a visão de um pai mais autoritário e que tinha medo dele. A relação com o pai pode ter sido de maior exigência, por ser mais velha que a outra filha. Havia a cobrança de que os filhos mais velhos ajudassem com os filhos menores. Ademais, a reprovação do pai diante de escolhas feita pela entrevistada pode estabelecer uma relação baseada em autoridade, expressa com mais hostilidade. Assim, a sua visão também, mapeia uma forma de Avi ser no mundo.

FATORES CLÍNICOS DA VÍTIMA

Afetividade e comportamento

No contexto da entrevista, buscou-se realizar uma avaliação clínica que revelasse características sobre a afetividade, humor, pensamento, comportamento e outras características de Avi. Ademais, algumas perguntas que pudessem verificar hipóteses diagnósticas foram feitas. Seguem-se alguns relatos.

“Meu pai se retraiu, porque ele era muito comunicativo, muito alegre, né? Agitava sempre os filhos... E eu me lembro que, ultimamente, ele ficava mais em casa, mais quieto” (Filha 1).

“Mais (triste) do que o normal” (Filha 1).

“Nervoso eu não diria, mas calado, pensativo e triste” (Filha 1).

“Não sei, eu acho que ele estava deprimido” (Filha 1).

“Ele bebia, né? A mudança que tinha era quando ele bebia [...] Ficava meio agressivo” (Filha 2).

“Não, nessa época (do suicídio) ela já tinha parado (de beber)” (Filha 2).

“Ele passou muitos anos sem beber, mas bem antes, que aí ele voltou a beber. Nessa época (do suicídio), eu não lembro dele ter parado mais não” (Filha 2).

A afetividade pode ser definida como a resposta emocional da pessoa, incluindo a quantidade e variedade de comportamentos expressivos, como expressão facial. Refere-se, portanto, a tipos de sentimentos, como ansiedade e medo. A afetividade determina a atitude geral do sujeito, fazendo-o perceber os fatos de maneira agradável ou não, estabelecendo o tônus da relação do sujeito com o mundo, com a vida. O afeto pode ou não ser congruente com o humor (Ballone, 2004; B. Sadock & V. Sadock, 2010). O humor refere-se à emoção abrangente e constante que colore a percepção que se tem do mundo (DSM-IV-TR, 2008; B. Sadock & V. Sadock, 2010).

Os relatos indicam que Avi era uma pessoa alegre, comunicativa, sociável, fazendo com frequência visitas a familiares. Entretanto, nos meses anteriores à morte foi percebido que ele estava com o humor depressivo, desesperançado e culpado. A filha 1 observa que ele estava mais triste, mais calado, mais pensativo, que já não saia tanto, ficava mais em casa. Verifica-se que ele comentou com ela que se pudesse voltar ao

passado, agiria diferente, valorizaria mais a família e teria mais cuidado com o lado financeiro. Também, comentou com ela que estava cansado de tantos problemas.

Alguns critérios diagnósticos para Transtorno de Humor Depressivo estavam presentes em Avi na época do suicídio. Observa-se que houve uma alteração perceptível do humor de Avi, que sempre fora alegre e nos últimos meses se encontrava deprimido, também, houve perda do interesse em atividades sociais, havendo um retraimento social. Avi estava mais desesperançado, não sabendo como iria garantir o sustento da família. O sentimento de culpa aparece em alguns comentários dele com a sua filha e esposa, como o relato de que a mãe diz à entrevistada que o pai pediu perdão pelas traições.

A presença de outros critérios diagnósticos, como alterações de peso, sono e comportamento psicomotor não foram identificados, pois as entrevistadas não se lembraram desses sinais e sintomas. Apesar de não se confirmar o diagnóstico de transtorno de humor, é perceptível como o humor estava alterado e comprometeu aspectos da vida de Avi.

As entrevistadas relataram que não houve nenhum contato de Avi com profissional de saúde, o que fez com que Avi tivesse que lidar com o seu sofrimento intolerável sem esse suporte. Foi referido pelas entrevistadas que Avi precisava de ajuda profissional em relação ao uso de álcool, porém, foi relatado que não havia profissionais que pudessem oferecer esse tipo de intervenção.

“Naquela época, também, psiquiatra não era uma coisa muito normal. Era mais para gente... doido mesmo, né?” (Filha 1).

“Isso (acompanhamento psiquiátrico) na época nem existia, né?” (Filha 2).

“Não, porque a gente só não gostava que ele bebesse e ele não ia parar. Mas, na época, a gente não... Não tinha tratamento... pelo menos no nosso meio, né? Para auxiliar... parar... eliminar os vícios... dependia só dele” (Filha 2).

Apesar de ter sido relatado que não havia nenhum tipo de serviço de saúde mental naquele local, percebe-se que não houve a procura por um profissional. A dificuldade de acesso a serviço de saúde mental público é uma realidade brasileira. Contudo, é inegável que o tabu ainda persiste e apresenta-se como barreira para que esses serviços sejam procurados. Afinal, uma visão difundida e que fazia parte da crença da família é de que psicólogo e psiquiatra são para os loucos. A não procura por profissionais pode revelar o preconceito que existe em torno do sofrimento mental e não somente a indisponibilidade do serviço.

PRECIPITADORES E ESTRESSORES

Outro ponto essencial nesta análise se refere aos eventos precipitantes e estressores. Esses fatores se vinculam a questões do porquê do suicídio naquele momento, buscando possíveis motivos que levaram Avi ao suicídio. Além disso, os estressores/precipitadores podem estar interligados a problemas que estivessem exacerbando o humor deprimido de Avi.

“Não comentava comigo, mas [comentava] com minha mãe e eu escutava. Que estava muito preocupado, porque se ele sáísse [da fazenda], o que que ele ia fazer da vida” (Filha 1).

“... isso eu que eu percebi nele [no pai]: uma humildade muito grande, acompanhada de um grande sofrimento... remorso, né? Porque lembrando melhor,

minha mãe até comentou que ele pediu perdão para ela, pelo fato de ter traído” (Filha 1).

“Porque tinha gente que falava se (a vítima) não pagasse eu vou te matar. Era uma ameaça” (Filha 1).

“E naquele fato dele fazer dívida, acho que [o filho X] chamou muito atenção dele. Que ele pagava uma e contraía outras... Aí parece que um dia meu irmão foi muito... Muito severo com ele. Isso também deve ter motivado, né? Um filho chama atenção desse jeito... Então, as coisas que realmente eu acredito que tenham levado ele à exaustão foram essas... Esse tratamento do meu irmão e do tio” (Filha 2).

As dívidas financeiras, inclusive com ameaças de morte caso não pagasse, a iminente perda do emprego que garantia o sustento da vítima, esposa e de algumas filhas, a falta de apoio dos filhos e o possível arrependimento da vítima por ter traído a esposa e por ter ido à falência foram retratados como tendo contribuído para o suicídio.

A possibilidade iminente de ter que sair da terra que trabalhava, provavelmente, provoca em Avi um desejo de fugir desse obstáculo percebido como intransponível. De acordo com o relato da Filha 2, Avi comenta com a esposa que não saberia o que fazer. Percebe-se que o limite de tolerância à frustração é excedido nesse momento. Avi não consegue se olhar no espelho, aceitar a perda da identidade de provedor econômico da família. Se ele não pode estar nesse lugar, ele não pode encontrar alternativas, como procurar outra forma de gerar renda. Avi coloca a solução no suicídio, pois, não teria que assumir o fracasso diante dos outros e de si. O sentimento de humilhação pública ou de constrangimento foi evitado com o suicídio.

Avi, que já se encontrava endividado, não visualizava outra forma de conseguir dinheiro para continuar sendo o provedor, o que sugere um déficit na sua capacidade de resolução de problemas. Avi percebendo sua situação como intolerável, percebe que não

poderia mudá-la, o que provoca mais desesperança. Além disso, não conseguiu aceitar transformar essa imagem, que constitui uma parte essencial da sua identidade. Fazia-se necessário que Avi tolerasse essa representação de si, tornando-se mais resistente e coerente com as múltiplas autorepresentações de *self*. *Self* refere-se ao conceito de uma estrutura processual que busca mostrar o funcionamento da pessoa, exprime-se como um conjunto de representações que constroem a imagem do eu. S. Ginger e A. Ginger (1995) acrescenta que o *self* não é uma entidade fixa, mas sim um processo característico do modo da pessoa reagir e se expressar.

Essa experiência de Avi coloca a visão do *self* de forma insatisfatória com uma perda significativa de autocoessão. Essa faceta não pode ser internalizada e a opção pelo suicídio aparece como solução para que a representação de provedor continue intacta, preservando seu ideal de eu. Avi não conseguiu estar à altura da sua expectativa rígida do *self*. O sentimento de ser humilhado e dolorosamente exposto quando fosse confrontado com deficiências na sua imagem de *self* ou no reconhecimento de necessidades não satisfeitas, ativou suas crenças suicidas, que operaram ao longo de sua vida, como defesas que impedia que ele passasse a ter consciência dos sentimentos ligados a essas experiências.

Evidencia-se que houve fatores que ativaram o sistema de crença suicida e resposta emocional que possibilitou o suicídio de Avi. Os estressores/precipitadores são os disparos que o levaram ao ato letal naquele momento específico. Entretanto, o histórico clínico e de vida são intrínsecos para essa tomada de decisão. Afinal, os estressores não conseguem explicar completamente o porquê do suicídio. Assim, seguem-se com os relatos referentes a comportamentos suicidas anteriores.

COMPORTAMENTOS SUICIDAS

Houve vários registros de que ele ameaçava se suicidar desde a adolescência. Pelo relato das entrevistadas, a comunicação da intenção surgia, principalmente, como forma de lidar com algum evento estressante, como ter que vender algo para pagar as dívidas.

“[...] me falaram que desde a idade de adolescente, ele já falava de suicidar. E eu me lembro que quando a gente tinha fazenda, criança, né, [...] talvez sete anos. Não sei bem ao certo... Ele falava, vivia falando. Qualquer problema que ele tinha, de ordem mais grave, vinha à tona, né, a ideia de suicidar” (Filha 1).

“Desde adolescente [...] Ele tinha do hábito de qualquer pressão psicológica... Pressão maior ele falava de suicidar” (Filha 1).

Não houve nenhum relato de que ele chegou a efetivar alguma tentativa de suicídio, embora em vários momentos ele ameaçasse se matar.

“Eu lembro (que) meu pai quando tinha problema financeiro que ele fazia empréstimo pra lavoura [...] E, quando o negócio apertava, eu lembro... tinha veneno que bate em lavoura... [ele] pegava aqueles latões... e falava que ia suicidar... Mas, graças à Deus, eu não me recordo dele ter tentado. Tentado, assim, feito alguma coisa... ou tentando se matar... não” (Filha 1).

“Eu sei, através da minha mãe, que uma vez ele saiu... Eu não sei se ele comentou com ela que ia suicidar... Eu sei que ela saiu atrás, à procura dele ... Mas, nessa vez ele não tinha feito nada, não sei se, porque ela chegou... Não me lembro bem ... Mas ele já tinha deixado, assim, que tinha essa intenção” (Filha 2).

Avi ao longo dos anos utilizou ameaças de suicídio para lidar com os problemas. Desde a adolescência ele ameaçava se suicidar. Depois de casado, há relatos de que ele

fazia ameaças como forma de manipulação para que a esposa concordasse em vender patrimônios. O comportamento suicida começou com ameaças de suicídio, que persistem durante anos. Posteriormente, Avi passou a fazer gestos, como sair de casa com veneno, dizendo que se mataria. Apesar de não se verificar uma tentativa de suicídio efetivada, existe a possibilidade que uma tentativa de suicídio tenha sido interrompida pela chegada da esposa. Até que por fim, o seu comportamento culminou no suicídio.

Esse histórico de comportamentos suicidas foi apontado por Maris (1981, citado em Shneidman, 2004) como carreira suicida, ou seja, a decisão sobre suicídio foi tornando-se mais séria e se desenvolvendo até consumir o suicídio. Avi aprendeu a lidar com suas frustrações e dificuldades recorrendo à ameaça de suicídio, o que pode fazer com que o pensamento de morte fosse levado mais a sério em cada situação pelo suicida. As ameaças evoluíram para planos e ações, por fim, o suicídio se consumou.

MÉTODO DO SUICÍDIO: LETALIDADE, PLANEJAMENTO E INTENCIONALIDADE

No dia anterior à sua morte, Avi se comportou de maneira diferente da usual, o que foi relatado como se ele estivesse se despedindo de todos. Entretanto, ele não explicitou a sua intenção de suicidar. O comportamento preparatório de Avi na véspera revela seu desejo e à intenção de se matar.

“Na noite anterior, eu me lembro que ele chamou... chamou a gente para conversar, né? E, assim, tentou passar palavras de otimismo para todos nós. Estava eu, minha mãe, (irmã) e ele pedindo para gente ser unido... para que a gente pudesse ter fé em Deus. E, eu nunca esqueci isso, porque é muito estranho, né? Uma mensagem dessa na noite anterior [...] ele nos abraçou, coisa que não era muito frequente” (Filha 1).

“É como se ele estivesse pressentindo a morte e se despedindo, propriamente falando, né? [...] ele conversando, ele tentando nos encorajar. É, a mensagem foi isso” (Filha 1).

“Ah... Não sei... Com certeza ele tinha já essa intenção... Já alimentava isso nas horas difíceis” (Filha 2).

Durante a madrugada de domingo para segunda, Avi se enforcou na árvore situada na calçada de sua casa. Quem o encontrou foi a esposa. Houve o relato de que um vizinho o viu no momento em que ele se enforcou, mas só contou depois o que havia visto.

“Ele enforcou-se. Foi... Todo mundo dormindo, minha mãe, minha irmã e dois sobrinhos que moravam lá. Parece que foi de madrugada... Ele... Tinha uma árvore na porta de casa, ele amarrou uma corda ... no pescoço e se jogou... Até um vizinho na frente ...viu... Mas, fica com medo de... entrar em contato... Acho que só viu e não fez nada” (Filha 2).

“Um vizinho viu a hora que ele pulou, mas ele ficou com medo... E ele não teve coragem de avisar ninguém, só comentou depois. Parece que ele viu, quando você pula, né, parece que fica mexendo... Ele viu” (Filha 1).

“Aí, por volta das cinco da manhã, aproximadamente, amanhecendo o dia, que eu lembro que minha mãe chegou no quarto, né? Eu percebi que ela estava um pouco transtornada, mas eu acordei assustada, né? Corre, vai lá e chama seu irmão... Já fui correndo e quando eu sai na porta da rua, que eu olho pro lado esquerdo, que é da árvore, meu pai estava na árvore balançando, o vento vindo, né?” (Filha 1).

Avi ameaçou se suicidar por várias vezes, mas nessas ameaças dizia que se envenenaria ou se afogaria. A escolha do método que culminou em sua morte foi diferente dos métodos que falava em suas ameaças. A sua esposa já havia tentado se

matar por duas vezes, uma tomando o mesmo veneno que Avi ameaçava tomar e outra com overdose de medicação. Avi já tinha o conhecimento de que a tentativa de suicídio da esposa por envenenamento fracassara, pois ela fora encontrada a tempo de ser socorrida. Avi opta por um método mais letal, o que corrobora com o pensamento de que Avi tinha a intenção de consumir o suicídio.

