

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

KAREN SCAVACINI

**O suicídio é um problema de todos: a consciência,
a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio**

São Paulo

2018

KAREN SCAVACINI

**O suicídio é um problema de todos: a consciência,
a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio**

Versão original

Tese apresentada no Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
grau de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Maria Júlia Kovács

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Scavacini, Karen

O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio / Karen Scavacini; orientadora Maria Júlia Kovács. -- São Paulo, 2018. 271 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Suicídio. 2. Prevenção. 3. Posvenção. 4. Tabu. 5. Consciência. I. Kovács, Maria Júlia, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Scavacini, Karen

Título: O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em psicologia

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esse estudo a todas as pessoas que foram tocadas pelo suicídio e aquelas que mesmo diante de tanta dor e sofrimento, continuam, dia após dia, a renascerem.

Dedico à minha amada filha e ao meu marido, que mesmo com a ausência sentida, entendem amorosamente o caminho que escolhi trilhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida orientadora, Maria Júlia Kovács, que acreditou no meu projeto, aceitou a mudança de tema, me deu liberdade de escrever e criar, pacientemente esperou os textos e competentemente me acompanhou nesse trajeto. Muito obrigada pelo carinho, compreensão e leitura cuidadosa desse estudo;

À minha amada filha Sofia e ao meu marido André, que compreenderam a importância desse trabalho para mim e me apoiaram incondicionalmente, aguardando o término desse período. Que trazem sentido para os meus dias e me desafiam a ser cada vez melhor;

Aos meus pais, Laura e Sergio, que me deram a vida e me ensinaram tantas coisas, que me mostraram a importância das pessoas e o significado da empatia e compaixão;

À minha irmã gêmea, meus sobrinhos, e todos aqueles que vieram antes, que fazem parte da minha história e estarão sempre comigo;

Aos meus amigos queridos, que nunca deixaram de acreditar que seria possível, que me estimulam para sair da vida sedentária, me ajudam a esquecer o trabalho e celebrar à vida;

Ao meu terapeuta, figura querida, que tanto me ajudou, ouviu pacientemente minhas lamúrias sobre as dificuldades encontradas e vibrou comigo as conquistas no caminho;

Aos meus colegas de supervisão, pessoas especiais, unidas em torno de produzir pesquisa da melhor qualidade e com a bagagem cheia de sonhos e ideais. Obrigada pela ajuda;

Aos meus pacientes e aos participantes dos grupos de apoio, que confiam no meu trabalho, me deixam testemunhar suas histórias e dividem comigo sua dor e sua esperança;

A Mariana Cacciacarro, achado ímpar nesse trajeto, que me ajudou a desvendar a Teoria Fundamentada nos Dados segurou minha ansiedade enquanto desacreditei que o método funcionaria;

A Rebeca Simão, revisora atenta e cuidadosa, que gosta de ajudar os outros a transformar em sentenças claras as ideias confusas que são colocadas no papel;

A Jussara Nathale, que transcreveu os grupos focais com empenho e em tempo recorde, para me ajudar a dar andamento ao trabalho;

Aos membros da banca de qualificação, Neury e Maria Helena, que olharam com cuidado o trabalho e gentilmente lançaram alguns desafios e ofertaram caminhos para que eu conseguisse chegar ao objetivo desse estudo;

A Luciana Cescon, que incansavelmente veio de Santos para São Paulo, por duas noites, para observar os grupos focais e me brindou com sua percepção aguçada;

À equipe do Instituto Vita Alere (Elis, Luciana e Izabela), que seguraram as pontas enquanto eu finalizava esse estudo e aceitaram navegar nesse mar agitado que é a prevenção do suicídio. Preparem-se, temos muito trabalho pela frente;

Aos amigos da diretoria da ABEPS, que dividem o mesmo ideal e trabalham unidos para mudar a situação crítica do suicídio no Brasil;

Agradeço a toda equipe do Espaço Natureza do Ser, gente iluminada que se uniu para fazer o bem e promover a cura, que acolhe e recebe a mim e a meus pacientes em São Paulo;

À banca de defesa por terem prontamente aceitado o convite e gentilmente cedido seu tempo para avaliarem esse trabalho;

Aos grupos de estudo, cursos, congressos, conversas... a todos aqueles que já cruzaram o meu caminho e trouxeram vida, significado, aprendizado, compartilhamento, união, bons momentos, risadas, amizade ... e amor!

Finalmente, aos colaboradores dessa tese, meu agradecimento especial, sem a gentil, corajosa e dolorosa abertura de suas histórias, esse trabalho não aconteceria. Minha grande admiração por toda a trajetória e ressignificação após o tsunami que é passar por um suicídio.

Alvará de demolição

O que precisa nascer
tem sua raiz em chão de casa velha.
À sua necessidade o piso cede,
estalam rachaduras nas paredes
os caixões de janela se desprendem.
o que precisa nascer aparece no sonho buscando frinchas no teto,
réstias de luz e ar.
Sei muito bem do que este sonho fala
e a quem pode me dar
peço coragem.

(Prado, 2011, p 37)

RESUMO

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

O suicídio é um fenômeno complexo que constitui um grave problema de saúde pública, mobilizando estudos e programas de prevenção pelo mundo. O tabu impede que o suicídio seja tratado abertamente pela sociedade, ocasionando consequências negativas. O aumento da consciência é uma das maneiras de diminuí-lo. Partindo de grupos focais com sobreviventes enlutados pelo suicídio, objetivou-se compreender como o tabu, o estigma, a comunicação sobre o suicídio e a conscientização podem colaborar ou prejudicar a prevenção e a posvenção; com base nesses aspectos propomos procedimentos que possam aumentar a consciência sobre o assunto. Essa pesquisa, a partir da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), apresenta reflexões e sugestões de atuação para a ampliação da consciência da problemática do suicídio. Por meio da análise dos dados, três grandes temas foram encontrados: a compreensão (condição), a conscientização (interação) e a ação (consequência) que integram a ideia central de que o suicídio deve ser um problema de todos. O aumento da consciência pode gerar aumento da demanda por atendimento qualificado, sendo que é tarefa essencial encontrar locais acessíveis e habilitados para atender pessoas com ideação, tentativa de suicídio e familiares enlutados. Aumentar a consciência pública não é só prevenir suicídio, mas também promover mudança de atitude; para muitos, o suicídio continua sendo ficção até acontecer. Campanhas constituem uma das várias formas de atuação, mas devem ter objetivos claros. O aumento da conscientização (*awareness*) juntamente com o desenvolvimento da competência (*suicide literacy*) e a promoção do diálogo compõem os pilares necessários para a “tríade da mudança”, que deve ser multifatorial, multissetorial e multidisciplinar. Foram apresentadas propostas envolvendo os 6Cs: Conscientização; Campanhas; Capacitação; Competência; Conversa e Conexão e as sugestões de intervenção foram separadas em: a) Conteúdo; b) Veículos para comunicação; c) Como; d) Quando; e) Por quem; f) Para quem; g) Provedores ou interessados; h) Desafios; i) Facilitadores; j) Outras ações. Essas propostas devem ser culturalmente adaptadas, planejadas e integradas com um plano abrangente de prevenção, sendo avaliadas por indicadores, além das taxas de mortalidade. Os colaboradores evidenciaram que ainda há muito tabu relacionado ao assunto, o que pode tornar-se um impeditivo para o cuidado e um multiplicador de estigmas e de preconceito, que estão em concordância com pesquisas internacionais sobre o tema. Além das propostas supracitadas, também sugerimos a utilização das caixas de medicamento como veículo para o aumento de consciência, o desenvolvimento dos grupos de apoio, o empoderamento das pessoas com a experiência vivida (*lived experience*), a criação de uma Associação Brasileira de Sobreviventes do Suicídio e de uma revista especializada no tema. Identificamos que aumentar a comunicação responsável, que faça sentido para as pessoas, tem importância fundamental para a sociedade e para aqueles que foram tocados por essa tragédia. No momento que a sociedade compreender e engajar-se em mudar esse fenômeno, novas estratégias de prevenção e de posvenção podem ser desenvolvidas.

Palavras-chave: Suicídio. Prevenção. Posvenção. Tabu. Consciência.

ABSTRACT

Scavacini, K. (2018). *Suicide is everyone business: awareness, literacy and dialogue in suicide prevention and postvention*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Suicide is a complex phenomenon that constitutes a serious public health problem, mobilizing studies and prevention programs around the world. The taboo prevents suicide from being openly treated by society, leading to negative consequences. Raising awareness is one way to reduce it. Starting from focus groups with suicide-bereaved survivors, the aim was to understand how taboo, stigma, suicide communication and awareness can collaborate or impair prevention and postvention; based on these aspects we propose procedures that can increase awareness on the subject. This research, based on the Grounded Theory (GT), presents reflections and suggestions for action to broaden the awareness of the problematic of suicide. Through the analysis of the data, three main themes were found: understanding (condition), awareness (interaction) and action (consequence) that integrate the central idea that suicide is everyone business. Increased awareness can generate increased demand for qualified care, and it is essential to find accessible and qualified places to assist people with ideation, suicide attempt and suicide loss survivors. Increasing public awareness is not only preventing suicide, but also promoting attitude change; for many, suicide remains fiction until it happens. Campaigns are one of several forms of action, but they must have clear objectives. Increasing awareness along with the development of the suicide literacy and the promotion of dialogue constitute the necessary pillars for the "triad of change", which must be multifactorial, multisectoral and multidisciplinary. Proposals were presented involving the 6Cs: Consciousness; Campaigns; Coaching; Competency; Conversation and Connectedness and the intervention suggestions were separated into: a) Content; b) Vehicles for communication; c) How; d) When; e) By whom; f) For whom; g) Providers or interested parties; h) Challenges; i) Facilitators; j) Other actions. These proposals should be culturally adapted, planned and integrated with a comprehensive prevention plan and evaluated by indicators, in addition to mortality rates. The collaborators showed that there is still a lot of taboo related to the subject, which can become an impediment to care and a multiplier of stigmas and prejudice, which are in agreement with international researches on the subject. In addition to the aforementioned proposals, we also suggest the use of medicine boxes as a vehicle for raising awareness, developing support groups, empowering people with lived experience, creating a Brazilian Suicide Survivors Association and a specialized journal in the subject. We have identified that increasing responsible communication, which makes sense to people, is of fundamental importance to society and to those who have been touched by this tragedy. The moment society understands and engages in changing this phenomenon, new strategies of prevention and of postvention can be developed.

Keywords: Suicide. Prevention. Postvention. Taboo. Awareness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E DIAGRAMAS

Figura 1	-	Diagnósticos de transtornos mentais em casos de suicídio	31
Figura 2	-	Prevalência do comportamento suicida a cada 100 habitantes da cidade de Campinas	37
Figura 3	-	Principais fatores de risco para suicídio alinhados com intervenções relevantes	45
Figura 4	-	Crescimento estimado no número de sobreviventes enlutados pelo suicídio no Brasil de 2002 à 2012	47
Diagrama 1	-	Compreensão	84
Diagrama 2	-	Esferas do Tabu	97
Diagrama 3	-	Categoria Visão	98
Diagrama 4	-	Visão da sociedade	98
Diagrama 5	-	Comunicação	105
Diagrama 6	-	Conscientização.....	128
Diagrama 7	-	Ação	142
Diagrama 8	-	Campanhas	144
Diagrama 9	-	Diálogo	150
Diagrama 10	-	Quem	153
Diagrama 11	-	Categoria central	173
Figura 5	-	Tríade da mudança	177
Figura 6	-	Modelo de saúde pública	179
Figura 7	-	Níveis de intervenção necessários em programas de conscientização	181
Figura 8	-	6C'S para aumentar a conscientização, diminuir o estigma e prevenir o suicídio	213
Figura 9	-	Como é dividido o “para quem” os conteúdos devem ser passados ..	223
Figura 10	-	Protocolo para mensagens de sucesso	231
Diagrama 12	-	Resumo das soluções propostas por esse estudo	235
Figura 11	-	Sugestões para o desenvolvimento da conscientização	245

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1	- Programa MAXQDA18	72
Imagem 2	- Programa iMindQ 8	73
Imagem 3	- Visão geral das anotações	74
Imagem 4	- Codificação Axial I	74
Imagem 5	- Codificação Axial II	75
Imagem 6	- Codificação Axial III	75
Imagem 7	- Codificação Axial IV	76
Imagem 8	- Codificação Axial V	76
Imagem 9	- Codificação Axial VI	77
Imagem 10	- Codificação Axial VII	77
Imagem 11	- Codificação Axial VIII	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Fatores de risco do comportamento suicida	33
Tabela 2	-	10 Estados brasileiros com as maiores taxas de suicídio em 2012	36
Tabela 3	-	Metas e objetivos das Estratégias	44
Tabela 4	-	Participantes do Estudo	66
Tabela 5	-	Exemplo de codificação aberta	70
Tabela 6	-	Subcategorias, categorias e tema COMPREENSÃO	85
Tabela 7	-	Conceitos e Subcategorias do Tabu	86
Tabela 8	-	Conceitos e subcategorias da Visão	98
Tabela 9	-	Experiência	121
Tabela 10	-	Conscientização	128
Tabela 11	-	Consciência	129
Tabela 12	-	Desafios	137
Tabela 13	-	Ação	143
Tabela 14	-	Conceitos e subcategorias do Diálogo	151
Tabela 15	-	Valores investidos em pesquisa no ano de 2013 nos Estados Unidos	180
Tabela 16	-	Números de artigos com a palavra-chave suicídio nos jornais Folha de São Paulo e Estado de São Paulo; Revista Veja	191
Tabela 17	-	Número de reportagens com a palavra chave suicídio por década, no Jornal “O Estado de São Paulo”	191
Tabela 18	-	Componentes das Estratégias Nacionais de Prevenção do Suicídio ...	211
Tabela 19	-	Conteúdos e/ou mensagens	215
Tabela 20	-	Em que lugar ou veículos para comunicação	217
Tabela 21	-	Sugestões de conteúdo para serem utilizados nas embalagens	218
Tabela 22	-	Como ou de que formas	220
Tabela 23	-	Agentes ou pessoas que transmitem os conteúdos	220
Tabela 24	-	Quando ou periodicidade	222
Tabela 25	-	Esferas para conscientização	223
Tabela 26	-	Áreas de atuação	223
Tabela 27	-	Público alvo	225
Tabela 28	-	Provedores e/ou interessados em aumentar a consciência pública	226
Tabela 29	-	Desafios para aumentar a consciência	226
Tabela 30	-	Facilitadores da conscientização	227
Tabela 31	-	Outras ações para o aumento da consciência pública para o suicídio	227
Tabela 32	-	Lista de controle para avaliação de campanhas	233

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

KI	<i>Karolinska Institutet</i>
TOEFL	<i>Test of English as a Foreign Language</i>
NASP	<i>Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CVV	Centro de Valorização da Vida
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
GT	<i>Grounded Theory</i>
IS	Interacionismo Simbólico
CID	Classificação Estatística Internacional das Doenças
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SPRC	<i>Suicide Prevention Resource Center</i>
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
AFSP	<i>American Foundation Suicide Prevention</i>
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
DAYL'S	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
YLL	<i>Years of Life Lost</i>
IHME	<i>Institute of Health Metrics and Evaluation</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IASP	<i>International Association for Suicide Prevention</i>
AAS	<i>American Association of Suicidology</i>
IASR	<i>International Academy of Suicide Research</i>
AFSP	<i>American Foundation for Suicide Prevention</i>
ASR	<i>Archives of Suicide Research</i>
UN	Nações Unidas
REBRAPS	Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio
ABEPS	Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
SL	<i>Suicide Literacy</i>
MHL	<i>Mental Health Literacy</i>

HL	<i>Health Literacy</i>
IL	<i>Information Literacy</i>
NESP	<i>National Estrategy for Suicide Prevention</i>
USFSPP	<i>United States Fource Suicide Prevention Program</i>
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
SOSS	<i>Stigma of Suicide Scale</i>
CAPS	Centro de Apoio Psico Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
USP	Universidade de São Paulo
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
SAVE	<i>Suicide Awareness Voices of Education</i>
ENPS	Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio
YAM	<i>Youth Aware of Mental Health</i>
SEYLE	<i>Saving and Empowering Young Lives in Europe</i>
IML	Instituto Médico Legal
ONGS	Organização Não Governamental
ASEC	Associação pela Saúde Emocional da Criança
QPR	<i>Question, Persuade and Refer</i>
APOIAR	Aprender, Perguntar, Incluir, Agir, Reconectar
IA	Inteligência Artificial
SOQ	<i>Suicide Opinion Questionnaire</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	19
2	INTRODUÇÃO	23
2.1	OBJETIVOS	25
2.2	ORGANIZAÇÃO DESSE ESTUDO	25
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1	CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE SUICÍDIO	27
3.2	EPIDEMIOLOGIA	35
3.3	PREVENÇÃO E POSVENÇÃO	39
3.3.1	Prevenção	39
3.3.2	Prevenção do suicídio	41
3.3.3	Luto por suicídio	46
3.3.4	Posvenção	49
3.4	TABU, ESTIGMA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO	52
3.5	CONSCIÊNCIA (<i>awareness</i>)	54
3.6	COMPETÊNCIA (<i>literacy</i>)	55
4	MÉTODO	57
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO (IS)	58
4.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS (TFD)	61
4.3	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	63
4.3.1	Coleta de dados	63
4.3.2	Participantes	65
4.3.3	Considerações éticas	67
4.4	PERCURSO METODOLÓGICO: CODIFICAÇÃO	69
4.4.1	<i>Softwares</i> de apoio	72
4.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	73
4.6	DIÁRIO DE BORDO METODOLÓGICO	78
5	ANÁLISE DOS DADOS OU TEORIA EM CONSTRUÇÃO	83
5.1	COMPREENSÃO	84
5.1.1	Tabu	86
5.1.2	Visão.....	97
5.1.3	Comunicação	105

5.1.4	Experiência	121
5.2	CONSCIENTIZAÇÃO	128
5.2.1	Consciência	129
5.2.2	Desafios	137
5.3	AÇÃO	142
5.3.1	Campanhas	143
5.3.2	Diálogo	151
5.3.3	O saber	157
5.3.4	Fazer	159
5.3.5	O cuidar	162
5.3.6	O semear	168
6	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	171
6.1	O TEMA CENTRAL	172
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	177
7.1	COMPREENSÃO	182
7.2	COMUNICAÇÃO	190
7.3	CONSCIENTIZAÇÃO	207
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	237
	REFERÊNCIAS	249
	ANEXOS	271
	Anexo A - Roteiro Norteador do Grupo Focal	CD
	Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	CD
	Anexo C – Transcrição do Grupo Focal encontro 1	CD
	Anexo D - Transcrição do Grupo Focal encontro 2	CD
	Anexo E – Roteiro de Perguntas C1	CD
	Anexo F – Roteiro de Perguntas C9	CD
	Anexo G – Transcrição da entrevista piloto para qualificação	CD
	Anexo H – Relato da Observadora	CD
	Anexo I – Codificação Grupo Focal 1	CD
	Anexo J – Codificação Grupo Focal 2	CD
	Anexo K – Codificação Roteiro de Perguntas C1	CD
	Anexo L – Codificação Roteiro de Perguntas C9	CD
	Anexo M – Visão Geral das Anotações (<i>memos</i>)	CD

Anexo N – Tabela dos Códigos	CD
Anexo O – Diário de Bordo	CD
Anexo P – Segmentos Codificados	CD
Anexo Q – Colaboradores	CD
Anexo R - Parecer Consubstanciado do CEP	CD

1 APRESENTAÇÃO

Na tentativa de contextualizar os objetivos dessa pesquisa e os caminhos que me trouxeram até ela, conto um pouco da minha trajetória.

No ano de 2008 fomos morar na Suécia, meu marido teve uma proposta de trabalho interessante e resolvemos encarar o desafio pela segunda vez, pois já havíamos morado em Estocolmo em 2001. Seria um bom período para cuidar da nossa primeira filha que havia nascido em julho 2007. Finalizei os atendimentos no consultório, dei à luz e com uma bebê de seis meses chegamos ao inverno sueco. Como todo estrangeiro em uma terra diferente, a adaptação não foi nada fácil.

O tempo passou e como escreve Camus “e no meio de um inverno eu descobri que existe em mim um invencível verão” (1991, p. 169), havíamos nos adaptado ao novo lar. Quando nossa filha entrou na escolinha, comecei a pesquisar o que poderia fazer profissionalmente na Suécia, então conheci o Mestrado em Saúde Pública do *Karolinska Intitutet* (KI), que era ministrado em inglês.

Foi um bom tempo me dividindo entre os cuidados com a casa, família e os estudos para o *Test of English as a Foreign Language* (TOEFL) – uma prova extensa para avaliar o nível de inglês de candidatos estrangeiros e obrigatória para a seleção do mestrado. TOEFL aprovado, apliquei para a seleção, algumas semanas depois, recebi a tão esperada notícia que havia sido aprovada para o mestrado na área de prevenção do suicídio e promoção de saúde mental. Foi um momento de intensa alegria e emoção, a profissional poderia renascer após a maternidade.

O curso seria oferecido pela Faculdade de Saúde Pública em associação com o “*Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa*” (NASP, Centro nacional de pesquisas sobre o suicídio e prevenção da doença mental, tradução nossa). Éramos doze alunos de várias nacionalidades, somente eu era do Brasil.

Depois de recebermos os conhecimentos básicos em saúde pública com os alunos das outras áreas, o mestrado tinha mais duas “especialidades”, nutrição e economia em saúde; começamos a aprofundar-nos no assunto com professores que eram referência em toda a Europa. Tínhamos aulas em uma casinha vermelha perto de um bosque, na biblioteca do NASP, um local muito simpático, no qual o cheiro de café da copa perfumava as aulas de tempos em tempos, com uma grande mesa oval no meio. Em volta havia paredes cheias de livros sobre suicídio e luto, ao mesmo tempo cheio de vida, ideias e esperança. Éramos estudantes com vontade de fazer a diferença. Estávamos no auge da crise econômica da Europa, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou, juntamente com o KI, o simpósio sobre

suicídio em tempos de recessão econômica, no parlamento de Estocolmo, no qual pudemos compreender um pouco mais sobre os aspectos multifatoriais do suicídio e conhecer profundamente a extensão do problema, os esforços para entendê-lo e as atividades propostas para diminuir os índices, ajudar as pessoas e países a lidarem com essa situação.

Conforme fui aprofundando os estudos, comecei a ficar cada vez mais interessada e intrigada com o fato de não ter tido uma aula sequer de prevenção do suicídio na faculdade. Durante um exercício proposto, foi pedido que lembrássemos o que sabíamos sobre o suicídio, que histórias escutamos. Lembrei-me das pessoas que eu havia conhecido ou que havia ouvido falar, que tinham se matado, além de uma cliente que tentou o suicídio no meu consultório, que, por estar em um ambulatório médico, foi atendida a tempo. Lembro-me da minha reação e todo o nervosismo que senti quando ela foi embora, também quando voltou na sessão seguinte. Ficou evidente a minha falta de preparo para lidar com a situação.

Comecei a perguntar a meus colegas se eles já tinham conhecido alguém que havia se matado e para o meu espanto, absolutamente TODOS já tinham conhecido ou ouvido falar. Perguntei sobre homicídio, muitos não conheciam ninguém que tinha sido assassinado, mas conheciam pessoas que tinham tentado ou se matado. Para minha surpresa, lembrei de pelo menos umas seis pessoas que tinham cometido suicídio, a meu ver esse não era um número baixo. Continuei fazendo essa pergunta para muitas pessoas em grupos, cursos e em congressos, a resposta era sempre muito parecida, praticamente todas as pessoas sabiam de casos de suicídio e menos da metade de casos de homicídio. Compreendi então como esse fenômeno está tão mais perto de nós que imaginamos e nem sequer tocamos nesse assunto.

Em um dia comum de aulas, uma elegante senhora chegou à sala de aula, preparou os materiais, começou a se apresentar, era uma neurocientista que conduzia diversas pesquisas na universidade. Após falar uns cinco minutos sobre sua carreira acadêmica, disse: “mas não estou aqui pelo o que fiz, estou aqui porque perdi uma filha por suicídio há quinze anos, que teve diversas tentativas, de todas as maneiras que vocês possam imaginar por mais de dez anos”, finalizou. Ficou sabendo do suicídio da filha ao receber um telefonema do hospital, perguntando se ela aceitava doar os órgãos, porém até aquele momento ainda não sabia que a filha havia morrido. Ela nos descreveu o choque devido à morte e à forma como a notícia foi dada.

Fiquei imaginando como foi para a família lidar com aquela situação e o comportamento da filha por tantos anos. Fiquei muito tocada ao perceber que mesmo após quinze anos, aquela senhora ainda tremia e sua voz ficava fraca ao nos contar o que aconteceu, mais ainda ao saber que mesmo dentro de uma universidade de ponta na área da saúde, somente dois colegas de seu departamento, que contava com mais de vinte pessoas, foram conversar com ela e ofereceram

apoio pelo acontecido. Foi então que tive a certeza de que queria trabalhar e direcionar minha pesquisa para compreender o processo de luto por suicídio. Para mim, eles eram parte fundamental e comumente esquecidos da história, pela sociedade e também pela comunidade científica.

Iniciei meus trabalhos com a dissertação de mestrado, intitulada “Atividades de posvenção e serviços de suporte para sobreviventes do suicídio – Disponibilidade de serviços e um plano de intervenção para o Brasil”, em que pesquisei a diferença do processo de luto por suicídio e outros tipos de morte, quais os programas para enlutados haviam no Brasil e no mundo, quais eram os serviços de posvenção, termo que até então eu não conhecia, nem no âmbito brasileiro. Fiquei impressionada ao ver como praticamente nada tinha sido feito no nosso país para o tratamento e cuidado com essas pessoas. No final da dissertação, fiz uma sugestão para a criação de um centro de posvenção do suicídio e tudo que seria necessário para que saísse do papel, tornando-se a missão mais difícil de todas, tirar as ideias do papel e transformá-las em realidade.

Havia, porém, mais uma decisão importante a tomar, o contrato do meu marido havia acabado, precisaríamos escolher entre ficarmos pelo menos mais cinco anos na Suécia ou voltarmos para o Brasil. A asma forte de minha filha e minha vontade de trabalhar com o assunto no país foram pontos decisivos na escolha de sair da Suécia. No entanto, meu marido precisou voltar antes do mestrado acabar e eu não iria desistir de tudo ali, então fiquei mais seis meses na Suécia, somente com a minha filha, para finalizar o curso, um período intenso de dedicação aos estudos e cuidados com uma criança pequena.

Ao voltar para o Brasil, desembarcava junto comigo um sonho, o de trabalhar e fundar um instituto de prevenção e posvenção no país, que já estava idealizado na minha cabeça desde os dias sombrios de inverno sueco.

Voltar não foi tão fácil quanto pensei, percebi que eu havia mudado depois de anos fora. Com o tempo, acabei desenvolvendo um curso específico na área de prevenção e de posvenção do suicídio, que teve sua primeira turma em 2012 e foi o pioneiro ao tratar diretamente da posvenção, termo que era praticamente desconhecido no país. Depois de muito trabalho, juntamente com dois sócios, o Instituto *Vita Alere* de Prevenção e Posvenção do Suicídio foi fundado em agosto de 2013, repleto de ideias e ideais. De lá para cá houve muitas mudanças, os sócios saíram e passei a coordenar o Instituto sozinha. Desde que voltei da Suécia ministrei diversos cursos e palestras sobre o assunto, oferecendo consultorias, elaborando projetos, participei de congressos, criei um grupo para sobreviventes enlutados, publiquei um livro, alguns capítulos, tornei-me representante da Colcha da Memória Viva no país, integrei a

diretoria da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio, organizei um simpósio e um concurso literário, entre outras tantas atividades. Sei que fui uma das pioneiras em relação ao uso do termo posvenção no Brasil, pelo menos até onde eu sei, fico contente ao ver que tantas pessoas passaram a utilizá-lo.

A partir da minha experiência profissional percebi que não adiantava saber o que há de melhor no mundo em termos de posvenção e o que seria ideal para o Brasil, havia sim a necessidade de conhecer as necessidades das pessoas e o que seria proposto. Assim nasceu o primeiro projeto, pesquisar quais eram as necessidades dos enlutados pelo suicídio em seu processo de luto. Decidi então ingressar no doutorado para continuar a pesquisa do mestrado.

Entretanto, algumas mudanças foram feitas no meio do caminho ao tomar conhecimento que esse tema também seria pesquisado por outra pessoa. Queria trabalhar em um assunto novo, então após refletir e observar os pacientes que atendo e os grupos de sobreviventes que facilito, percebi que uma das questões mais difíceis para eles era poder falar sobre o assunto, seja comigo, em casa ou na rua.