Durante a madrugada, Avi se enforca na calçada da casa. Apesar de esperar por um horário em que todos na casa estivessem dormindo e, provavelmente, a rua estivesse vazia, a calçada não apresenta impedimento para que uma pessoa pudesse ver, pois um terceiro poderia aparecer a qualquer momento. Pode-se levantar como hipótese a expressão da ambivalência, uma vez que o ato de não impossibilitar a chegada de outra pessoa, poderia representar a última tentativa de ser salvo.

A escolha do enforcamento revela um dos métodos mais utilizados no Brasil e com alto poder letal. Igualmente, o local mais escolhido, no Brasil, é a própria casa, o que nos remete a influência de fatores culturais no processo de escolha do método. Entretanto, optar pela calçada da casa insinua uma forma singular no psiquismo de Avi. O sentido dessa escolha pode remeter a expressão da raiva de Avi a familiares, a agressão a um ambiente frustrante. Escolher deixar o corpo enforcado visível a todos que por ali passassem, sugere que exista o desejo de vingar-se da família, expondo o suicídio. Sua morte não poderia passar despercebida e a família deveria se explicar.

Cassorla (2004) pontua que o suicida não busca a morte, mas substitutos fantasiados, sendo um desses a vingança, por ser um ato altamente agressivo aos sobreviventes de suicídio. Nessa fantasia, Avi acreditaria que pessoas próximas deveriam sentir-se culpadas ou com remorso por não terem suprido as suas necessidades.

Diante do exposto, o possível sentimento de humilhação pública de perder o local de trabalho que advinha de um conflito familiar, foi repassado à família que agora deveria esclarecer aos outros e a si por que ele tomou essa decisão. Afinal, o estigma ainda continua em nossa sociedade e a família passa a ser o alvo. Shneidman (2004) pontua que o suicida coloca o seu esqueleto psicológico no armário do sobrevivente. É como se o sofrimento intolerável que estava em Avi fosse agora pendurado na família.

Aspectos narcisistas de ser destrutivo em relação aos seus possíveis algozes foram observados. A raiva narcisista por não ter suas necessidades gratificadas. A vergonha, como processo de autoavaliação, na qual Avi se sente inadequado relacionado a um desejo secreto de exibir-se de forma grandiosa. Portanto, a possível fantasia de vingança se revela como um manejo inadequado da raiva que se transformou em ato suicida. Não houve a separação da fantasia suicida com o ato suicida.

O ato suicida de Avi representa expressões de raiva, de ódio, de culpa, vergonha, sofrimento e desesperança que se unem a um ambiente percebido como refratário às suas necessidades psíquicas. Avi visa gratificar suas necessidades emocionais em última instância com a fantasia de que a morte colocará fim aos conflitos que lhe causaram tanto sofrimento ao longo da vida. Esse trágico final marca o início de um processo doloroso para a família, que agora passa a ser sobrevivente do suicídio. A experiência de ser um sobrevivente é outro tema que foi verificado nas entrevistas e que será abordado a seguir.

IMPACTO DA MORTE NOS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO

Sentimentos de raiva, revolta, remorso, culpa e ressentimento nas entrevistadas

O suicídio é um legado que a família, amigos, colegas de trabalho, profissionais e diversas pessoas terão que lidar. O significado que cada um irá atribuir a essa morte

fará parte de um intercâmbio entre fatores culturais e pessoais. O suicídio em nossa sociedade é valorado como pecaminoso, egoísta, vergonhoso, entre outros atributos. Esses estigmas associados ao suicídio podem servir como prescrições de como a morte deverá ser enfrentada pelos sobreviventes. Muitos sentimentos foram verificados nos entrevistados, como o sentimento de revolta e desespero.

“Ah... meio que de desespero ... Muito brutal o ato... E, ao mesmo tempo, a gente analisava a fraqueza dele ... de ter cometido uma violência tão grande daquela” (Filha 2).

“Para mim eu senti muita revolta, porque meu pai, ele fez isso por conta de problemas financeiro ... e para mim, especificamente, foi muito difícil. Eu fiquei com muita revolta a princípio, depois, fui compreendendo” (Filha 1).

O processo de luto é influenciado pelo relacionamento do sobrevivente com o morto (Kovács, 1992). Percebe-se que a relação da filha 2 com Avi é uma relação carregada de hostilidade, mágoa pelo pai ser infiel à mãe, pelo alcoolismo, por ter ficado endividado e não apoiar o seu casamento. Esses sentimentos são mais difíceis de serem elaborados, causando mais sofrimento e sentimento de culpa, acreditando que de alguma forma ela poderia ter evitado o suicídio. A culpa dessa filha aparece por ela sentir que o magoou de alguma forma, o desejo de ficar longe dele, faz com que ela sinta que não o tratou da melhor forma, transgredindo a norma de amar o pai. Independente de como ela se sentia em relação ao comportamento dele, ela considera que deveria ter lhe ajudado. A culpa pode estar encobrindo os sentimentos que ela ainda tem de ressentimento e raiva pelo suicídio.

“Ele não era fiel à minha mãe, e aí eu revoltei com aquilo... Deixando, às vezes, de ajudá-lo também. Dar força pra ele... estar mais presente... Parece que a minha vontade era de estar mais longe” (Filha 2).

“Com certeza se a gente tivesse compreendido mais as atitudes, as fraquezas dele.... teria apoiado melhor e ... quem sabe ... pudesse ser evitado” (Filha 2).

Já a filha 1 coloca que seu primeiro sentimento foi de raiva e revolta. Ela tinha uma relação próxima com seu pai e de bastante afinidade. Pouco tempo antes da morte, ela volta a morar com os pais para ajudá-los, o que revela o seu sacrifício por Avi. O sentimento de revolta aparece diante desse pai que a abandona, mesmo depois de seu sacrifício. Sua percepção de que fez tudo por ele e ao invés dele retribuir seu amor, a deixa desamparada. A raiva também pode refletir o desejo irracional de destruir o obstáculo da morte.

“[...] eu fiquei revoltada e não com remorso, porque eu sempre tentei ajudar os meus pais. Eu lembro que eu estudava quando meu pai quebrou. Eu estava em (outra cidade), deixei a escola e vim” (Filha 1).

A revolta dessa filha se liga a idealização que é uma forma de rebelião contra a morte do pai. A dinâmica psíquica dessa filha demonstra a sua necessidade de ser amada por Avi, por quem tanto fez e amou. Tanto a revolta quanto a idealização expressam o medo dela de destruir o pai, pois ela se decepcionaria. Ela bloqueia seus impulsos destrutivos em relação a ele. Destruir significa demolir “um todo em fragmentos, para assimilá-los como partes num novo todo” (Perls, Hefferline & Goodman, 1997, p.148). A destruição de Avi denota sair da idealização do pai, aceitando que o conflito emerja, sendo permeado de muito sofrimento e ansiedade. Contudo, é um processo necessário para que haja a aceitação do suicídio sem que o sentimento de culpa perdure ou que esse caráter destrutivo volte para ela como sintoma. É preciso destruir o pai em fragmentos para que o suicídio seja assimilado e, então, aceito.

Diferença do luto por suicídio do luto por morte natural

Outro ponto que se verifica é a diferença do luto pelo suicídio. A filha 2 revela que a morte, posterior, da mãe foi diferente da do pai, por ter decorrido de uma morte natural.

“Desespero. É difícil de aceitar ... Quando é uma morte natural, igual a mamãe, né? Mamãe já foi natural... A gente sentiu a falta, a perda... Quando Deus leva, é mais tranquilo, eu acho ... embora a gente sofra, sinta muito” (Filha 2).

O luto por suicídio tende a ser mais complicado que o luto por morte natural. A mãe morreu anos após a morte do pai. A morte da mãe também foi uma morte inesperada, mas decorreu de uma doença. A relação com a mãe foi caracterizada como melhor do que com o pai. Percebe-se que a diferença marcante foi quanto ao modo da morte. O fato de o pai ter suicidado dificultou o processo de luto, que continua com *gestalts* inacabadas.

Por quê?

O suicídio marca uma multiplicidade de pensamentos e sentimentos singulares, como a aceitação da decisão da vítima de se matar. Em vários relatos a dificuldade em entender o porquê do suicídio foi averiguado. Esse processo abre uma lacuna no pensamento, pois apenas hipóteses poderão ser levantadas, o que, geralmente, faz com que os sobreviventes fiquem reexaminando os fatos. Mesmo quando cartas são deixadas, explicando os motivos do suicídio, elas quase sempre não irão responder as dúvidas e anseios dos que ficaram.

“A gente fica achando estranho, né? Uma pessoa tirar a própria vida...Tem tanta saída que a gente vê, mas que ele não enxerga na época, né?” (Filha 2).

““Por que que a pessoa faz isso? No seu ponto de vista como profissional?” (Filha 1).

“E, por que que nesse caso, especificamente do meu pai, como é que a gente não percebeu isso? Eu tive que... acontecer pra acreditar ... São mudanças, que não são mudanças drásticas ... eu não percebi” (Filha 1).

“Como que eu não percebi? ... (Como) a pessoa consegue mascarar isso?” (Filha 1).

Percebe-se que apesar de terem se passado 28 anos da morte, ambas entrevistadas continuam se perguntando o porquê do suicídio, tentando compreender o que aconteceu. Além de acharem que deveriam ter feito mais, que deveriam ter entendido os sinais que Avi deu. O desespero e o choque passaram, mas outros sentimentos ligados a elaboração do luto, ainda hoje, são vivenciados. É válido ressaltar que nenhuma das entrevistadas buscou terapia para lidar com a morte do pai. Além disso, observa-se que há uma expectativa de que a entrevistadora abone a sensação das entrevistadas de não se sentirem culpadas.

Essas reações e sentimentos por não serem elaborados e participarem da dinâmica das entrevistadas de modo velado poderão influenciar pensamentos ou comportamentos semelhantes. Assim, percebe-se a necessidade de elaboração do luto de forma saudável. O transcorrer do tempo pode ter ajudado na elaboração do impacto da perda, mas outros sentimentos podem ter passado despercebidos, mas marcam a forma de lidar com essa experiência e com experiências análogas. O risco de suicídio e o desenvolvimento de patologias podem aparecer diante de estressores.

Observa-se que as entrevistadas fazem uso de explicações médicas e religiosas para tentar compreender o que aconteceu. Ao mesmo tempo, retiram a responsabilidade do morto.

“E acredito também que pode ter sido influência... Do mundo invisível... dos espíritos. Porque quando a mente está meio equilibrada, a gente perde as forças ... a

coragem, a resistência. E através de intuição ... de influências negativas pelo pensamento... Aí a pessoa age assim.... Sem perceber o mal que está causando a ela própria” (Filha 2).

“A questão de ser espírita ajuda demais a gente. A religião, em sim, tem me ajudado muito a compreender” (Filha 1).

“Deve ter enfraquecido mentalmente... E nessa hora se viu sem alternativas... sem opção” (Filha 2).

Impacto do suicídio nos familiares

Nos familiares as entrevistadas atribuíram sentimentos de desespero, abatimento, agonia, aflição, angústia, além de remorso. Evidencia-se que a perda é sentida pelos sobreviventes como uma forte dor psicológica.

“Agora meus irmãos, em uns eu pude presenciar... ficaram com muito remorso” (Filha 1).

“Ela (a mãe) ficou muito, nossa senhora, muito abatida, deprimida, né? Minha mãe amava muito o meu pai. E é muito difícil” (Filha 1)

“Meu irmão mais velho ... ele ficou muito abalado” (Filha 1).

As reações iniciais do luto marcam semelhanças com outras mortes, como desespero, aflição e abatimento. Todavia, percebe-se que o sentimento de culpa, remorso e a necessidade de explicação dos motivos para que a morte ocorresse são exacerbados no suicídio. O irmão mais velho teve uma discussão severa com o pai pouco tempo antes do suicídio e ficou muito abalado, o que remete a sensação de ter contribuído para o suicídio, a relação hostil imprimiu o sentimento de culpa mais intenso.

Configuração do silêncio

“Ela (a mãe) não chorava, ficava o silêncio. Você via que ela estava sofrendo muito. A gente não conversava praticamente. Era visível a agonia, a aflição, a angústia dela... sem expressar por atos, nem gestos. Ela se continha e eu acho que dentro dessa... desse silêncio ela deve ter sofrido muito mais” (Filha 2).

O processo de luto diante de uma morte inesperada marca uma gama de sentimentos como os relatados pelas entrevistadas. A esposa de Avi carregou um sofrimento imenso em silêncio. Esse silêncio diante do suicídio é retórico na literatura. Apesar de ser uma forma particular de enfrentamento da dor, percebe-se que o silêncio permeou a morte de Avi. Esse silêncio é uma reconfiguração da família que impede que o luto seja elaborado de forma saudável, pois a carga emocional é guardada. O luto é um processo relacional que desequilibra a família. O silêncio e o sigilo podem expressar a culpa que a família sente, mas que os usa para se proteger. A morte de Avi silencia os que ficaram seja pelo medo, pelo preconceito, pela culpa, pela vergonha ou mesmo pela não aceitação do fato.

O suicídio interferiu na comunicação adequada dessa família no processo de luto. Como revela a filha 2, a morte da mãe foi mais tranquila no sentido de que o luto teve um espaço maior para a sua elaboração. É uma morte que recebeu o apoio dos outros, foi uma morte que pôde ser falada, a dor pode ser vivenciada. Após as reações iniciais pela perda da mãe, a aceitação e superação foram mais fáceis do que no suicídio, que, perceptivelmente, continua aberto no imaginário dessa família.

Aprendendo com a experiência

Depois desse tempo, as entrevistadas relatam que tiveram alguns aprendizados com essa experiência. Entre eles, estariam: a preocupação com a dor do outro, estabelecer um espaço de escuta e estar atento ao outro.

“Que a gente tem o dever de estar mais presente, de conversar mais, de dialogar mais. Ver se alguém está com dificuldade... Mostrar que há outras saídas, alternativas. Acho que serviu para isso, ter mais atenção” (Filha 2).

“Nunca pensei em me suicidar, nunca, pensando justamente na dor que eu sentia. Eu não queria que meus filhos jamais viessem a passar por isso [...] Então, assim, para mim foi uma experiência dolorida, né, que me ensinou uma lição preciosa... valorizar a vida ... e, jamais, pensar em suicidar, independente, da situação de dor, desespero” (Filha 1).

“Importante a gente aceitar... aceitar os acontecimentos que vêm e tentar mudar o que é possível e seguir em frente, que nada é por acaso, né? (Filha 1).

Apesar dos discursos de superação e aprendizado, averígua-se que existe um fundo ainda marcado de ressentimento, mágoa e risco de suicídio. A filha 2 pede a Deus que o perdoe pelos atos ruins que cometeu. Apesar de dizer que não o julga, ela pede absolvição a Deus por acreditar que o pai foi culpado. A filha 1 demonstra o seu ressentimento em alguns relatos, como perguntar como alguém abandona a família. Além disso, há indícios de que essa filha considera a possibilidade do suicídio, pois revela que não se suicidaria, por saber o que isso causaria a seus filhos. Apesar de dizer que nunca pensou em suicidar, percebe-se que ela nega esse pensamento perante a entrevistadora, mas revela que a sua experiência funciona como um fator protetivo contra o seu impulso autodestrutivo.