Foi então que essa pesquisa foi definida, se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o câncer também foram assuntos tabu e hoje se fala mais livremente sobre esses temas, pensamos que o mesmo poderia ser proposto para a questão do suicídio. Queria saber como aumentar a consciência pública do comportamento suicida e do luto por suicídio.

Durante o período de estudos dessa tese, muito começou a ser feito no país nessa área. Diversos eventos ligados à temática iniciaram-se e a campanha setembro amarelo, proposta pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) ganhou força e notoriedade.

Ainda que muitos dos esforços sejam feitos, não havia até então programas compreensivos e integrados de aumento da consciência pública voltados para o fenômeno do suicídio. Esse foi um dos motivos que inspiraram essa pesquisa, oferecer ferramentas e conhecimentos nesse tema tão denso e proibido, sem esquecer aqueles que mais precisam – os que têm ideação suicida, tentam matar-se ou perdem pessoas queridas por suicídio.

2 INTRODUÇÃO

O suicídio demonstra que na vida existem males maiores do que a morte (Orestano, 1913, p. 54)

Falar sobre o suicídio, é trazer para a consciência, para a discussão um tema sobre o qual a maioria das pessoas não quer falar, não quer pensar ou lembrar que existe ... é revelar que há muitas pessoas que escolhem a morte. É necessário falar sobre suicídio? Essa parecer ser a pergunta silenciosa e silenciada da sociedade. Sim, definitivamente, precisamos!

É um tema que não pode ser distanciado, sempre há impacto ao se falar ou pensar sobre o suicídio. Quando nos perguntam qual o tema do estudo, ao citar a palavra suicídio, sempre há reações... essas reações vão do... ‘Jura? Porque?’ Ao... ‘puxa, deve ser pesado, hein’.... o fato é que é muito difícil que não ocorram reações a esse tema.

Há a crença de que para trabalharmos nessa área, ou escolhido esse tema para pesquisa deveríamos ter vivenciado o suicídio de alguém próximo. Não é o nosso caso, e assim como quem passou por essa experiência ficamos sensibilizados com a dor e o desespero daqueles que nos procuram em razão da ocorrência de um suicídio.

Percebemos a dificuldade de se falar sobre o suicídio em vários âmbitos, em grupos diferentes, mas de maneira geral, as pessoas que passaram por essa dor são os que têm mais abertura para falar, às vezes, com uma ânsia e necessidade para se expressarem livremente sobre a morte auto infligida. Essa comunicação ocorre, na maioria das vezes, ao perceberem que não há medo, preconceito ou julgamento quando sentem que há acolhimento, permissão e abertura para ouvir.

Quanto mais trabalhamos com o suicídio, mais nos surpreendemos ao ouvir as diversas histórias sobre esse tema. Alguns anos atrás, estávamos em uma farmácia e a operadora do caixa leu a apostila que estava em nossas mãos de ponta cabeça, nela estava escrito “Curso de prevenção e posvenção do suicídio”. Tínhamos acabado de dar um curso numa cidade do interior sobre o tema. A moça leu e ficou olhando, e então falou: “Nossa... suicídio.... que é isso que você tem aí”, falamos então sobre o curso oferecido e ela perguntou se o curso já havia terminado. Ao respondermos que sim, ela disse: “Minha avó se matou quando eu tinha 6 anos, se enforcou no lustre da sala, em cima da mesa de jantar... fui eu que achei o corpo... nunca me esqueci daquela cena... minha família nunca falou sobre isso... acho que nem eu... acho que essa é a primeira vez que eu falo isso assim para alguém...”. A narrativa nos surpreendeu, por se tratar de um relato que geralmente não é expresso tão diretamente. A nossa reação foi de acolhimento e diálogo e perguntamos se alguém tinha falado com ela sobre aquela situação, ela

respondeu que não... e então perguntamos como se sentia ao contar essa história... ela falou..."Estou bem... pelo jeito vocês não tem medo de falar sobre isso né... é bom poder falar para alguém assim", e a conversa seguiu por alguns minutos.

Esse diálogo nos faz refletir sobre as histórias que não são contadas, ao tabu que, muitas vezes, se inicia na própria família; à memória daqueles que se foram e a lembrança daqueles que ficaram; à dificuldade de encontrar pessoas dispostas a ouvir, sem preconceitos sobre o que significa o suicídio e a dor que carrega consigo. Provavelmente a moça viu naquela apostila, uma abertura, uma oportunidade de poder falar sobre a sua vivência.

As pessoas, muitas vezes, querem falar sobre o suicídio, mas não encontram eco... não sabem como e onde. Aos alunos que fazem cursos sobre prevenção do suicídio é dito que a partir do momento que escolheram aprender mais sobre o assunto, abriram uma porta para escutar histórias relacionadas ao tema. As histórias vão chegar, pois as pessoas se sentem seguras para contarem suas histórias para quem consegue escutá-las.

Como podemos começar a falar sobre o suicídio? O que nos impede de falar sobre o tema? Será medo? Preconceito? Será um tabu coletivo? Familiar? Individual? Como devemos falar sobre o suicídio? O que pessoas que foram tocadas por esse acontecimento gostaria que fosse falado? Essas foram algumas das questões nos acompanharam durante o desenvolvimento do projeto dessa pesquisa.

Optamos por usar como método, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT). A primeira vez que tivemos contato com esse método foi durante o mestrado e achamos interessante ter a alternativa de basear a pesquisa nos dados obtidos, pois não queríamos realizar um estudo dedutivo, de provar se o que está na bibliografia em conjunto com hipóteses estava certo ou errado. Não queríamos provar teorias. Queríamos gerar ciência utilizando um método, que priorizava as histórias e vivências dos colaboradores, pessoas enlutadas pelo suicídio.

O desafio era mesmo considerando interessante construir uma teoria com a ajuda dos colaboradores, tínhamos pouca experiência com o método. A pesquisadora Mariana Cacciacarro, nos orientou na complexa tarefa de construir uma teoria fundamentada nos dados. Então essa pesquisa tem uma concepção diferente da tradicional em que a teoria é apresentada antes dos dados. A partir dos depoimentos apresentados pelos colaboradores nos grupos focais e da análise dos dados, que a fundamentação teórica foi desenvolvida, conforme explicaremos a seguir.

A relevância desse estudo está na necessidade da sociedade falar abertamente sobre o suicídio, de entenderem como oferecer ajuda e acolhimento, de profissionais aprenderem como

cuidar de pessoas com comportamento suicida ou sobreviventes enlutados pelo suicídio, e, encontrar maneiras para diminuir o tabu e o estigma relacionado ao suicídio, colaborando para a prevenção e posvenção.

2.1 OBJETIVOS

Objetivo primário: Geral

Verificar como a comunicação sobre o suicídio e a consciência pública podem colaborar com a prevenção e posvenção do suicídio.

Objetivos específicos

Pesquisar como o tabu e o estigma sobre suicídio influenciam na sua prevenção e posvenção.

Conhecer procedimentos que possam aumentar a consciência pública sobre o tema.

Propor formas de aumentar a consciência pública em relação ao suicídio.

2.2 ORGANIZAÇÃO DESSE ESTUDO

Na apresentação e introdução expusemos os motivos e os objetivos da pesquisa, destacando sua relevância para a sociedade e para os colaboradores, pessoas enlutadas pelo suicídio.

No Capítulo 3, faremos uma breve revisão de literatura, destacando os fundamentos teóricos, que apresentam os conceitos básicos necessários para o entendimento do estudo, relacionados ao: suicídio, epidemiologia, prevenção e posvenção, consciência, tabu, estigma, preconceito, discriminação e competência. Por se tratar de uma pesquisa utilizando a TFD, a revisão de literatura foi feita após a análise dos dados, para que pudéssemos nos basear nesses dados e não em teorias sobre o tema, considerando a forma proposta pelo método e em concordância com os objetivos da pesquisa.

No Capítulo 4, trataremos os aspectos metodológicos e a estratégica de investigação adotada, incluindo o referencial teórico (Interacionismo Simbólico - IS), o referencial metodológico (Teoria Fundamentada nos Dados - TFD), o procedimento metodológico (Local, ética, participantes, etc.), o percurso metodológico (codificações), o procedimento de análise

dos dados (com imagens sobre as etapas de codificação), apresentando a configuração do estudo para o aumento da transparência do trabalho e credibilidade dos resultados encontrados.

Um diário de bordo com observações da pesquisadora a respeito das escolhas metodológicas estará destacado no final do capítulo.

No Capítulo 5 apresentaremos a análise dos resultados, com os conceitos, subcategorias, categorias e temas encontrados. No Capítulo 6, será apresentado o modelo teórico, que foi criado fundamentado nos dados colhidos.

No Capítulo 7 faremos uma discussão dos resultados encontrados. Optamos por separar a análise dos resultados da discussão para deixar mais claro o processo de análise dos dados. Assim, na discussão, faremos uma revisão dos conceitos e compararemos com a literatura, apresentaremos sugestões e reflexões de como podemos trabalhar para ampliar a consciência pública. Sugestões de trabalho desenvolvidas com base na análise dos resultados serão apresentadas e discutidas.

No Capítulo 8 apresentaremos nossas considerações finais e as sugestões para futuras pesquisas.

No Anexo, que está localizado no arquivo digital em CD, junto a contracapa, traremos as transcrições, codificações, memorandos, diário de bordo, roteiro norteador, termos e aceite da comissão de ética.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DO SUICÍDIO

Bertolote (2012) afirma que a palavra suicídio vem do grego *autófonos*, que significa “que mata a si mesmo”, traduzida para o inglês (*suicide*) e posteriormente para outras línguas. A palavra suicídio é conhecida desde o séc. XVI, sendo utilizada pela primeira vez em 1643 pelo médico inglês Thomas Browne em seu livro *Religio Medici* (A religião de um médico – tradução nossa), que dividia o suicídio na forma “heróica” ou “patológica”. Na Europa até então utilizava-se a expressão *felo de se* ou criminoso de si mesmo (Bertolote, 2013). Do ponto de vista etimológico o termo suicídio vem do latim *sui* (próprio) e *caederes* (ação de matar) com o significado de “a morte de si mesmo – matar a si mesmo”.

O comportamento suicida por sua vez pode ser visto desde os primórdios, consta na mitologia de inúmeros povos e na maioria dos livros antigos, como a Bíblia, relacionado a uma forma heroica para salvar um povo ou relacionado à fuga, com o intuito de escapar de uma situação sem saída (Bertolote, 2012).

O significado que é dado a uma palavra ou conceito influencia como a sociedade e como o indivíduo relacionam-se com ele. Há crenças enraizadas no coletivo que estão ligadas à definições antigas, por exemplo, nos dias atuais ainda se relaciona o suicídio à fraqueza ou à coragem, tendo em vista os conceitos de fuga ou ato heroico, respectivamente.

Consultando o dicionário Houaiss (2012) *suicídio* é o “1. ato ou efeito de suicidar-se. 2. fig. desgraça ou ruína causada por ação do próprio indivíduo, ou por falta de discernimento, de previdência etc.”. No Michaelis (2012), observa-se que *suicídio* significa: “1. Ação ou efeito de suicidar-se. 2. Ruína ou desgraça, procurada espontaneamente ou por falta de juízo.” Já o significado do termo *suicidar*: “1. Dar a morte a si mesmo; pôr termo à própria vida: ... 2. Arruinar-se, destruir a sua própria influência e prestígio, ser a causa da própria ruína”.

A conotação negativa da definição do suicídio nos dicionários consultados relaciona o ato à culpa, à covardia, à debilidade e à loucura, distante da concepção científica atual, mas representa a visão da sociedade, influenciando as crenças de famílias e indivíduos.

A condenação pelo ato suicida pode ser vista nas obras de Platão. A pessoa que consuma o ato suicida tem o seu enterro longe dos cemitérios, como forma de punição, sansão que ainda pode ser observada nos dias de hoje em algumas religiões. Partindo da influência dos filósofos, a igreja condena o suicídio, considerando-o como tríplice ofensa (a si mesmo, a cidade e a Deus), a partir dos entendimentos de Tomás de Aquino e de Agostinho (D'Oliveira, 2015). No século VI a igreja designa o suicídio como pecado mortal, situação que persiste na

maioria das religiões cristãs (Bertolote, 2012).

Para Durkheim, filósofo precursor da visão sociológica do suicídio, “chama-se de suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo (ex. enforcamento) ou negativo (ex. greve de fome), praticado pela própria vítima, sabedora que deveria produzir esse resultado” (2000, p. 14). Para Cassorla (2004, p. 21), o suicídio é “uma morte em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento que ele acreditava que o levaria à morte”.

A depressão ou uma dor existencial profunda podem influenciar o raciocínio lógico de uma pessoa, fazendo que ela não tenha uma clareza de pensamentos suficiente para ter consciência do ato e de suas repercussões, bem como de quais outros caminhos teria para resolver seus problemas ou a sua dor, que não fossem pela morte. Assim, compreendemos que a intencionalidade de provocar a morte seja mais presente que ter a consciência plena desse ato.

Botega, Rapeli e Cais apontam que

podemos nos referir a um comportamento suicida como todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão em si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Essa noção possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos e tentativas de suicídio e finalmente o suicídio (2012, p. 335).

Qualquer pessoa, em algum momento da vida, pode imaginar como seria se morresse e o que aconteceria se acabasse com a própria vida, se tivesse um pensamento passageiro sobre o suicídio. Em nosso ponto de vista, é natural que pessoas tenham, pelo menos uma vez, um pensamento sobre sua morte, não obrigatoriamente o suicídio, no entanto, é preciso atenção específica em relação à frequência e a intensidade dessas ideias, considerando também o acesso a meios letais. Se estes pensamentos forem recorrentes, com grande intensidade, com planejamento ou ameaças, com acesso fácil à arma, comprimidos, lugares altos sem proteção, o risco fica muito aumentado.

Durkheim em 1897 publicou o livro *Le suicide* (2000) no qual apresentou a visão sociológica sobre o suicídio. Em sua pesquisa rejeitou todos os argumentos que não são sociais e que poderiam explicar esse fenômeno, apresentando a consciência coletiva como entidade moral superior ao indivíduo que determina, juntamente com a sociedade, o comportamento humano: o sentir, o pensar e o agir. Para o autor, as taxas de suicídio de um país são indicadores de sua situação social e as alterações nessas taxas associam-se a problemas que afetam essa sociedade. Afirma que o suicídio pode ser dividido em quatro classes, que serão explicadas

adiante e que são relacionadas aos laços sociais do indivíduo, que se *integra*, envolve-se, sente-se pertencente (considerando as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo) numa sociedade ou *regula-se* (envolvendo requisitos normativos ou morais exigidos) nessa sociedade para que pertença a um grupo.

- a) O suicídio denominado como *egoísta* acontece com pessoas com *baixa integração* na sociedade, deprimidas, isoladas ou pertencentes a grupos não aceitos, pessoas que ficam acima ou à margem do grupo social;
- b) O suicídio *altruísta* corresponde a pessoas, com *alta integração* na sociedade, que muitas vezes esquecem-se de si em prol de uma causa ou perdem a vida para defender/proteger indivíduos ou ideais, como os camicases, homens-bomba, religiosos, militares. Neste grupo estão incluídas pessoas que se matam por sentirem-se muito culpadas após cometerem uma infração ou efetuam o suicídio em prol de um grupo, como um ato de sacrifício;
- c) O suicídio *anômico* tem relação com pessoas com *baixa regulação* na sociedade. Nesta classe estão incluídas as pessoas desempregadas, divorciadas, que não acompanham as pressões da escola/sociedade, que tiveram perdas na família, estão em situações de profunda desorientação e falta de perspectiva. Tem também uma relação forte com a desorganização social como, por exemplo, suicídios que ocorrem quando há grande instabilidade econômica;
- d) O suicídio *fatalista* ocorre em pessoas com *alta regulação* com a sociedade, sendo indivíduos que estão submetidos ou submetem-se a regras ou a controles rígidos em que não há esperança de mudança ou que não conseguem modificar a situação em que são inseridas como, por exemplo, escravos, prisioneiros, pessoas que perderam a honra ou que lidam com desapontamentos constantes.

Muitas pesquisas foram feitas a partir da teoria de Durkheim. Há críticas à obra, referindo que o autor deixou “os fatores individuais em segundo plano e que não houve uma discussão do papel do sujeito, dos significados e da intencionalidade como parte integrante do fato e do ato social” (Minayo, 1998, p. 12). De qualquer forma, é inegável a importância dos estudos de Durkheim até os dias de hoje. Cabe salientar que esse estudo não relaciona o suicídio a um evento único e que os exemplos dados acima estão separados para fins didáticos.

Albert Camus (1989), em seu livro “O mito de Sisífo”, traz uma visão filosófica sobre o suicídio após a grande influência sociológica, a partir da obra de Durkheim. O autor afirma que

só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a

vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, aparece em seguida. São jogos. (Camus, 1989, p. 8).

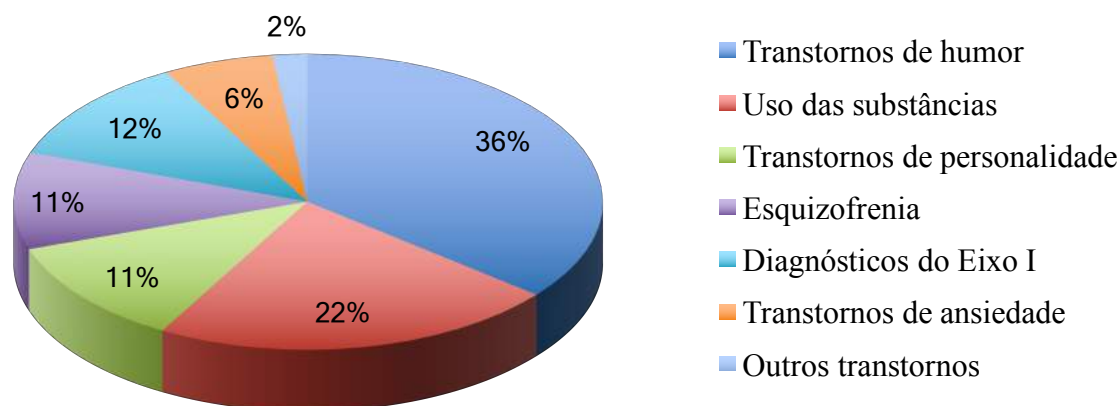
Os estudos da psiquiatria em relação ao suicídio começaram no fim do século XVII com médicos, em especial os alienistas (aqueles que tratavam dos alienados – nome dado naquela época aos psiquiatras), que promoveram o debate sobre a etiologia do suicídio. Pinel e Esquirol deram continuidade aos estudos no início do século XIX, considerando as teorias apresentadas naquela época. O ponto comum e presente até os dias de hoje é que suicídio é resultado de doença. Apresentam uma visão individualista e médica do suicídio, propondo uma relação inegável entre os transtornos psiquiátricos e o suicídio (Correa & Barrero, 2006b).

Estima-se que mais de 90% dos indivíduos que tentaram ou cometeram o suicídio têm transtornos mentais, 60% deles com transtorno afetivo, como transtorno bipolar ou transtorno depressivo maior, com sintomas confirmados ao passarem por consultas com clínicos gerais ou psiquiatras. A maioria das pessoas que tentaram o suicídio tem comorbidades, ou seja, com dois ou mais diagnósticos psiquiátricos simultâneos. Pessoas com distúrbios de humor têm de doze a vinte vezes mais risco de cometerem suicídio que a população geral (Wasserman, 2001). O risco de suicídio em pessoas com transtorno de humor, especialmente a depressão, é em torno de 6 a 15%, com alcoolismo de 7 a 15% e esquizofrenia de 4 a 10% (OMS, 2000a). Invariavelmente as taxas de suicídio são indicadores dos índices de doença mental num país.

Barracough e colaboradores (1974) afirmam que de cem pessoas que realizam o ato suicida, noventa são mentalmente enfermas, sendo setenta por depressão; vinte e sete por transtorno de personalidade; quinze por dependência de álcool; três por esquizofrenia; em treze delas ocorrerão comorbidades como, por exemplo, depressão e alcoolismo.

Werlang & Botega (2004) encontraram em seu estudo sobre diagnósticos de transtornos mentais em casos de suicídio, que na população geral, 35,8% apresentavam transtornos de humor, 22,4% transtornos relacionados ao uso das substâncias, 11,6% transtornos de personalidade, 10,6% esquizofrenia, 11,6% outros diagnósticos do eixo I (transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado), 6,1% transtornos de ansiedade/somatoformes e o restante 1,9% correspondendo à soma dos transtornos mentais orgânicos, outros transtornos psicóticos e transtornos de adaptação, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

Figura 1: Diagnóstico de transtornos mentais em caso de suicídio



Fonte: Werlang & Botega (2004, p.41)

Do ponto de vista psicológico, Shneidman (1985), considerado o pai da suicidologia moderna, afirma que para haver um suicídio é fundamental a combinação dos seguintes elementos: sentimento de dor intolerável; atitude de autodesvalorização; constrição marcada da mente com prejuízo das tarefas do dia a dia; sensação de isolamento intenso e desesperança.

Cabe destacar que o autor denomina *psychache* (dor psíquica): a dor emocional insuportável, como fator fundamental para ocorrer um suicídio. Nessa situação matar-se seria a forma mais rápida de aliviar essa dor, que inclui uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo e sem saída com um desespero irremediável e uma turbulência emocional interminável (Botega et al., 2012).

Para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o suicídio tem relação com os quatro Ds: a depressão, o desamparo, a desesperança e o desespero. Botega (2015) complementa os Ds com: dor psíquica (*psychache*), dependência química, delírio (percepção distorcida e falsa da realidade) e *delirium* (síndrome confusional aguda) - o que vale somente para a língua portuguesa. O suicídio, nesses casos, não é visto como um problema e sim como solução para um problema sentido, apresentando os três Is: intolerável, inescapável e interminável (Chiles & Strosahl, 2005).

Os três principais aspectos psicológicos do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob o risco de suicídio são a ambivalência, a impulsividade e a rigidez/constrição, como aponta o Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (Brasil, 2006a).

Estudos envolvendo genética e suicídio vem sendo desenvolvidos há décadas, iniciando-se com pesquisas no liquor e em estudos *post-mortem* envolvendo o ácido 5-HIAA, principal metabolito da serotonina (Correa & Barrero, 2006a). Alguns marcadores relacionados à impulsividade e à agressividade foram encontrados, porém até hoje, não foi descoberto nenhum gene específico, que seja causador do suicídio.

Estudos recentes dedicam-se à epigenética do suicídio, nos quais eventos traumáticos ocorridos na infância, abuso de drogas, estresse e outros poderiam ocasionar mudanças fenotípicas, que não foram codificadas pelo DNA, alterando assim os níveis de expressão da depressão, por exemplo. Esses estudos referem-se ainda a processos herdados, porém mutáveis que regulam a forma como certos genes expressam-se em células ou em períodos de desenvolvimento específicos. Ainda não está claro como esses eventos podem ser o gatilho para modificações epigenéticas, que resultam em mudanças da expressão dos genes. Estudos como esses podem abrir um novo caminho terapêutico para a prevenção do suicídio com base em pesquisas das alterações nos marcadores epigenéticos de vítimas do suicídio (Autry & Monteggia, 2009; Klempan, Ernst, Deleva, Labonte, & Turecki, 2009; Lockwood, Su, & Youssef, 2015).

O modelo diátese-estresse de Mann (2003) demonstra como uma predisposição genética, em conjunto com eventos estressores ocorridos na vida de uma pessoa, características pessoais, comorbidades, entre outros, elevam o risco de vulnerabilidade ao comportamento suicida em períodos de estresse.

Para a OMS, em seu mais recente documento *Prevenção do suicídio: um imperativo global* (tradução nossa), o suicídio é o ato deliberado de tirar a própria vida (WHO, 2014). No final de 1960, no *Prevention of suicide guidelines for the formulation and implementation of national strategies* (Diretrizes de prevenção do suicídio para a formulação e implementação de estratégias nacionais, tradução nossa), a OMS definiu que o comportamento suicida é um “fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional, que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis” (UN, 1996).

As primeiras compreensões acerca de suicídio iniciam a partir da filosofia, depois da religião e em 1621 passou a ser entendido pela psiquiatria, sociologia, mais adiante pela psicologia, saúde pública e atualmente utilizamos o conceito de multifatorialidade – fatores múltiplos, em que o suicídio é resultado multifacetado de vários fatores inter-relacionados incluindo fatores culturais, sociais, psicológicos psiquiátricos, biológicos, filosóficos, econômicos, religiosos, entre outros, que influenciam esse comportamento (SPRC, 2001).

Shneidman aponta que “no Ocidente, o suicídio é um ato consciente de autoaniquilação, melhor compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que acredita ser o suicídio a melhor solução para resolver um problema” (Shneidman, 1987).

A relação entre fatores de risco e de proteção apontará pistas sobre o nível de risco de suicídio de uma pessoa. Bertolote, (2012) os fatores de risco dividem-se em:

Tabela 1: Fatores de risco do comportamento suicida

Fatores Predisponentes (distais em relação ao ato suicida)	Fatores Precipitantes (proximais em relação ao ato suicida)	
<i>Fatores sociodemográficos e individuais</i>	<i>Fatores ambientais</i>	<i>Fatores psicológicos e estressores recentes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa(s) prévia(s) de suicídio • Transtornos psiquiátricos • Condições clínicas incapacitantes • História familiar de suicídio, alcoolismo ou transtornos psiquiátricos • Divorciado, viúvo ou solteiro • Desempregado ou aposentado • Luto ou abuso sexual na infância • Alta recente de internação psiquiátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Fácil acesso a métodos de suicídio 	<ul style="list-style-type: none"> • Separação conjugal • Luto • Conflitos familiares • Mudança de situação empregatícia ou financeira • Rejeição por parte de pessoa significativa • Vergonha e temor de ser considerado culpado

Fonte: Bertolote (2012, p. 73)

Outros fatores de risco, comumente encontrados na literatura, que podem ser acessados por meio do aumento da consciência pública, segundo apontamentos do *Suicide Prevention Resource Center* (SPRC, 2001) são:

- O estigma por procurar ajuda: esse fato ocorre porque as pessoas não sabem como e onde encontrar ajuda; por pensarem que não precisam de ajuda; por ficarem com medo de serem taxados como loucos ou pela dificuldade de manter a confidencialidade e sigilo nos centros de atendimento;
- Suicídio por “contágio”: suicídios individuais ou ocorridos em um mesmo grupo (*Clusters*) podem ser contagiosos, principalmente se expostos pela mídia – a forma como um suicídio é tratado pela sociedade, empresa, escola, pode influenciar o comportamento de outros, principalmente se estiverem em condições

econômicas, sociais e psicológicas parecidas, gerando uma maior identificação com a vítima, ocasionando um aumento no número de suicídios;

- Barreiras no acesso a cuidados de saúde, especialmente saúde mental e de tratamento do abuso de substâncias (álcool, drogas, medicamentos), pela pouca disponibilidade de locais de tratamento, pelo desconhecimento desses locais, pelas atitudes hostis de alguns profissionais da área da saúde diante do suicídio;
- Certas crenças culturais e religiosas, por exemplo, a crença de que o suicídio é uma nobre resolução de um dilema pessoal ou que pessoas que pensam em suicídio são fracas e pecadoras. Posições antagônicas e até certo ponto radicais.

Segundo Plutchik e Praag (1994), Wasserman (2001) e Botega (2015), os fatores de proteção do comportamento suicida englobam:

- Atendimento clínico eficaz para transtornos mentais, abusos físicos e abuso de substâncias;
- Fácil acesso a diversas intervenções clínicas e apoio para buscar ajuda;
- Acesso restrito a meios letais de suicídio;
- Relações significativas e comunicação aberta com a família, escola e comunidade;
- Habilidades para resolução de problemas e conflitos;
- Ter uma rede de apoio;
- Crenças culturais e religiosas que desestimulem o suicídio e promovam autopreservação;
- Ser resiliente;
- Ter acesso a medidas que melhorem os fatores de proteção.

O suicídio será o evento final da complexa relação entre uma série de fatores de risco e de proteção, observáveis ou não e da ajuda disponível oferecida e percebida (Wasserman & Wasserman, 2009).