“Peço para Deus perdoá-lo, ser confortado onde ele estiver... Pra ele ter paz... Não lembro mais dos fatos ruins da vida, que ele cometeu não... A minha piedade é maior que o que aconteceu... que eu senti na época dos acontecimentos. Eu superei, eu acho” (Filha 2).

“Mas a experiência que eu senti, que meu pai fez eu passar...isso ... me ajudou a superar” (Filha 1).

A fase de sobrevivência descrita por Clark (1996) pode ser observada no comportamento das entrevistadas, que apesar de terem seguido adiante com seus projetos de vida - que se liga a fase de cura desse autor - continuam estagnadas em sentimentos e pensamentos que nos levam a observar como esse luto pode ser traumático e complicado.

Transmissão transgeracional do comportamento suicida

Além dos impactos que o suicídio gerou nas entrevistadas e nos familiares, outro fator se refere à transmissão transgeracional do comportamento suicida que permeia a dinâmica de variados membros dessa família. Observa-se um alto alcance de comportamentos suicidas entre os seus membros.

“O que pode ser com a nossa família especificamente? Minha mãe tentou suicídio por duas vezes, mas não veio a óbito, porque foi socorrida a tempo” (Filha 1).

“Depois meu irmão ... sempre fala em suicidar... meu (outro irmão) ..., a (irmã) já falou também. Então, assim, eu fico pensando o que que pode ser isso. Será que é alguma patologia, alguma coisa assim? Eu acho que é obsessão em família, né? Os suicidas da família. Porque, assim, você percebe em alguns filhos... Então isso que eu queria colocar. Estranho, né? Mãe, pai, irmão” (Filha 1).

“Tem o caso do irmão que já falou (em suicidar) e agora a gente fica com medo” (Filha 2).

Além do suicídio de Avi, houve vários relatos sobre ameaças de suicídio e tentativas de suicídio por outros membros da família. O suicídio de Avi coloca em evidência o poder destrutivo de seu ato e gera o medo do impulso autodestrutivo que todos têm. Além disso, o medo de que outros familiares façam o mesmo para as

relações deles, como se houvesse uma sensação de destino ou ruína. A falta de compreensão da dinâmica que envolve o comportamento suicida e o legado dele faz com que a filhas se apóiem em explicações como a relatada pela filha1 de obsessão em família.

São recorrentes as ameaças suicidas de alguns filhos de Avi, além do relato de uma tentativa de suicídio abortada de um deles. Antes do suicídio de Avi, a sua esposa teve duas tentativas de suicídio interrompidas. Afora, percebe-se que na árvore genealógica foi referido que um neto ameaçou se suicidar.

Os mecanismos pelos quais esse fenômeno ocorre não são consensuais na literatura. Mas é certo que nessa família, a possibilidade do suicídio se tornou presente e como saída possível diante de problemas. A resposta da esposa de Avi pode ter unido e munido a aprendizagem de comportamentos suicidas para os filhos, uma vez que a primeira forma de aprendizagem é a identificação. Tanto o pai quanto a mãe apresentaram comportamentos suicidas e representavam o fundo de segurança básica desses filhos.

Os padrões de comportamento e funcionamento foram transmitidos através das gerações na família, incluindo tabus, rótulos e expectativas. Alguns estudos empíricos têm revelando que o ato suicida está intrinsecamente relacionado à dinâmica familiar, incluindo características como rigidez de padrões interativos, apego emocional incipiente, manejo pobre de conflitos e inefetivos padrões de comunicação (Henry, Stephenson, Hanson & Hargett, 1994 citado por Werlang, Macedo & Krüger, 2004).

Além disso, o desconhecimento em torno desse padrão de transmissão de pautas familiares pode induzir a construção de mitos, como se observa na fala da Filha 1 referindo-se ao evento como “obsessão em família” (sic) ou “suicidas da família” (sic). Os mitos construídos favorecem a restrição de crenças que possam auxiliar a obtenção

de repertórios satisfatórios para solução de crise. Com isso, há um empobrecimento de estratégias de enfrentamento dos problemas, pois a família se percebe descreditada, não proporcionando apoio, segurança e estabilidade familiar aos seus membros.

A fala da filha 1 de “suicidas da família” (sic) revela a importância do trabalho de prevenção com os sobreviventes de suicídio, por haver um maior risco de que novos suicídios ocorram. Shneidman (1968) pontua a necessidade de uma intervenção após o suicídio, a posvenção, para facilitar a recuperação dos sobreviventes, amenizar sequelas psicológica, prevenir comportamentos suicidas, evitar o luto complicado e prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais.

Quase três décadas depois, as sequelas do suicídio de Avi continuam presentes nas entrevistadas e em outras pessoas da rede familiar. É flagrante a necessidade de que haja posvenção com os sobreviventes, pois são pessoas que carregam consigo uma forma de dor psicológica que passa praticamente inaudível pelos poderes políticos e de saúde.

REAÇÕES DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À ENTREVISTA E OUTROS

COMENTÁRIOS

A autópsia psicológica é uma ferramenta que tem o seu poder de avaliação muitas vezes questionado. Uma das questões que se fazem é em relação ao possível dano que ela possa causar aos entrevistados. Percebe-se que a entrevista emocionou uma das entrevistadas em alguns momentos, mas não fez com que as entrevistadas se sentissem mal com essa experiência. Além disso, as entrevistadas colocam a expectativa de que a sua experiência ajude outras pessoas.

“Normal... Não senti assim ... presente no acontecimento de novo não... Passou, parece que eu já esqueci. Não me abalou” (Filha 2).

“Eu assim ...hoje eu tenho uma visão diferente, né? A princípio eu achava que ia me emocionar, cheguei a me emocionar algumas vezes e me contive... Porque tudo é experiência, né? ” (Filha 1).

“Eu espero que ajude” (Filha 1).

Há a expectativa de que a entrevistadora, como profissional que atua na área de intervenção em crise suicida, esclareça sobre o suicídio. Além do desejo de que a entrevistadora ajude a elaborar o sentimento de culpa que ainda persiste.

“Por que que a pessoa faz isso? No seu ponto de vista como profissional? Deixar uma família...” (Filha 1).

“Você acha que nós poderíamos ter evitado? Nós fomos culpados também? ” (Filha 2).

Portanto, a entrevista se mostrou útil para essas entrevistadas que puderam tirar várias dúvidas sobre generalidades do suicídio e o sentimento de contribuição para ajudar a prevenir outros suicídios.

TEMPO DECORRIDO ENTRE O SUICÍDIO E A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Muitos dados foram afetados pela memória das entrevistadas devido ao tempo de 28 anos que se passaram. Um aspecto marcante nas entrevistas foi a diferença entre a quantidade de fatos que foram lembrados pela filha 1 e a filha 2 referente aos eventos anteriores a morte. A memória é uma “função psicológica que garante elo temporal da vida psíquica, pois reflete o passado no presente e permite a perspectiva do futuro” (Erné, 2000, p. 69). Alguns aspectos foram considerados, almejando refletir a diferença das informações obtidas por cada uma em relação ao suicídio do pai. Cabe registrar que não houve dificuldade para evocar a memória referente aos próprios sentimentos e

vivências. A informação de como lidam com o suicídio, atualmente, é importante para a compreensão de como o suicídio afeta a vida dos sobreviventes ao longo de décadas.

No que tange a diferença entre as informações sobre o relato dos acontecimentos, a filha 1 lembra de vários detalhes anteriores a morte do pai. Tinha voltado há pouco tempo a morar com os pais e estava tendo contato com o pai numa frequência de pelo menos 4 dias na semana. Além de sua maior proximidade com o pai do que a filha 2, que na época o via, aproximadamente, a cada seis meses, a filha 1 viu o pai enforcado. A qualidade dos dados que a filha 1 descreve em relação ao dia anterior e como foi quando encontrou o pai tem uma riqueza de detalhes. A cena ficou em sua lembrança e ao ser reativada ela descreve como se no momento a presenciasse. Esse evento é conhecido como hipermnésia, cuja característica é de haver um exagero patológico da evocação (Erné, 2000). Eventos traumáticos podem gerar esse exagero na evocação. O fato de ter presenciado a cena do suicídio e a proximidade da entrevistada com a vítima são fatores que influenciaram a memória de forma decisiva.

A avaliação que se faz é que apesar do tempo decorrido da morte ter prejudicado a lembrança de alguns fatos, outros fatores essenciais puderam ser analisados e que contribuíram de forma fundamental e única para essa pesquisa. Embora muitas pesquisas apontem pontos prejudiciais de autópsias psicológicas realizadas após 1 ano do suicídio, percebe-se que outros fatores podem influenciar decisivamente a memória do acontecimento.

CASO BEN

Ben morreu em 2013, com 26 anos. Tinha o ensino superior completo, morava com os pais, possuía três irmãos. No período anterior ao suicídio, estava estudando para

concurso público. Ben se enforcou em seu quarto, durante o início da manhã de segunda.

Os entrevistados são a mãe e o pai de Ben. Eles são casados têm quatro filhos. Ambos têm terceiro grau completo, são católicos e aposentados. Eles moram na cidade de Brasília, Distrito Federal. O pai tem 64 anos e a mãe tem 59 anos. As entrevistas aconteceram depois de cinco meses da morte do filho. As duas entrevistas foram realizadas no consultório da pesquisadora separadamente. Cada entrevista durou cerca de uma hora. Ambos estavam fazendo terapia com outros psicólogos.

Exposto essas informações iniciais, passaremos a análise do caso.

CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA E GRAU DE INTIMIDADE ENTRE VÍTIMA E ENTREVISTADOS

Ben foi descrito como tendo sido uma criança muito alegre, ativa e sorridente. Quando adulto gostava muito de brincar, sendo considerado pelos entrevistados como hiperativo, por sua característica de sempre buscar por atividades que o entretivessem, apresentava dificuldade em ficar sentado e para se concentrar em atividades, como estudar. A mãe relatou que ele reclamava bastante de ter que cumprir suas responsabilidades. Ben tinha habilidades com os relacionamentos interpessoais, era comunicativo e extrovertido.

“Ele sempre foi uma criança bem ativa, assim hiperativa, brincalhona ... sempre foi uma pessoa muito alegre, o tempo todo, não tinha hora nenhuma que ele não estivesse alegre com os amigos, com a namorada, com os parentes” (Pai).

“Ele sempre foi uma criança de sorrir muito, sabe? Ele sorria muito, mas ele chorava muito, ele reclamava muito, ele brigava mais. Ele gostava muito de festa, de brincar ... E ele gostava muito, muito de brincar, era muito sociável com todo mundo” (Mãe).

“Ele estava sempre querendo brincar, sempre querendo um entretenimento, sabe? Sempre, sempre” (Mãe).

“Era uma pessoa que gostava demais de criança, ele estava sempre junto, brincando ... ele sempre falava que não queria crescer, que queria ser sempre criança, ou seja, queria sempre estar naquele ambiente mais inocente” (Pai).

“Ele era um menino extremamente amoroso, cuidadoso com todo mundo, sabe? Assim, uma paixão diferente com criança” (Mãe).

Ben apresentava características marcantes, como ser sociável. Nota-se que ele tinha uma relação peculiar com crianças, o ambiente infantil lhe era agradável, guardava os brinquedos que tinha desde pequeno e gostava de brincar com eles e com as crianças. Gostava de jogar videogame com os amigos. Esse comportamento unido a outros comportamentos característicos de Ben revela esse favoritismo pelo ambiente infantil.

De acordo com o pai, Ben chega a falar que não gostaria de crescer, por gostar mais desse ambiente infantil. Essa característica revela um padrão encontrado por Smith (1983) e Smith and Eyman (1988) citados em Gabbard (1998) em pessoas que fizeram tentativas sérias de suicídio. Esses autores perceberam que existia em muitos sujeitos pesquisados uma incapacidade de abandonar desejos infantis de cuidados associado ao conflito pelo fato de ser francamente dependente. O desejo de não crescer, a característica marcante de gostar muito de crianças, de passar horas brincando com crianças em festas familiares, de gostar muito de jogar videogame, leva-nos a ponderar que Ben pudesse ter essa incapacidade de abandonar desejos infantis de cuidados, concomitante, com o conflito por ainda ser dependente.

“Ele tinha sede a noite, os dois [a irmã e Ben] tinham sede. Ela levantava e bebia a água dela. Ele tinha oito, nove anos. Ele nunca levantava e bebia a água dele. Ele sempre me chamava, enquanto eu não fosse lá, ele não tomava água. Eu falava:

Ben a água tá aí no cantinho, tá aí no criado, pega a aguinha e toma. “Não tá escuro. Não, eu quero que você me dê”. Enquanto, eu não levantava, ele acordava a casa toda. Se a cobertinha dele caía, enquanto eu não levantava e cobria ele, ele não se cobria, sabe? ” (Mãe).

Desde criança Ben demonstrava a dependência exigente e voraz em relação aos outros. Ben exigia que a mãe acordasse a noite para cobri-lo e para lhe dar a água, o que denota que ele projeta nos outros a responsabilidade por satisfazer todas as suas necessidades.

“Fomos atravessar a rua e eu falei: Olha, todos os dois (Ben e a irmã) juntinhos de mim aqui ... Quando ele solta da minha mão e atravessa ... eu peguei na mão dele e falei: Ben, não pode fazer isso, meu filho. Olha o perigo do carro ... ele virou para mim, começou a chorar e me deu um chute. E, falou assim: Você é uma burra” (Mãe).

Ben recusava-se obedecer a regras e ser repreendido. Na cena anterior, percebe-se que Ben agrediu física e verbalmente a mãe, colocando nela a responsabilidade pelos seus erros. Ele não aceita que sua mãe possa entender que atravessar a rua sozinho seja um mau comportamento, projetando na mãe o seu erro e chama-a de burra. Esse tipo de comportamento continua até a idade adulta a ponto de a mãe relatar se sentir dominada pelo filho, pois ele explodia ao não ter suas necessidades satisfeitas, frustrando-se facilmente.

“Ele bem pequenininho ... às vezes eu sentava com ele, eu buscava ele da rua até seis vezes em uma sentada de tarde ... para estudar. Muito inteligente e tudo, mas não gostava daquela disciplina, daquela obrigação, daquele sistema de sentar e ter que focar no estudo” (Mãe).

“Ele estuda e às vezes ... não concentra direito” (Pai).

“[Ben] Era diferente, era uma pessoa hiperativa, tinha mais facilidade de relacionamento ... Ele tinha personalidade e essas coisas, não gostava muito de estar estudando” (Pai).

Outra característica demarcada no comportamento de Ben era que ele não se concentrava nos estudos e era hiperativo, sempre buscava coisas novas para evitar o tédio. Os pais relatam que academicamente Ben, ainda criança, estava se distanciando das notas da irmã, pela dificuldade de manter sua atenção voltada para os estudos. Ao contrário de outras atividades, como jogar videogame e brincar, em que conseguia ficar por horas. Apesar da dificuldade e do esforço requerido para continuar e terminar os requisitos exigidos na escola e faculdade, como escrever a monografia, isso não impossibilitou que ele conseguisse ter êxito, tendo concluído o ensino superior.

Ben foi uma criança que apresentou dificuldade para focar em atividades que lhe exigiam um considerável esforço de concentração. Quando o pai o descreve como tendo personalidade, o faz no sentido de que Ben fazia o que queria fazer e não aceitava ser contrariado. A mãe confirma essa observação do pai ao relatar que Ben fazia o que queria, ainda que ela e o pai não concordassem, pontuando que todas as necessidades dele tinham que ser gratificadas.

Além das características de Ben, buscou-se compreender como era a relação dos entrevistados com ele. O pai e a mãe consideraram ter pouca intimidade com o filho para assuntos pessoais, categorizando o nível de intimidade numa escala de 1 a 10 em 3 e 7, respectivamente, segundo o roteiro da entrevista (Tópico 3).

“Era muito difícil a gente conversar assim. Nisso aí era mais fechado assim, eu com ele e ele comigo, né? Então, a gente... Não sei às vezes conversava mais com a mãe do que comigo” (Pai).

“Uma coisa que a gente sempre teve dificuldade, todos nós lá em casa, tivemos dificuldade de conversar com Ben” (Mãe).

“[A intimidade] Era fraca, sempre que a gente ia conversar com ele, ele se recusava, ele ficava bravo, ele ficava bravo a ponto de eu me sentir dominada. Sabe como é? ” (Mãe).

Nota-se que Ben não era de expor seus sentimentos para os pais. Nessa perspectiva, entrevistar outras pessoas, como a irmã, amigos ou a namorada poderia ser bastante útil para tentar ampliar a compreensão de aspectos emocionais de Ben, que não foram compartilhados com os pais. Esse dado aponta para o aspecto descrito na revisão bibliográfica de que os pares podem trazer informações úteis que podem ser desconhecidas pelos pais.

Para compreender outras características de Ben, passaremos ao próximo tópico referente aos aspectos clínicos de Ben.

FATORES CLÍNICOS DA VÍTIMA

Afetividade e comportamento

Nos três meses anteriores ao suicídio, o humor de Ben foi descrito como depressivo e irritável. Também estava mais quieto e preocupado.

“A gente via que ultimamente ele estava mais preocupado, mais triste, mas uma coisa assim comum, para pessoas que estão estudando para concurso” (Mãe).

“Olha, em casa ele estava mais quieto ... a gente sentia que ele estava mais preocupado, mais preocupado do que em outras épocas, mas a gente atribuía isso, porque ele estava melhorando nos estudos dele, no resultado do concurso” (Pai).

“... o Ben tem andado triste e tal ... Eu percebi que ele estava abatido” (Mãe).

“Eu notava ele mais triste ... Eu o percebia mais triste, tanto é que foi aonde eu comecei a ficar inquieta e conversar com ele a respeito de procurar um tratamento”
(Mãe).

“Às vezes a gente ia conversar com ele, perguntar alguma coisa, às vezes ele alterava a voz” (Pai).

“Parecia que estava mais irritado” (Pai).

“Falou um dia ... que estava tendo problema, que não estava dormindo direito”
(Pai).

“Ele estava queixando que ele não estava dormindo bem que ele estava aprendendo pouco, sabe? ” (Mãe).

“Toda vez que a gente ia conversar com [ele], [ele] explodia. Ele era explosivo” (Mãe).

A irritabilidade aumentou nos últimos meses. Ben alterava a voz quando era contrariado, provocando na mãe a sensação de ser dominada por ele e não saber como fazer para conversar. Esses comportamentos sugerem que havia uma tendência a responder aos eventos com ataques de ira.

Cumpr-se registrar que após a morte de Ben, sua mãe encontrou Ritalina em seu armário. A Ritalina é um estimulante do sistema nervoso, que tem sido indicado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e para depressão em idosos. Essa medicação tem sido indevidamente utilizada por estudantes, inclusive, por pessoas que estão estudando para concurso com o objetivo de aumentar a concentração, diminuir o cansaço e aumentar a retenção de informações. Entre os efeitos colaterais dessa droga podemos indicar insônia e nervosismo. O uso da Ritalina, também, pode ter contribuído para exacerbar ou originar esses sintomas em Ben.

“Mas aí, nós achamos aquela Ritalina que ele estava tomando, certamente foi o neurologista que passou para ele, né? Mas, eu não achei receituário, como ele tinha amigos médicos, também, devem ter passado, não sei” (Mãe).

O comportamento explosivo de Ben foi associado ao ambiente doméstico, já nas relações com outros familiares, amigos e com a namorada foi relatado que ele apresentava um humor mais expansivo, sempre alegre. O pai relatou que uma amiga psicóloga dele havia dito que ele tinha “sintomas de bipolaridade” (sic). Evidencia-se que havia uma alternância entre a euforia e a irritabilidade. Contudo, a oscilação do humor de Ben mostrava-se no contexto em que ele está inserido. No ambiente doméstico, Ben se apresentava mais irritado e em ambiente externo ele se comportava de maneira mais eufórica.

No intuito de verificar indícios que sugeriam o diagnóstico de Transtorno Bipolar ou Hipomaníaco foram feitas perguntas adicionais, baseadas na SCID. Entretanto, não houve indícios suficientes que caracterizassem esse Transtorno de Humor ou mesmo um episódio maníaco. Quando foi indagado ao pai se quando Ben ficava alegre ele achava que era mais do que o normal, foi dito que não, nada fora do normal. Ben estava com o humor depressivo e irritável, com dificuldades de se concentrar, insônia, aparência abatida e isolamento, que poderia ter sido camuflado pelo fato de ele estar estudando para concurso. Esses sintomas indicam a hipótese de Transtorno Depressivo Maior (DSM-IV-TR, 2002).

O humor de Ben aparece de forma marcante, revelando muitos aspectos de sua personalidade e dinâmica psíquica. Ben é caracterizado como brincalhão e como uma pessoa que estava sempre sorrindo. O humor pode ser entendido de acordo com a teoria psicodinâmica como um mecanismo de defesa maduro, uma saúde psicológica, “por revelar a capacidade de fazer graça de si mesmo ou mesmo de divertir-se com a situação

que se apresenta” (Gabbard, 1998, p.24). Entretanto, o humor nem sempre é usado como um mecanismo de defesa maduro, como é sabido no Transtorno Bipolar o uso do humor representa uma defesa maníaca no intuito de negar sentimentos persecutórios e agressivos (Gabbard, 1998).

No dia anterior ao suicídio, a mãe e o pai relatam que Ben estava em uma festa, bebendo, divertindo com os amigos e, diante disso, quem imaginaria que ele estivesse sofrendo. Surge a hipótese de que o humor eufórico de Ben negava sentimentos e afetos intoleráveis, não permitindo que uma posição depressiva emergisse na festa com os amigos. Em casa, ele chora, fala que quer ficar sozinho e que quer por fim à vida para acabar com os seus problemas. Ele deixa de negar os afetos intoleráveis. A defesa maníaca que negava esses sentimentos cede e ele expressa a sua dor. A angústia pode ter se ligado ao ressentimento devido às frustrações projetadas no outro, provocando ódio. O impulso autodestrutivo de Ben, altamente agressivo, direciona-se para aniquilamento desse outro. Matando-se ele se vinga desse outro persecutório, por lhe causar sofrimento.

Ben consultou-se com um neurologista por estar com dificuldade de se concentrar e de dormir. Também foi sugerido pelos familiares que Ben fizesse terapia, pois ele não estava em tratamento psicológico.

“Ele procurou um médico. Ele foi direto ao neurologista [...] ele estava queixando que ele não estava dormindo bem, que ele estava aprendendo pouco” (Mãe).

“[...] ele estava com uma consulta marcada, já estava marcado com o neurologista, o neurologista pediu uma série de exames, que a gente, que estava por acontecer ... e ele falava assim: Eu sei que isso não vai dar nada mãe. Isso é porque eu brinquei demais, eu só vivia brincando” (Mãe).

“Eu já tinha, a gente já tinha proposto à ele, vamos fazer uma terapia, vamos procurar um médico, um terapeuta para você e tudo [...] Aí ele falava assim: Mãe, isso é bobagem. Eu não vou mexer com isso não. ” (Mãe).

“Ela [a tia] conversou muito com ele, sabe? E falou assim: Ben, faça terapia meu filho, todo mundo hoje em dia faz. Todo mundo... Aquilo que a gente não consegue resolver sozinho, a gente tem que buscar ajuda mesmo [...] aí ele falou: Ah tia, então está bom, eu vou fazer. Isso foi na quinta-feira, na segunda-feira ele partiu. ” (Mãe).

Além das alterações no humor, Ben queixou-se de sua dificuldade para se concentrar nos estudos. O uso da Ritalina pode ter sido usado para auxiliar nessa dificuldade. Apesar da rotina esperada para pessoas que estejam estudando para concurso, percebe-se que a dificuldade de concentração para estudar não é um problema pontual na vida de Ben. Em diversos momentos foi revelada a dificuldade de Ben de lidar com atividades que lhe exigiam concentração e esforço. A mãe relata que Ben diz que não havia o que tratar, pois o problema estava na forma em que ele sempre vivera, querendo sempre brincar.

Cogitou-se como hipótese diagnóstica o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, com tipo predominante Desatento. Esse diagnóstico apresenta dificuldade de avaliação por se tratar de um exame retrospectivo de um adulto e sem diversas fontes de informação. Alguns sintomas de Ben podem se associar a esse quadro psicopatológico, como o fato de Ben ser explosivo com pequenas questões, a dificuldade de priorizar obrigações importantes, como escrever a monografia ou focar nos estudos, a flagrante dificuldade de concentrar e ser considerado diferente de todos os outros irmãos por ser mais hiperativo. A dificuldade de concentração trouxe uma dificuldade perceptível na vida de Ben, principalmente, quando ele diz aos entrevistados que ninguém poderia ajudá-lo, pois esse era o jeito que ele sempre foi.

A complexidade desse diagnóstico deve se unir a reflexão do contexto social de Ben. Cabe ressaltar que a sociedade atual coloca exigências cada vez mais elevadas em torno do sucesso profissional, o que pode influenciar que comportamentos normais possam ser percebidos como supostos fracassos, por ser exigido um alto padrão de rendimento. A atenção do indivíduo para ser bem-sucedido e produtivo de acordo com esse padrão deve ser maximizada, não existindo um limite para a atenção, tornando todos um pouco desatentos.

Diante do exposto, percebe-se que o humor deprimido e irritável de Ben, assim como dificuldades de concentrar e insônia caracterizaram fatores importantes que contribuíram para que Ben estivesse vivenciando um sofrimento cada vez mais intolerável. Além desses sintomas, é necessário aprofundar no que poderia ter funcionado como o precipitador do suicídio naquele momento. Assim, seguiremos ao próximo tema.

PRECIPITADORES E ESTRESSORES

Não houve relato de nenhum evento precipitador/estressor imediato que tenha acionado Ben para o suicídio. Havia relatos de uma cobrança de Ben em relação a sua expectativa de passar em um concurso. Ele havia passado o dia anterior em uma festa com amigos. Pode-se perguntar o que ocorrera nesta festa: Ele recebeu algum “fora”? Sentiu-se rejeitado? Teve alguma situação de humilhação? Encontrou algum colega com sucesso ou expectativa positiva de sucesso? Ben havia combinado de almoçar com a namorada, a irmã e seu noivo. Não foi ao almoço e passou a tarde e início da noite na festa. Entre estes eventos, pode-se questionar se Ben teve alguma experiência que lhe impusesse o sentimento de menosvalia e que o levasse a se atacar de modo tão grave.

“Há um certo tempo atrás ... ele ficou com a irmã, chorando no quarto dele ... Ficaram conversando ... depois minha esposa perguntou para a [irmã de Ben]: O que é que é? Aí ela falou: Não, é porque ele está meio assim, por meu pai, porque não passa no concurso e estuda e às vezes tem... não concentra direito” (Pai).

“[...] o que ele estava passando, essas dificuldades ... esse sentimento dele mais preocupado, mais triste e tudo, nós sempre atribuímos que era o dado momento que ele estava encarando, ele estava sentindo que ele tinha que amadurecer ... o desejo dele era de ter a independência dele, era de morar independente, de ter autonomia e tudo, e ele ainda não tinha isso ainda ... Agora a gente notava que ele estava se cobrando muito, porque todos estavam conquistando e ele ainda estava para trás, sabe?” (Mãe).

“Eu imagino que a cobrança que estava tendo... inclusive os amigos dele falavam de cobrança ... dos amigos... A namorada está trabalhando, os amigos começando a trabalhar ... ele... não passa em concurso, então esse negócio aí é uma pressão que tem a própria sociedade. ... e ele se cobrava também. Então, isso é um problema que talvez tenha desencadeado tudo” (Pai).

“Eu acho que a consciência dele estava se cobrando” (Mãe).

De acordo com os relatos, Ben poderia sentir que não conseguir passar em um concurso era motivo de humilhação e autorrecriminação. Foi relatado em diversos momentos que Ben se cobrava muito, que pode levar à desesperança, cognição de que o futuro não melhoraria. Pela fala da mãe, Ben pontua sua descrença em relação aos resultados dos exames pedidos pelo médico, apontando que eles não dariam em nada, visto que ele acreditava que o problema dele foi de ter brincado muito. Isso pode indicar a frustração dele com o seu desempenho e com uma visão de ser impossível mudar, uma vez que a resposta estava num passado “mal vivido” e não no presente.

A desesperança pode ter se unido a uma visão do *self* rigidamente mantida que não foi modificada por ele. Ben se comparava aos outros, cobrando-se que deveria passar em um concurso. Apesar das notas nas provas de concurso público terem progredido, parece que isso não flexibiliza a sua expectativa em torno de seu desempenho. Ben cobrava o resultado de ter um bom emprego como os seus amigos e irmãos, mas não estava disposto a ter que se esforçar para alcançar essa meta. A percepção da distância entre o que efetivamente era capaz de alcançar em um concurso e o que necessitava poderia ser vivido como outro ataque a sua frágil autoestima.

Ben afirmava para a mãe que nunca iria mudar a sua forma de ser e negava que tinha um problema. Essa negação pode ser percebida quando Ben não realiza os exames pedidos pelo neurologista para verificar se havia algum fator clínico que pudesse ser alterado com o tratamento e também quando se recusa a fazer terapia. Essas possibilidades de tratamento envolveriam dele a responsabilização pelo autocuidado, pelos seus atos e conquistas. Diante de sua percepção de que não poderia mais negar que era ele o responsável por atender a suas necessidades, para além da mera gratificação de desejos, matando-se, ele elimina a consciência de que não poderia mais negar esses sentimentos e dificuldades.

Deste modo, a necessidade de obter um sucesso profissional, a pressão realizada pela sociedade e por ele, abalou sua estabilidade emocional, provocando um forte sentimento de desesperança, associada a uma rigidez do pensamento, carecendo de flexibilidade e perspectiva. Uma possibilidade terapêutica com Ben seria averiguar se o concurso público era o seu real desejo, ou se ele não estava sofrendo por tentar corresponder a uma expectativa social e não dele. A desesperança pode se relacionar com a possibilidade de que ele não queria passar em um concurso e trabalhar com algo

que não satisfazia suas necessidades psíquicas, se esforçar para corresponder as normas sociais pode ter ocasionado um grande sofrimento psíquico em Ben.