Nunca se deve apresentar versão simplista para um fenômeno complexo, tentar explicá-lo somente por um ângulo é uma visão reducionista. Nem todos os fatores têm o mesmo peso para as pessoas, porque o suicídio é um ato individual, que terá influências de múltiplos fatores em diferentes graus para cada pessoa. Não se pode culpar uma pessoa pela doença de outra, assim como não cabe uma única explicação causal para o suicídio, como se somente um fator (ou pessoa) fosse o responsável por essa morte. Há fatores biopsicossociais presentes na

vida de cada um de nós. Olhar parte de uma história como o todo, leva à constrição, cristalização, não ampliando ou expandindo olhares, possibilidades e caminhos.

Conceitos e crenças ligadas ao suicídio terão relação com o comportamento suicida, que é carregado de vergonha, estigma e tabu, que muitas vezes impede que pessoas peçam e ofereçam ajuda. Promover a conscientização da população, dos sistemas de saúde e da sociedade é imperativo para a prevenção do suicídio, conforme a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014).

Tendo em vista o que apontamos, esse estudo traz um recorte da compreensão do suicídio, pesquisando o quanto a consciência pública influencia a concepção do sujeito, de sua família e da sociedade. É fundamental observar quanto essas questões reverberam no tabu do transtorno mental, no processo de luto pelo suicídio e nos serviços de prevenção e de posvenção, principalmente, como e o que se pode fazer para mudar essa situação.

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente oitocentas mil pessoas cometem suicídio por ano, uma taxa de mortalidade mundial de 10.7 por 100 mil habitantes (WHO, 2017), sendo o suicídio a décima quinta causa de morte no mundo e a segunda mais frequente em indivíduos de 15 a 29 anos de idade, de ambos os sexos, o que corresponde a uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa a cada quatro segundos. É maior que a soma de todas as mortes ocorridas nas guerras, acidentes de trânsito e decorrentes de AIDS no mundo (WHO, 2010, 2014).

É um fenômeno global e responsável por 1,4% das mortes no mundo. Apresentou um aumento de 60% nas taxas mundiais nos últimos quarenta e cinco anos, sendo que a projeção para o ano de 2020 é que aumentem 50%, representando uma morte a cada vinte segundos e uma tentativa a cada dois segundos. Em 2012, 75% dos suicídios ocorreram em países de baixa ou média renda, regiões em que houve o maior aumento de taxas. Nas regiões mais desenvolvidas e com maior renda, foi possível observar a diminuição das taxas, embora elas ainda sejam altas (WHO, 2014).

No Brasil, assim como em outros países do mundo, os atestados de óbito têm como referência a tabela CID (Classificação Estatística Internacional das Doenças) para determinar a causa da morte. No caso do CID 10 (versão atualizada e revisada), o suicídio é representado pelos códigos do X60 ao X84, que significa *lesões autoprovocadas intencionalmente*. Cada código refere-se a um tipo de lesão, meio e local como, por exemplo, o código x60.7 refere-se à “autointoxicação por exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos,

não opiáceos – fazenda” e o código x72.0, a “lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão – residência” (OMS, 2008).

Esses códigos abordam igualmente casos que não resultam em óbitos, como por exemplo, as tentativas de suicídio. Os levantamentos estatísticos de taxas de suicídio são baseados nos atestados de óbito com os códigos do CID-10 referentes a *lesões autoprovocadas intencionalmente* e que são enviados pelo Sistema Integrado de Mortalidade (SIM) ao Ministério da Saúde e conseguinte à OMS (Brasil, 2008).

Somente no ano de 2015, houve 11.736 mortes por suicídio no Brasil, o que corresponde a uma taxa de 5,7 por 100 mil habitantes (Brasil, 2017a), sendo que no período de 2002/2012 houve um aumento de 20,3% na taxa total de suicídios no país, um aumento maior que dos homicídios (2,1%) e menor que acidentes de trânsito (26,5%) (Waiselfisz, 2014).

O crescimento no período de 1980 a 2012 foi de 62,4%, embora a taxa brasileira não seja tão alta se comparada às taxas mundiais, estamos em 63^o em números relativos e 8^o no *ranking* em números absolutos (OMS, 2014), que corresponde a uma média de trinta e dois suicídios completos por dia ou um, a cada quarenta e cinco minutos e de vinte tentativas no mesmo período. Estima-se que esses números sejam ainda aproximadamente 30% maiores, devido à subnotificação no registro de óbitos (Botega, 2010).

No país temos um panorama complexo e heterogêneo, dadas as singularidades de cada região e do acesso a serviços de saúde mental. Apresentamos na tabela abaixo, os dez estados com as maiores taxas no Brasil. As últimas duas colunas correspondem à variação das taxas nos períodos de 2000 a 2012 e de 2011 a 2012 (Waiselfisz, 2014):

Tabela 2 – 10 Estados brasileiros com as maiores taxas de suicídio em 2012

Estado	Taxa em 2012	Números em 2012	Variação da taxa de 2000 a 2012	Variação da taxa de 2011 a 2012
Rio Grande do Sul	10,9	1.178	10,2%	12,8%
Santa Catarina	8,6	550	9,5%	5,3%
Mato Grosso do Sul	8,4	210	6,2%	-0,6%
Roraima	8,1	38	47,8%	9,5%
Piauí	7,4	235	69,7%	-0,6%
Tocantins	6,6	93	58,4%	-1,2%
Goiás	6,5	397	-9,4%	18,5%
Minas Gerais	6,4	1.262	46,3%	0,2%
Paraná	6,0	633	0,7%	5,7%
Ceará	5,9	508	-1,6%	-8,9%

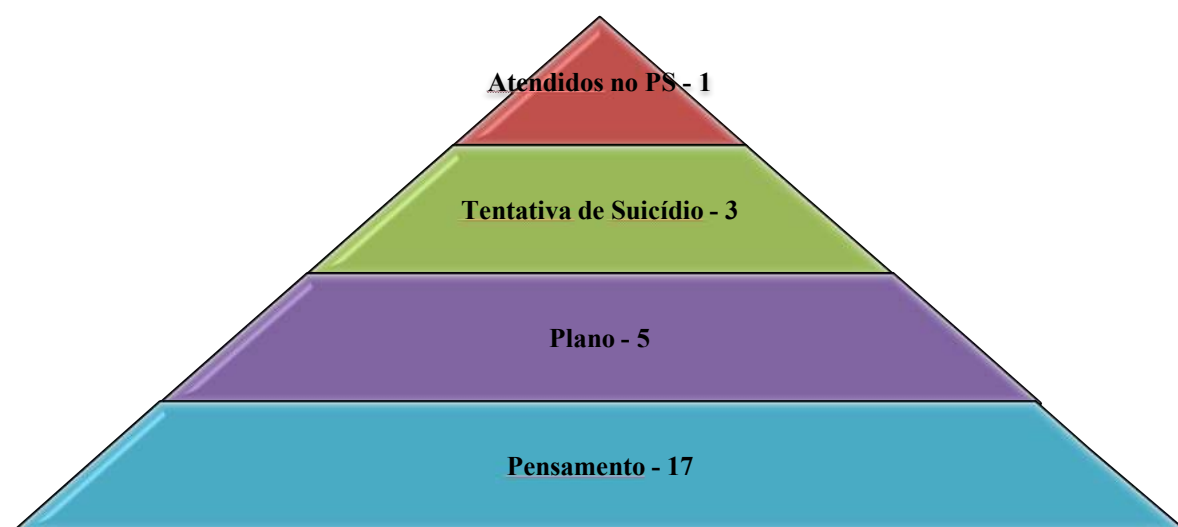
Fonte: Waiselfisz, 2014

Há de se levar em consideração que o efeito da mídia aparece como um importante desencadeador do suicídio, ficando atrás do desemprego e da violência para todas as faixas etárias, tornando-se ainda maior para homens jovens com idades entre 15 e 29 anos (Loureiro, Moreira, & Sachsida, 2013). Dessa forma, devemos ponderar que há diferenças significativas na forma como os jovens vivem nas regiões do país, há características semelhantes, relacionadas à adolescência, porém se o jovem vive numa região mais violenta, com maior índice de desemprego e com acesso a notícias irresponsáveis em relação ao comportamento suicida, as taxas dessa região tendem a crescer. Assim, relacionamos o suicídio de jovens não só, mas principalmente a componentes sociais e à influência da mídia nas suas várias formas de expressão.

No mundo, o suicídio correspondeu a 50% de todas as mortes violentas em homens e 71% em mulheres. Podemos ver que em países com baixa e média renda ocorrem 1,5 suicídios de homens para cada mulher e em países de alta renda, esse número dobra, três homens para cada mulher.

Segundo Botega, Mauro & Cais (2004, p. 181), em um estudo realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), envolvendo 100 pessoas, 17% tem ideação suicida, 5% apresentam planejamento, 3% apresentam tentativa e 1% é atendida no pronto-socorro psiquiátrico por tentativa de suicídio.

Figura 2: Prevalência de comportamento suicida a cada 100 habitantes da cidade de Campinas



Fonte: Botega, Mauro & Cais (2004, p. 81)

Ao longo da existência 20% da população pode passar por um suicídio na família; 60% conhecerão uma pessoa que se matou e 50% dos psiquiatras e 20% dos psicólogos vão experienciar o suicídio de um paciente, segundo dados da *American Foundation Suicide Prevention* (AFSP, 2011).

A tentativa de suicídio ainda é o maior indicador de vulnerabilidade em relação ao suicídio e envolve seu maior risco. Após uma tentativa, 15% daqueles que foram internados, fizeram outra tentativa no período de um ano (Meleiro, 2013), 1% morreu por suicídio nesse período, outros 10 % a 50%, dependendo de suas características, vão tentar novamente, sendo que o período de maior risco é no primeiro ano após a tentativa, especialmente nos três primeiros meses (Retterstol & Mehlum, 2001). Quanto mais tentativas, maior o risco. Tentativas de suicídio prévias, juntamente com a presença de transtorno mental, podem aumentar o risco de suicídio em até quarenta vezes (Tidemalm, Langstrom, Lichtenstein, & Runeson, 2008).

Oferecer continuidade na ajuda e no apoio aos que tentaram suicídio, bem como diminuir o estigma relacionado a esse comportamento e ao fato de pedir ajuda destacam-se como fatores importantes para essa população de alto risco.

Vale lembrar que a suicidalidade tem diversas formas, uma forma não necessariamente leva à outra. Não há uma vítima típica, embora seja possível prevenir o suicídio em muitos casos, ainda não é possível prever quem, como e quando irá cometer suicídio. O comportamento suicida não fatal é comum, o suicídio completo é sua forma mais rara, que demonstra a importância da discussão e do tratamento para o comportamento suicida, que pode ser em muitos casos evitado.

A OMS (2015) define que podemos quantificar o impacto de uma doença em uma população por meio do *Global Burden of Disease* (GBD - Carga Global da Doença, tradução nossa). Fazem parte do GBD o *Disability Adjusted Life Years* (DALY'S - Anos de Vida Ajustados a Limitações, tradução nossa) e o *Years os Life Lost* (YLL - Anos de Vida Perdidos, tradução nossa).

De acordo com o *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME, 2013), o suicídio representou 1,44% do gasto total com doenças em todo o mundo, em 2013, sendo 1,34% no Brasil, estimado em DALY'S (IHME, 2013). Somente no ano de 2001, o prejuízo financeiro causado pela perda de produção devido a mortes por suicídio, ajustado pelas taxas de sobreviventes de tentativas foi de US\$0,6 bilhões de dólares ou US\$75 mil dólares por vítima (Carvalho, Cerqueira, Rodrigues, & Lobão, 2007).

O suicídio traz um custo de \$44 bilhões de dólares anualmente somente nos Estados Unidos (AFSP, 2016b). Para Gonçalves (2011), o suicídio e suas tentativas geram grande custo para a sociedade, não só financeiros, mas de perda de capital humano. Baseada em um estudo do Instituto de Pesquisa e Estudos Aplicados (IPEA, 2007), a autora (2011) afirma que aproximadamente R\$507,00 foi o valor médio gasto com lesões autoprovocadas intencionalmente entre 1998-2004, com uma taxa de mortalidade de 3,70% dos casos atendidos. Os anos de vida perdidos por causa das mortes prematuras por suicídio (*Years of Life Lost*, YLL) foi de 1,57 milhões de anos (Carvalho et al., 2007).

3.3 PREVENÇÃO E POSVENÇÃO

3.3.1 Prevenção

Prevenção (do latim *Praeventio*) no dicionário Michaelis (2018), significa: “Ato ou efeito de prevenir(se) ... 2. Precaução para evitar qualquer mal; evitação. ... 5. Medida tomada por antecipação, a fim de evitar um mal; cautela, precaução, previsão.”

O termo prevenção, na medicina e na saúde pública, está relacionado a precaução de doenças por meio de qualquer medida que seja tomada para que não atinja o indivíduo. Foi a partir da observação de John Snow, em 1854, durante uma epidemia de cólera em Londres, que o movimento sanitário iniciou, desenvolveu-se para a saúde pública e a epidemiologia foi criada (Pomerleau & McKee, 2005).

Para Neiva, Vianna, e Moraes (2015),

Foi somente entre os anos 1920 e 1950, nos Estados Unidos da América e no Canadá, que surgiu a Medicina Preventiva, como reação à Medicina Curativa e ao modelo *Contagionista*. A Medicina Preventiva, segundo Sigerist (1945), definiu como funções da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, a restauração e a reabilitação do doente (p. 1422)

Leavell and Clark (1958) desenvolveram a visão da história natural da doença (HND) e das causas múltiplas, na qual se observa que uma doença não é estática e não há necessidade de conhecer a etiologia de uma doença para que seja prevenida. Essa descoberta alterou o paradigma da saúde pública ao incluir, na prevenção, doenças que não eram infecciosas e comportamentos problemáticos, que não eram abarcados no conceito de prevenção até então. Eles conceberam a doença como um processo que chamaram de “horizonte da doença” e a separaram em quatro períodos: período pré-patológico, prodômico, patológico e convalescença, divididos em prevenção primária, secundária e terciária. Assim, a doença ou sua evolução

natural poderiam ser prevenidas em qualquer etapa, mesmo que já tivessem se iniciado (Bertolote, 2012).

A Prevenção Primária corresponde à promoção de saúde geral, à prevenção de certos agentes ou a situações específicas, antes que o processo patológico estabeleça-se. Já a Secundária refere-se a intervenções direcionadas aos grupos "em risco" ou para fazer o diagnóstico e tratamento precoces, a fim de interromper ou reverter um processo que já tenha se iniciado. Por fim, a Terciária relaciona-se com intervenções de reabilitação, reintegração, gestão, estabilização de um processo, que pode deixar consequências funcionais ou levar à morte, para reduzir os custos sociais e econômicos resultantes dessa situação. Embora não seja utilizado nesse estudo, vale citar que atualmente falamos em prevenção quaternária, que tem relação com o excesso de intervencionismo médico, seja curativo ou preventivo, associados a atos médicos desnecessários, supertratamento (*overmedicalization*) ou prevenção da iatrogenia.

Por entender que o modelo proposto por Leavel e Clark apresentava problemas relacionados às variações quantitativas dos fenômenos, Gordon (1987 citado por Bertolote 2012) propôs um modelo baseado no risco que as pessoas apresentavam.

Tal modelo é dividido em:

- a) prevenção universal, que é indicada a todos; o Dia Internacional dos Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio, no qual toda a população teria, pelo menos em teoria, acesso às informações relacionadas ao luto por suicídio e ao suicídio, às campanhas de conscientização sobre o estigma ou diretrizes para a mídia, só para citar alguns exemplos.
- b) prevenção seletiva é relacionada a pessoas com baixo ou médio risco de desenvolverem comportamentos suicidas, para impedir que desenvolvam, por meio da redução de fatores de risco, aumento dos fatores de proteção e também a busca ativa para identificar pessoas vulneráveis em certas populações. Considerando a prevenção do suicídio, podemos pensar em intervenções com adolescentes diagnosticados com depressão; no treinamento de equipes de saúde que lidarão com pessoas com comportamento suicida ou na educação socioemocional das crianças.
- c) A prevenção indicada é relacionada a pessoas com alto-risco, que já tenham desenvolvido comportamentos suicidas. Esses programas geralmente são de longa duração e possuem vários componentes ou estruturas. Como exemplos temos: o protocolo de ligações de verificação de pessoas que tentaram o suicídio, apresentado no estudo de Botega, Silveira e Mauro (2010), desenvolvido na UNICAMP; protocolos de continuidade na ajuda para sobreviventes de tentativa;

serviços especializados em luto por suicídio, que em nosso entendimento configura a posvenção.

3.3.2 Prevenção do Suicídio

Abordaremos a seguir o histórico da prevenção do suicídio no mundo e no Brasil.

Em 1960, foi fundada a “*International Association for Suicide Prevention*”¹ (IASP), pelo suicidologista austríaco Erwil Ringel, em Viena. Atualmente a IASP tornou-se uma das instituições mais importantes na área, atua em colaboração com a OMS, conta com membros de sessenta países, promovendo congressos internacionais e diversas atividades na área. A revista científica CRISIS é publicada cinco vezes ao ano e produz boletins mensais enviados aos sócios. Grupos de interesse especiais (SIG) foram criados com o intuito de unir pessoas no campo da suicidologia, que tivessem o mesmo interesse, conforme podemos ver no SIG de posvenção, no qual a pesquisadora desse estudo faz parte, no SIG de suicídios por contágio, entre outros. Prêmios e bolsas de estudo sobre o tema são oferecidos, e todo dia 10 de setembro, o Dia Internacional do Suicídio, criado pelo IASP, ocorrem vários eventos e palestras de conscientização (Mehlum, 2009).

Em 1968, a “*American Association of Suicidology*”² (AAS) foi criada por Edwin Shneidman, desde então desenvolveu, entre outras atividades, padrões e critérios para certificar centros de tratamento na crise pelos Estados Unidos e Canadá, certificando, desde 1976, mais de cento e sessenta centros nesses países por sua excelência no atendimento ou treinamento de profissionais, sendo que mais de quatrocentas pessoas já passaram por exame rigoroso a respeito de seu conhecimento e capacidade em lidar com pessoas em crise. Assim, como a IASP, a ASS organiza conferências, painéis e treinamentos, que atraem anualmente mais de setecentas pessoas. A cada dois meses, é lançada uma nova edição da revista científica “*Suicide and Life-Threatening Behavior*”. Atualmente a AAS apresenta um diretório de referência para mais de seiscentos centros de crises e de prevenção do suicídio e trezentos grupos de apoio nos Estados Unidos. Prêmios, publicações, relatórios, fichas técnicas, livros e recursos são produzidos para o público e para profissionais (Berman, 2009).

Em 1987, especialistas na área se uniram com famílias que perderam pessoas por suicídio e fundaram “*The American Foundation for Suicide Prevention*”³ (AFSP), seguindo

¹ www.iasp.org

² www.suicidology.org

³ www.afsp.org

uma abordagem já validada no tratamento e prevenção de outras doenças, como cardiopatias, diabetes e câncer. AFSP objetivava aprofundar pesquisas com o intuito de entender e prevenir o suicídio, tendo seu foco em cinco áreas: pesquisa, projetos de prevenção do suicídio; desenvolvimento de recursos educacionais; suporte aos sobreviventes; defensoria⁴ para desenvolver políticas estaduais e nacionais e legislar o aumento de recursos para pesquisas e intervenções na área (Haas, Gebbia, & Clayton, 2009). O projeto Colcha da Memória Viva e o Dia Internacional dos Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio, introduzidos no Brasil pelo Instituto *Vita Alere*, são eventos criados pela AFSP.

Em 1990, a “*International Academy of Suicide Research*”⁵ (IASR) estabeleceu-se em Bologna, Itália, na Universidade de Pádua, objetivando reduzir a mortalidade e a morbidade ao promover pesquisas de alto nível e comunicação entre pesquisadores da área da suicidologia. A IASR publica o jornal científico “*Archives of Suicide Research*” (ASR), além de livros e estudos de caso. Novos membros são nomeados por dois membros e precisam ser aceitos por um comitê e aprovados pela diretoria (Wasserman & Mann, 2009).

Foi no início da década de 1990, que o secretário geral das Nações Unidas (UN) chamou a atenção para o crescente número de suicídios, especialmente em jovens. Em 1996, um relatório com diretrizes foi lançado pelas Nações Unidas, após encontro realizado em 1993 no Canadá, organizado em conjunto com a Organização Mundial da Saúde⁶ (OMS), com vários especialistas da área. Muitos países basearam-se nessas diretrizes para lançarem seus programas nacionais. Em 1999, a OMS lançou a iniciativa internacional – SUPRE - com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade do comportamento suicida. Diversas parcerias foram estabelecidas com os objetivos de: aumentar a consciência da magnitude do problema; identificar estratégias economicamente viáveis para treinar profissionais para identificar e encontrar intervenções para o gerenciamento de pessoas em risco; propor estratégias para a diminuição do acesso aos meios⁷ e identificar parceiros relevantes de setores diversos (Saraceno, 2009).

Em 2014, a OMS lançou seu primeiro relatório, “*Preventing Suicide: A global Imperative*”, do qual a pesquisadora foi uma das revisoras, para ressaltar a importância de prevenir o suicídio e para que seja elencado como grande problema de saúde pública. O relatório destacou que, embora as pesquisas a respeito do tema estejam aumentando, o tabu e o estigma

⁴ Pessoa ou grupo que apoia publicamente uma causa.

⁵ <http://suicide-research.org>

⁶ www.who.org

⁷ Como barreiras físicas em viadutos, restrição de venda à agrotóxicos, maior controle na venda de medicamentos.

ainda persistem, fazendo que as pessoas fiquem isoladas e não peçam ajuda, ressaltando que quando buscam ajuda muitos sistemas de saúde falham em prover ajuda efetiva pelo tempo necessário. Atualmente, vinte e oito países têm planos nacionais de prevenção de suicídio implantados, o Brasil é um dos países que não possui plano nacional, embora tenha assinado o compromisso perante a OMS em reduzir até 2020, 10% das taxas de suicídio no país (WHO, 2013).

Segundo Botega (2015), até o ano de 2000, por causa de doenças endêmicas e da violência urbana, o suicídio não era visto como problema de saúde pública no país. Dos marcos recentes da trajetória da prevenção do suicídio no Brasil, destacamos⁸:

- 1962 – Início das atividades do Centro de Valorização da Vida;
- 1998 – Simpósio “Suicídio: Você já estudou sobre isso?”, na Universidade de São Paulo (USP);
- 2000 – Inclusão do Brasil no estudo SUPRE-MISS (estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida) da OMS;
- Entre 2005 e 2006 foi desenvolvida a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) com participação de diversas instituições e apoio do Ministério da Saúde, conforme será apresentado no Capítulo 7 – Discussão dos Resultados;
- 2009 – Início da campanha de prevenção do suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP);
- 2010 – Veiculação de chamada sobre prevenção do suicídio na Rede Globo de televisão;
- 2012 – Início da Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio (REBRAPS) na *internet*⁹;
- 2010/2014 – Duzentos estudos brasileiros relacionados ao suicídio são publicados em revistas científicas internacionais.

Em 13 de junho de 2015 foi fundada a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio¹⁰ (ABEPS), durante o I Simpósio Latino-americano de Prevenção do Suicídio. Devido à burocracia em nosso país, a ABEPS só conseguiu ser registrada oficialmente em 2017. Diversas atividades estão sendo desenvolvidas por seus membros em todas as regiões do país e o I Encontro de Sobreviventes do Suicídio ocorreu no I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio, em 2016 em Belo Horizonte/MG.

⁸ A tabela completa encontra-se na página 251-252 de Botega (2015)

⁹ www.rebraps.com.br, criada por Carlos Felipe D'Oliveira, psiquiatra e suicidologista.

¹⁰ www.abeps.org.br

Percebemos um aumento das atividades de prevenção e de posvenção no país, bem como de artigos e livros relacionados ao assunto.

Segundo a OMS (2015) em REBRAPS (2015), as estratégias em prevenção do suicídio podem ser resumidas na tabela de metas e objetivos abaixo:

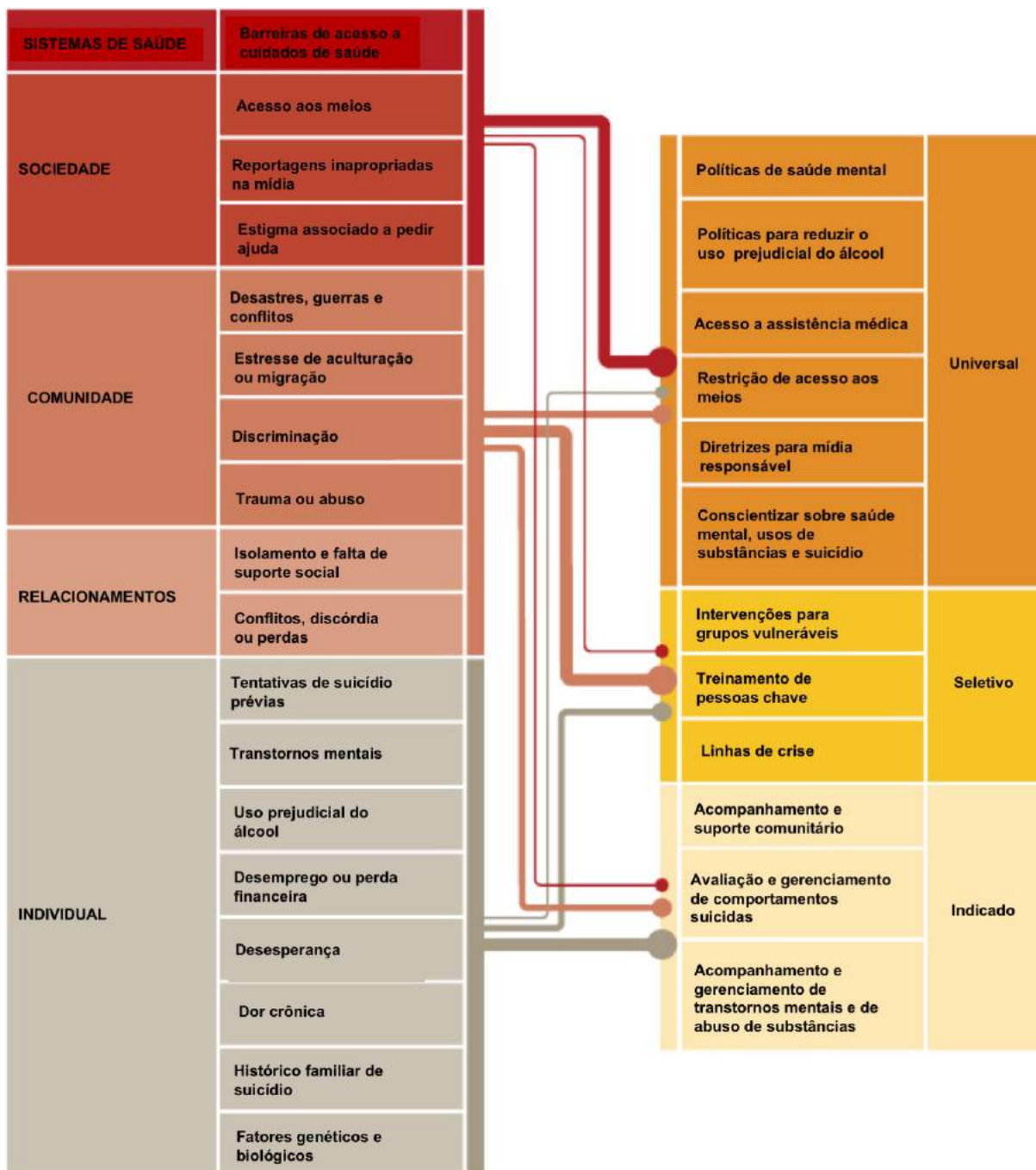
Tabela 3: Metas e objetivos das Estratégias

COMPONENTES	METAS E OBJETIVOS
Vigilância	Aumentar a qualidade dos dados nacionais de suicídio e tentativas. Apoiar o estabelecimento de um sistema de dados integrados que serve para identificar grupos vulneráveis, indivíduos e situações.
Restrição aos meios	Reduzir a disponibilidade, acessibilidade dos meios de suicídio (pesticidas, armas de fogo, lugares altos). Reduzir a toxicidade/letalidade dos meios disponíveis.
Mídia	Promover a implementação de manuais de mídia para apoiar reportagens responsáveis na imprensa, televisão e mídia social.
Acesso aos serviços	Promover aumento do acesso aos serviços para aqueles vulneráveis ao comportamento suicida. Remover barreiras aos cuidados.
Treinamento e Educação	Manter programas de treinamento para cuidadores identificados (trabalhadores de saúde, educadores, policiais). Aumentar as competências nos serviços de saúde mental e atenção primária para reconhecerem e tratarem pessoas vulneráveis.
Tratamento	Aumentar a qualidade das intervenções clínicas baseadas em evidências, especialmente após uma tentativa de suicídio. Aumentar as pesquisas e avaliações das intervenções efetivas.
Intervenção em crises	Assegurar que as comunidades tenham a capacidade de responder a crises com intervenções apropriadas e que indivíduos em situações de crise tenham acesso aos cuidados de saúde mental emergencial, incluindo linhas telefônicas ou internet.
Posvenção	Aumentar a resposta e o cuidado aqueles afetados por suicídio e tentativas de suicídio. Prover serviços de apoio e de reabilitação para pessoas após tentativas de suicídio.
Consciência	Estabelecer campanhas publicas de informação para apoiar a compreensão de que o suicídio é previsível.
Redução do estigma	Promover o uso dos serviços de saúde mental, e serviços de prevenção de abuso de substancias e suicídio. Reduzir a discriminação contra os usuários destes serviços.
Coordenação	Estabelecer instituições ou agencias para promover e coordenar pesquisas, treinamento e serviços em relação ao comportamento suicida. Fortalecer a resposta do sistema de saúde e social em relação aos comportamentos suicidas.