Ben pode ter sentido raiva de si mesmo, por não atender a autoexigência e essa raiva pode ter acionado o impulso suicida. Os sucessos na vida de Ben não modificaram a forma como ele se percebia, sentindo-se um fardo para a família. Segundo o relato do pai, na noite anterior, Ben diz que queria pôr fim aos problemas de sua vida e, para isso, a solução era pôr fim a vida. Percebe-se com essa fala que Ben não via outra maneira de acabar com o seu sofrimento, que se tornou intolerável. O suicídio representa a desistência de Ben de lutar contra esse sofrimento insuportável, a consciência de que ele não poderia mais negar que tinha problemas. Com a persistência das dificuldades, sua tolerância diminuiu e a sensação de ser um fardo aumentou.

Para Ben nada poderia ser alterado, convicções muito arraigadas, não permitiram que outra forma de pensar fosse escolhida, como considerar uma escolha profissional coerente com quem ele era. Restou diante de um sofrimento imensurável aliviá-lo pela fantasia da morte. Ben, provavelmente, acreditava que não teria sucesso na vida ou mesmo que para consegui-lo exigiria um esforço imenso. Não se tratava somente de passar em um concurso público, as dificuldades não acabariam, porque viver era difícil, crescer dentro do pressuposto normativo lhe era muito difícil. Suportar outro dia com essa dor, foi impossível.

COMPORTAMENTOS SUICIDAS

No dia anterior ao suicídio, Ben fala ao amigo sobre como deveria ser o seu sepultamento. Ao chegar em casa, ele expressou que estava sofrendo muito e queria que

esse sofrimento terminasse, apresentando a fala de que queria dar um tiro na cabeça para pôr fim aos seus problemas.

“... ele chegou em casa chorando, chorando ... Ele falou: Não, tem hora que dá vontade de comprar um revólver e dar um tiro na cabeça, que acaba com esses problemas todos. Falei: Que isso cara? Que história maluca é essa? Aí ele... Começamos a conversar outras coisas lá e ele: Não, pai, desvia o rumo da conversa não. Falei: Não estou desviando, eu estou tentando temporizar, porque você falando um troço desses” (Pai).

“Ele falou com um amigo dele ... Pois é no dia do meu sepultamento eu não quero ninguém chorando. Eu quero todo mundo com uma latinha na mão. Uma cerveja na mão. E no outro dia de manhã ele...” (Mãe).

“Nesse dia inclusive que ele chegou em casa ele falou: “Olha pai, tem muitos amigos que tem, e colegas que tem inveja de mim, porque eu tenho tudo em casa. Tenho todo apoio, tem tudo” (Pai).

Nota-se que Ben já apresentava um planejamento para morrer, ao falar para o amigo sobre como gostaria que fosse o sepultamento. Na noite anterior ao suicídio, Ben reconhece ao pai que tinha tudo, inclusive o apoio da família. Ben podia sentir que a sua morte de certa forma aliviaria o fardo que ele acreditava ser para a família, além do peso que a vida lhe representava. Ambas as falas remetem a preocupação de que as outras pessoas fiquem bem, não se culpem. A fala dele para que os outros não chorassem, aponta que Ben não tinha como alvo consciente causar sofrimento aos sobreviventes. Entretanto, esse desejo de não causar mal aos outros não o protegeu de seu impulso autodestrutivo e agressivo em relação aos outros.

“... teve uma vez ... que... ele e a namorada ... terminaram... E, agora depois desse ocorrido... na época ele ficou desolado, né? Ele chorava muito ... e uma amiga

dele contou para gente agora, que na época ele falou para essa amiga lá que dava vontade de se matar, teve vontade de se matar” (Pai).

Além do dia anterior, houve o relato de que há anos ele tinha falado que teve vontade de se matar após romper o namoro. Não houve nenhum relato de tentativa de suicídio anterior. Apesar de não haver evidências de uma carreira suicida, ele já havia expressado diante de uma situação de crise que o suicídio lhe parecia uma saída possível.

“Não. Nunca... Se ele tentou alguma coisa, ninguém nunca... nunca foi perceptivo, nunca deixou rastro” (Pai).

“Não (teve outra tentativa), que a gente soubesse, não” (Mãe).

Ben estava passando por um sofrimento intenso. Os entrevistados perceberam que ele estava diferente, estava mais triste e mais irritado nos últimos meses. Apesar dos sinais que o seu funcionamento estava significativamente afetado, e das comunicações sobre a ideação suicida, é grande a dificuldade de mapear o risco de suicídio por pessoas que não sejam profissionais da área de saúde. Na prática observamos que a maioria dos profissionais tem dificuldades de avaliar o risco de suicídio (Montenegro, 2012; Camarotti, 2009). A avaliação de um profissional especializado poderia mapear a seriedade do sofrimento de Ben e a gravidade do risco de suicídio. Passemos ao método do suicídio, para aprofundarmos na questão de planejamento e intencionalidade de Ben.

MÉTODO DO SUICÍDIO: LETALIDADE, PLANEJAMENTO E INTENCIONALIDADE

Ben se enforcou em seu quarto. Ele faleceu pela manhã, no período em que a família ainda estava dormindo.

“Eu que encontrei. Eu ouvi quando ele levantou, era uma seis e meia da manhã. Aí eu levantei, não quis acender a luz do quarto, e fui até a cozinha ver ele. As horas... Eram 6:35. Eu vi quando ele foi ao banheiro, quando ele foi na cozinha ... Aí

quando deu quinze para as sete, eu escutei quando ele fechou a porta, depois eu escutei um outro barulho... deu 7:30 e ele não tinha aparecido na cozinha ainda. Eu falei: Aconteceu alguma coisa, eu vou lá ver o que está acontecendo. Eu falei: Será que ele voltou para a cama e dormiu? Eu cheguei lá, ele estava morto e enforcado” (Mãe).

O tempo que Ben levou para realizar o ato pode expressar a ambivalência dele, uma vez que ele se enforcou no horário que a mãe estava prestes a acordar. Além disso, a porta do quarto estava destrancada, não impedindo que alguém entrasse, o que pode representar a última tentativa dele de ser salvo. Por outro lado, o fato dele ter passado o dia todo bebendo, provavelmente, não ter dormido durante a noite sugere que ele não poderia ter tido condições de pensar nesses detalhes e ter agido por impulso.

Depois de ele falar sobre a sua intenção de pôr fim à vida para dar fim aos problemas, diz ao pai que iria pedalar. O entrevistado percebeu o risco de que Ben fizesse algo contra si próprio e negou deixá-lo sair, o que poderia ter abortado uma possível tentativa de suicídio. Contudo, a intenção de efetivar a morte persistiu e Ben se enforcou. Dessa forma, ainda que não fosse o método que tivesse sido escolhido previamente, Ben utilizou o método disponível e de fácil acesso.

A escolha do método para se suicidar é bastante significativa. O enforcamento apesar de deflagrar um método de alta letalidade, nesse caso, nos direciona a uma especificidade da dinâmica psíquica de Ben: exprime um autoabandono extremo. Ben desistiu de si. A intenção de se matar se manifesta tanto pela escolha da forma de suicidar quanto pela comunicação explícita da ideação suicida. Ele poderia a qualquer momento rever seu ato que culminaria na morte, mas não o fez. A luta entre os impulsos destrutivos e conservadores foram travadas durante toda a noite, até que o conflito dirimiu e Ben recorreu à morte como única possibilidade de ação ou de inatividade. Ben

não conseguiria suportar outro dia, assim, era preferível suportar a dor da morte, enforcando e eliminando a dor psíquica.

“Ele tinha bebido naquele dia, ele tinha passado aquele dia com os amigos e depois, na casa do amigo dele ... tinha passado lá o dia todo e eles beberam” (Pai).

Ben passou o dia anterior bebendo em uma festa com amigos. O uso do álcool pode ter funcionado para amenizar o sofrimento que estava sentindo durante o dia. Ao mesmo tempo pode ter sido usado para aliviar a angústia por estar planejando o suicídio. Uma das propriedades do álcool é baixar a qualidade do julgamento, que na presença de pensamentos negativos, sentimento de menosvalia, afetos intoleráveis levando ao desespero, necessidade de gratificação imediata e impulsividade, culminou no suicídio.

IMPACTO DA MORTE NOS SOBREVIVENTES DE SUICÍDIO

Falar sobre o suicídio dos filhos foi um momento de muita comoção. Em ambos os relatos houveram pausas, choros contidos e expressos. Observa-se que essa experiência é traumática e terrível, afetando a vida dos envolvidos de diferentes maneiras.

“Eu não sei nem se tem como descrever isso aí [o impacto da morte]. É ... de uma hora para outra você vê uma... Você convive... O cotidiano ali ... Aí de uma hora para outra, sem mais nem menos, a pessoa deixa de pertencer ao convívio com a gente. Então, essa experiência é terrível” (Pai).

“Tem dia que às vezes eu acordo assim com nó, parece que já está tranquilo a situação. Mas, tem dia que... Mas é isso aí. E a gente está levando a vida” (Pai).

“Olha o que eu quero é não sentir essa saudade, porque no resto eu acho que a gente vai conciliando ... Agora a saudade não tem jeito” (Pai).

“Eu ainda tenho muita dificuldade de entrar no quarto dele, olhar pela janela aonde ele amarrou o cinto. Para mim foi muito difícil. Eu não sei assim, se eu estou cultivando muito a perda do Ben, ou se é normal passar pelo o que eu estou passando” (Mãe).

O suicídio imprime um luto diferenciado aos sobreviventes. Além disso, o luto parental é um luto que revela uma tragédia, uma perda cruel. Tanto o pai como a mãe tiveram dificuldades de falar sobre o impacto do suicídio. Os entrevistados manifestaram algumas resistências ao se abordar esse tema, por se tratar de um acontecimento ainda permeado de muita angústia. A emoção associada ao evento foi em muitos momentos da entrevista inexprimível.

Durante a entrevista, a mãe buscou saber se o que ela estava passando era normal, se naquele momento ela já não deveria estar melhor, o que denota que além da vontade de que a dor diminua, existe a influência da cultura nos rituais e no próprio processo de luto individual. A nossa sociedade demanda que o luto seja rápido. Além disso, o estigma associado ao suicídio faz com que o modo da morte seja ocultado.

“O que eu posso dizer é que não é muito fácil encarar e tolerar um pai, uma mãe que perdeu um filho nas condições que nos perdemos. Nas pessoas, a gente sente que as pessoas até evitam” (Mãe).

É evidente nesse relato que o luto parental e o luto por suicídio aumentam a dificuldade do luto pela vivência da perda do objeto de amor com alto vínculo afetivo e pela morte ser inesperada e violenta. Tolerar a angústia pela dor do outro, pelo sofrimento imensurável pode gerar nos outros a fuga desse assunto, que provoca uma falta de apoio a esses enlutados, a falta de um espaço de escuta, que pode levar a configuração do silêncio, que como visto pode gerar sintomas patológicos nos sobreviventes pela carga emocional que fica guardada.

A comunicação é fundamental, contudo, a mãe em muitos momentos não expressa sua dor, relata que a sua filha estava prestes a ter um bebê, e que não queria trazer essa dor nesse momento. Esse contexto inibe que a entrevistada fale abertamente de seu sofrimento aos familiares, podendo inibir o processo saudável, e que de outra forma pode tornar a elaboração do luto ainda mais complicada.

O trabalho de luto é um teste de realidade, devido à necessidade de constatar que a perda ocorreu de fato e, agora, tem que viver sem a pessoa amada. Verifica-se mediante alguns relatos a fase de busca, natural do processo de luto, havendo a ilusão de que a pessoa não tenha morrido, e que eles encontrarão Ben em algum lugar.

Outro ponto marcante nas entrevistas foram os diversos sentimentos que estavam fazendo parte do luto dos entrevistados, como sentimento de culpa, de abandono, além do pensamento de não entenderem o porquê do suicídio. Esses sentimentos apontam para o legado singular desse modo de morte.

“E a gente procurando saber o que foi que a gente fez de errado, o que que deixou de fazer, né? Então, é esse tipo de coisa que hoje martiriza a gente né” (Pai).

“... tudo assim, eu acho que eu tinha que ter feito mais” (Mãe).

“... até o que você deixou de dizer, hoje a gente se cobra” (Mãe).

“... a gente não alcançou o Ben, as coisas que a gente fez, a gente não alcançou ... a necessidade dele, as angústias dele, sabe? ... Queria ter alcançado” (Mãe).

“... eu acho que deveria ter chamado ele para conversar e ter sido mais amiga, sabe? Eu sempre acho que talvez isso tenha sido uma falha” (Mãe).

“Agora é terrível, Tatiane, porque aquelas mínimas coisas, sabe, até assim, o tchau, vai com deus meu filho, parece que a gente tinha que ter feito diferente, a gente tinha que ter ido lá, abraçado e falado, sabe? Parece que a gente, que isso aí foi pouco, sabe como é? (Mãe).

“Sentimento de culpa eu não tenho, então eu acho que isso não vai me martirizar” (Pai).

O sentimento de culpa foi bastante reiterado no discurso da mãe, já o pai expressa que não se sente culpado. Entretanto, percebe-se que em alguns relatos o pai encobre o sentimento de culpa. Essa característica pode estar ligada com a personalidade de cada um. O pai apresenta uma postura mais racional, intelectualizando o seu sentimento de culpa.

“Então a gente está tentando conviver, e tentando entender, e procurando forças em situações de pessoas que também tiveram situações de perda de filho” (Pai).

O pai relata já ter conversado com outros pais que perderam filhos e que descreveram que a dor nunca acaba, o que revela que o processo de luto nunca está totalmente concluído. A fase de choque e desespero com o tempo diminui, mas diversos momentos podem evocar a tristeza e anseio pela perda, mesmo tendo se passando muitos anos.

“... você nunca acredita que um negócio desse vai acontecer, nunca, você nunca imagina que tem uma, a gente não conseguiu perceber, a gente até hoje não conseguiu perceber, sabe? ” (Mãe).

“Ela [a namorada] até hoje tadinha, está sem entender, está sofrendo muito. Muito, muito” (Mãe).

“A impressão que a gente tem é que talvez ele nem quisesse provocar aquilo, de repente, fazer só uma tentativa, uma coisa e deu certo a tentativa” (Pai).

Novamente, a necessidade de responder ao porquê do suicídio se apresenta como um fenômeno predominante no processo de luto dos entrevistados. Tentar compreender, justificar, encontrar as explicações para que Ben tivesse se suicidado. Essa sensação pode ser melhor elaborada com informações sobre o suicídio. Nessa perspectiva,

percebe-se que existiram muitas dúvidas dos entrevistados e que tiveram no momento da entrevista um espaço para receber algumas informações sobre o fenômeno do suicídio.

O suicídio de Ben afetou profundamente não somente vínculos próximos, como os pais, irmãos e amigos próximos, mas tios, colegas mais distantes. Esta experiência fez com que vários familiares e amigos procurassem ajuda profissional para auxiliar a lidar com a perda.

“E uma coisa que está me preocupando muito são os meus outros filhos ... eles vão lá para casa, eu vejo que eles ficam menos tempo. E esses dias eles falaram para mim: Mãe está difícil que a gente venha aqui ... a gente vê o quarto do Ben vazio, sabendo que ele não está mais aqui e tudo aconteceu ali ... eu já cogitei a possibilidade de até mudar daquela casa” (Mãe).

“Está assim, muito presente em todo mundo” (Mãe).

“Não teve uma pessoa que não tivesse, assim, ficasse comovido com a situação... tem tios que ficaram deprimidos, foram procurar psicólogo. Irmãos, também, procurando psicólogo. Amigas procurando... namorada. Pessoas que até hoje ... Ainda não conseguem, ainda não conseguiram segurar isso aí ... Tem uns amigos que ... foram no quarto dele, foi um chororô danado” (Pai).

O intenso legado do suicídio não se limita aos impactos que o suicídio provocou nos entrevistados. O alcance dele é um fator preocupante. Percebe-se nesse caso a extensão de pessoas que foram afetadas intensamente pelo suicídio de Ben. A morte de uma pessoa nova, aparentemente bem-sucedida, com uma vida de possibilidades, de promessas de alegria e de sucesso, particularmente, alcança em cada sobrevivente o encontro com a morte, com o impulso autodestrutivo e com a liberdade de fazer escolhas. O suicídio faz parte da decisão de Ben em acabar com seu sofrimento, mas

que, inevitavelmente, trouxe uma nova dor psicológica que os sobreviventes de suicídio poderão carregar por toda vida.

REAÇÕES DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À ENTREVISTA E OUTROS

COMENTÁRIOS

A experiência da entrevista despertou variados sentimentos nos entrevistados. Em alguns momentos, os entrevistados ficaram abalados por estarem falando sobre esse tema tão delicado, necessitando que a pesquisadora lidasse com a demanda que surgiu, deixando o roteiro da entrevista. Entretanto, os entrevistados em nenhum momento quiseram parar com a entrevista. Quando indagados, reafirmaram o desejo de continuar. Esse fato evidencia que a entrevista mobilizou temas difíceis e ansiogênicos, mas por outro lado abriu espaço para se falar abertamente sobre o tema, funcionando como oportunidade de catarse e de resolver dúvidas que os angustiavam. Os entrevistados ressaltaram a necessidade de contribuir para auxiliar outros sobreviventes de suicídio.

“... eu quero contribuir, porque de repente o que eu estou falando aqui vai servir para outros casos, sabe? Vai ajudar outras pessoas” (Mãe).

“Espero que a gente tenha contribuído com o seu trabalho e que isso possa servir para família, né?” (Pai).

Alguns outros comentários foram feitos referentes à necessidade de que grupos de suporte para sobreviventes de suicídio fossem criados e que houvesse divulgação na mídia sobre medidas preventivas para o suicídio, alertando possíveis riscos para que as pessoas pudessem identificá-los.

“Hoje eu não sei como é que vocês têm grupos de famílias, que estão na mesma situação da gente e que, se vocês tem assim uma... Uma ideia de formar algum grupo,

alguma coisa para direcionar e inclusive, sei lá, programas de televisão, esclarecer para famílias, que igual nós fomos ignorantes na condução disso aí, para que elas fiquem alertas para esse tipo de coisa, e de repente correr a tempo né, antes que aconteça isso né” (Pai).

A fala desse pai remete a uma questão imprescindível do suicídio: a necessidade de que políticas públicas sejam elaboradas para prevenir o suicídio, ou mesmo a disponibilização de suporte para lidar com esse tipo de perda. Diversos organismos como a Organização Mundial de Saúde reiteram essa necessidade, postulando o suicídio como uma questão de saúde e segurança pública.

Capítulo 5- Conclusão e Reflexões Finais

O suicídio é um fenômeno que expressa uma dor psíquica que foi intolerável para o suicida. Ao mesmo tempo ele marca o início de uma nova dor psíquica para os sobreviventes de suicídio, que são impactados radicalmente pela morte inesperada e violenta.

Avi morreu aos 64 anos, já idoso, Ben morreu aos 26 anos. Ambos se enforcaram em casa, na madrugada de domingo para segunda, enquanto os familiares estavam dormindo. O enforcamento é um método de alta letalidade e acessibilidade. Uma das estratégias de prevenção do suicídio é o controle de meios, que visa dificultar o acesso a métodos que possam culminar no suicídio. O fácil acesso a esse método é um fator preocupante, uma vez que ele é um dos métodos mais utilizados por homens e por mulheres no Brasil.

Nos dois casos é nítida a alteração do humor nos meses anteriores ao suicídio, sugerindo como hipótese diagnóstica o Transtorno Depressivo Maior. No caso Avi houve o relato de humor deprimido, perda de interesse em atividades sociais, retraimento social, além de relatarem que ele estava mais desesperançado e sentindo-se culpado. No caso de Ben foi relatado humor depressivo e irritável, insônia, estava mais abatido e quieto. Além disso, Ben apresentava o humor expansivo em ambientes de festas e quando estava com amigos, sugerindo o uso do humor eufórico como defesa maníaca para evitar sentimentos depressivos ou persecutórios.

A presença do álcool ocorreu de forma diferenciada nos casos. Apesar de não haver indício do uso de álcool por Avi nas horas anteriores ao suicídio, ele foi uma pessoa que apresentou uso mal adaptativo do álcool ao longo da vida. Os Transtornos

Relacionados ao Álcool estão associados ao aumento do risco de suicídio, que podem estar ligados a consequências psicológicas (DSM-IV-TR, 2002). No caso de Ben houve a ingestão de álcool nas horas anteriores ao suicídio. A intoxicação com álcool pode ter gerado em Ben alterações comportamentais e psicológicas, agravando sentimento de tristeza e menosvalia, além de aumentar a impulsividade e o desespero.

Os eventos estressores associados ao suicídio de Avi foram: a notícia de que teria que sair do local em que trabalhava, os sentimentos de culpa e remorso por ter ido à falência e pelo comportamento com a esposa, e falta de uma rede de apoio. O tradicional papel de gênero, em que a função do homem é ser o provedor econômico da família, gerou em Avi um sentimento de fracasso, humilhação e perda de identidade ao anteciper que não alcançaria o meio de sustentação da família. É perceptível como o modelo hegemônico de masculinidade provocou sofrimento a Avi, que não conseguiu se olhar no espelho com a perda dessa função tão central em sua identidade. Uma sugestão de trabalho terapêutico seria refletir sobre esses modelos tradicionais de gênero, ou mesmo flexibilizar novas possibilidades de obter renda para o sustento da família. Afinal, o suicídio no idoso pode ter bastante influência da dificuldade de muitos homens que ao se aposentarem ou perderem o emprego sofram muito por se perceberem fora do modelo normativo de ser homem.

No caso de Ben, não houve o relato de evento estressor ou precipitador nas semanas anteriores ao suicídio que pudesse ter alguma relação com o fato. Ben passou o dia em uma festa com os amigos, talvez tenha acontecido algo que agravou sentimentos desagradáveis, como o sentimento de humilhação, menosvalia ou vergonha por se comparar com amigos que já tinham galgado algum sucesso profissional. O evento estressor pode aumentar o desespero, a angústia e a dor psíquica, sendo um dos fatores que entra no cenário psicológico do suicídio. No caso de Ben, a ausência de evento

situacional agudo pode indicar que havia um alto nível de desesperança, e, assim, o aparecimento de poucos eventos adversos, como encontrar com um amigo com muito sucesso profissional, poderia levar a um grau de perturbação extrema.

Apesar de Ben ter explicitado que queria se suicidar e o fez na sua primeira fala aos pais, Avi ameaçou várias vezes e só o fez décadas depois da primeira ameaça. Como saber que naquele momento exato eles iriam se suicidar? Se o suicídio tivesse sido abortado ou interrompido, como saber se eles tentariam novamente? Essas indagações remetem à necessidade de que o risco seja avaliado para que medidas eficazes sejam realizadas a fim de reduzir o risco de suicídio.

Ambas as vítimas não estavam em acompanhamento psicológico, o que poderia ter verificado o risco de suicídio e possibilitando que novas soluções fossem encontradas. Afinal, a dificuldade de alternativas para a solução dos problemas fez com que ambos encontrassem no suicídio a sua saída. É preciso na clínica psicológica identificar e monitorar as dinâmicas psíquicas, os pensamentos e contextos que acionam o sistema de crenças suicidas e que geram comportamentos suicidas, revertendo esses fatores de riscos através, também, do aumento da tolerância a angústia e frustração.

Quanto ao impacto do suicídio nos sobreviventes, percebe-se que o luto por suicídio apresenta singularidades como estigma, vergonha, constrangimento, culpa, configuração do silêncio, o reexame persistente sobre o que teria levado a vítima a se suicidar. Também foram relatados sentimentos de desespero, raiva, revolta, remorso e ressentimento. Constatou-se que as consequências do suicídio tiveram uma longa duração, pois mesmo transcorridos 28 anos do suicídio de Avi, vários sentimentos ainda estavam presentes. As entrevistas com os pais de Ben evidenciam que o impacto do suicídio recente do filho provoca profunda dor. Falar sobre o impacto da perda para eles foi um momento que despertou ansiedade, necessitando que pausas fossem feitas

durante a entrevista, mostrando que ainda estavam vivendo uma fase carregada de dor excruciante.

O impacto do suicídio alcançou um grande número de pessoas em ambos os casos e atravessou gerações no caso Avi. Percebe-se que a transgeracionalidade do comportamento suicida ocorre por mecanismos próprios de transmissão de padrões de comportamento e funcionamento da família, podendo deixar na configuração da família valores que a descredita como fonte de apoio, possibilitando que o comportamento suicida possa ser repassado a outras gerações. O desconhecimento desses padrões de transmissão de comportamentos gerou na família de Avi a construção de mitos, como os comportamentos suicidas advirem de obsessão em família.

Outra característica observada nos entrevistados foi a configuração do silêncio, ou seja, o sigilo que em relação aos suicídios, que dificulta uma comunicação saudável. O silêncio pode ser em relação ao falecido, em que não se fala sobre ele, e o segredo que omite o modo da morte para outras pessoas. Constatou-se a utilização de estratégias e justificativas para não se falar sobre o falecido. Grupos de suporte, com outras pessoas que passaram por essa experiência, podem promover espaço para que a pessoa exponha a sua história, obtendo o apoio no processo de luto.

A vivência da perda é influenciada por diversos fatores individuais e culturais. O processo de elaboração do luto é afetado pelo fato da morte ser por suicídio. Apesar de o luto ser um processo que não termina, reações patológicas ou mesmo o risco de comportamentos suicidas deve ser monitorado para que intervenções terapêuticas possibilitem que a pessoa entre em contato com a perda e expresse os seus sentimentos, como forma de elaborá-los.

A entrevista semiestruturada mostrou-se eficaz na comunicação com os sobreviventes por contemplar temas previamente selecionados, mantendo a postura

clínica de escuta. A habilidade clínica do entrevistador facilita o uso da entrevista, pois ele terá que lidar com assuntos ansiogênicos e que despertem eventuais vulnerabilidades nos entrevistados. Também estar familiarizado com o tema auxilia que perguntas sejam bem exploradas e de forma natural.

Os cuidados éticos refletidos ao longo desse trabalho pautaram o caminhar desde a construção de um referencial teórico que atentasse para as possíveis vulnerabilidades dos entrevistados até o momento de reflexão sobre cada vivência. A autópsia psicológica ao ser pensada para facilitar a comunicação com os sobreviventes, além do seu objetivo inicial de coletar informações sobre o suicida e sobre o impacto do suicídio fez despertar uma nova possibilidade de uso: como ferramenta terapêutica para os sobreviventes do suicídio. Falar sobre o falecido, falar sobre a vivência do luto por suicídio possibilita um momento catártico, de fala autêntica, que aborda assuntos correlacionados a esse fenômeno. Também possibilitou a expressão de um sentimento altruístico: todos os entrevistados afirmaram que a entrevista lhes ofereceu uma possibilidade de ajudarem outras pessoas por meio do relato de sua experiência. Esse sentimento, também, pode ser uma maneira de sublimar parte do desejo de reaver o ente querido pelo ideal sublime de ajudar ao outro.

A entrevista utilizada para autópsia psicológica, aberta à escuta clínica também tem uma função terapêutica. É um espaço, talvez, nunca obtido antes para comunicar sentimentos ambivalentes, medos, dúvidas e o sofrimento que muitas vezes foi silenciado ou mesmo desprezado. O receio de realizar autópsia psicológica, por julgar que ela provocará situações ansiogênicas, nessa perspectiva, não tem fundamento, pois a clínica psicológica em qualquer situação coloca o profissional diante de situações que possam despertar vulnerabilidades para que a situação possa ser enfrentada e superada. O receio de falar sobre o suicídio não justifica a negativa referente a esse tipo de

avaliação, ao contrário, nos remete novamente aos estigmas em torno do fenômeno. Qualquer que seja o conflito psíquico, qualquer a situação que possa ter ocorrido, o trabalho do psicólogo estabelece o espaço para se falar sobre todo tipo de dificuldades e de experiências traumáticas. É preciso que o terapeuta esteja preparado para ouvir, e ajudar a pessoa a expor todo seu sofrimento, fazendo intervenções necessárias, de forma que ela possa compreender sua experiência, ressignificá-la diante de sua nova compreensão e seguir a vida adiante.

As informações obtidas puderam ser consubstanciadas pelos referenciais teóricos e possibilitaram a análise da relação do entrevistado com a vítima. A entrevista semiestruturada proporcionou um espaço de fala autêntica sobre o suicida e sobre a vivência do luto por suicídio. Para a proposta desse trabalho, as informações obtidas pela entrevista fundamentaram o entendimento dos casos, atendendo aos objetivos propostos de compreensão de fatores psicossociais que contribuíram para o suicídio e do impacto da perda e a vivência do luto por suicídio.

Essa avaliação psicológica realizada retrospectivamente apresentou um alto grau de complexidade, pois a compreensão da experiência do suicida foi pretendida pelo relato de terceiros, o que faz com que características ou mesmo sintomas subjetivos possam não ter sido revelados pelo suicida aos entrevistados. Além disso, há que se considerar a possibilidade do viés de cada entrevistado, que tem sua percepção da vítima colorida pelas características das relações que tem com ela, a exemplo da diferença de percepção que as duas irmãs tinham do pai, Avi. Portanto, um maior número de informantes poderia trazer informações adicionais sobre a vítima, como entrevistar outros filhos de Avi ou a irmã ou a namorada de Ben.

Os estudos de casos se mostraram válidos pela possibilidade de revelarem como o impacto do suicídio deixa um intenso legado aos sobreviventes, alcançado uma

extensa quantidade de pessoas e gerações. Os relatos permitiram sugerir dinâmicas psíquicas das vítimas que atuaram juntamente com outros fatores, fortalecendo a decisão da vítima de suicidar. A interação de fatores de risco, fatores protetivos, vulnerabilidades psíquicas, biológicas, sociais e/ou culturais, habilidades de enfrentamento e outras dinâmicas psíquicas foram múltiplas e interagiram de forma específica em cada caso, corroborando com o pensamento de Shneidman (1994) sobre nenhum fator de risco ou estatística conseguir explicar a complexidade de um caso.

O valor da avaliação de risco é inquestionável, portanto, o que se propõe é que a escuta clínica atenta se faça tanto com o objetivo de avaliar o risco de suicídio, adotando as medidas cabíveis em prevenção do suicídio, quanto auxiliando o paciente em direção a tolerar a sua angústia e encontrar alternativas mais funcionais. Afinal, a melhor medida para avaliar o risco de suicídio será pautada no conhecimento prévio sobre fatores de risco e protetivos unidos ao entendimento da dinâmica psíquica de cada pessoa.