Fonte: Rebraps (2015)

Para a OMS (2015), é preciso relacionar os fatores de risco do comportamento suicida com as intervenções relevantes para cada um deles. A espessura da linha no gráfico representa a importância da intervenção para aquele nível de cuidado.

Figura 3: Principais fatores de risco para suicídio alinhados com intervenções relevantes



Fonte: OMS, 2015, p.31, tradução nossa

3.3.3 Luto por suicídio

Quando o vento varre a casa, ele leva o que vê na frente.
É bem diferente de limpeza o que ele deixa ali. É devastação.
É tudo o que não queríamos que tivesse se movido de nós.

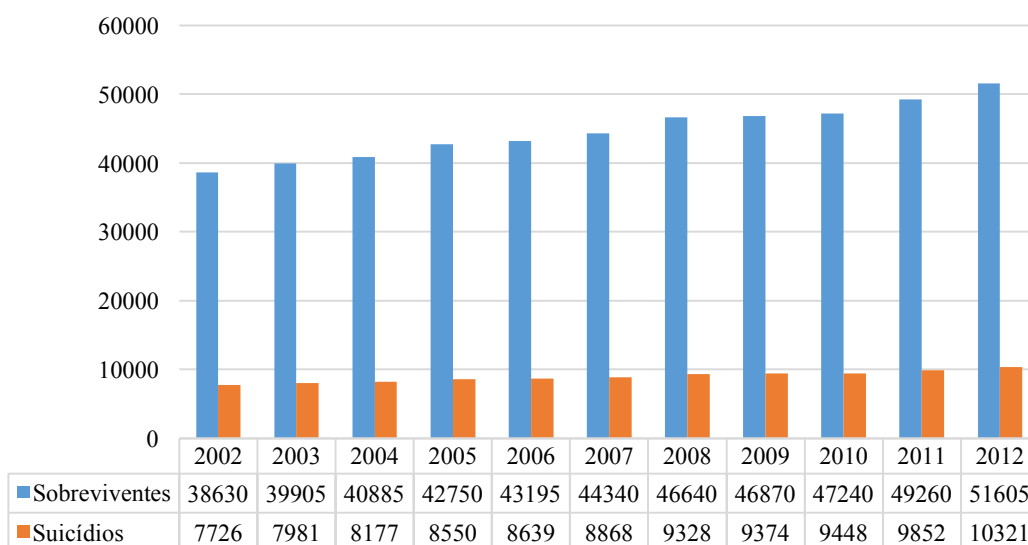
Há livros que constroem enquanto pensamos que construímos. Por longos anos tirava de manhã a pá para me dirigir a uma estranha construção para a qual eu estive vendada. Certa noite me foi tirada a venda. Algumas vezes ao procurar o castelo que eu imaginava erguer, encontrava apenas um fosso que costumava cavar. E só depois de um longo tempo foi que senti que a água estava por emergir. Puxei o balde e pude vislumbrar com inteireza as flores desse jardim já tão familiar. Eu enterrava meus mortos (Matos, 2018, p. 3).

O suicídio resulta em dor e luto para os sobreviventes, conseqüentemente, uma série de dificuldades podem ser observadas em vários âmbitos: sociais, econômicos, legais. Além disso, o sofrimento psicológico e acentuação do comportamento suicida podem ocorrer em sobreviventes, familiares, amigos ou qualquer pessoa que sofre o impacto do suicídio consumado (Andriessen & Krysinska, 2012; Scavacini, 2011).

A OMS (WHO, 2014) estima que para cada morte por suicídio, há uma média de cinco a dez pessoas que serão severamente afetadas pelo evento, na maioria das vezes, com laços consanguíneos. Alguns autores sugerem que esse número é ainda maior, de vinte e oito a cinquenta pessoas, dependendo da idade do indivíduo e do tamanho da família. Isso significa que, por ano no Brasil temos em média 56.688 pessoas afetadas pelo suicídio, a quem nomeamos, nesse estudo, de sobreviventes enlutados. Sendo assim, os sobreviventes podem ser: familiares, amigos, colegas de trabalho/escola, pacientes, médicos e terapeutas, policiais que tenham encontrado o corpo e condutores de trens que atropelou alguém que se matou. Dessa maneira, considera-se que os sobreviventes são pessoas que perderam alguém significativo por suicídio ou qualquer pessoa que teve sua vida afetada ou mudada por causa dessa morte (Andriessen & Krysinka, 2012), sendo a sobrevivência seu propósito fundamental, principalmente quando se trata de aprender a viver sem a pessoa querida que cometeu suicídio, pois salienta-se que existe uma vida antes e uma vida depois desse ato. (Grad, De Leo, Dyregrov, Andriessen & Cimitam, 2014).

Apresentamos um gráfico com o crescimento estimado do número de pessoas afetadas pelo suicídio completo (sobreviventes) no Brasil nos últimos dez anos, conforme o número de suicídios no país pelo mapa da violência 2014 x número mínimo de cinco pessoas impactadas por um suicídio completo preconizado pela OMS.

Figura 4: Crescimento estimado no número de sobreviventes enlutados pelo suicídio no Brasil de 2002 a 2012 em relação ao número de suicídios



Fonte: produção do próprio autor (2018)

Existem diversos estudos sobre as diferenças entre o luto do suicídio e o de outras mortes. As ideias divergem a respeito do processo de luto por suicídio apresentar certas especificidades por ser morte violenta, estigmatizada e carregada de culpa (Jordan, 2001). Entendemos que no processo de luto devemos sempre considerar as singularidades do enlutado e da cultura que pertence. Segundo Franco (2010, p. 31), “embora continue sendo um processo, ele é vivido na sua singularidade, assim como foi singular a relação rompida que o precedeu”. Com relação à cultura a autora aponta que

há enormes diferenças entre as culturas a respeito de como, quando, e até mesmo se o luto deve ser expresso, sentido, comunicado e entendido Portanto, para avaliar o que é normal para cada cultura, é necessário subjetivar a experiência do luto que é, por sua vez, multideterminada (Franco, 2010, p. 33).

Sobreviventes podem vivenciar uma série de emoções contraditórias e confusas após o suicídio o que altera suas vidas para sempre (Fine, 1997). Na maioria das vezes, o luto é enfrentado sem a necessidade de ajuda especializada, no entanto, o que se observa é que o luto por suicídio traz consigo algumas características peculiares que deixam marcas naqueles que vivem esse tipo de luto, por isso, seu enfrentamento é diferenciado de outras causas de morte, principalmente na intensidade, estigma, duração e aumento de sintomas depressivos. Além disso, salienta-se que as mortes por suicídio também têm grande impacto no sistema familiar.

Diferenças no enfrentamento entre homens e mulheres também são evidenciadas no luto por suicídio, e em familiares e profissionais da área da saúde. Mulheres tendem a sentir-se mais culpadas, relatando mais sentimentos de frustração (Beautrais, 2004; Grad, Zavasnik, & Groleger, 1997). Nos familiares da pessoa que consumou o suicídio, os relacionamentos podem ser afetados, principalmente pela forma como o luto é vivenciado, se é facilitado ou negado, gerando problemas no enfrentamento do luto, dificuldade em assumir papéis e tarefas, deterioração dos laços familiares, segredos do motivo da morte, transmissão psíquica transgeracional, entre outros.

De acordo com Shapiro (1994 citado por Silva, 2009, p. 52),

o luto é uma crise de apego e identidade, que interrompe a estabilidade da família nos domínios inter-relacionados de emoções, interações, papéis sociais e significados. É uma crise paradoxal que envolve o crescimento na família em um delicado processo de equilibrar as mudanças inerentes à perda.

Existem também os “efeitos adormecidos” que podem afetar o sistema familiar por muito tempo depois da morte, como mudanças nos padrões de comunicação e nos processos de desenvolvimento da família, levando a uma disseminação de visão de mundo e de família para futuras gerações, tendo um impacto negativo transgeracional de tais perdas (Jaques, 2000; Jordan, 2001). Irmãos tendem a ser “esquecidos” em seu luto e a proteger seus pais da sua dor, negando ou postergando a vivência do próprio processo de luto, assim como eles podem culpar ou apoiar uns aos outros (Jaques, 2000).

No caso dos prestadores de serviços, que trabalharam com a pessoa que cometeu o suicídio, fantasias de que eles poderiam ter sido melhores atreladas ao medo de enfrentar a família e/ou a justiça, além do luto pela morte de um paciente, podem acentuar sentimentos de culpa e de fracasso (Beautrais, 2004).

As características da perda, a morte em si, as dinâmicas familiares antes e depois da morte, a integração com a sociedade, as crenças em relação ao suicídio, os fatores demográficos (idade, sexo, raça, renda etc.), os recursos familiares, as dificuldades econômicas, a situação da pessoa, a presença de relações conflituosas e transtornos psiquiátricos graves anteriores à morte, entre outros, são situações que podem influenciar positiva ou negativamente o processo de luto (Beautrais, 2004; Jaques, 2000).

Um aumento de risco de transtornos psiquiátricos e de suicídios pode ser observado em descendentes da pessoa que se matou, pois geralmente a morte de um dos pais por suicídio está relacionada com a presença de doença mental grave em uma família (Runeson & Asberg, 2003). No entanto, há de ponderar-se que a repetição pode acontecer na maneira dos filhos lidarem

com o sofrimento, acreditando que suicídio seja uma saída para as dificuldades, porém, repetir maneiras de relacionar-se com outros ou com as adversidades da vida não significa que o ato suicida será repetido.

Apesar do levantamento de riscos ser imprescindível no trabalho da prevenção, pois, segundo Jamison (2010, p. 27), “muitos suicídios – embora de modo algum não todos – podem ser evitados. A brecha entre o que sabemos e o que fazemos é letal”, podemos afirmar que a transmissão psíquica não é determinante, mas sim um dos inúmeros fatores de risco para que o filho ou o familiar repita o suicídio.

O risco de suicídio em sobreviventes pode ser de duas a três vezes maiores quando comparado a um grupo controle (Runeson & Asberg, 2003) e que pode ser maior se o sobrevivente for diagnosticado com luto complicado. A explicação desse fenômeno pode vir da combinação entre genética e ambiente, mesmo que os resultados em relação à hereditariedade ainda sejam inconclusivos (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008). Outra hipótese, que pode se chamar de “diátese suicida”, descreve uma propensão para sobreviventes de responder a períodos de estresse com um comportamento suicida, o que traz outra preocupação, o medo de que os próprios sobreviventes ou pessoas próximas acabem cometendo suicídio (Jordan, 2001).

3.3.4 Posvenção

Por isso, convido-os a vir comigo para o tempo da delicadeza. A delicadeza que há no encontro, quando tudo parece sinalizar para a perda, o desencontro, a necessidade de preencher lacunas, mesmo que às custas de falácias que rapidamente precisam ser transformadas em verdades, quando a verdade se mostra borrada ou causadora de dor. Falo de transformações, portanto. As mudanças decorrentes das transições do luto podem se desdobrar diante de nós, portanto, como possibilidade de encontro (Franco, 2005, p. 14).

Mesmo que os sobreviventes lidem com o luto, com ou sem ajuda profissional, a posvenção, entendida como ações, atividades, intervenções, suporte e assistência para aqueles afetados por um suicídio consumado, é uma ferramenta reconhecida mundialmente como um componente importante no cuidado da saúde mental dessas pessoas. O objetivo da posvenção é auxiliar na lida dos sobreviventes em relação aos efeitos traumáticos da morte de seus entes queridos e é definido por E. Shneidman (1973) como qualquer ato apropriado e de ajuda que aconteça após o suicídio, com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não houvesse esse auxílio. Para o autor, a posvenção é prevenção para futuras gerações.

O termo “*postvention*” foi criado por Edwin Shneidman quando citou o termo pela primeira vez no livro *On the nature of suicide* (1969), em várias obras, tais como, *Definition of suicide* (1985); *The suicidal mind* (1996); *Suicide as Psychache: a clinical approach to self-destructive behavior* (1993). Shneidman não apenas criou o termo, mas também os relacionou com o trabalho de prevenção, manejo e intervenções do e para o suicídio.

Em nosso ponto de vista, “a história do movimento de apoio aos sobreviventes começou em 1970, com a fundação do primeiro grupo de apoio ao luto por suicídio nos Estados Unidos”. (Scavacini, 2011, p.14)

Estudos apontam para o fato de que 15% dos sobreviventes na Noruega, 50% na Austrália e 76% em Nova Iorque mencionaram que não receberam nenhuma ajuda, que provavelmente não desejam ajuda e/ou não encontraram o apoio que esperavam encontrar dos familiares e da sociedade. Esse número varia, pois é estimado que apenas um em quatro sobreviventes procura ajuda, e dentre eles, 75% gostariam de ter acesso a serviços de posvenção mais formais (Provini, Everett, & Pfeffer, 2000). Algumas pessoas afirmaram que não havia serviços disponíveis, outras não sabiam dessa disponibilidade e, em alguns casos, o suporte foi percebido como insuficiente e até prejudicial. Dessa forma,

sem ajuda apropriada, sobreviventes, especialmente crianças, podem experienciar um luto traumático e complicado. Esses serviços oferecem acesso aos cuidados especializados para o manejo do processo de luto, minimizando o risco de suicídios dentro desse grupo vulnerável (Scavacini, 2011, p. 6, tradução nossa).

Em 2008, a OMS organizou, juntamente com o IASP, o livro “Prevenindo o Suicídio: Como começar um grupo de sobreviventes”, sendo que todo terceiro sábado do mês de novembro acontece o Dia Internacional de Sobreviventes do Suicídio, com diversas conferências nos Estados Unidos e no mundo (Scavacini, 2017a).

A atividade mais comum na posvenção são os grupos de autoajuda, os quais oferecem apoio, promovendo a sensação de pertencimento, local para compartilhar a dor e os sentimentos, além de aprender novas formas de lidar com o luto, renovando muitas vezes a esperança da travessia nesse processo (WHO, 2008).

Os serviços de posvenção podem ter uma perspectiva clínica ou de saúde pública, focando nas necessidades psicossociais dos sobreviventes e na prevenção de suicídios com atividades, tais como, aconselhamento, psicoterapia, atividades de suporte, intensificação da conscientização do tema, criação de campanhas socioeducativas, desenvolvimento das práticas e promoção da saúde mental em atividades de assistência prática, assessoria jurídica e

financeira, limpeza do local do suicídio (se em casa), informações gerais, entre outras (Wilson & Clark, 2005).

A posvenção pode ser ativa, quando o sobrevivente é procurado por uma equipe ou por outro sobrevivente, com o objetivo de oferecer ajuda; passiva, quando os serviços disponíveis esperam o sobrevivente ir até eles. Idealmente, estudos recentes sugerem que os serviços de posvenção devam ser oferecidos a sobreviventes, a partir da primeira semana depois do suicídio ocorrer (Beautrais, 2004; Wilson & Clark, 2005).

Parkes (1998, p. 162) alerta que “os psiquiatras e outros profissionais de saúde estão geralmente por perto quando alguém comete suicídio, mas poucos usam a oportunidade para oferecer ajuda às famílias enlutadas por suicídio”. Sendo assim, cuidar do estigma, da culpa e acolher por meio da escuta são alguns dos manejos destacados. É necessário que o profissional considere, por meio do aprimoramento da escuta, o estigma do suicídio, e a culpa que os sobreviventes sentem por ter tido uma pessoa da família que cometeu o suicídio; promovendo o acolhimento do sofrimento dessas pessoas.

O Círculo (*The Circle*)¹¹ é um exemplo do quanto o processo de luto pode ser facilitado pelo fato das pessoas sentirem-se conectadas com outros sobreviventes. Scavacini (2017a) cita uma nova modalidade de apoio, a criação de grupos virtuais, que podem além de proteger a identidade de uma pessoa preocupada com esse fato, oferecer proximidade de pessoas que moram longe e/ou não tem acesso aos serviços físicos em sua cidade. Estudos apontam ser fundamental que os serviços propostos sejam acessíveis, mesmo que por telefone ou *internet*, conhecidos (divulgados), avaliados, tendo objetivos claros e mensuráveis, em equilíbrio com uma política governamental e com treinamento, local e equipe apropriados (Flexhaug & Yazganoglu, 2008; Taylor, Kingdom, & Jenkins, 1997).

Talvez porque não queiram, por não terem acesso, por não saberem o significado da palavra posvenção ou não conhecerem lugares que oferecem essas atividades, fica evidente a dificuldade dos sobreviventes de terem acesso aos serviços oferecidos, por esse motivo, poderão passar pelo processo de luto sem auxílio na sua elaboração (Scavacini, 2017a).

Programas existem em vários países prestando apoio aos enlutados. No Brasil estão em desenvolvimento atividades de posvenção. Nesse sentido, é necessário que as atividades após o suicídio possam desenvolver-se progressivamente a fim de englobarem cada vez mais serviços, promovendo a saúde mental, respeitando a singularidade e a complexidade do processo do luto.

¹¹ <http://www.survivorsofsuicide.com>

3.4 TABU, ESTIGMA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO.

Tabu, segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2010, p 724) significa:

1. Entre certos povos, imposição ritual e religiosa de que se evitem certos indivíduos, objetos, atos, etc. considerados sagrados, ou especialmente impuros ou perigosos.
2. Restrição costumeira ou tradicional a certos comportamentos que, se praticados, recebem forte reprovação moral e social.
3. Escrúpulo, zelo ou melindre.
4. Aquilo que está sujeito a esses tipos de imposições, restrições ou escrúpulos.

Em outras palavras, o tabu tem relação com a proibição de um ato que pode ser culturalmente reprovável, depende dos padrões morais de cada sociedade, evolui com a história e é criado a partir de convenções culturais, religiosas ou sociais. É uma restrição ao campo de ação das pessoas. Muitas vezes recorremos a eufemismos (termos agradáveis) ou disfemismos (termos depreciativos) ao nos referirmos a algum assunto tabu, dada a proibição de falar no tema. Câncer foi por muitos anos chamado de “aquela doença” e suicídio muitas vezes é descrito como “pensando em fazer besteira”, são formas que uma sociedade encontra de falar sobre certo assunto sem quebrar a interdição velada sobre ele. Quebrar um tabu pode gerar culpa, vergonha, castigo social (por meio de discriminação ou condenação pública), constrangimento, castigo legal (por violar uma lei), dependendo do tamanho do tabu naquele ambiente.

Mishara and Weisstub (2016) realizaram uma pesquisa a partir dos códigos penais de cento e noventa e dois países e estados, encontraram que em vinte e cinco deles o suicídio é ilegal e em outros vinte países, especialmente aqueles que seguiam o Islamismo ou a Sharia, as pessoas que tentaram suicídio poderiam ser punidas e presas. Esse é um exemplo da consequência legal de quebrar um tabu em determinada sociedade.

O estigma, segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2010, p. 319) significa “1. Cicatriz, sinal. 2. Ferrete.”. Esse termo tem origem a partir do hábito de marcar no corpo, por meio de cicatrizes de escravos ou criminosos a fim de que a sociedade conseguisse identificá-los com mais facilidade. No sentido figurado, estigma tem relação com uma situação ou pessoa que cometeu uma infração, indignidade ou desonra. Já o verbete “estigmatizar: 1. Marcar com estigma. 2. Censurar, condenar” (p. 319).

Para os sociólogos, o estigma social refere-se a indivíduos ou grupos que tenham características contrárias às normas ou aos padrões culturais aceitos por uma sociedade, por isso devem ser evitados por serem uma ameaça a essa sociedade.

Para Goffman (1963, p. 4), o estigma social é definido como “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena”, e compreende os conceitos de “identidade

virtual” e “identidade real”. Siqueira e Cardoso (2011, p. 94) ancorados em Goffman (1975) afirmam que

a identidade real é o conjunto de categorias e atributos que uma pessoa prova ter; e a identidade virtual é o conjunto de categoria e atributos que as pessoas tem para com um estranho que aparece a sua volta, portanto, são exigências e imputações de caráter, feitas pelos normais¹², quanto ao que o estranho deveria ser.

O estigma aparece quando há uma discrepância negativa entre a identidade real e a virtual e pode levar ao uso de estereótipos, que é uma marca usada para representar ou caracterizar uma pessoa ou grupo social. Estereótipos relacionados ao comportamento suicida podem ser: fraco, louco, angustiado, manipulador, não tem Deus no coração, egoísta, entre outros.

O preconceito, segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2010, p. 605) significa “1. Ideia preconcebida. 2. Suspeita, intolerância, aversão a outras raças, credos, religiões, etc.”; ou juízo de valor preconcebido e manifestado por meio da discriminação. Preconceitos do comportamento suicida podem incluir: medo, raiva, desgosto, insegurança, entre outros.

A discriminação refere-se a atitudes adversas perante características específicas, diferentes ou passíveis de preconceito. O preconceito está ligado à ideia e à forma de pensamento, já a discriminação à ação. Algumas atitudes discriminatórias do comportamento suicida são: coerção, distanciamento, descrença, falta de valor, afastamento, demissão, culpabilização, entre outros.

O tabu, o estigma, os estereótipos, o preconceito e a discriminação estão presentes nos transtornos mentais (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Rukavina et al., 2012), no comportamento suicida (Corrigan, Sheehan, Al-Khouja, & Stigma of Suicide Research, 2017; Sudak, Maxim, & Carpenter, 2008), com os sobreviventes de tentativas (Tzeng & Lipson, 2004; Wiklander, Samuelsson, & Asberg, 2003) e com os sobreviventes enlutados (Cvinar, 2005; Feigelman, Gorman, & Jordan, 2009; Peters, Cunningham, Murphy, & Jackson, 2016; Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016; Scocco, Preti, Totaro, Ferrari, & Toffol, 2017).

Esses elementos podem ser um fator de risco para o ato suicida (Pompili, Mancinelli, & Tatarelli, 2003), interferindo nas estratégias de prevenção (Marquetti, Kawauchi, & Pleffken, 2015), levando à autoestigma (*self-stigma*) (Rusch, Lieb, Bohus, & Corrigan, 2006).

¹² Termo usado por Goffman para definir aqueles que são considerados “normais” em uma sociedade que produzem ou reproduzem o estigma.

Alguns programas de prevenção do suicídio são voltados ao aumento da consciência e diminuição do estigma (Corrigan & Gelb, 2006; Henderson & Thornicroft, 2009; Wasserman et al., 2009), algumas escalas já foram desenvolvidas para medirem o estigma relacionado às pessoas que tentaram o suicídio (Scocco, Castriotta, Toffol, & Preti, 2012; Williams, Cero, Gauthier, & Witte, 2018)

3.5 CONSCIÊNCIA (*awareness*)

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes (Freire, 2000, p. 33).

Consciência no dicionário Aurélio (Ferreira, 2010) significa:

1. Atributo pelo qual o homem pode conhecer e julgar sua própria realidade.
2. Faculdade de estabelecer julgamentos morais dos atos realizados.
3. Cuidado com que se executa um trabalho, se cumpre um dever; senso de responsabilidade.
4. Conhecimento.
5. Med. Percepção imediata dos acontecimentos e da própria atividade psíquica (p. 190).

No dicionário Merriam-Webster (2017), o verbete consciência (*awareness*) significa: “a qualidade ou o estado de consciência: o conhecimento e o entendimento de que algo está acontecendo ou existe. Promovendo uma maior conscientização do problema. Parecia ter apenas uma pequena consciência do que estava acontecendo”.

No Brasil, podemos ver em vários estudos, principalmente na área da educação, o uso do termo “conscientização” a partir da visão de Paulo Freire (1980, p. 29), significando “o olhar mais crítico possível da realidade, que a ‘des-vela’ para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante”. Para Vieira e Ximenez (2008, p. 24), esse conceito “extrapola uma dimensão cognoscitiva (o conhecer melhor a realidade), pois traz consigo uma concepção política, qual seja, a da transformação dela”. Acreditamos que a conscientização precisa ser acompanhada da ação e essa é uma das propostas desse estudo.

A consciência pública, chamada por Durkheim (2010) de consciência coletiva, corresponde ao conjunto cultural de ideias morais e normativas, constituído pelas crenças e sentimentos comuns aos membros de uma sociedade e que é adquirida através do processo de socialização. A consciência particular ou individual, está ligada aos sentimentos e crenças pessoais que tornam os indivíduos únicos e possibilita que exista a personalidade própria.

Segundo Durkheim a consciência coletiva está formada antes do indivíduo nascer e influencia na formação de sua consciência individual. Essa consciência é externa ao indivíduo. Ela serve para orientar o comportamento das pessoas dentro da sociedade e os indivíduos têm que se adaptar a ela (Durkheim, 2010).

Dentre as formas para diminuir o tabu e o estigma que envolve o suicídio, campanhas e programas de aumento de consciência (*awareness*) têm sido propostas para profissionais, estudantes, público em geral, entre outros (De Silva, Bowerman, & Zimitat, 2015; King, Strunk, & Sorter, 2011; Silverman, Smith, & Burns, 2013; Wasserman et al., 2012). Para Vincent (2013), aumentar a consciência é gerar esperança.

De acordo com Hoven (2004, p. 3), os objetivos de campanhas para aumento da consciência são

informar o público sobre a natureza e o tratamento dos transtornos mentais ..., o que facilitará a identificação precoce e o tratamento de tais problemas; reduzir o estigma associado aos problemas de saúde mental ... que podem causar maior sofrimento emocional e social ou impedir que um indivíduo busque tratamento e começar um diálogo entre diferentes grupos para que as pessoas comecem a trabalhar em conjunto para promover a saúde mental.

Para a autora (2004), ter consciência do estigma ajuda a superá-lo, podendo ser reduzido por meio de: 1. Conhecimento, especialmente com intervenções úteis e informações sobre a frequência desses problemas na população em geral; 2. Da identificação de pessoas em risco e tratamento precoce ao ensinar indivíduos a identificar quem está tendo problemas, depois informá-los sobre possíveis recursos comunitários e médicos, que podem aumentar suas chances de serem ajudados com antecedência e eficácia; 3. A promoção de mudanças no tratamento e na política de saúde mental ao fornecer informações às famílias, comunidades, escolas, governos e organizações sobre a necessidade de cuidados de saúde mental e prevenção do suicídio, assim esses grupos serão capazes de agir e implementar programas para apoiar, tratar e ajudar a prevenir o suicídio.

3.6 COMPETÊNCIA (*literacy*)

O termo “*literacy*”, em inglês, pode ser definido como a habilidade da pessoa para ler, escrever e falar, bem como resolver problemas para conseguir trabalhar e viver em sociedade; alcançar os objetivos pessoais e desenvolver a capacidade e conhecimento individual (EUA, 2018).

A partir desse termo foi criado o “*health literacy*”, que está ligado à capacidade da pessoa em obter, processar e compreender as informações necessárias para tomar decisões de saúde apropriadas. Tem relação com fatores individuais e sistêmicos como: habilidades de comunicação; conhecimento a respeito de temas de saúde; cultura; demandas dos sistemas de saúde; situação ou contexto, afetando a localização, utilização dos serviços públicos e preenchimento de formulários de saúde; a explicação do estado de saúde e de medicamentos que utiliza; engajar-se no autocuidado e no tratamento de doenças crônicas; compreender conceitos relacionados a probabilidade e risco (EUA, 2018).

O Departamento de Saúde dos EUA sugere um Plano de Ação Nacional para implementar um programa abrangente de *health literacy*, incluindo sete objetivos (EUA, 2010, pp. 1-2)

1. Desenvolver e divulgar informações precisas, acessíveis de fácil acesso de saúde e segurança.
2. Promover mudanças no sistema de saúde para melhorar a informação de saúde, comunicação, tomada de decisão e acesso a serviços de saúde.
3. Incorporar informações e diretrizes precisas, baseadas em evidências para o desenvolvimento em saúde e educação, da educação infantil até o nível universitário.
4. Apoiar e expandir os esforços locais para proporcionar educação para adultos, instrução de língua inglesa e serviços de informação de saúde cultural e linguisticamente adequados na comunidade.
5. Construir parcerias, desenvolver orientações e políticas.
6. Aumentar a pesquisa básica e o desenvolvimento, implementação e avaliação de práticas e intervenções para melhorar a alfabetização em saúde.
7. Aumentar a disseminação e o uso de práticas e intervenções de alfabetização em saúde baseadas em evidências.

Os conceitos apresentados sobre o suicídio; suas taxas; prevenção; prevenção do suicídio; luto por suicídio; posvenção; tabu, preconceito e discriminação; consciência e competência são as bases que sustentam teoricamente esse estudo.

4 MÉTODO

Caminante, no hay camino;
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
Y al volver la vista atrás,
Se v e la senda
Que nunca se ha de volver a pisar.
(Machado, 1946, p. 172)

Conforme o dicionário Michaelis (2018), método, do latim *methodu* significa:

1 Conjunto dos meios dispostos convenientemente para alcançar um fim e especialmente para chegar a um conhecimento científico ou comunicá-lo aos outros. **2** Ordem ou sistema que se segue no estudo ou no ensino de qualquer disciplina ... **4** Maneira de fazer as coisas; modo de proceder. **5** Circunspeção, prudência.

Dessa maneira, apresentaremos a seguir quais foram nossos caminhos, os rumos que utilizamos para dar vida ao projeto de pesquisa e transformá-lo nesse estudo. Caminho que foi conduzido somando-se prudência e processos reflexivos, que foram sendo amadurecidos e reconstruídos conforme nosso caminhar por esses percursos, ora retos e tranquilos, ora íngremes e espinhosos.

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, indutivo, aplicado, descritivo e exploratório, a partir da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT).

Segundo Dahlgren, Emmelin, e Winkvist (2007) e Lincoln e Guba (1985), a pesquisa qualitativa possui um pressuposto ontológico (*ontological assumption*), que diz que as realidades são múltiplas, subjetivas e construídas socialmente; buscam ter uma abordagem holística (*holitic approach*), assim todas as partes são analisadas dentro de um todo; tem um pressuposto epistemológico (*epistemological assumption*) a partir de como o conhecimento é gerado, uma suposição axiológica (*axiological assumption*), no qual a pesquisa tem valor e os preconceitos, expectativas e tendências do pesquisador devem ser debatidas abertamente.

Todo esse cenário influencia o processo de pesquisa (*methodological assumption*), que é indutivo, está dentro de um tempo e de um contexto que segue um *design*, tendo como objetivo principal conceituar o significado dos fenômenos e da ação humana.

Esse estudo também é aplicado ao buscar resolução dos problemas apresentados na pesquisa e no aproveitamento dos resultados encontrados (Barros & Lehfeld, 2007) e descritivo ao abranger a “descoberta” de atitudes, opiniões, crenças e como estas influenciam as pessoas e a sociedade (Gil, 2010).

Como afirma Minayo (2013) na pesquisa de natureza qualitativa, é possível aprofundar-se em um universo de significados, motivos, crenças e valores ao compreender e explicar o objeto investigado. Assim, buscamos compreender os significados coletivos e singulares desse fenômeno na vida e história das pessoas e como podem influenciar na prevenção e posvenção.

Partindo do significado dado pelas pessoas é que acontece a estruturação, organização e entendimento do que ocorre em suas vidas, desse modo, levando a encontrar um sentido ou interpretação dos fenômenos chegando à sua constituição (Turato, 2003).

Segundo Creswell (1998, p. 15), “a pesquisa qualitativa é um processo de investigação e entendimento com base em tradições metodológicas distintas que exploram problemas humanos ou sociais. O pesquisador constrói um quadro complexo, holístico, analisa palavras e relata detalhadamente a visão dos participantes, e conduz o estudo em um ambiente natural”

Para Rey & Luis (2011, p. 38):

As modalidades qualitativas produzem estruturas teóricas que vão muito além de qualquer critério atual de confirmação no plano empírico. Essas construções se convertem em recursos indispensáveis para entrar em zonas de sentido ocultas pela aparência. Esse princípio tem diferentes repercussões ao nível metodológico, entre os quais estão o lugar ativo do pesquisador e do sujeito pesquisado como produtores de pensamento.

“O qualitativo enfatiza a diferença, o individual, e a contextualização dos particulares leva a teorias gerais, mas que tem que ser adaptáveis a cada situação única” (Cassorla, 2003, p. 27). Por isso, a compreensão de experiências, do que é permitido ou proibido falar, dos valores individuais e culturais não reconhecidos, das influências presentes na vida cotidiana e na formação da pessoa são fundamentais na exploração da importância de uma consciência pública na prevenção do suicídio.

Ressaltamos que por se tratar de um processo de pesquisa emergente, o plano inicial de pesquisa não é rígido e pode ser alterado conforme o andamento do estudo e coleta de dados (Creswell, 2003). É também um estudo exploratório por propor um novo discurso interpretativo e pela possibilidade de gerar de hipóteses (Minayo, 2013).

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO (IS)

O Interacionismo Simbólico (IS) é a perspectiva teórica, que orientou o presente estudo e que pode ser visto em diversas pesquisas que adotam a TFD como metodologia de investigação (Charmaz, 2006).

George Herbert Mead, professor de filosofia e psicólogo social da Universidade de Chicago foi um dos principais criadores do IS, sendo influenciado pelo behaviorismo, pragmatismo e darwinismo, juntamente com Herbert Blumer, que sistematizou e apresentou os pensamentos de Mead no desenvolvimento do IS (Charon, 2006).

Charon (2006) descreve as principais ideias do IS:

- O ser humano está em constante interação e muda seu comportamento a partir da interação que tem com outros. Assim, ele é ativo em seu desenvolvimento e a partir de sua interação com outros indivíduos que a sociedade é constituída. A partir dessa interação a pessoa age, percebe, interpreta e transforma a ação;
- A interação acontece no presente e influencia o indivíduo a agir a partir dele. O passado integra a ação dependendo da maneira como influencia o presente;
- A interação é interna e externa;
- O indivíduo é livre e faz escolhas conscientes, podendo direcionar suas ações a partir de suas avaliações ou da avaliação dos outros.

Para Charon (2006), o IS é uma perspectiva de compreensão da realidade, destacando à **interação social**; ao pensamento (representando a interação da pessoa consigo); à definição da realidade (resultante do pensamento com a interação social); ao presente (que tem importância maior do que o passado na forma como agimos) e à noção de liberdade (indicando que a pessoa tem papel ativo frente ao ambiente). Para o autor, os conceitos necessários para a compreensão do IS são:

O **Símbolo**, caracterizado por objetos sociais dinâmicos utilizados para transmitir ou representar uma situação, são usados interna e externamente. A comunicação apresenta-se pelos símbolos e a interação pela via de sua interpretação. Torna-se simbólico o ato acompanhado de significado ou intencionalidade, assim, compreender os símbolos é importante no entendimento da conduta humana. “Os humanos dão nome, lembram, categorizam, percebem, pensam, deliberam, resolvem problemas, transcendem o tempo e o espaço, transcendem a si mesmos, criam abstrações, criam novas ideias, e se direcionam – tudo isso através do símbolo” (Charon, 2006, p. 69).

O **Self** surge na infância e amplia-se à medida que a pessoa interage com outras e aprende as regras sociais, representa quem é o ser humano, em sua interação consigo e com os outros, assim, a capacidade do indivíduo colocar-se no lugar do outro possibilita que conheça outras perspectivas. É o *self* que possibilita a vida mental das pessoas (**mind**), usando os símbolos para atribuir significado, interpretar e dar sentido às experiências.

A interação social faz surgir os símbolos, o *self*, a mente, a ação e desenvolve a **cultura**. Portanto, ao interagirmos, usamos os símbolos, direcionamos o *self*, nos colocamos no lugar do outro, interpretamos as situações por meio da mente (*mind*), tomamos as decisões, compartilhamos nossas perspectivas, por fim, definimos nossa realidade. As regras, entendimentos, linguagens, objetivos e valores emergem da cultura e criam a “comunidade do tempo”, que está em constante mudança. **Assumir o papel do outro** ajuda no desenvolvimento do *self*, na aquisição e no uso de símbolos e na própria atividade mental, pois, ao fazer isso, a pessoa procura uma explicação à ação, alinhando-a a uma razão identificada, para que haja comunicação e interação simbólica.

A **sociedade** é dinâmica e as mudanças sociais são promovidas por indivíduos ativos. Os aspectos mais permanentes e estruturais de uma sociedade são reconhecidos, como os conceitos de estrutura, poder, papel social. Essa interação constante dos indivíduos define e altera a sociedade visto que todo grupo ou sociedade é formado por seres em interação comunicando-se por meio de símbolos, na qual, a ação de um afeta o outro, fazendo que pessoas ao engajarem-se em um processo de interação cooperativa, desenvolvam a cultura.

O **significado** torna-se fundamental para compreender o comportamento humano, suas interações e processos. Para Blumer (1969), os indivíduos agem conforme o significado que as coisas têm para eles, incluindo tudo o que os homens podem perceber no mundo; estes significados são derivados das interações sociais entre as pessoas, podendo ser alterados mediante o processo interpretativo que o indivíduo usa ao lidar com as coisas que encontra.

Dessa maneira, é importante apoderar-se do que um indivíduo experiência em um contexto particular afim de alcançar uma compreensão plena do processo social (Carvalho, Borges, & Rego, 2010).

A TFD foi desenvolvida a partir de duas premissas do IS: a) A construção social da realidade, na qual a ciência juntamente com as experiências do cotidiano geram construções sociais da realidade, nessa perspectiva a sociedade é uma realidade objetiva que é percebida e criada subjetivamente, podendo gerar várias “verdades” existindo lado a lado; b) A habilidade de generalizar, baseada no processo de socialização, que contém três conceitos, interação, troca de papéis e generalização (Dahlgren et al., 2007).

Tal referencial teórico demonstrou ser o mais adequado para esse estudo, na medida em que possibilita compreender como a interação da sociedade, com seus conceitos, normas, crenças, tabus com os indivíduos, pessoas com comportamento suicida ou sobreviventes enlutados pode aumentar ou prejudicar o aumento da consciência do suicídio e as ações decorrentes dela, tendo influência na sua prevenção e posvenção.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS (TFD) ou *GROUNDED THEORY* (GT)

Utilizamos como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT), que, segundo Strauss e Corbin (2008), significa que “a teoria foi derivada dos dados” ou conjunto de conceitos bem desenvolvidos, “sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa” (p. 25), que predizem ou explicam um fenômeno. Segundo Health e Cowley (2004 citado por Gomes, 2015, p. 73), “o objetivo não é descobrir “a teoria”, mas “uma teoria” que ajude a compreensão e a ação na área investigada”.

Creswell (1998) aponta a TFD como um dos métodos possíveis de serem utilizados na análise qualitativa, objetivando gerar uma teoria com um esquema analítico e abstrato do fenômeno estudado, relacionado a uma determinada situação, “sendo essa situação em que os indivíduos interagem, agem e se envolvem em um processo contínuo de resposta ao fenômeno” (Creswell, 1998, p. 183)

A TFD foi criada pelos sociólogos Braney G. Glaser e Anselm L. Strauss em 1967 com o objetivo de construir explicações teóricas abstratas dos processos sociais (Glaser & Strauss, 1967) durante seus estudos sobre o processo da morte em hospitais (Glaser & Strauss, 1965). O Interacionismo Simbólico (IS) de Chicago (*Chicago School of Sociologie and Symbolic Interacionism*) e a filosofia do pragmatismo de George Mead e John Dewey, constituem a epistemologia desse método (Strauss e Corbin, 2008). As contribuições da formação de Strauss na Escola de Chicago para o desenvolvimento dessa metodologia foram:

(a) A necessidade de sair a campo para descobrir o que está realmente acontecendo; (b) A relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para ação social; (c) A complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; (d) A crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas; (e) A percepção de que as pessoas agem com base em significados; (f) O entendimento de que o significado é definido e redefinido através da interação; (g) Sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos; (h) Consciência das inter-relações entre condições (estrutura), ação (processo) e consequências (Strauss e Corbin, p.22).

Glaser e Strauss (1965 citado por Charmaz, 2009, p. 19) acreditavam que os componentes determinantes da prática TFD eram constituídos de:

- O envolvimento simultâneo na coleta e na análise dos dados;
- A construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados, e não de hipóteses pré-concebidas e logicamente deduzidas;

- A utilização do método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa da análise;
- O avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise dos dados;
- A redação de memorandos para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar relações entre categorias e identificar lacunas;
- A amostragem dirigida à construção da teoria, e não visando à representatividade populacional;
- A realização da revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente.

Se tornar um pesquisador na TFD requer gerar construtos teóricos por meio de uma análise exaustivamente sistemática. Leite, da Silva, Oliveira e Stipp (2012, pp. 774-775) falam que as características e as aptidões necessárias para trabalhar com a TFD incluem: “atitude criativa, curiosidade e olhar estético; sensibilidade teórica e compromisso com os entrevistados e a sociedade e, por fim, determinação”.

Para Strauss e Corbin (2008, p. 23), é importante que o pesquisador seja “flexível e ativo ... para que possa pensar nos dados e no mundo que vivem ... e aprendam a pensar comparativamente em termos de propriedades e dimensões ... garantindo um senso de visão no qual o analista segue junto com a pesquisa”, ideal para pesquisadores que queiram “criar entendimentos novos e teoricamente expressos”. Conceber ou intuir ideias e formulá-las em um esquema lógico faz parte da teorização.

No núcleo da teorização está à interação de fazer induções – derivando conceitos, suas propriedades e dimensões, a partir dos dados; e deduções – criando hipóteses sobre as relações entre conceitos, às relações derivadas dos dados, que foram abstraídos pelo analista dos dados brutos (Strauss e Corbin, 2008, p. 35)

Tarozzi (2011) destaca que o termo “fundamentada”, vem da tradução de *grounded*, que tem como significado firme à terra, enraizado, embasado; assim a teoria produzida origina-se da experiência vivida em conjunto com uma sólida base empírica, podendo ser caracterizada como original e com valor prático.

A aplicação do método não precisa ser rígida e apenas alguns dos procedimentos propostos podem ser utilizados, conforme os autores, possibilitando adaptações para contextos específicos (Strauss & Corbin, 2008).

A TDF foi escolhida para essa pesquisa por proporcionar que fosse gerada uma teoria baseada nos dados da pesquisa, que o caminho fosse descoberto por meio da fala e da vivência dos colaboradores e não por pressupostos teóricos ou hipóteses.

4.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.3.1 Coleta de dados

O suicídio é um fenômeno complexo, por essa razão não pode ser reduzido em apenas um ponto de vista. Com o objetivo de ampliar a compreensão e facilitar a discussão do fenômeno, moderamos um grupo focal, com pessoas que perderam alguém para o suicídio, os sobreviventes enlutados pelo suicídio.

Os grupos focais foram escolhidos por serem um meio pelo qual é possível criar linhas de comunicação que conectam o pesquisador e os colaboradores, nos quais o pesquisador assume o papel de moderador, trazendo discussões, permitindo ampliações de olhares e de ideias, promovendo reflexões e fazendo perguntas focadas no tema (Cacciacarro, 2016)

Conforme descrito por Aschidamini e Saupe (2004), as estratégias para a realização de um grupo focal compreendem um número de 8 a 10 participantes, de ambos os sexos, idades variadas e com algumas características em comum, no caso desse estudo, o que os participantes tinham em comum era ter perdido pessoas próximas por suicídio. Houve a participação de um observador que acompanhou os encontros em sua totalidade e com o qual foram discutidas questões surgidas durante o grupo.

Assim, procuramos abranger um número maior de experiências e de possibilitar uma ampla visão sobre o tema. Indivíduos enlutados pelo suicídio carregam consigo, na maioria das vezes, o estigma e o tabu de terem experienciado esse tipo de morte, podem colaborar com sua vivência acerca do tema, além de contar como gostariam de ter sido tratados e como gostariam que o suicídio fosse tratado pela sociedade de modo a colaborar com a diminuição do tabu e o aumento da consciência pública.

Foram realizados dois encontros do grupo focal, que tiveram em média duas horas de duração cada um, que foram gravados em áudio, posteriormente transcritos mediante autorização dos colaboradores. A pesquisadora ofereceu local apropriado para a realização dos grupos focais, atendendo aos princípios do anonimato, confidencialidade e privacidade.

Uma observadora acompanhou os encontros, conforme prevê o referencial teórico para Grupos Focais, ao final apresentou para a pesquisadora um relatório de observação, que se encontra no ANEXO H e foi produzido como forma de documentar suas percepções, sendo utilizado na discussão dos resultados.

Optamos por termos dois encontros, pois observamos que se fizéssemos uma nova reunião, o foco do grupo perder-se-ia e outras questões seriam discutidas, fugindo dos objetivos

propostos para essa investigação. Perceber as convergências e as divergências no grupo pôde colaborar para uma visão mais extensa da situação, por conseguinte, uma compreensão maior do fenômeno e da necessidade de ações de conscientização.

Para Strauss e Corbin (2008), a pesquisa deve se iniciar com uma questão aberta e ampla, para permitir que os colaboradores trouxessem seu universo de possibilidades. Os encontros seguiram o modelo de funil reverso, que parte de questões mais amplas para as mais específicas e objetivas. O propósito de adotar essa estratégia é ir construindo com os colaboradores um caminho de compreensão e auxiliando-os a familiarizarem-se com os temas discutidos para que o foco seja mantido nas questões mais específicas (Berthoud, 2003). Considerando a perspectiva epistemológica do método, as experiências, o conhecimento prévio dos pesquisadores e a literatura não ficaram em primeiro plano e sim reconhecidas e consideradas, para que houvesse abertura às descobertas feitas no campo.

Assim, pesquisador e participante, em interação, direcionam a pesquisa, apresentando mais dados segundo os objetivos propostos (Turato, 2008). Ao iniciar o grupo com uma pergunta disparadora, que “introduz o tópico e guia a discussão para perguntar questões específicas” (Rubin e Rubin citado em Turato, 2008, p. 314) é possível elucidar dúvidas, obter detalhes, exemplos e o que experiências, que envolvam a falta de consciência, significam para o participante.

A partir do formato de entrevista adotado, todos os presentes puderam narrar suas experiências, expressando seus pontos de vista sobre todos os tópicos discutidos, se assim o quisessem. A pesquisadora buscou explorar os diálogos e as reflexões bem como permitir que conteúdos não programados anteriormente, fossem apresentados e discutidos pelo grupo.

Para Rey e Luis (2011, p. 4), “as construções do sujeito diante de situações pouco estruturadas produzem uma informação qualitativamente diferente da produzida pelas respostas a perguntas fechadas, cujo sentido para quem as responde está influenciado pela cosmovisão do investigador que as constrói”.

Um roteiro norteador, disponível no ANEXO A, foi construído com tópicos relacionados a: como eles gostariam que o suicídio fosse visto pela sociedade; tabu e consciência pública e as possibilidades de comunicação sobre o tema. As perguntas foram desenvolvidas levando em consideração o grau de vulnerabilidade do grupo.

Tendo essa base, as perguntas puderam ajudar a esclarecer e ampliar as respostas dadas sobre o tema a partir da questão disparadora: Como você acha que o suicídio é visto hoje no

Brasil? A partir da resposta a esta pergunta, outras foram inseridas, como apresentamos a seguir:

- Vocês pensam que o suicídio é um tema tabu no Brasil? Por que vocês acham que isso acontece?
- Vocês acham que o tabu começa aonde?
- O que pensam a respeito conscientização da problemática do suicídio?

A sequência das questões pode ser alterada a depender do desenrolar do grupo focal. Uma entrevista piloto, com um especialista na área de prevenção do suicídio, foi realizada para fins de exame de qualificação, assim pudemos rever o roteiro de perguntas, verificar sua adequação e optarmos em basear a pesquisa na visão dos enlutados pelo suicídio, conforme sugestão da banca. Portanto, o roteiro elaborado para a realização da entrevista piloto foi adaptado para o primeiro encontro do grupo focal e revisto para o segundo encontro.

Para Rey e Luís (2011, p. 55), “o sujeito pesquisado é ativo no curso da pesquisa, não é simplesmente um reservatório de respostas ... na realidade, não responde linearmente às perguntas que lhe são feitas, mas realiza verdadeiras construções implicadas nos diálogos nos quais se expressa”.

O pesquisador então recorre aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado, considerando importantes, por conseguinte, a introspecção e a reflexão pessoal na pesquisa (Ludke e André, 1986, p.26).

4.3.2 Participantes

A escolha dos participantes foi intencional e por conveniência. Os colaboradores foram convidados por *e-mail*, por contato pessoal ou por anúncios nos grupos de apoio aos sobreviventes do suicídio.

A pesquisadora conhecia os colaboradores dos grupos de apoio aos enlutados pelo suicídio, o que contribuiu para o cuidado com os aspectos éticos e diminuição dos riscos. As diferenças entre Grupo Focal e Grupo de Apoio foram ressaltadas para que não houvesse confusão dos objetivos da participação dos colaboradores na pesquisa.

Participaram desse estudo onze colaboradores no primeiro encontro e nove no segundo, que preenchiam os critérios de inclusão. Dois participantes não puderam comparecer do segundo encontro por terem outros compromissos que foram agendados em cima da hora.

Tabela 4 – Participantes do estudo

Gênero	7 mulheres (63%) 4 homens (36%)
Estado civil	5 casados (45%) 4 solteiros (36%) 1 divorciado (9%) 1 viúvo (9%)
Grau de parentesco com a pessoa que morreu por suicídio	5 (45%) perderam filho(a) 2 (18%) perderam irmão(ã) 1 (9%) perdeu cônjuge 1 (9%) perdeu paciente 1 (9%) perdeu sobrinho 1 (9%) perdeu amigo
Tempo desde a perda	de 7 meses a 36 anos, sendo que a maioria 5 (45%) ocorreu entre 2 a 4 anos da data da pesquisa
Idade da pessoa que faleceu	13 e 71 anos, sendo 4 (36%) de 13 a 18 anos e 4 (36%) entre 21 e 24 anos
Idade dos colaboradores na época da perda	Entre 16 e 70 anos, sendo: 2 (18%) entre 15 e 16 anos 3 (27%) entre 34 e 38 anos 2 (18%) entre 44 e 48 anos 3 (27%) entre 54 e 55 anos 1 (9%) acima de 70 anos
Residência	Somente 1 (9%) colaborador residia fora do estado de São Paulo
Tempo de participação em grupos de apoio	de 4 meses há 3 anos, sendo que maioria deles 5 (45%) já frequentava há mais de 2 anos
Em tratamento psicoterápico	7 (63%) colaboradores fazem ou fizeram terapia
Em decorrência da perda	6 (86%) o fazem em decorrência da perda
Em tratamento psiquiátrico	2 (18%) dos colaboradores
Em decorrência da perda	1 (50%) em decorrência da perda

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Um quadro com todas as informações encontra-se disponível no ANEXO Q.

Podemos observar que o grupo era heterogêneo, com indivíduos de várias faixas etárias, grau de parentesco, idade que tinha na época da perda, tempo decorrente da perda e que faziam ou não psicoterapia e tratamento psiquiátrico, decorrentes ou não da perda. Assim, assumimos que, embora a TFD não estabeleça essa exigência, entendemos que os colaboradores representaram a diversidade das pessoas enlutadas pelo suicídio.

Critério de inclusão

Foram convidadas pessoas que tenham perdido alguém para o suicídio, sem delimitação de parentesco. Eram maiores de idade, que desejassem participar do estudo e que tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação no estudo, após os objetivos do estudo serem explicados e as possíveis dúvidas sanadas, garantindo o anonimato e a confidencialidade do participante.

Critério de exclusão

Não participaram da pesquisa pessoas enlutadas pela morte por suicídio que tenha ocorrido há menos de seis meses cujo motivo foi a possível carga de sofrimento psicológico intenso nesse período. Também não foram incluídas pessoas em grande sofrimento psíquico, com limitações físicas ou cognitivas, com transtorno psiquiátrico e menores de idade. Não houve restrição quando ao nível socioeconômico, grau de instrução e escolaridade do grupo.

4.3.3 Considerações éticas

Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no. do processo 54657616.3.0000.5561, disponível no ANEXO R.

As diretrizes regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, do Ministério da Saúde (MS), como consta na resolução 466/12 no Código de Ética Profissional do Psicólogo, pautaram os aspectos éticos dessa pesquisa.

O caráter voluntário dos participantes, os objetivos e procedimentos da pesquisa foram frisados em todas as etapas, desde o convite, à entrevista, até à sua finalização. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no ANEXO B, foi lido em conjunto com os participantes e assinado antes do início do grupo focal.

Juntamente com o TCLE, outros pontos destacados foram:

- A entrevista será gravada, transcrita e analisada e ficará em posse da pesquisadora;
- Nomes e quaisquer dados que possam levar à identificação do participante serão alterados, conforme o princípio do anonimato e sigilo, durante a pesquisa ou qualquer trabalho resultante dela, sempre com fins acadêmico-científicos;
- Não obrigatoriedade de responder a todas as perguntas e a possibilidade de

interromper a participação no grupo, se assim o desejar;

- O acesso às informações da pesquisa, às transcrições, às análises e aos resultados estará à disposição do participante a qualquer momento;
- A explicação da diferença entre grupos de apoio e grupos focais para pesquisa foi feita antes do início da reunião para que não houvesse confusão na forma e nos objetivos do encontro;
- A pesquisadora poderia ser contatada a qualquer momento, para esclarecimentos, acolhimento ou encaminhamento para atendimento psicológico.

Foi acordado com os participantes que se houvesse sofrimento ou desconforto, haveria acolhimento pela pesquisadora e se necessário encaminhamento para atendimento psicológico.

Dois dias depois do primeiro encontro, a pesquisadora entrou em contato com os colaboradores via mensagem de celular (*Whatsapp*) para saber como estavam e se precisavam de algum apoio psicológico.

Um dos colaboradores pediu para agendar uma conversa com a pesquisadora, pois relatou sentir-se angustiado após o grupo. A conversa teve duração de uma hora, seguida de mais duas ligações telefônicas para saber se estava tudo bem. Esse contato aconteceu durante o período entre o primeiro e segundo encontro. Foi dada ao colaborador a opção de não comparecer no segundo encontro se não estivesse à vontade, sendo que ele preferiu participar e finalizou o segundo encontro dizendo que estava se sentindo bem.

Novo contato foi feito com os colaboradores da mesma maneira supracitada após o segundo encontro, para saber se alguém precisava de apoio psicológico. Nenhum dos participantes pediu esse apoio.

Houve um terceiro contato com os colaboradores para o envio da transcrição dos encontros e do roteiro norteador, para que eles(as) pudessem, se desejassem, alterar, conferirem, incluírem ou retirarem conteúdos de sua participação no grupo ou complementarem as questões que foram feitas durante os encontros, assim poderiam participar mais ativamente do estudo e teriam a liberdade de rever o que falaram. Dois colaboradores responderam à pesquisadora com o roteiro norteador preenchido e o material foi codificado, analisado e utilizado no estudo.

O último contato se deu no envio do diagrama 11, para saber se os colaboradores achavam que ele representava o que havia sido discutido nos grupos focais e estava em concordância com o objetivo da pesquisa.

Riscos

Essa pesquisa envolveu riscos, que se cuidou para que fossem mínimos ao participante. Não foi utilizada nenhuma técnica invasiva, porém desconfortos podem ser gerados por despertar lembranças, que podem causar sofrimento. Neste caso, o(a) participante foi acolhido(a) pela pesquisadora e referido a serviço de suporte psicológico, se necessário. O participante pôde deixar de responder às perguntas, conforme sua vontade.

Benefícios

Não há benefício direto para o participante, o potencial benefício para a sociedade é que esse estudo possa ajudar na compreensão da ampliação da consciência pública em relação ao suicídio e suas influências na sua prevenção e posvenção.