A prevenção do suicídio é fundamental, mas ainda carece de apoio e incentivo para ser eficaz no Brasil. Escassas iniciativas tentam minimizar a lacuna de políticas públicas voltadas para a prevenção. Grupos de suporte específicos para os sobreviventes de suicídio, no Brasil, chegam a ser quase utópicos, tendo sido divulgado através do Relatório do Levantamento de Instituições de Atendimento ao Comportamento Suicida no Brasil (2006), apenas uma instituição filantrópica, conhecida como API - Apoio a Perdas Irreparáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, que tem por foco do grupo são enlutados em geral, e realiza atendimentos a sobreviventes de suicídio por procura espontânea, atendendo, em consequência, à uma maioria de pessoas enlutadas por suicídio.

Algumas instituições universitárias aparecem nesse relatório como fonte de promoção de pesquisas sobre suicídio, tentativas de suicídio, prevenção, sobreviventes de suicídio, além de oferecer capacitação para profissionais. Entretanto, percebe-se que poucas universidades brasileiras possuem em seu currículo matérias ou atividades específicas para trabalhar com a temática do suicídio, ou, especificamente, com os sobreviventes de suicídio.

É evidente que o suicídio continua sendo um tema tabu em nossa sociedade. Esse estigma interfere diretamente na forma como as pessoas lidam com quem apresenta comportamentos suicidas e com os sobreviventes de suicídio. Diminuir o tabu existente é uma tarefa que exige esforço contínuo e persistente, mas que promoverá um trabalho mais efetivo na diminuição dos suicídios. Assim, novas pesquisas e projetos são essenciais para prosseguir e ampliar os estudos, colaborando com o conhecimento necessário para evitar os suicídios passíveis de prevenção e para que o sobrevivente de suicídio encontre apoio e suporte para lidar com essa perda irreparável.

Avi e Ben mais do que fazerem parte de uma estatística trágica brasileira, são duas pessoas que não significam um número a mais para os que sobreviveram a perda. Foram duas pessoas que lidaram com um sofrimento intolerável que culminou em morte, deixando outras em sofrimento. É preciso romper com esse ciclo através de medidas que eduquem a população para perceber possíveis riscos de suicídio e como encaminhar essas pessoas para receber o tratamento e suporte adequados. Para isso, deve ser realizado um trabalho conjunto com órgãos governamentais, com a mídia e com profissionais da área, oferecendo e divulgando tipos de ajuda. O preenchimento dessa lacuna é essencial para a saúde pública e para a população em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andriessen, K. (2005). A Reflection on “Suicide Survivor”. *Crisis*, 26 (1), pp. 38–39.
- _____. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30 (1), pp. 43-47.
- Andriessen, K., Beautrais, A., Grad, O. T., Brochmann, E. & Simkin, S. (2007). Current understandings of suicide survivor issues: research, practice, and plans. *Crisis*, 28(4), pp. 211-213.
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T. & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *The British Journal of Psychiatry*, 175, pp.168-74.
- Asgard, U., & Carlsson-Bergström, M. (1991). Interviews with survivors of suicide: Procedures and follow-up of interview subjects. *Crisis*, 12, pp. 21–33.
- Bailley, S.E., Dunham, K. & Kral, M. J. (1999). Survivors of Suicide Do Grieve Differently: Empirical Support for a Common Sense Proposition. *Suicide and Life- Threatening Behavior.*, 29 (3), pp.256-271.
- Bardin, L. (1979, 1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barrero, S. P. (2006). Os sobreviventes e seu manejo. In Corrêa, H. e Barrero, S. P. *Suicídio: uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.
- Barros, M.B.A, Oliveira, H.B & Marín-Leon, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (Cols). *Comportamento suicida* (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp.
- Bertolote, J.M. & Fleischmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (Cols). *Comportamento suicida* (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Bleger, J. (1974). *Temas de psicologia*. 3 ed. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 37-38.
- Borczykowski, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B., Reintjes, R. & Hjern, A. (2011). Familial factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychological Medicine*, 41(1), pp. 749-758.
- Botega, N.J., Rapeli, C.B. & Freitas, G.v. (2004). Perspectiva psiquiátrica. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (Cols). *Comportamento suicida* (pp. 107-121). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N.J. & Werlang, S.B.G. (2004). Avaliação e manejo do paciente. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (Cols). *Comportamento suicida* (pp. 123-140). Porto

- Alegre: Artmed.
- Botello, T., Noguchi, T., Sathyavagiswaran, L., Weinberger, L.E. & Gross, B.H. (2013). Evolution of the Psychological Autopsy: Fifty Years of Experience at the Los Angeles County Chief Medical Examiner-Coroner's Office. *Journal of Forensic Sciences*, 58(4).
- Camarotti, J. (2009). A entrevista clínica no contexto de risco de suicídio. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Brasília, Brasília.
- Cassorla, R.M.S. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In Werlang, B. e Botega, N.J. (Org.). *Comportamento suicida* (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M. e Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33. pp. 395-405.
- Cavalcante, G.F. & Minayo, M.C.S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), pp. 1943-1954.
- Cavalcante, F.G., Minayo, M.C.S., Meneghel, S.N., Silva, R.M., Gutierrez, D.M., Conte, M., Figueiredo, A.E., Grubits, S., Cavalcante, A.C., Mangas, R. M., Viera, L.J. & Moreira, G. A. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(8), pp. 2039-2052.
- Cerel, J., Jordan, J.R. & Duberstein, P.R. (2008). The Impact of Suicide on the Family. *Crisis*, 29(1), pp.38-44.
- Clark, D & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In Bongar, B. (Ed.). *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp.16-48). New York: Oxford University Press.
- Clark, D. C., & Horton-Deutsch, S. L. (1992). Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In Maris, R. W., Berman, A. L., Maltzberger, J. T., & Yufit, R. I. (Eds.). *Assessment and prediction of suicide* (pp. 144-182). New York: The Guilford Press.
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J. Kirmayer, L.J. & Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *International Journal of Circumpolar Health*, 72.

- Chavan, B.S., Singh, G.P., Kaur, J. & Kochar, R. (2008). *Indian Journal Psychiatric*, 50(1), pp. 34-38.
- Clark, S. (2001). Bereavement after suicide. How far have we come and where do we go from here? *Crisis*, 22, 102–108.
- _____. (1986). The role of the 'Bereaved through Suicide support group' in the care of the bereaved. *Bereaved Through Suicide Support Group*. Department of Community Medicine. Medical Practitioner. University of Adelaide, South Australia, pp. 289- 295.
- Conner, K.R., Beautrais, A.L., Brent, D.A., Conwell, Y., Piliipps, M.R. & Schneider, B. (2012). The Next Generation of Psychological Autopsy studies: part.2. Interview procedures. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42(1), pp. 86-103.
- Cooper, J. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *Journal of clinical Nursing*, 8, pp. 467-475.
- Cooper, J., Appleby, L. & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 34, pp.645–650.
- Creswell, J.W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J.A. (2009). Estratégias de avaliação: perspectivas em psicologia clínica. In Cunha, J.A. & Cols. *Psicodiagnóstico-V (5ª Ed. rev.)* (pp.19-22). Porto Alegre: Artmed.
- Cvinar, J.G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1).
- Dicionário Michaelis (2011). Disponível em <www.uol.com.br/michaelis>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- DeJong, T.M., Overholser, J.C. & Stockmeier, C. (2009). Apples to oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124, pp. 90-97.
- Dyregrov, K. (2011). What do we know about needs for help after suicide in different parts the world? A phenomenological perspective. *Crisis*, vol.32(6), pp. 310-318.
- Erné, S.A. (2000). O exame do estado mental do paciente. In In Cunha, J.A. e cols. *Psicodiagnóstico-V (5ª Ed. rev.)* (pp.67-74). Porto Alegre: Vetor.
- Feigelman, B. e Feigelman, W. (2008). Surviving after suicide loss: the healing potencial of suicide survivor support groups. *Illness, Crisis & Loss*, 16(4), pp.

285-304.

- Feigelman, W., Gorman, B. S. & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33, pp. 591- 608.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 4 ed.
- García Pérez, T. (1999). La Autopsia psicológica en las muertes violentas. *Revista Española de Medicina legal*; XXIII (86 - 87), pp.75 – 82.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: uma terapia do contato*. (Tradução Sonia de Souza Rangel). São Paulo: Summus.
- Goldim, J. R., Raymundo, M. M., Francesconi, C. F. M. & Machado, S. C. E. (2004). Suicídio e bioética. In Werlang, B. e Botega, N.J. (Org.). *Comportamento suicida*. (pp. 153-168). Porto Alegre: Artmed.
- Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A. k., Miller, M., Lawler, E., Sorensen, h.T. & Lash, T.L. (2010). Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology*, 171(6), pp.721–727.
- Groot, M., Meerb, K.V. & Burger, H. (2009). A survey of Dutch GPs' attitudes towards help seeking and follow-up care for relatives bereaved by suicide. *Family Practice*, 26, pp. 372–376.
- Hawton, K, Appleby, L., Plattc, S., Fosterd, T., Cooperb, J., Malmberg A., Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50, pp. 269-276.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J.T., Haas, A.P. & Wynecoop, S. (2000). Therapists' Reactions to Patients' Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 2022–2027.
- Henry, M. & Greenfield, B.J. (2009). Therapeutic Effects of Psychological Autopsies: The impact of investigating suicides on interviewees. *Crisis*, 30(1), pp. 20-24.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. & Leenaars, A.A. (2011). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36(9), pp. 605-626.
- Hourani, L.L., Jones, D., Kennedy, K. & Hirsch, K. (2009). *Update on Suicide Assessment Instruments and Methodologies*. Naval Health Research Center, Bureau of Medicine and Surgery.
- Husserl, E. (2008). *A ideia da Fenomenologia*. (Artur Morão, Trad). Lisboa: Edições

- Kutcher, S. e Chechill, S. (2007). Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. (Tradução Marcelo Allevato). MedLine Editora.
- Hutz, C.S. (2009). Ética na Avaliação Psicológica. In: Avanços e polêmicas em avaliação psicológica (pp.297-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Isometsä, E. (2001). Psychological autopsy studies – a review. *European Psychiatry* (16), pp. 379-385.
- Jacobs, D. & Klein-Benheim, M. (1995). The Psychological Autopsy: A useful tool for determining proximation causation in suicide cases. *Bull American Academic Psychiatric Law*, 23(2), pp. 165- 182.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 31(1), pp. 91-102.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Bell, R. & Fraser, C. (2012). The profile of suicide; changing or changeable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, pp. 1-9.
- Kizza, D., Hjelmeland, H., Kinyanda, E. & Knizek, B. (2012). Alcohol and Suicide in Postconflict Northern Uganda: a qualitative psychological autopsy study. *Crisis*, 33(2), pp. 95-105.
- Kurihara, T., Kato, M., Reverger, R. & Tirta, G.R. (2009). Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BioMedicalCentral Public Health*, 9:327
- Lindqvist, P., Johansson, L. & Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BioMedicalCentral Psychiatry*, 8(26).
- Litman, R.E. (1989). 500 Psychological Autopsies. *Journal of Forensic Sciences*, 34(3), pp. 638-646.
- Lovisi, G.M., Santos, S.S., Legay, L., Abelha, L. & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Suplemento II), pp. 86-93.
- Martini, O. A. (2006). Merleau-Ponty: corpo e linguagem a fala como modalidade de expressão. Dissertação de mestrado, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo.
- McIntosh, J. (2003). Suicide survivors: The aftermath of suicide and suicidal behavior. In C.D. Bryant (Ed.), *Death and dying: A reference handbook* (pp. 339–350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Meleiro, A.M., Teng, C.T. (2004). Fatores de risco de suicídio. In Meleiro, A.M., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (Coord). *Suicídio: estudos fundamentais*. (pp. 109-131). São

- Paulo: Segmento Farma.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G. & Mortimer-Stephens, M. (2004).
Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, 25 (1), pp. 12-18.
- Ministério da Saúde. (2006). Levantamento bibliográfico sobre os temas: suicídio, sobreviventes, família. Projeto ComViver.
- Montenegro, B. (2012). O julgamento clínico do risco de suicídio. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Brasília, Brasília.
- Moura, A.T.S., Almeida, E.C., Rodrigues, P.H.A. & Nogueira, R.C. (Orgs). (2011). Prevenção no suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG.
- Morrison, J. (2010). Entrevista inicial em saúde mental. (Tradução Ronaldo Cataldo Costa). Porto Alegre, Artmed, 3 ed.
- Murthy, V., Lakshman, V. & Gupta, M. (2010). Psychological Autopsy- A review. *Journal Pinjab Acad Forensic Med Toxicol*, 10(2), pp. 101-103.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). (2000). Prevenção do Suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental, Genebra.
- Owens, C., Booth, N., Briscoe, M., Lawrence, C. & Llyod, K. (2003). Suicide Outside the Care of Mental Health Services. *Crisis*, 24(3), pp. 113-121.
- Parkar, S., Nagarsekar, B. & Weiss, M.G. (2009). Explaining Suicide in an Urban Slum of Mumbai, India. *Crisis*, 30(4), pp. 192-201.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. Gestalt-Terapia. (1997). (Tradução Fernando Rosa Ribeiro). São Paulo: Summus.
- Pouliot, L. & DeLeo, D. (2006). Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), pp. 491-510.
- Raymundo, M. G. B. (2000). O contato com o paciente. In In Cunha, J.A. e cols. *Psicodiagnóstico-V (5ª Ed. rev.)* (pp.38-44). Porto Alegre: Vetor.
- Ribeiro, J. P. (2006). Vade-Mécum de Gestalt-Terapia: conceitos básicos. São Paulo: Summus.
- _____. (1985). Gestalt-Terapia: refazendo um caminho. São Paulo: Summus.
- Rocha, D. & Duesdara, B.(2006). Análise de conteúdo e análise do discurso: o lingüístico e seu entorno. *Delta*, São Paulo, 22 (1).
- Rosa, M.V. & Arnoldi, M.A.(2008). A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica.