4.4 PERCURSO METODOLÓGICO: CODIFICAÇÃO

Após a realização dos grupos focais e transcrição dos encontros, iniciamos a análise baseada na TFD, por meio da microanálise ou codificação linha-por-linha, no qual pequenos trechos, frases ou linhas do texto foram codificados, com o objetivo de originar códigos, que posteriormente são transformados em conceitos, gerando grande quantidade de dados. Nesse estudo foram codificados 1681 trechos. Os **códigos** são trechos relevantes do discurso, identificados pelo pesquisador de maneira arbitrária (Charmaz, 2009)

Entrar em contato tão profundamente e detalhadamente com a narrativas dos colaboradores conscientiza o pesquisador do quanto está contido em uma pequena parte de dados e que cabe a ele explorá-los, sendo necessário “ouvir os dados”, perceber como e o que estão dizendo, compará-los e questioná-los, assim exercitar sua capacidade analítica e desenvolver a sensibilidade teórica.

O processo de codificação acontece por meio da Codificação Aberta (*Open Coding*), Codificação Axial (*Axial Coding*) e Codificação Seletiva (*Selective Coding*), que serão descritas abaixo.

Um exemplo dessa codificação pode ser observada na sequência:

Tabela 5 – Exemplo de codificação aberta

Trecho do Grupo Focal	Códigos
Como tudo de ruim nessa vida, a gente acha que com a gente não vai acontecer, sempre com os outros. Eu por exemplo, eu tive um câncer e achava “imagine comigo não vai acontecer”, ter um suicídio na família jamais, minha família é tão bem estruturada, tudo lindo maravilhoso, isso nunca vai acontecer. Então você vê um filme você fala "é uma ficção, não existe na vida real, comigo jamais vai acontecer" (Colaboradora P3).	A vida tem coisas ruins Achando que coisas ruins só acontecem com os outros Sobrevivendo a um câncer Jamais passarei por um suicídio Sentindo a família perfeita Isso nunca vai acontecer Suicídio como ficção

Fonte: produção do próprio autor (2018)

A tabela com os códigos, as transcrições codificadas, os *memos*¹³, os diários de bordo encontram-se no **ANEXO**. Optou-se por disponibilizar todos esses dados integralmente para que outros pesquisadores pudessem observar como é construído um estudo baseado na TFD. Pela quantidade de dados, esse material está em formato digital anexo ao estudo.

Uma reflexão e análise do significado dos **códigos** foi realizada, pelo processo de comparação de suas similaridades, diferenças, propriedades¹⁴ e dimensões¹⁵, para ampliá-los e agrupá-los em **conceitos**, que são os precursores das **categorias**. Esse movimento faz que os códigos, que são originalmente mais concretos agrupem-se em categorias sob termos explicativos mais abstratos, que se apresentam em várias dimensões.

Os conceitos podem ser “In Vivo” (Charmaz, 2009; Strauss e Corbin, 2008), quando são utilizadas expressões literais dos colaboradores, por sua força analítica e descritiva ou podem ser construídos pelo pesquisador que utiliza “de sua sensibilidade, experiência e referencial teórico para adotar termos que traduzam o significado dos fatos, sentimentos e ações que estão sendo representados” (Berthoud, 2003, p. 84). O título desse estudo derivou-se de um código “In Vivo”, retirado da fala de um colaborador durante a codificação.

A Codificação Axial ocorre simultaneamente à Codificação Aberta, pois durante a análise, novas comparações, ampliações e compreensões eram feitas baseadas no material. Durante a codificação axial são organizados os temas, categorias e as subcategorias em um processo constante de releitura e comparação dos dados (Strauss e Corbin, 2008).

¹³ *memos* são registros feitos pelo pesquisador, sobre o processo de análise, contendo suas impressões, conexões entre os dados, hipóteses, significados, interpretações, *insights* etc.

¹⁴ Características ou atributos gerais ou específicos de uma categoria (Strauss e Corbin, 2008, p. 17).

¹⁵ Representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou faixa (Strauss e Corbin, 2008, p.117)

As categorias são compostas por conceitos e subcategorias que derivam dos dados e formam ou representam os **fenômenos ou temas**, que são as ideias analíticas importantes, que emergem destes, como problemas, questões, assuntos e preocupações importantes. Contextualizamos esse fenômeno em relação à sua estrutura (circunstâncias ou **condições** em que um fenômeno existe, respondendo às questões por que, quando, como, de que forma); processo (**interação** ou ação dos indivíduos e da sociedade, suas respostas estratégicas ou rotineiras a certos problemas, acontecimentos, fatos ou questões,) e **consequência** (resultado do processo ou da falha a responder a ele) (Strauss e Corbin, 2008).

A Codificação seletiva (*Selective Coding*) representa o núcleo do fenômeno investigado e emerge a partir dos dados, precisa contemplar e relacionar-se com todas as categorias, sendo um processo de integração e refinamento da teoria (Strauss e Corbin, 2008), conforme explicaremos no Capítulo 6. A condição, interação e consequência do fenômeno foi destacada no modelo teórico apresentado na página 173.

O uso de memorandos (*memos*) foi fundamental para a organização das ideias e do processo criativo. A partir da escrita dos *memos* foi possível registrar o processo de raciocínio da análise, ideias, *insights*, hipóteses, dúvidas, que foi extremamente útil durante a escrita.

Exemplo de memorando – microanálise 104 – documento E1:

A dificuldade de ter atendimento digno e o medo do que pode encontrar dificulta achar tratamento. Precisamos falar mais, mas também das formas de tratamento, dos lugares, do que acontece num psiquiatra, do que acontece numa clínica de repouso? A pessoa não se mata, pede ajuda e a vida dela acaba? Acaba porque vai ser estigmatizada, julgada, talvez privada da liberdade. Vai gastar boa parte do que tem ou se endividar por causa de tratamento. Ela é vista como doente incapaz? Como é vista pela sociedade a pessoa que fala em cometer suicídio ou sobrevive a uma tentativa? Temos grande necessidade de empoderar essas pessoas ... Será que parte disso não é por lidar com o tabu, com o julgamento, com a falta de atendimento? Por que o atendimento não vem porque ela tentou? Muitas vezes são maltratados nos hospitais e colocados de volta na mesma situação, não foi lhe dada outra saída, o grito de socorro não foi ouvido, ele foi punido! Qual é o tratamento para ideação ou comportamento suicida? Existe um protocolo? Ou somente protocolo de segurança ambiental? A pessoa tem a esperança que se matar vai resolver, ela tenta, mas não mata aquela dor, aquele problema, muitas vezes ele piora. E às vezes ouve frases como ‘nem para se matar tem capacidade’. Quem acredita naquela vida, quem vai dar crédito para ele melhorar ou ele vai ser sempre visto como ‘o suicida’. Nisto talvez a aliança entre enlutados e pessoas que tentaram possa funcionar. Os enlutados entendem a dor (depois de algum tempo) e podem acolher e orientar quem pensa. Não com o objetivo da dor dos que ficam, mas com a esperança de que eles podem fazer diferença. Levando a consciência de que alguém se importa. Se o suicídio passa a EXISTIR a partir da morte de alguém para a maioria das pessoas, isso pode ser linkado [*sic*] com as tentativas. Penso em um *slogan* tipo ‘ACONTECEU COMIGO, NÃO DEIXE ACONTECER COM VOCÊ’. TEMA POSSÍVEL? MUITO ALÉM DA CONSCIÊNCIA PÚBLICA (Produção do próprio autor, 2018).

Um diário de bordo foi escrito para documentar os pensamentos da pesquisadora em relação ao estudo.

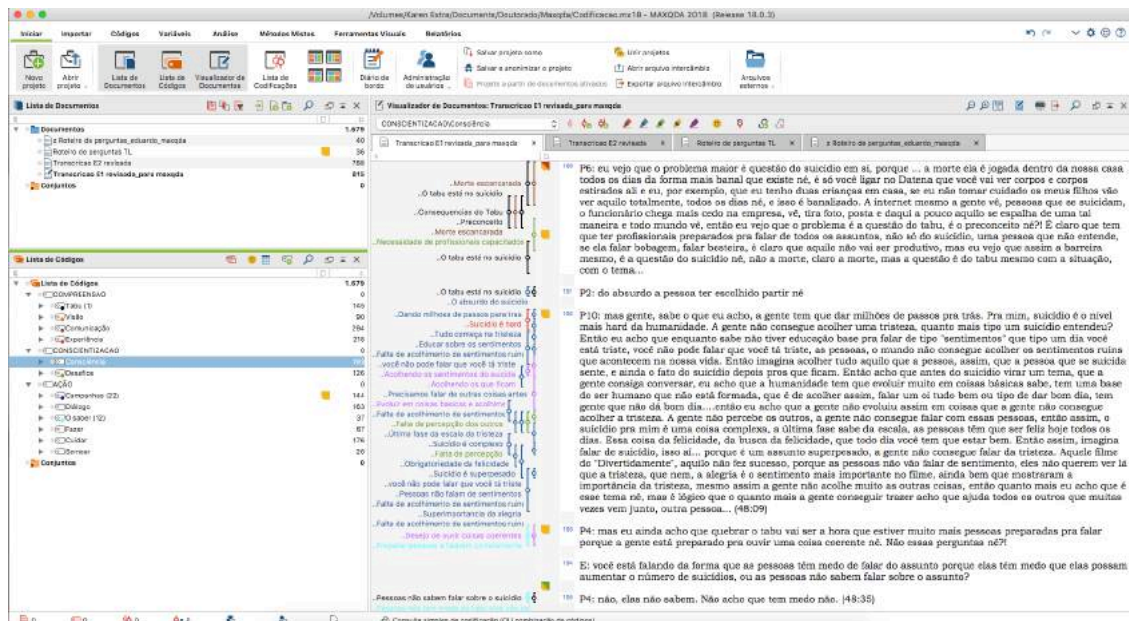
O uso de diagramas é indicado para representar graficamente as relações e criar modelos (representação diagramada, lógica, integrada e sistemática de um conjunto de ideias, que mostram as relações entre os conceitos).

Para trazer consistência ao estudo e validar a teoria gerada, enviamos o diagrama 11 para os colaboradores, via mensagem de celular (*Whatsapp*), para saber se identificavam-se com o modelo apresentado e se representava o que havíamos conversado nos encontros. Três colaboradores responderam afirmando que o diagrama representava a essência da pesquisa, uma legitimação da teoria construída a partir do que foi expresso nos grupos focais.

4.4.1 Softwares de apoio

Foram utilizados os programas MAXQDA12 e MAXQDA18 (Foxit, 2018) para a organização dos códigos, conceitos, agrupamento em subcategorias, categorias, escrita dos memorandos e diário de bordo. Embora o programa conte com vários recursos para analisar o conteúdo, foi utilizado somente como fonte de organização e para facilitar a visualização dos códigos, conceitos, subcategorias e categorias. Escolhemos esse programa por ser bem avaliado entre pesquisadores da TFD, ter uma versão em português e conter as ferramentas desejadas pela pesquisadora. Durante o processo, o desenvolvedor disponibilizou uma nova versão atualizada do *software*, por isso a utilização das duas versões do mesmo programa.

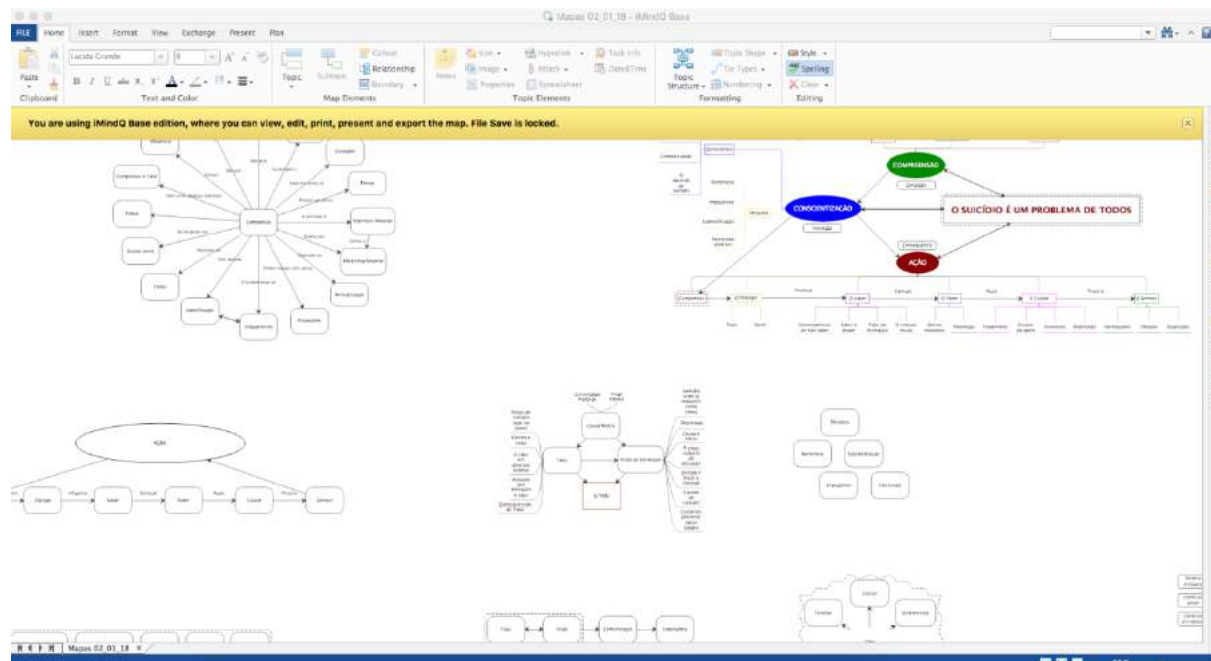
Imagem 1: Programa MAXQDA 18



Fonte: (Foxit, 2018)

O programa iMindQ (I-Produkts, 2018) foi utilizado para a criação dos diagramas. Foi escolhido por ter uma interface simples e por proporcionar o desenho dos diagramas de várias maneiras.

Imagem 2 – Programa iMindQ



Fonte: (I-Produkts, 2018)

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

- A transcrição foi lida pela primeira vez e as observações foram feitas quanto às impressões e às questões geradas no pesquisador;
- Na segunda leitura da transcrição, a codificação foi iniciada manualmente, sublinhando trechos da transcrição e escrevendo os códigos gerados na margem da folha;
- Na terceira leitura, os códigos que estavam na margem da folha foram revistos e transcritos para o programa MAXQDA para auxílio no processo de compilação e organização desses códigos;
- Memorandos foram utilizados durante todo o processo para registrarem o raciocínio analítico e o pensamento abstrato do pesquisador. Um diário de bordo começou a ser escrito, em forma de memorando, para registrar os pensamentos do pesquisador enquanto agente de realização da análise;

Imagem 3 – Visão geral das anotações

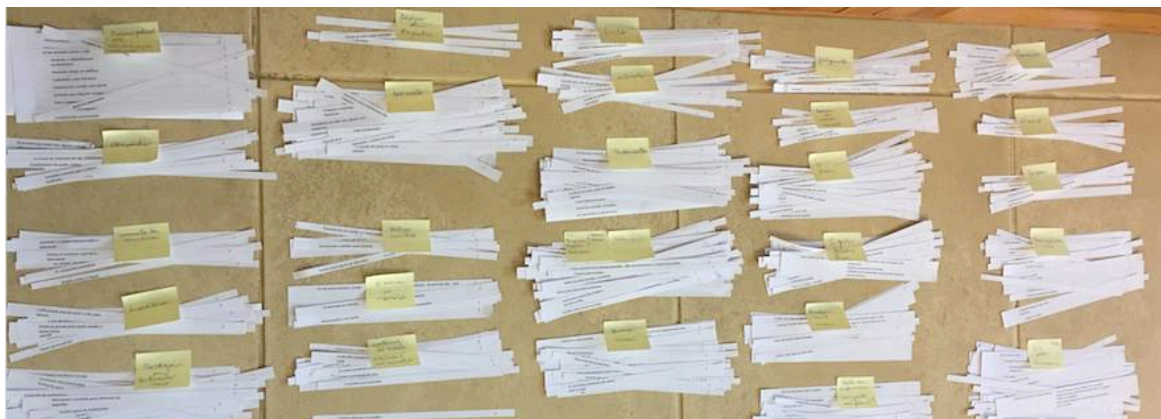
Quais são as maiores bobagens que as pessoas falam?
 Porque elas tem falado mais sobre o suicídio mas de que forma?
 Essa consciencia publica é para que? Para gerar empatia? Cuidado? Qual o objetivo de aumentar consciencia publica? É de mostrar que existe? Isso seria facil com os numeros e epidemiologia, mas precisamos chegar mais longe que isso, é 'so falar? Mas falar como?
 Saber que existe é igual a ter consciencia?
 Se cada um tem um valor, ter consciencia nao teria relacao com os seus valores?
 Não é só falar! É ver diferente! Ai posso pensar no conceito de awareness ou consciencia estendida?
 Como tocar as pessoas? Tocar para que? Com qual objetivo?
 Qual é o objetivo de aumentar consciencia publica? Aonde queremos chegar?
 Será que isso é uma visao minha do que deve ser?
 O que eles acham sobre consciencia publica? Como eles acham que deve ser?

Grupo de docu...	Documento	Código	Conjunto de documentos	Título	Autor
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 60	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 61	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 62	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 63	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 64	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 65	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 66	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 67	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 68	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 69	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 72 - nota maria julia	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 73	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 74	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 78	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 79	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 82	karencavacini
	Transcricao E1 revisad...			Microanalise 86	karencavacini

Fonte: produção do próprio autor (2018)

- e) Alguns códigos foram agrupados e transformados em conceitos, conforme eram colocados pela pesquisadora no programa;
- f) Uma tabela com os códigos e conceitos gerados foi impressa, cada linha de texto foi cortada para que fosse agrupada em categorias ou subcategorias. Nomes mais abstratos foram gerados para nomear as categorias que foram separadas e colocadas cada uma em um envelope diferente;

Imagem 4 – Codificação Axial I



Fonte: produção do próprio autor (2018)

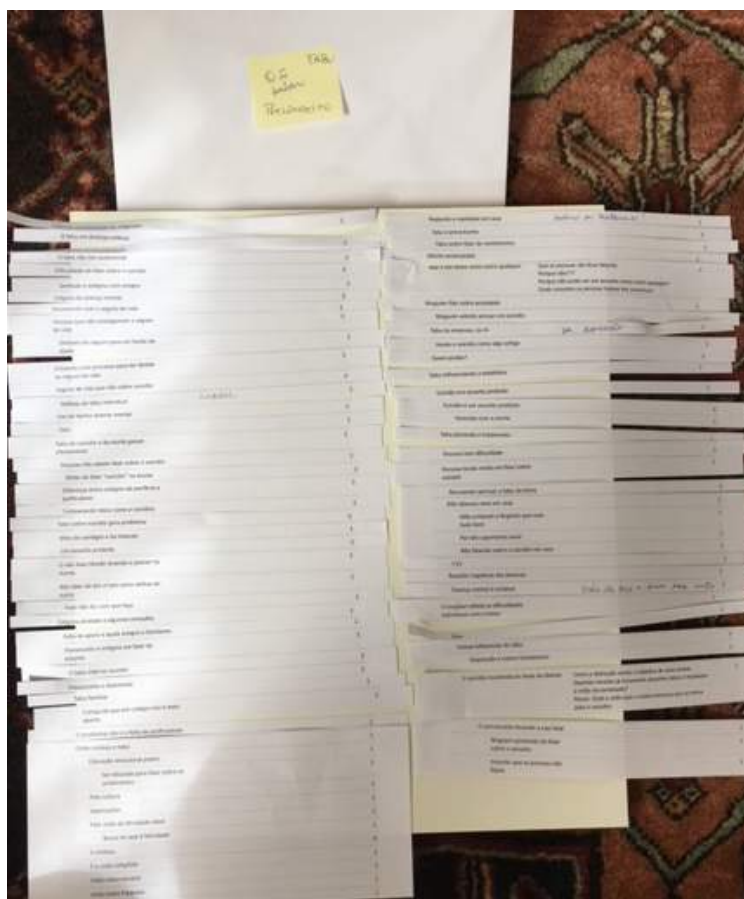
Imagem 5 – Codificação Axial II



Fonte: produção do próprio autor (2018)

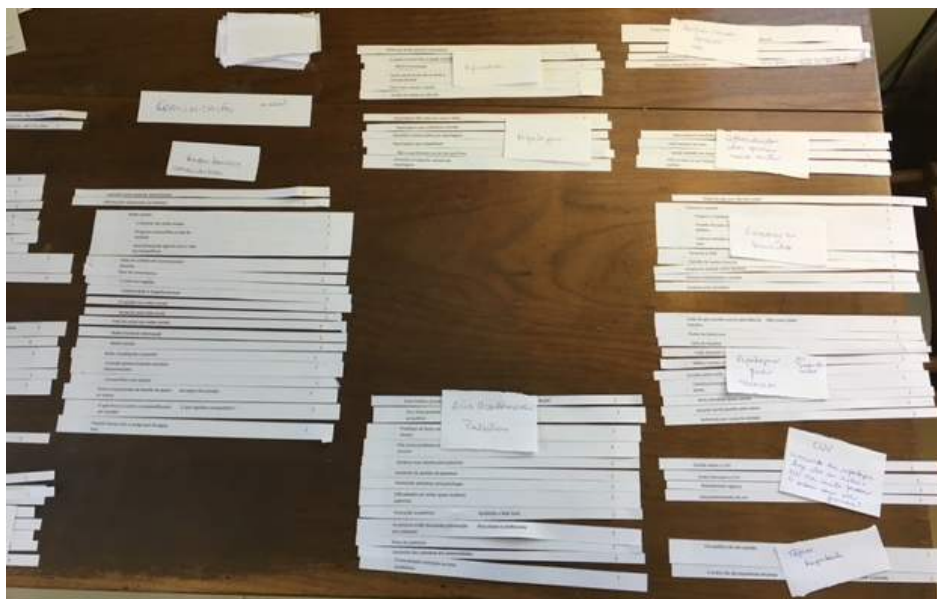
- g) Após esse primeiro agrupamento, cada envelope foi analisado, todo o material foi revisto, com base em seus dimensões, significados e mudanças de categorias ou subcategorias foram efetuadas.

Imagem 6 – Codificação Axial III



Fonte: produção do próprio autor (2018)

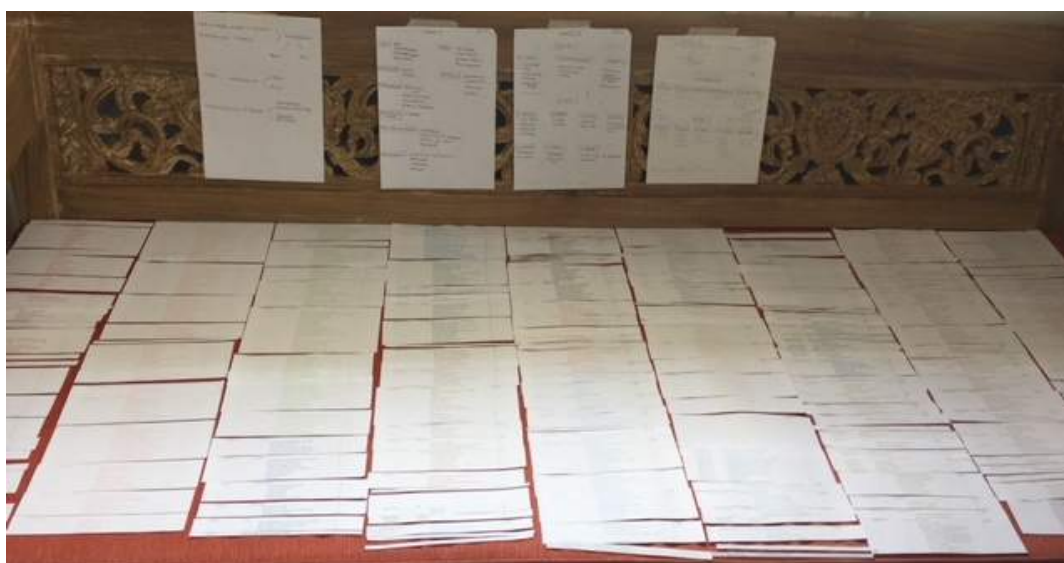
Imagem 7 – Codificação Axial IV



Fonte: produção do próprio autor (2018)

- h) Repetiu-se o mesmo processo no programa MAXQDA, agrupando os códigos nas categorias ou subcategorias criadas;
- i) Cores foram designadas para cada categoria criada para facilitar na visualização dos dados e uma tabela com as categorias e subcategorias foi impressa e analisada para reagrupamento;
- j) Todos os papéis que continham os códigos foram retirados do envelope e organizados para mais uma análise e revisão de categorias;

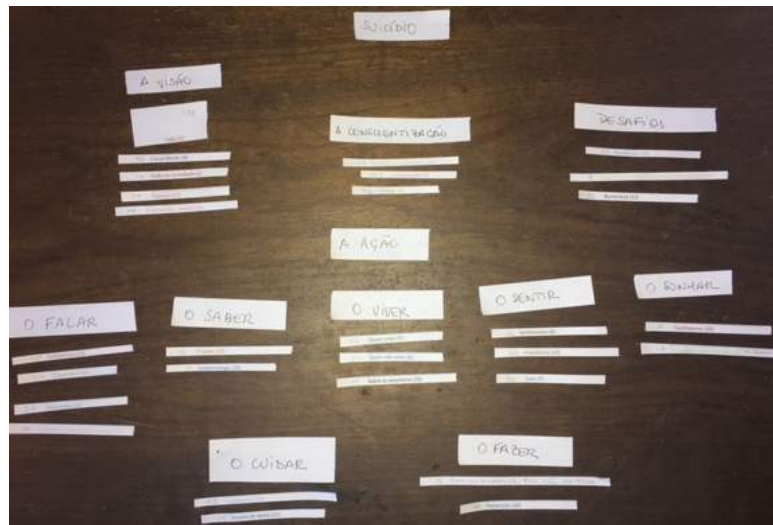
Imagem 8 – Codificação Axial V



Fonte: produção do próprio autor (2018)

k) Diagramas foram esboçados para conexão entre as categorias e subcategorias;

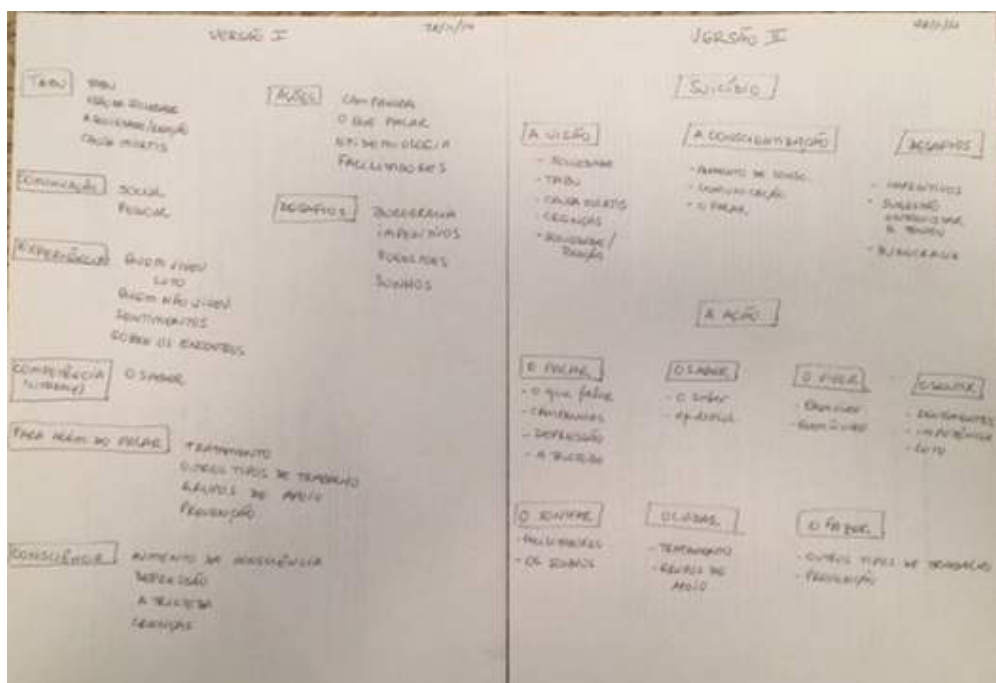
Imagem 9 – Codificação Axial VI



Fonte: produção do próprio autor (2018)

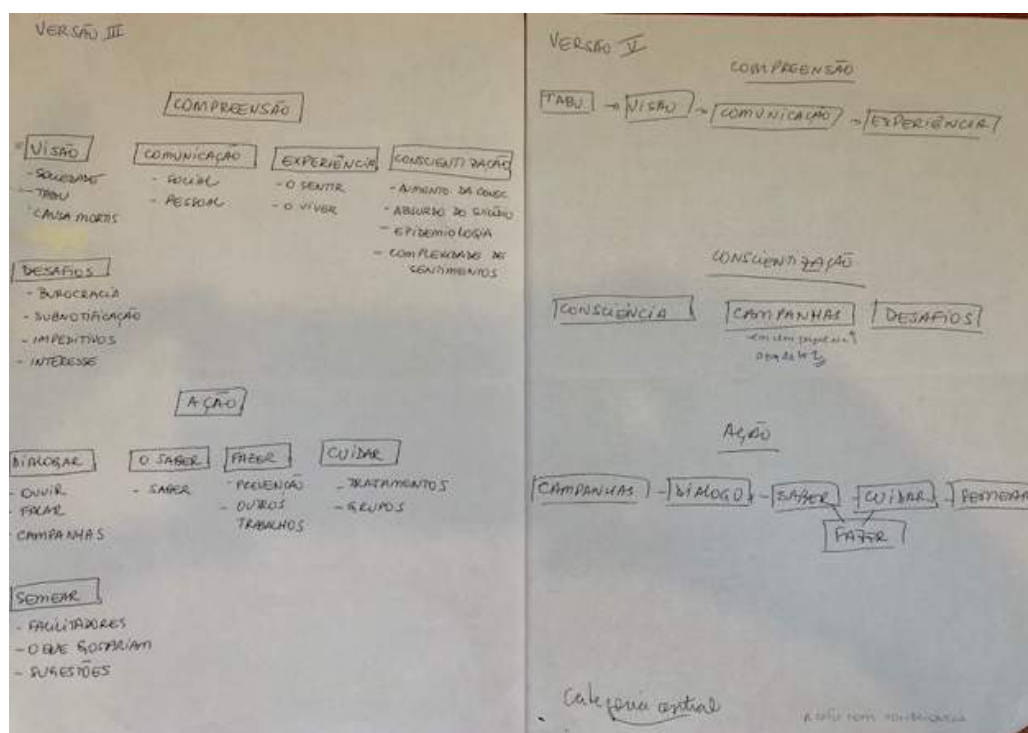
l) As categorias foram divididas em três temas centrais após vários diagramas e esboços de agrupamento serem desenvolvidos;

Imagem 10 – Codificação Axial VII



Fonte: produção do próprio autor (2018)

Imagem 11 – Codificação Axial VIII



Fonte: produção do próprio autor (2018)

- m) Memorandos sobre as categorias e temas gerados foram escritos;
- n) Começou-se a escrita da análise, em que novamente o processo foi revisto e os memorandos foram lidos para a escrita do processo e da análise dos dados. Novos memorandos foram escritos com impressões ou questões sobre o processo. Diagramas foram feitos para explicarem visualmente a conexão e sentido das categorias e subcategorias;
- o) O tema central foi gerado e o diagrama referente a ele foi desenvolvido.

A partir da análise dos dados, apresentada no Capítulo 5, da definição da categoria central, apresentada no Capítulo 6, faremos uma discussão dos resultados obtidos na análise em conjunto com a literatura e a experiência da pesquisadora, para apresentarmos nossas considerações finais no Capítulo 7.

4.6 DIÁRIO DE BORDO METODOLÓGICO

A escolha de uma metodologia traz consigo uma série de indagações que acompanham o pesquisador no decorrer do estudo. Compartilhamos algumas observações e sensações no que

chamamos de diário de bordo, que trazem um resumo do percurso que tomamos e das escolhas que fizemos.

Por estarmos muito envolvidas na área de prevenção e posvenção, não queríamos fazer um estudo partindo de teorias já conhecidas ou das nossas crenças, foi preciso fazer o exercício do não saber, suspender os conceitos para que a “teoria” fosse revelada. Não almejávamos provar nenhuma hipótese, ambicionávamos trazer provocações, indagações, novas ideias e sugestões. Buscamos trabalhar com o que surgisse a partir da experiência de nossos colaboradores, pessoas enlutadas pelo suicídio. Buscamos dar-lhes a voz e a vez! A nossa proposta é que a teoria seria gerada, a partir dos colaboradores, vindo ao encontro com nossos objetivos.

Pudemos nos debruçar exaustivamente sobre transcrições do debate ocorrido nos dois grupos focais propostos, começando pela microanálise, que nos fez mergulhar nos dados, passar pelas etapas de codificação e a partir delas trazermos os dados desse estudo.

Por muitos momentos nos questionamos se havíamos feito à escolha do método adequado, temendo que não conseguíssemos trazer dados importantes sobre o tema, que não finalizaríamos o trabalho, gerando uma teoria consistente que contemplasse com profundidade o tema do suicídio. O desenrolar da pesquisa mostrou que estávamos no caminho certo visto que ao concluir o trabalho, compreendemos que todas as etapas foram necessárias, que o método escolhido foi fundamental para o resultado obtido e que foi a imersão nos dados, que proporcionaram a composição desse estudo.

Os momentos de escrita foram interessantes, pois ao iniciá-la a pesquisa tornou-se parte de nós e lembramos-nos dela em inúmeras ocasiões. Frases e parágrafos formaram-se no meio da madrugada, com ideias surgindo em situações inesperadas.

A costura atenta e cuidadosa das falas, dos sentimentos, dos códigos, dos dados, da literatura, daquela reportagem que foi encontrada sem esperar, da releitura de materiais que há muito havia sido guardados para serem usados no trabalho, das frases que escutamos de pessoas diversas, da nossa experiência, tudo foi inserido na gestação de uma tese. Estávamos em sintonia e conexão com o caminho que escolhemos percorrer.

O nosso conhecimento prévio e tudo o que vivenciamos nesses quatro longos anos também estiveram presentes na forma como codificamos e compreendemos os dados. O método nos orienta, mas somos nós que conduzimos a pesquisa.

Questionamos-nos se fazer grupos focais com pessoas que já frequentavam grupos de apoio, por isso, já estavam mais à vontade para falar sobre o tema, iriam representar aqueles que não têm essa vivência. Em nossa reflexão, percebemos que podem representar sim, pois o

luto tem características singulares, mas as experiências apresentam coisas comuns. A experiência da pesquisadora com atendimentos a pessoas enlutadas pelo suicídio, e o que foi trazido pelo grupo focal representam a experiência dessa população. Acreditamos que o fato deles participarem de grupos e já conseguirem falar abertamente sobre o assunto nesses locais, foi uma proteção aos colaboradores. Assim, não cremos que a seleção dos participantes prejudicou os achados do estudo, dada a riqueza do material encontrado, entendemos que essa experiência nos grupos, facilitou entrar no assunto mais rapidamente e mais profundamente. Trata-se de uma população vulnerável, portanto toda cautela é necessária.

Depois da primeira reunião do grupo focal, saímos preocupadas, pois não conseguimos fazer todas as perguntas que haviam sido programadas no roteiro para o primeiro encontro, pois os colaboradores levantaram outras questões além das que havíamos pensado, era a luta da razão com o fenômeno. Se a teoria deveria emergir dos dados, tudo o que fosse levantado seria transformado em dado e analisado, portanto, nada era perdido. Falávamos de um tema tão complexo e significativo para eles que era difícil manter o foco na pergunta ou dentro de um só aspecto do tema, isso, ao nosso ver, trouxe riqueza ao estudo. Após o encontro, estudamos as perguntas que foram feitas e fizemos uma pré-análise dos dados, verificando quais questões surgiram do primeiro encontro e que precisariam ser incluídas para o segundo.

A segunda reunião aconteceu mais fluída, o grupo parecia estar mais “aquecido” para a conversa e com uma melhor interação, estavam mais focados e não queriam finalizar o encontro. Houve muita gratidão dos colaboradores em participarem do estudo.

Percebemos que eles precisavam compartilhar, que mesmo sendo colaboradores que frequentavam grupos de apoio, quando uma oportunidade de diálogo era oferecida, poderiam passar horas falando sobre as suas experiências e suas sugestões, com uma abertura amorosa e verdadeira ao trazerem suas histórias e suas dores. A sensação de poder ajudar o outro por meio da vivência que tiveram parecia ser benéfica para todos. Eles precisam e querem falar, basta a sociedade dar voz a eles.

Impactamos-nos, após a primeira reunião, ao sentirmos a mesma sensação de impotência que foi trazida pelos colaboradores, há muito que fazer. Precisávamos delimitar o objeto de estudo, permitindo o crescimento do que aparecia, mas não queríamos perder o foco.

Não achamos que todos precisam ou têm de falar sobre o suicídio de alguém amado, mas para aqueles que quisessem, isso deveria ser uma possibilidade e não um desafio.

"Vilanela da mãe suicida"

Às vezes passo horas sem verter meu pranto.
Mas depois sinto: sem chorar, vou à loucura.
Sua vida não foi só morte e desencanto.
Tentar, ela tentou, mas desistiu de tanto.
Também cansei: buscar razões é vã procura.
Às vezes passo horas sem verter meu pranto.
O desespero, a raiva, a negação. No entanto,
eu jamais a culpei por minha dor sem cura.
Sua vida não foi só morte e desencanto,
nem é minha somente a luta e o acalanto
para salvá-la, pesquisando, ardendo com doçura.
Às vezes passo horas sem verter meu pranto.
Se eu dissesse: foi fácil, mentira, e quanto.
Entre ela e o mundo havia uma vidraça escura.
Mas a vida não foi só morte e desencanto.
Porém o fato, o fato ainda causa espanto.
Como grilhões, a ausência dela me tortura.
Às vezes passo horas sem verter meu pranto.
Sua vida não foi só morte e desencanto." (Williams, 1997)

5 ANÁLISE DOS DADOS OU TEORIA EM CONSTRUÇÃO

Traremos nesse capítulo a análise que foi gerada por meio da codificação dos dados, baseada somente no que foi conversado e debatido nos grupos focais, a partir das vivências, experiências dos colaboradores e nas duas respostas enviadas por *e-mail*, conforme apresentado no método. A discussão sobre esses dados e a construção da teoria fundamentada será apresentada no próximo capítulo.

A análise dos dados possibilitou compreender a importância do aumento da consciência pública do suicídio como um dos estágios fundamentais para a construção de ações de prevenção e posvenção. Ressaltamos que tal análise também considerou três grandes temas, são eles:

Compreensão – expressa as *condições* que entendemos, lidamos e relacionamos com o suicídio;

Conscientização – a *interação* necessária para que isso mude, sendo uma das ferramentas fundamentais para promover mudanças;

Ação - representa a *consequência* do processo, em suas formas, atitudes e caminhos necessários para que a conscientização influencie a forma de ver, sentir, lidar e cuidar dessa voz de sofrimento e de desespero humano que é o suicídio.

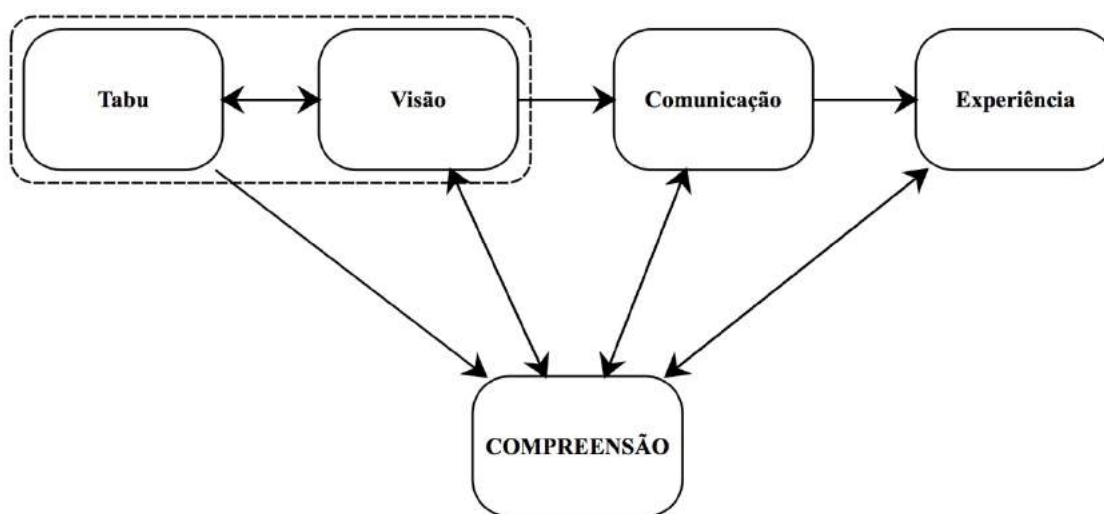
Os três temas apresentados englobam tudo o que foi falado e elaborado nos grupos focais, interligam-se, influenciam-se e integram-se em um processo dinâmico e inter-relacional, uma vez que estão profundamente conectados por meio dos seus sentidos e significados. Para pensarmos em conscientizar, precisamos saber as dimensões: o quê, em relação a que, quem, onde, como, para isso a compreensão do fenômeno é muito importante, tendo em vista que a conscientização por si só não traz mudanças, elas ocorrem se houver ação, a transformação da consciência em atos. A ação por sua vez influencia a compreensão, então entramos nesse círculo da tomada de consciência.

Para facilitar a visualização, os **TEMAS** serão grafados em maiúscula e em negrito, as CATEGORIAS em maiúscula, as **subcategorias** em negrito, os conceitos em sublinhado e os *códigos* em itálico.

5.1 COMPREENSÃO

O tema **COMPREENSÃO** explicita a forma como as pessoas entendem, sentem e comunicam o suicídio, sendo dividida nas categorias: o TABU, a VISÃO, a COMUNICAÇÃO e a EXPERIÊNCIA.

Diagrama 1: Compreensão



Fonte: produção do próprio autor (2018)

Percebemos, a partir do diagrama 1, que não é a **COMPREENSÃO** que influencia as categorias tabu, visão, comunicação e experiência, mas são elas que influenciam, facilitam ou prejudicam a **COMPREENSÃO** do fenômeno suicídio, gerando então reações e formas de relacionar-se que são contaminadas principalmente pela díade **TABU e VISÃO**.

Os diagramas, que serão apresentados, foram elaborados a partir da análise dos dados baseada na relação dos códigos, conceitos, subcategorias, categorias e temas. A tabela completa da origem desses dados está disponível no apêndice da pesquisa. Optamos por não colocar a tabela completa no corpo da tese por entendermos que poderia atrapalhar a compreensão da análise e por ser muito extensa.

A **COMPREENSÃO** é explicada por meio das categorias e subcategorias, como apresentamos na tabela a seguir:

Tabela 6: Subcategorias, categorias e tema COMPREENSÃO

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
COMPREENSÃO	Tabu	O tabu está no suicídio
		Outros tabus
		O tabu em diversas esferas
		Atitudes que reforçam o tabu
		Consequências do tabu
	Visão	Visão da sociedade
		<i>Causa mortis</i>
	Comunicação	Social
		Pessoal
	Experiência	O sentir
		O viver

Fonte: produção do próprio autor (2018)

O TABU contamina a VISÃO, influencia e é influenciado por ela, ambos formam um círculo vicioso no modo de olhar o suicídio, que por sua vez facilitam ou prejudicam a COMUNICAÇÃO, que se relaciona diretamente com a EXPERIÊNCIA.

Dessa maneira, a interação social com o tema foi estabelecida por meio do TABU, que é influenciado pela cultura e pelos valores de uma sociedade. Esta sociedade, que enquanto não escancarar essas mortes, por meio de cada novo suicídio, do aumento dos casos e da divulgação da dor dos que ficam, dificilmente será levada a refletir e a mobilizar-se a fim de não aceitar que o suicídio seja um ponto cego e excluído da sociedade, da fala, da comunicação e da experiência. Durante muitos anos não se pôde falar sobre suicídio.

Portanto, antes de pensarmos em conscientizar o público sobre o suicídio, precisamos entender o que influencia a compreensão desse assunto, sua prevenção e posvenção para então analisarmos os fatores relacionados ao aumento de consciência.

Vale lembrar que o suicídio é um fenômeno multifatorial e complexo, assim, o aumento de consciência é parte de um processo multifacetado de cuidado, promoção de saúde e prevenção do suicídio.

5.1.1 Tabu

Tal categoria apresenta um assunto que foi julgado em um dado momento da história, sendo colocado à margem com a proibição velada de abordá-lo. Podemos pensar que hoje é a dor que traz à luz a esse tema, pois é a partir dessa dor que motiva muitas pessoas a falarem do assunto. No entanto, para outras, a dor sentida é motivo de mais vergonha, pois não se sentem

validadas pela sociedade em sua dor, como se precisassem ter um motivo válido para cometerem o suicídio. Essa categoria é composta a partir de:

Tabela 7: Conceitos e Subcategorias do Tabu

CONCEITOS		SUBCATEGORIA	CATEGORIA
O tabu está no suicídio		O tabu está no suicídio	Tabu
Comparando com outros assuntos tabus	Comparando tabus (sexo e suicídio)	Outros Tabus	
Tabu Familiar Tabu na empresa Tabu Escolar Tabu sobre falar de sentimentos	Tabu piorando o tratamento Transtornos Mentais Religião Seguro de Vida Estatística	O tabu em diversas esferas	
Utopias A não validação das doenças mentais Não é um tema como outro qualquer	Aonde o tabu começa Problemas longe dos meus não interessam Educação emocional pobre	Atitudes que reforçam o tabu	
Julgamento Preconceito Estigma Um assunto proibido	O não falar Afastamento Exclusão Mitos	Consequências do tabu	

Fonte: produção do próprio autor (2018)

A subcategoria **o tabu está no suicídio** representa a forma como os colaboradores expressaram-se, referindo que o suicídio é o maior dos tabus, mais que outras mortes. Da morte começamos a falar, mas de suicídio ainda não, por ser “uma das facetas mais difíceis do tema relacionado à morte, ao luto e à tristeza” (Colaborador 9).

eu vejo que o problema maior é questão do suicídio em si, porque [pausa] a morte, ela é jogada dentro da nossa casa todos os dias da forma mais banal que existe né? É só você ligar no Datena que você vai ver corpos e corpos estirados ali e eu, por exemplo, que eu tenho duas crianças em casa, se eu não tomar cuidado os meus filhos vão ver aquilo totalmente, todos os dias né? E isso é banalizado [pausa] mas eu vejo que assim a barreira mesmo, é a questão do suicídio né? Não a morte, claro a morte, mas a questão é do tabu mesmo com a situação, com o tema (Colaborador 6).

O tema suicídio ainda é assunto velado e carregado de preconceito. As discussões ainda geram temor e a maioria das pessoas prefere não olhar para um problema que afeta praticamente a todos (Colaborador 1).

Já **outros tabus** refere-se à comparação com outros assuntos que foram enfrentados pela sociedade e que depois de muito trabalho hoje são tratados com mais naturalidade ou com menos preconceito. Compreendemos o fato de um assunto ser tratado como saúde pública representa que o tema passa a ser de preocupação médica, por isso pode ser falado. Para os colaboradores, um assunto carregado de proibições na fala, não pode ser escancarado, continua tabu, como no exemplo abaixo

Como outros problemas, quando começou a AIDS, há um tempo atrás, não sei, uns dezoito anos, então no começo também era um tabu se falar em AIDS né? Quando passou a ser considerado uma preocupação de saúde pública, então se abriu (Colaborador 1).

Podemos ver, por meio do grupo, os exemplos da AIDS, do sexo e do câncer. Existe uma crença que ao falar um assunto, há um estímulo para que ele aconteça. Um dos colaboradores traz essa experiência ao abordar o tema sexo, que foi falado no contexto escolar, sem desencadear um aumento da prática sexual entre os alunos.

Antigamente não se falava em sexo, na minha época em que eu fiz colégio, eu tive aula de educação sexual. A professora falava da camisinha tal e tal e isso não fazia com que a você saísse por aí [pausa] a torto e a direita (risos) (Colaborador 1).

Os risos no grupo, após essa declaração, representam uma sensação de cumplicidade e de aceitação na fala desse colaborador.

O tabu em diversas esferas traz uma visão multifacetada com exemplos onde ocorre. O tabu não é fechado somente em um ambiente, navega em diversas esferas, por isso tem influência muito maior, pois seu alcance é variado, portanto, mais espalhado e difícil de ser minimizado.

O tabu, ele vai estar em várias esferas. Ele está na esfera pública, de quando a gente fala do assunto na mídia, está na escola que não quer trabalhar o assunto, está na empresa que não entende e quer que a pessoa trabalhe (Entrevistadora).

Dessa maneira, é difícil perceber exatamente onde o tabu começa, em qual dessas esferas ele nasce. Os colaboradores citaram a religião como precursora do tabu, talvez ela seja uma das esferas mais poderosas, porém pretendemos, mais que perceber onde se inicia, identificar onde tem influência. Essa subcategoria é composta pelos códigos Tabu Familiar;

Tabu na empresa; Tabu sobre falar sobre sentimentos, Tabu nos transtornos mentais; Religião; Seguro de Vida.

Em tabu familiar percebemos que, embora seja mais comum que se imagina e que se fala, muitas famílias têm em sua história mais de um suicídio, porém o assunto não é tratado abertamente por conta do tabu, dessa forma, deparamos-nos com uma das dimensões desse fenômeno, quando famílias escondem os casos, sem compartilhar socialmente e familiarmente o que aconteceu.

Depois que o [nome do filho] se foi eu lembrei que eu tive um primo que se suicidou há alguns anos atrás e que meu marido também teve um primo que se suicidou. Mas foi tão [pausa] as pessoas não falam. A família não falou (Colaborador 4).

Uma família, que passou por um suicídio recentemente, parece não conseguir lidar com a possibilidade de mais um suicídio, dessa forma, ela prefere calar, assim como a sociedade.

Mas agora em fevereiro e ela, eu realmente vi minha irmã morta assim na minha frente, porque ela tomou um remédio para a pressão, então quase que parou o coração dela, mas a gente não fala mais nada ... É como se ela não tivesse feito isso nem dentro da minha casa, que a gente perdeu já o nosso sobrinho, quer dizer, meu pai não suporta ouvir é, minha mãe evita, finge que está tudo bem, então a gente segue assim... é um assunto assim que as pessoas não falam (Colaborador 11).

O tabu na empresa reforça a influência e a força que ele tem, podemos perceber que esta *cobrança* ocorre tanto para o funcionário do hospital, que perdeu alguém para o suicídio, quanto ao profissional da área da saúde, às pessoas com transtorno mental e aos enlutados pelo suicídio.

A primeira oportunidade que a empresa tem o que ela faz? Manda embora. Isso é uma realidade né? É assim, eu vivo isso, no trabalho, em todos os lugares que eu já trabalhei, eu já convivi com pessoas assim, que na primeira oportunidade o RH mandava embora porque está dando muito atestado. Está com depressão (Colaborador 6).

O tabu do suicídio faz que pessoas percam o emprego, pois influencia a empresa com a visão de que depressão é frescura ou “corpo mole”, não é vista como uma doença que precisa e que tem tratamento.

Uma colaboradora, que foi demitida no início do seu processo de luto, descreve que achou uma covardia o que aconteceu com ela, pois teve seu pedido de férias negado, porém foi autorizada pelo chefe a ficar em casa após a morte do sobrinho e foi surpreendida ao ser demitida com base em fotos retiradas de sua *rede social*. As empresas não entendem as especificidades do processo de luto decorrente de um suicídio, deixando a funcionária com um

sentimento de *traição*, de quem não tem com quem contar, indignada pelo fato de que no lugar do diálogo houve julgamento baseado no que foi visto nas redes sociais.

Notamos que essa dificuldade também pode ser observada por meio de outra dimensão, quando uma funcionária da área da saúde perde um paciente por suicídio e a postura da empresa, que também era da área da saúde, é de *insensibilidade*, cobrança, responsabilização e não de acolhimento ou de permitir a funcionária viver seu luto.

Então assim, é cobrança de todos os lados. Já sei [pausa] e isso aconteceu de sexta para o sábado. Sábado de manhã eu fui lá, eu atendi a família e na segunda feira eu fui trabalhar. E assim, a empresa não me chamou, a empresa não perguntou se eu queria um ou dois dias, se eu precisava de ajuda, e eu estava péssima. Fiquei dois dias no quarto sem comer porque foi muito assim, foi terrível para eu passar por essa situação (Colaborador 6).

Outro local onde percebemos a influência do tabu é na escola, por meio da subcategoria tabu escolar, que afeta não somente os alunos que precisam de ajuda como também molda a visão dos futuros empregadores, pais e familiares com a mensagem de que suicídio não pode ser falado, causando o medo de tocar no assunto. A escola, pressionada pelos pais, normalmente decide não falar sobre o tema abertamente, e mesmo que a escola sinta essa necessidade, quando percebe ou lida com comportamento suicida nos alunos e procura palestras para oferecer a eles, tais palestras são “moldadas”, ou seja, sofrem cortes ou alterações conforme a permissão ou não que os pais dão ao tema. Então, podemos pensar que o maior tabu em relação ao suicídio está com os pais e não com a escola.

A gente foi convidado para dar uma palestra sobre prevenção do suicídio e a valorização da vida e estava tudo certo aí no dia anterior liga a professora pedindo para não falar de suicídio na palestra. Porque os diretores não estavam concordando [pausa] porque tem os pais, que não vão querer, aí, porque aí eu vou tirar, e tal (Colaborador 1).

Pode ver que deve ser o maior problema dos colégios, os pais [pausa] não vamos falar sobre isso (Colaborador 4).

Outro fato constatado é que essa *proibição* é percebida mais em colégios de alta renda, nas quais os pais provavelmente exercem uma pressão maior. Os *colégios de periferia* são mais abertos para esse assunto, conforme a experiência dos colaboradores.

Outra esfera trazida foi o tabu de falar de sentimentos, que foi caracterizado pela sociedade não permitir uma pessoa expressar seus sentimentos, julgando-a como fraca, como possuidora de um comportamento inadequado, que exclui do convívio social se insistir em falar sobre suicídio ou se expressar seus sentimentos considerados ruins.

Então, assim é a maneira de evitar esse impacto, né? Nós estamos falando de um tema que na nossa cultura é tabu, seria assim, falar sobre a emoção da tristeza e da importância de você poder conversar com o seu amigo, com a sua família quando você está triste (Colaborador 9).

A subcategoria o tabu piorando o tratamento refere-se a forma negativa que uma pessoa é tratada clinicamente quando tem o comportamento suicida ou sobrevive a uma tentativa, no tocante ao tratamento oferecido aos familiares enlutados. Pode ser entendido também como um *reflexo do tabu individual* sobre o tema.

Então, o sistema de saúde, hospital e plano de saúde ele vai de alguma maneira refletir a dificuldade que cada um individualmente tem com o tema. O tabu que tem, né? É um reflexo. Então, tanto o sistema de saúde quanto a policia vai ser um reflexo disso (Colaborador 9).

Em transtornos mentais, observamos que o tabu não envolve só a *depressão*, como também a *ansiedade e outros transtornos*, fazendo que não sejam validadas. O *uso do termo doente mental* ainda traz muito estigma visto que ao assumir ser portador de uma doença mental traz consigo um rótulo impregnado de conceitos e de características negativas, levando ao distanciamento da pessoa do diagnóstico e conseqüentemente do tratamento.

Aí a pessoa fala: ‘Nossa, então eu sou doente mental’ Não tem como mudar, suavizar esse conceito? Esse termo? Porque a pessoa aí não aceita esse termo porque [pausa] não sei. Mas assim [pausa] doença mental? Meu Deus, eu sou um doente mental? Não! É difícil a pessoa [pausa] para a pessoa assumir (Colaborador 2).

Outra questão é relacionada à *depressão*, que ainda não foi entendida pela sociedade como uma doença, como fala o colaborador 11: “eu acho que a grande maioria dos casos envolve depressão e a depressão não é respeitada como uma doença, não é tratada como uma doença, muitas das vezes ela é vista como uma frescura, como uma coisa assim”.

A Religião foi identificada pelos colaboradores como a precursora do tabu ao serem questionados sobre onde achavam que esse começava. Há religiões que obrigam que a pessoa que consumou o suicídio seja *enterrada separadamente dos outros mortos* e que as famílias sejam punidas. Os colaboradores mencionaram a *insensibilidade de alguns religiosos* ao lidarem com o assunto. O colaborador 1 acredita que “esse tabu é decorrente de um processo social cultural atrelado a dogmas religiosos, a partir da condenação ao pecado mortal a pessoa que comete suicídio, estendendo as punições também à família”.

Outro problema identificado foi relacionado ao direito ou não do seguro de vida, que denuncia outros locais em que o tabu está enraizado, neste caso, usado a favor das seguradoras.