- Sakinofsky, I. (2007). The Aftermath of Suicide: Managing Survivors' Bereavement. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), pp. 129S-136S.
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K. & Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190, pp. 265-270.
- Seager, P. (2004). Is it too late to turn back the clock? (followed by Editor's reply). *Crisis*, 25, pp. 93-94.
- Silva, D. R. (2009). E a vida continua... O processo de lutos dos pais após o suicídio de um filho. Dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Silva, M.N.R.M. & Costa, I.I. (2010). (Redes)Cobrando relações no sofrimento psíquico grave: cronicidade e possibilidades. In Costa, I.I [et al.]. *Da Psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco.
- Sneider, J.E., Hane, S. & Berman, A.L. (2006). Standardizing the Psychological Autopsy: Addressing the Daubert Standard. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 36(5), pp. 511-518.
- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford University Press.
- _____. (1994). Comment: The psychological autopsy. *American Psychologist*, 39(1), pp.75-76.
- _____. (1992). A conspectus for conceptualizing the suicide scenario. In Maris, R., Berman, A., Maltzberger, J. & Yufit, R. (Eds.). *Assesment and prediction of suicide* (pp.50-69). New York: Guilford Press.
- _____. (2005). How I Read. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), 117-120.
- Souza, N.R. (2005). *Sobrevivendo ao Suicídio: estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Setor de Ciências Humanas, Letras e Arte da Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Souza, N.R. & Rasia, J. M. (2005). *Modelo de Reação Familiar ao Suicídio*. Departamento de Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba.
- Stephen, E. & Gratton, F. (2001). Do They Suffer More? Reflections on Research Comparing Suicide Survivors to Other Survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(1), pp.83-90.
- Tavares, M. (2000a). A entrevista clínica. In In Cunha, J.A. e cols. *Psicodiagnóstico-V*

- (5ª Ed. rev.) (pp.45-56). Porto Alegre: Vetor.
- _____. (2000b). A entrevista estruturada para o DSM-IV. In In Cunha, J.A. e cols. *Psicodiagnóstico-V (5ª Ed. rev.)* (pp.75-87). Porto Alegre: Vetor.
- Turato, E.R (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes: Petrópolis – RJ.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2).
- Uribe, I.P., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Batalla, M.G., capdevila, M.L., Meca, A.C., Leon-Martinez, V. & Pérez-Solà, V. (2013). Attempted and complete suicide: Not what we expect? *Journal of Affective Disorders*.
- Wenzel, A., Brown, G.K. & Beck, A.T. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B.S.G. (2000). *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- _____. (2009). Avaliação retrospectiva: autópsia psicológica para casos de suicídio. In Cunha, J.A. e cols. *Psicodiagnóstico-V (5ª Ed. rev.)* (pp.196-201). Porto Alegre: Vetor.
- Werlang, B.S.G. & Asnis, N. (2004). Perspectiva histórico-religiosa. In Werlang, B. & Botega, N.J. (Org.). *Comportamento suicida* (pp. 59-73). Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B.S.G., Macedo, M.M.K. & Krüger, L.L. Perspectiva psicológica. In Werlang, B. e Botega, N.J. (Org.). *Comportamento suicida* (pp. 75-91). Porto Alegre: Artmed.
- WHO (World Health Organization). (2000). Preventing Suicide: How to Start a Survivors' Group. Geneva. http://www.who.int/mental_health/media/en/61.pdf.
- WHO (World Health Organization). (2008). Suicide prevention. <www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>.
- Wong, P.W.C., Chan, W.S.C., Beh, P.S.L., Yau, F.W., Yip, P.S. & Hawton, k. (2010). Research Participation Experiences of Informants of Suicide and Control Cases: Taken from a case-control psychological autopsy study of people Who died by suicide. *Crisis*, 31(5), pp.238-246.
- Yang, G., Phillips, M.R., Zhou, M., Wang, L., Zhang, Y. & Xu, D. (2005). Understanding the unique Characteristics of Suicide in china: National

- Psychological Autopsy Study. *Biomedical and Environmental Sciences* 18, pp. 379-389.
- Yin, R.K. (2010). *Estudo de caso: planejamento de métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Yontef, G. M. (1998). *Processo, Diálogo e Awareness: ensaios em Gestalt-Terapia*. (Tradução Eli Stern). São Paulo: Summus.
- Zhang, J., Wiczorek, W.F., Jiang, C., Zhou, L., Jia, S., Sun, Y., Jin, S. & Conwell, Y. (2002). Studying Suicide with Psychological Autopsy: Social and Cultural Feasibilities of the Methodology in China. *Suicide Life Threatening Behavior*, 32(4), pp. 370-379.
- Zhang, J. & Zhou, L. (2009). A Case Control Study of Suicides in China With and Without Mental Disorders. *Crisis*, 30(2), pp. 68-72.
- Zhang, J., Wiczorek, W.F., Conwell, Y. & Tu, X.M. (2011). Psychological strains and youth suicide in rural China. *Social Science & Medicine* 72, pp. 2003-2010.
- Zhang, J., Conwell, Y., Wiczorek, W., Jiang, C., Jia, S. & Zhou, L. (2003). Studying Chinese Suicide with Proxy-Based Data: Reliability and Validity of the Methodology and Instruments in China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), pp. 450-457.

ANEXO A
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
PARA CASOS DE SUICÍDIO (ESCS)

Entrevista Semiestruturada para Casos de Suicídio (ESCS)

Tópico1: Identificação da entrevista e da vítima

Caso n.: _____

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: _____

Hora de início da entrevista: _____

Hora de término da entrevista: _____

Local da entrevista: _____

Nome da vítima: _____

Data de nascimento da vítima: _____

Data da morte: _____

Gostaria que me respondesse algumas perguntas sobre você:

Tópico 2: Perfil sociodemográfico sobre o informante

Qual o seu nome? _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual sua data de nascimento? ____/____/____

Qual o seu estado civil? _____

Qual é o seu grau de escolaridade? _____

Qual a sua profissão? _____

Você tem alguma religião? _____

Tópico 3: Características da vítima e grau de relacionamento do informante com a vítima

1. Só para constar formalmente, qual era o seu parentesco / a sua relação profissional com (nome)?

Se colega de trabalho, amigo, cônjuge seguir com a questão 2.

2. Como vocês se conheceram?

3. Há quanto tempo foi isso?

Se familiar, continuar na questão 4.

4. Fale-me um pouco sobre o (nome). Como ele era?

5. Como era sua relação com ele?

6. Como eram suas conversas mais pessoais com ele?

7. Com que frequência você mantinha contato com ele?

() Todos os dias

() Uma vez por mês

() Uma vez por semana

() A cada seis meses

() A cada quinze dias () Outro. Especifique: _____

8. Numa escala de zero a dez, sendo dez a máxima intimidade, como você avalia seu grau de intimidade com (nome)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre como foi essa experiência para você.

Primeiro eu gostaria de saber (fazer pergunta 9).

Tópico 4: Reação do informante diante do suicídio da vítima

9. Qual foi o impacto do suicídio para você?

10. Qual foi o impacto do suicídio na situação de trabalho/familiar?

11. Quem entre os seus colegas/familiares você considera que foi mais impactado por esse suicídio?

11.1 Como foi a reação de (nome) ?

12. E agora, como você se sente depois de ter passado por toda essa experiência?

Agora, eu gostaria de perguntar sobre alguns tópicos relacionados à maneira como ele estava, como ele vinha agindo nos três meses anteriores a morte, tudo bem?

Tópico 5: Fatores Clínicos

13. Como estava o humor dele?

13.1. Você o percebeu abatido, desanimado, desgostoso ou desesperançado mais do que o normal?

13.2. Você notou se ele estava mau humorado ou especialmente irritado?

14. Como ele estava agindo nesse período?

14.1. Você notou se ele estava mais retraído, introspectivo ou mais agitado, mais ansioso?

14.2. Houve algum incidente em que ele tenha se mostrado muito agressivo?

15. Houve alguma mudança significativa no comportamento dele?

16. Ele comentou estar tendo problemas para dormir?

17. Você sabe se ele estava tendo dificuldades para se alimentar?

18. Ele começou a ingerir ou aumentou o consumo de bebidas alcoólicas ou outras substâncias?

19. Alguma vez ele apresentou pensamentos ou comportamentos estranhos?

20. Ele alguma vez disse ouvir coisas ou ver coisas que outras pessoas não ouviam ou não viam?

21. Ele parecia se sentir perseguido ou ameaçado de maneira persistente? *Mais que o usual?

22. Você sabe se ele tinha algum problema de saúde?

23. Ele comentou ter procurado algum serviço de saúde?

24. Você sabe se ele foi hospitalizado nos dois anos anteriores a morte?

25. Ele estava fazendo uso de alguma medicação?

Se sim: Eram prescritos por médicos?

26. Você sabe se ele fazia algum tipo de acompanhamento psiquiátrico?

Se sim: Desde quando?

27. Você sabe se ele fazia algum tipo de acompanhamento psicológico?

Se sim: Desde quando?

28. Você sabia se alguém ou mesmo você chegou a recomendar que ele buscasse fazer terapia ou procurasse algum tipo de ajuda?

Agora eu gostaria de perguntar sobre acontecimentos bem próximos a morte do (nome).

Tópico 6: Precipitadores e/ou estressor

29. Houve algum acontecimento na semana anterior ou dias antes da morte que possa ter contribuído para o suicídio?

Se sim: Como ele reagiu a este acontecimento?

30. Ele estava passando por algum tipo de problema?

30.1. Você acha que na situação de trabalho algo poderia ter contribuído para que o suicídio acontecesse?

30.2. E nas relações familiares ou nas relações com outras pessoas, você acha que algo poderia ter contribuído para que o suicídio acontecesse?

30.3. Alguma dificuldade emocional importante?

30.4. Algum problema financeiro?

31. Há, em sua opinião, outro motivo que também possa ter contribuído?

32. Desses fatores, qual você considera que teve mais impacto para levá-lo ao suicídio?

Depois do que conversamos, eu gostaria de saber a sua opinião sobre alguns outros fatores.

Tópico 7: Motivação para o suicídio

33. O que você acha no jeito dele ser que pode ter contribuído para levá-lo a cometer o suicídio?

34. O que você acha que precisaria ter mudado na vida dele para que ele não tivesse se suicidado?

35. Você acha que algo poderia ter sido feito para evitar a morte?

36. Você acha que se ele não tivesse conseguido ele tentaria de novo?

Tópico 8: Comportamentos suicidas

37. Alguma vez ele comentou sobre sonhos em que teria encontrado com pessoas que já haviam falecido ou sobre algum desejo de rever pessoas que já morreram?

38. Você o ouvia fazer comentários pessimistas, como: eu gostaria de sumir, minha vida não tem sentido, estou cansado de viver?

39. Você sabe se ele chegou a doar bens pessoais significativos, dar presentes, lembranças ou mesmo abrir mão de coisas pessoais importantes?

40. Ele comentou ter feito testamento?

41. Ele comentou com alguém que iria cometer suicídio ou que poderia fazê-lo?

Se sim: Como foi isso?

42. Ele tentou se matar antes?

Tópico 9: Letalidade do método escolhido

43. Como ele se matou?

44. Onde aconteceu?

Tópico 10: Intencionalidade e planejamento

45. Você sabe se ele já tinha esse método acessível?

46. Quem o encontrou?

47. Alguém presenciou a cena do suicídio?

48. Ele avisou alguém ou mesmo pediu ajuda?

49. Ele deixou algum bilhete de despedida?

Se sim: O que dizia?

Para finalizarmos ...

Tópico 11: Reações do entrevistado em relação à entrevista

50. Tem algo que eu não tenha perguntado e que você gostaria de me dizer?

51. Algum outro comentário que você gostaria de fazer?

52. Como você está se sentindo agora, depois de ter conversado comigo sobre estas coisas?

53. Você gostaria de tirar alguma dúvida ou que eu fizesse algum esclarecimento?

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Autópsia psicológica em casos de suicídio: estudo de casos”, de responsabilidade de Tatiane Gouveia de Miranda, aluna de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é colher dados sobre a história comportamental, características psicológicas e fatores de risco que estejam presentes no suicídio. E, também, compreender a vivência dessa perda pelos cônjuges, colegas, amigos ou familiares.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. Os seus dados ou qualquer informação pessoal que possa identificá-lo

(a) serão descaracterizados ou mesmo omitidos, como seu nome, idade, profissão, sendo mantido o sigilo diante de informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação nesse estudo envolve responder a uma entrevista semi-estruturada, com duração estimada em até 2 horas. Informamos que o seu tempo de resposta será respeitado e que você pode se recusar a responder qualquer questão que provoque constrangimento. A sua participação é voluntária, assim, você pode interromper a sua participação, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento nessa pesquisa, sem que isso gere nenhum prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes por meio de cópia impressa ou por e-mail e serão publicados na comunidade científica. A entrevista será gravada, através de um gravador de som, para que seja transcrita e analisada. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A entrevista pode gerar algum desconforto por se tratar de um tema difícil de lidar. Caso isso ocorra, outro encontro poderá ser marcado para falar sobre esse desconforto ou a pesquisadora indicará algum serviço de suporte.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone: (61) 8361-2625 ou pelo e-mail: tatianegm@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o participante da pesquisa.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da Pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO C
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
(CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autopsia psicológica em casos de suicídio

Pesquisador: Tatiane Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12836913.3.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 412.557

Data da Relatoria: 27/09/2013

Apresentação do Projeto:

Propõe-se a "realizar autópsias psicológicas com o intuito de avaliar fatores clínicos, situações críticas, contexto social que possam ter contribuído para que o suicídio se consumasse". Para tanto, a pesquisadora realizará 3 "estudos de caso de entrevistas semi-estruturadas com familiares, cônjuges, amigos, colegas de trabalho de pessoas que morreram por suicídio". Ao todo, ela se propõe a realizar 9 entrevistas, 3 por caso estudado.

Objetivo da Pesquisa:

"Espera-se que os dados obtidos ajudem a mapear melhor o conhecimento do perfil de pessoas que se suicidaram, melhorando o conhecimento sobre o suicídio consumado; também, visa compreender as vivências dos informantes em relação ao suicídio; e, por fim, almeja-se que os resultados ajudem a consubstanciar programas de prevenção de suicídio".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios foi feita pela pesquisadora, que considerou (i) os riscos de que a entrevista fragilize ou produza incômodos nas pessoas entrevistadas; e (ii) os riscos de que informações pessoais e íntimas dos participantes sejam reveladas. Como resposta ao primeiro risco antecipado, a pesquisadora afirma que "se responsabiliza por oferecer suporte a esses sobreviventes, com disponibilização de outro encontro com foco nessas reações adversas e, também disponibilizar informações sobre locais para encaminhamento desse participante, com

Continuação do Parecer: 412.557

o objetivo de que demandas advindas da participação na entrevista possam ser trabalhadas terapêuticamente". Com respeito ao segundo risco apontado, a pesquisadora se compromete a garantir a confidencialidade das entrevistas.

Os benefícios apontados dizem respeito às possibilidades de "alívio" advindas do caráter terapêutico da própria entrevista. Sobre isso, afirma a pesquisadora que "falar sobre o suicídio sem a estigmatização pode gerar um alívio nos participantes, que em outros contextos sociais, se sentem discriminados, estereotipados".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa me pareceu bastante relevante. Também me pareceu haver coerência entre os objetivos propostos e a metodologia adotada, entendendo que a hipótese a ser testada e a de que "a entrevista semi-estruturada funciona como um instrumento importante na obtenção de dados sobre o suicídio consumado, contando com uma maior uniformidade de dados essenciais na compreensão desse fenômeno, além de facilitar a comunicação com os sobreviventes de suicídio". O cronograma foi reajustado conforme solicitação do primeiro parecer e encontra-se de acordo com os requisitos do CEP. No primeiro parecer elaborado, chamel a atenção para dois pontos sensíveis no projeto, ambos detalhados e explicados na nova versão do projeto apresentada pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme solicitado, e todos os demais documentos requeridos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer anterior, foram apontadas como pendências:

- (i) a apresentação de um cronograma atualizado;
- (ii) a apresentação de mais detalhes acerca do processo de seleção de participantes para a pesquisa;
- (iii) caso ela pretenda pesquisar menores de 18 anos, apresentação de termo de assentimento para avaliação do CEP/IIH.

As três pendências foram respondidas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - ICC - ALA NORTE - MEZANINO - SALA 81 - 806 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3337-3760 E-mail: ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Processo: 612.557

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 01 de Outubro de 2013

Assinador por:
Soraya Fleischer
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - ICC - ALA NORTE - MEZANINO - SALA B1 - 006 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (51)3302-2760 E-mail: ih@unb.br

Página 01 de 02