Uma batalha jurídica longa e sem certeza de sucesso é vivida por quem decide receber o seguro de vida de quem morreu por suicídio, causando ainda mais dor naqueles que ficam e precisam provar que a pessoa que faleceu não estava com má-fé contra a seguradora e não fez isso só para receber o seguro, conforme a experiência do colaborador 4: “falando, eu lembrei que o preconceito já começa quando você tem um seguro de vida e não pode o suicídio”.

A próxima esfera do tabu é tão grave que podemos pensar ser quase uma denúncia, ela refere-se aos dados estatísticos sobre o suicídio não serem fidedignos com a realidade por causa do tabu, da forma como são analisados e pelas subnotificações relacionadas à *causa mortis*. “Porque as outras, estatísticas [pausa] são colocadas estatísticas fiéis e não tem tabu em cima. E aqui não, é tudo escondido” (Colaborador 7). Embora a subcategoria Estatística seja citada nesta categoria por ter essa relação com o tabu, ela será analisada mais profundamente e sob outros prismas no tema CONSCIENTIZAÇÃO.

A subcategoria **Atitudes que forçam o tabu** foi pensada por abranger e representar diversos comportamentos que fazem que ele piore.

Em Utopias, três conceitos complementam-se: a crença na *felicidade ideal*, a *exclusão da tristeza* e as *idealizações*. Essas são características que vão reforçar o tabu e trazer consequências como uma sensação de inadequação, levando ao aumento da depressão e à dificuldade das pessoas acolherem aqueles que sofrem.

Segundo os colaboradores, existe uma visão equivocada de que felicidade seja ausência de tristeza, de perdas e de luto. Como consequência todas essas emoções são reprimidas, tornando-se um tabu. As pessoas não se sentem no direito de sentir tristeza e acham que devem sempre ser felizes, isso é uma utopia que afeta o tabu, pois ao não incluirmos tal sentimento, excluimos tudo que vem junto, não falamos de coisas ruins, como se fossem algo que não pertencesse ao humano, aumentando o tabu.

Mas isso é excluído, eu acho que isso, parte do tabu começa daí. Então se você vai procurar um amigo e você está feliz ok! Mas se você está triste, você é excluído (Colaborador 9).

Eu acho que tem um problema grande, que, na minha opinião, começa assim com a tristeza, tem um preconceito que é, falando um pouco do efeito *facebook*. Todo mundo quer aparecer feliz ou parecer feliz. (Colaborador 9 – encontro 2).

É saber que felicidade não é tudo aquilo maravilhoso a toda hora, felicidade é você estar bem, fazer um pouco do que você gosta, se não é hoje, é ter sonhos para fazer depois, momentos, mas é tirar essa coisa de felicidade que tem que ser aquela coisa assim ... maravilhosa (Colaborador 4).

A não validação das doenças mentais pelas pessoas, pelas empresas e pela sociedade é fruto do preconceito, do mito e do tabu, como se a pessoa pudesse ter a escolha de evitar a doença por meio de, por exemplo, ter ânimo ou ter coisas para fazer. Os sintomas dessas doenças são geralmente confundidos com falta de atitude ou reação.

A doença mental ela não é validada, mas é por causa do preconceito, é um mito, é o tabu. A pessoa pode ter qualquer doença que ela não escolheu, ‘ah, mas a saúde emocional? Não, você pode evitar, né? É falta do que fazer né?! É falta do que se animar’ (Colaborador 6).

Há uma crença que o suicídio não é um tema como outro qualquer, dos quais se pode falar livremente, mas como outros assuntos que já foram tabus e hoje é possível falar, também pode ocorrer com o suicídio, “é um assunto que você não vai ficar falando, não é um tema como outro qualquer” (Colaborador 1).

A dificuldade de falar sobre o assunto em diversos núcleos e a condenação da igreja, que coloca o suicídio como pecado, foram conceitos refletidos em relação onde o tabu começa. Os colaboradores consideraram que o tabu começa em todos os lugares, o que torna difícil o seu entendimento e demonstra a amplitude da proibição de falar sobre um assunto.

Na família, quando na tentativa de proteger o seu núcleo, os pais evitar [*sic*] comentar sobre o assunto. Geralmente, assuntos de suicídio e morte são proibidos nas discussões familiares. Nos nossos grupos sociais quando não se permite falar sobre suicídio, porque é assunto pesado e normalmente as pessoas consideram que naquele grupo não tem ninguém com ideação suicida. Na igreja, quando condena a pessoa com comportamento suicídio ao pecado mortal (Colaborador 1).

O mito de que não devemos falar sobre algo ou sobre um dado evento para não atraí-lo foi destacado como explicação para impedir essa fala, o que na verdade é um dos significados do tabu. A ideia de que não falar sobre algo seria de alguma forma não legitimar sua existência. Um dos colaboradores traz a visão de que “com a crença de que falar no assunto relacionado à morte, suicídio ou doenças, ‘atraem’ o fato. Evitar falar no assunto é como se fosse uma forma de evitar que isso exista ou aconteça” (Colaborador 9).

Quando a sociedade tem a postura de que problemas longe dos meus não me interessam, como no caso da legalização do aborto, quando não consegue colocar-se no lugar do outro e imaginar seu sofrimento, a partir disso, inferimos que há uma necessidade de conscientização das pessoas para depois alterar a visão delas sobre o tema e conseqüentemente influenciar nas decisões e ações de auxílio.

O pessoal sempre tem essa mania né? Só porque é dos outros, dos outros não quer nem saber. Não sou favor do aborto, mas há muito tempo atrás teve uma pesquisa para liberar o aborto no Brasil, aí chegaram a seguinte conclusão da pesquisa, que jamais seria liberado no Brasil, por quê? Porque só a mulher quer fazer aborto, o homem não quer, então não é problema do homem. Se você pensar como o suicídio, aí o que acontece? Estava lá na faixa etária, quem tem menos de 15 anos não ia engravidar naquela época, é bem antiga a pesquisa, então ela é contra porque também não ia engravidar. E quem tinha mais de 40 e estava entrando na menopausa, das mulheres, também são contra porque elas não passariam pelo problema. Então, só quem votaria a favor seriam de 18 a 40 anos, portanto nunca foi aprovado. Eles pouco ligam para o problema dos outros (Colaborador 5).

Conforme os colaboradores, sendo um problema do outro e não me atingindo, não interajo com ele, essa situação pode ser observada em conversas, revisão e aprovação de leis e engajamento ou julgamento nas redes sociais.

É o caso do, quando você vai na [sic] página do seu amigo, que quer te dar algo da prevenção de mama, né? Aquele negócio de mamas ou então de drogas, não é só para quem está viciado, é também para quem [não tem esses problemas], então é para ser uma coisa no geral (Colaborador 1).

Outro fator citado que colabora para reforçar o tabu é a educação emocional pobre, referência à falta de educação emocional na sociedade, nas escolas e nas famílias, relacionando com a utopia de uma vida sem tristezas. Segundo os colaboradores, se as crianças não forem educadas para perceberem que existem diversos tipos de sentimentos, identificarem sentimentos alegres, tristes e saberem o que fazer com eles, elas podem crescer com a visão de que a tristeza é errada e a depressão é “frescura”.

Isso que você falou de tem sentimentos que a gente não sabe nem nomear e acho que a gente tem uma educação emocional muito pobre de forma geral e acho que isso está na causa do tabu ... então a dificuldade, por exemplo, eu encontro amigos e às vezes a pessoa está passando uma angústia grande, mas ela não consegue falar, ela não foi educada, eu também não fui, então eu estou fazendo esse exercício. (Colaborador 9)

A última subcategoria é **as consequências do tabu**, que tem relação com os comportamentos que as pessoas têm influenciadas pelo tabu como o julgamento, o preconceito, o não falar, um assunto proibido, estigma, afastamento, exclusão e os mitos.

Julgamento foi citado em diversos momentos do grupo pelo fato das pessoas emitirem julgamentos sobre o suicídio e sobre todas as pessoas envolvidas nele, seja por meio do suicídio de alguém próximo, de alguém que não conhecem muito ou em casos com grande repercussão na mídia, como o voo 9525 da *Germanwings*, no qual o copiloto trancou-se na cabine, lançando o avião em direção a uma montanha, matando as cento e cinquenta pessoas que estavam a bordo.

Porque eu nem sei se eu não tivesse passado por isso, eu teria falado isso, mas eu ouvi muitas pessoas falarem assim: ‘Se queria fazer isso, por que não fez sozinho em casa? Por que tinha que levar tantas pessoas inocentes e tal?’ De repente você sabe que está errado, mas eu acho que é [pausa] A gente estava tão machucado que a gente começava até a entender, a dor deles é maior que a minha (Colaborador 4).

Alguns colaboradores também se sentiram *julgados por psiquiatras*, quando eles buscavam respostas simples ou faziam perguntas com tom de julgamento, como aquelas que buscam saber se a pessoa tinha ou não percebido a intenção suicida antes do ato, sentida pelos colaboradores como uma maneira de julgar os familiares ou a pessoa que morreu, “o psiquiatra perguntou para mim a primeira coisa ‘a amante?’” (Colaborador 3).

O preconceito foi sentido por todos os colaboradores em algum momento de seu processo de luto, expressando desde a forma como as pessoas interagem, os comentários que fazem sobre o suicídio, a busca por um culpado, as dificuldades em falar e discutir o assunto, as brincadeiras com o tema e o distanciamento.

E quem passou também eu vejo que é muito dolorido falar então, por ter um preconceito também, por ser uma coisa que parece que as pessoas querem achar um culpado, querem achar um motivo, tem que ter uma razão né? Então quanto mais você fala, mais vão te cutucar, mais vão te machucar, mais vão né? Às vezes sem querer mesmo né? Mas acabam te deixando mal (Colaborador 11).

Os comentários preconceituosos feitos quando uma foto de um suicídio é postada e rapidamente espalhada nas redes sociais também revelam o preconceito velado que o tema suscita.

A *internet* mesmo a gente vê, pessoas que se suicidam, o funcionário chega mais cedo na empresa, vê, tira foto, posta e daqui a pouco aquilo se espalha de uma tal maneira e todo mundo vê, então eu vejo que o problema é a questão do tabu, é o preconceito né?! (Colaborador 6).

O preconceito e o tabu estão carregados de mitos, fato que observamos entre os colaboradores, que tem medo de despertar a curiosidade ou incentivar um adolescente a matar-se, se tocarem no assunto da forma “errada”. O mito do “se falar pode fazer que alguém faça” apareceu em diversos momentos no grupo, o que demonstra que, mesmo entre os colaboradores, é o mito que gera mais receio e que tem como consequência não trazer o assunto à tona.

Outro mito citado é relacionado com a crença de “quem fala não faz”. Isso foi demonstrado pelas reações dos colegas de trabalho de uma das colaboradoras.

‘Nossa, você viu o formulário da semana da saúde que perguntaram se você tem vontade de se matar? Isso é pergunta? Se acha que alguém vai falar que tem vontade? Tipo, sabe?’. Eles ficaram surpresos de num formulário estar escrito fazendo essa pergunta. E então falaram: ‘Duvido que alguém vai escrever que tipo, sim’ (Colaborador 10).

O estigma, que é precursor do preconceito e se origina no tabu, influencia campanhas e impede que as pessoas abordem o assunto de maneira natural. A sociedade não está preparada para ouvir sobre o suicídio sem estigmatizar.

Eu acho que assim, muitas campanhas esbarram no estigma, porque falar sobre o assunto, eu acredito, isso eu percebi, assim né? que a pessoa que toca no assunto, ela sofre um preconceito de falar a respeito disso. É diferente, por exemplo, sei lá, falar de infarto, doença do coração. Se você estiver numa roda de amigos, como você falou, você pode trazer esse assunto e não vai ter preconceito. Ah! eu estou indo em numa academia, agora se você entra no tema do suicídio a pessoa: ‘Não, mas você está pensando [pausa] e aí você [pausa] existe um estigma que atrapalha (Colaborador 9).

Uma das consequências do estigma é o afastamento das pessoas daquelas que falam sobre suicídio ou das que tem vontade de matar-se. Os colaboradores sentiram falta de apoio e da ajuda de amigos e de familiares por conta do afastamento, “toda vez que a gente fala de suicídio ou morte, existe na nossa cultura, em particular, um tabu grande. Então gera uma rejeição, gera um afastamento” (Colaborador 9). Esse estigma também é percebido em conversas, quando pessoas têm reações negativas ao ouvir falar sobre suicídio

O fato das pessoas não entenderem os diversos fatores que podem influenciar alguém a pensar em suicídio e a visão de que é necessário haver transtorno mental severo para que ocorra, é outro fator gerador de afastamento, pelo preconceito associado aos transtornos mentais, o que nos leva ao próximo conceito, a exclusão.

Destacamos a exclusão de indivíduos com depressão e outros transtornos mentais do convívio social, o que pode agravar uma situação que já é difícil e que gerou debate entre os colaboradores do quanto atualmente existe uma postura de utilitarismo em relação às outras pessoas. Para eles, o utilitarismo refere-se a: “se ela me serve, tudo bem, mas se tem problemas, não serve” (Colaborador 7). Outro fato citado foi que as pessoas precisam sorrir sempre para que sejam aceitas pelas outras, expressões de tristeza não são bem-vindas.

É utilitarismo. Na verdade, a pessoa está vendo um mundo à parte de si mesmo e as pessoas ao seu redor, elas apenas estão a serviço dos seus próprios interesses. Há aquelas que servem e aquelas que não servem. Isso é utilitarismo. Não existe amor. Não existe (Colaborador 7).

Dessa maneira, percebemos que o suicídio, mesmo que já seja mais falado atualmente, em muitos momentos e em muitos locais ainda é assunto proibido na sociedade. Esta proibição teve sua origem antes da bíblia, sendo isso, conforme um dos colaboradores, que contribuiu para que o problema tornasse uma epidemia.

O ato suicida também era proibido e gerava grandes consequências para as famílias. “A família era excretada da sociedade. Toda a família daquele que suicidou-se [*sic*]. Não existia, era um disparate” (Colaborador 5).

Na nossa época o suicídio era um ... a família não comentava. Todo mundo escondia, todo mundo guardava aquilo, desaparecia e ninguém sabia nem o que aconteceu. Era proibido falar suicídio ... era terminantemente proibido ... não podia comentar em casa que o vizinho se suicidou, meu pai vinha e me dava uma surra (Colaborador 5).

Esta proibição levou a um não falar, sendo a forma como as pessoas reagiram e que se protegeram do preconceito, tabu e estigma. Quanto mais as pessoas calam e guardam essas vivências, mais pode colaborar para a perpetuação dessa condição de não falar.

Ainda é um assunto pouco discutido e muitas vezes evitado até por pessoas que passaram por situação de suicídio na família. Muitas pessoas têm vergonha de ter tentado ou mesmo de ter alguém na família que fez tentativa ou morreu por suicídio. Geralmente o assunto fica velado, por temer o estigma, o julgamento, enfim, o preconceito da sociedade (Colaborador 1).

Para os colaboradores, mesmo com os meios de comunicação falando mais sobre o suicídio atualmente, esse fato ainda não tem a repercussão necessária para que as pessoas debatam mais sobre o assunto. Se as pessoas comunicassem mais, provavelmente descobririam que o suicídio é mais comum que se imagina.

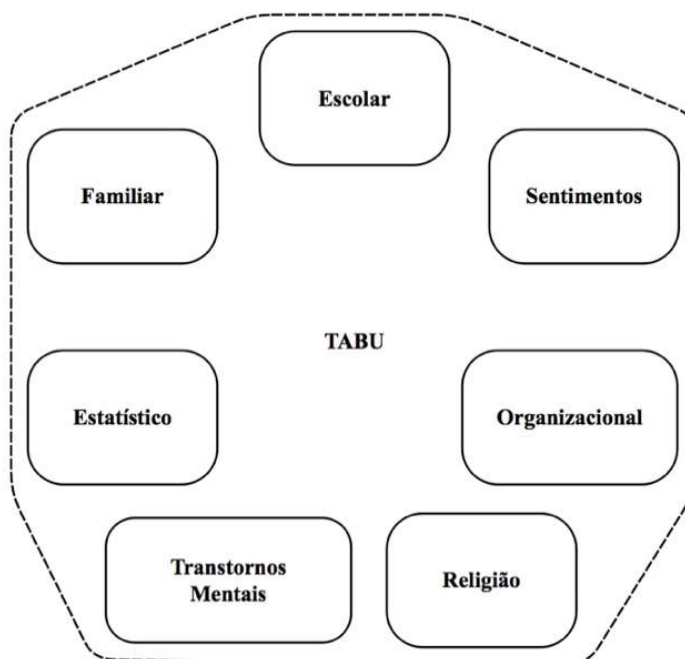
Eu acho que de fato é essa questão de você ter os meios de comunicação falando mais, eu acho que as pessoas se comunicando mais e de repente descobrindo que elas têm mais em comum porque aquela coisa acho que quase todo mundo tem de alguma forma é alguém no seu ciclo que já passou por isso. Mas não comunica, não fala (Colaborador 8).

Outra dimensão dessa falta de comunicação, inclui não falar sobre coisas difíceis do cotidiano: tristezas, angústias, etc. que podem ser fatores que influenciam alguém a pensar na morte. Dessa maneira, não nos referimos somente ao falar sobre o suicídio em si, mas de vários outros assuntos, dificultando a comunicação entre as pessoas próximas de tópicos que precisam ser ventilados.

Mas quando a pessoa tem algo, que ela não sente à vontade de falar com alguém da família, com amigo, com marido, com esposa, com filhos, com os pais, isso é o que vai acumulando, aí chega num ponto que a pessoa chega a tirar a própria vida (Colaborador 9).

Assim, conforme mostra o diagrama abaixo, podemos ver que o tabu permeia e manifesta-se nas esferas: escolar, familiar, organizacional, estatística, religiosa, psiquiátrica e psicológica, suas consequências podem ser vistas na sociedade e individualmente, e influenciam como nos relacionamos com o suicídio atualmente.

Diagrama 2: Esferas do Tabu

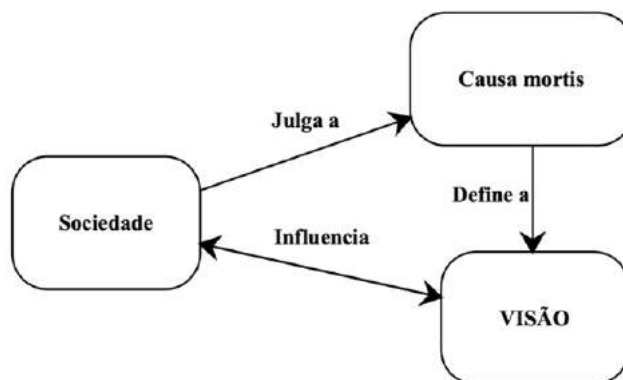


Fonte: produção do próprio autor (2018)

5.1.2 - Visão

Essa categoria tem relação em como as pessoas veem e compreendem o suicídio. Embora as duas categorias complementem-se, a VISÃO é diferente do TABU, pois traz outras perspectivas e contém as subcategorias **sociedade** e **causa mortis**. Conforme o diagrama abaixo, podemos observar que a sociedade julga a *causa mortis*, que define a visão, que influencia e é influenciada pela sociedade.

Diagrama 3: Categoria Visão



Fonte: produção do próprio autor (2018)

A categoria VISÃO é composta pelas categorias **Sociedade** e **Causa Mortis**, conforme vemos abaixo:

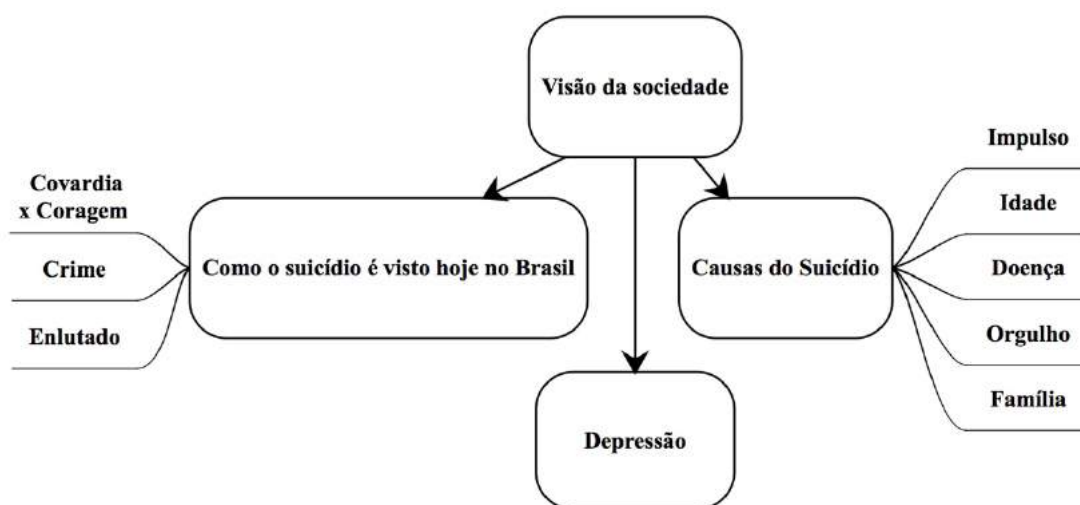
Tabela 8: Conceitos e subcategorias da Visão

Conceitos		Subcategoria	Categoria
Visão do suicídio hoje no Brasil	Causas do suicídio Depressão	Sociedade	Visão
Visão infantil	Curiosidade mórbida	<i>Causa Mortis</i>	

Fonte: produção do próprio autor (2018)

A **sociedade** aponta como o suicídio é visto hoje no Brasil, e as causas que procura para explicar um suicídio e a sua visão da depressão.

Diagrama 4: Visão da sociedade



Fonte: produção do próprio autor (2018)

A visão do suicídio hoje no Brasil foi discutida pelos colaboradores por meio dos conceitos de *covardia x coragem*, *suicídio como crime* e como deve se comportar um *enlutado* pelo suicídio.

Para os colaboradores, no Brasil o suicídio ainda é *visto e tratado como crime*, questão que coloca aquele que se mata como criminoso, os familiares e os amigos como cúmplices. Os desdobramentos dessa visão influenciam diretamente o tratamento para aqueles que tentam, que se mataram e aqueles que ficam. A análise da forma como o tratamento policial ocorre será abordada na categoria burocracia, mais adiante.

Mas acho que o grande problema disso que eu vejo é que a questão de que o suicídio é que ele ainda é uma espécie de um crime ... E eu acho que todo esse problema também por ser um crime, é acaba tornando isso um tabu ainda maior. Piora o tratamento das pessoas que precisam de ajuda. (Colaborador 8)

A relação *covardia e coragem* revela uma das visões mais comuns relacionadas a quem se mata, aliando-se à questão do pecado em algumas religiões. Para os enlutados é comum ouvir pessoas falarem que o suicídio é coisa de pessoa fraca ou ficarem debatendo se o suicídio é ato de fraqueza ou de coragem. “Isso que você comentou, né? que quem se suicida é covarde, é o que eu ouvi” (Colaborador 9). A partir dessa visão simplista, a dor de quem morreu e de quem ficou é ignorada e a visão do todo no espectro do comportamento suicida fica distorcida.

Uma das colaboradoras, após ouvir muitas vezes esses comentários, diz que já está preparada para “rebater”, ou seja, precisa proteger-se do que escuta. Se pensarmos em pessoas extremamente fragilizadas após o suicídio de alguém amado, ouvir que é um ato de fraqueza ou de coragem chega a ser cruel, porém reflete a visão da sociedade com relação a quem comete suicídio, a inabilidade de lidar com alguém em luto, e às necessidades de respostas, “matou-se porque era fraco”.

Há uma expectativa da sociedade que em pouco tempo a pessoa “esteja bem e produtiva, sendo que não tem como” (Colaborador 11) e as consequências de expressar o luto, diferentemente do que é esperado pela sociedade, podem manifestar-se como insensibilidade ao seu sofrimento, cobrança de como deve se portar, podendo chegar até a demissão do trabalho.

Outro problema identificado pelos colaboradores foi a busca pelas causas do suicídio, por um culpado ou algo que possa explicar o ocorrido, geralmente de forma simplista.

A princípio, os colaboradores relacionaram essa busca pelas causas como um problema da sociedade, porém o próprio grupo, em alguns momentos caiu na tentação de explicar o que o houve com as pessoas que eles perderam pelo suicídio, a partir da visão de uma causa única.

Eles mesmos buscam explicações para o que acontece, sendo que em muitos momentos tentam descobrir qual foi a razão, mesmo sabendo que talvez nunca encontrem a resposta correta.

As causas mais comuns para o suicídio vistas pela sociedade e pelo grupo focal foram: *impulso, doença, família e orgulho*.

Um ponto que chama nossa atenção é o fato do grupo focal rejeitar a visão baseada nas causas, porém um tempo depois questionar-se sobre o papel ou “culpa” da *família* em um dos casos comentados. Assim, às vezes, também colocam a família como causa, o que eles como familiares posicionam-se contrários em muitos momentos. Sobre o *impulso*, falam

Apesar [de] que tem suicídios que não é por depressão e sim, por exemplo, por *impulso*. Aquele rapaz de 23 anos que se atirou lá do Fórum da Barra Funda, tinha acabado de sair da audiência, a audiência não foi sido favorável para ele e em seguida ele se atirou. Foi impulso. Não planejado (Colaborador 9).

O grupo discute sobre o suicídio, que ocorreu no Fórum da Barra Funda, exemplificando como seus próprios filhos não deram indícios que poderiam cometer o ato ou não falaram sobre pensamentos suicidas que poderiam ter. Pensam que a depressão já estava presente nos seus entes queridos que, pelo fato de existirem planos em curto prazo, estavam seguros, não imaginavam o que estava por vir. À medida que tentam entender o que está ligado ao suicídio, também revisitam o suicídio que viveram.

Entre as causas mais comuns, a *doença* foi citada, porém entre as doenças mentais, a depressão que mais se destaca, pela maioria dos casos estarem relacionados com um transtorno mental, em especial a depressão. “Eu acho que a depressão como doença, que hoje é doença, está lá no CID e tudo mais, eu acho que, nunca escutei de ninguém que se suicidou sem depressão ... Talvez ninguém notou, ninguém viu, ninguém” (Colaborador 5).

Da mesma maneira que eles questionam o fato de talvez ninguém ter percebido os indícios do suicídio ou que não tomaram as medidas necessárias, “ter depressão não significa que as pessoas mostrem ou que ela tenha sido diagnosticada ou tratada” (Entrevistadora). Os colaboradores relataram que tomaram medidas, mas mesmo assim o suicídio ocorreu, ou seja, mesmo com providências nem sempre o suicídio é evitado.

A depressão pode ser uma doença silenciosa, de difícil diagnóstico e tratamento. Apresentaremos mais dados sobre depressão na próxima subcategoria, pois, neste estudo, a depressão é vista como um dos fatores do suicídio e também tem relação na forma como a sociedade enxerga.

O grupo tece uma teia de significados e de causas que os ajude a entender o que aconteceu. Percebem que existem fatores que influenciam o ato, querendo saber quais foram os fatores principais para aquela pessoa tomar a decisão de tirar sua própria vida. Buscar alguma explicação é importante para a família e um "alívio" para a sociedade, pois é mais fácil lidar com explicações, mesmo que simplistas, que com o não saber.

O *orgulho* foi citado pelo grupo focal e talvez seja uma das visões sobre o suicídio mais comuns no imaginário popular juntamente com covardia e coragem. Para eles, o suicídio por orgulho era comum antigamente, principalmente pelo peso que o julgamento da sociedade exercia nas pessoas. Portanto, conforme a visão dos colaboradores, o orgulho, pode ser um dos fatores principais quando pensamos em suicídio de idosos, que tinham o orgulho e a honra como valores mais fortes que da geração atual.

Há uma percepção do grupo de que hoje há uma banalização dos motivos, como se as pessoas matassem-se “por qualquer coisa”, seja por honra, orgulho ou outras causas, denotando que atualmente há uma menor tolerância à frustração e um aumento da depressão.

A visão de que o suicídio ocorre por causa e efeito leva as pessoas a buscarem essas causas únicas e explica o comportamento de procurar um culpado, como a perda de um emprego ou uma família disfuncional. As buscas pelas causas são geralmente externas, “parece que as pessoas querem achar um culpado, querem achar um motivo, tem que ter uma razão né?” (Colaborador 11). O suicídio tem motivações múltiplas, entre as quais o sofrimento da pessoa, sendo que esses aspectos não são levados em conta, o ato suicida pode parecer absurdo, principalmente pela falta de respostas que gera. O suicídio sempre gera mais perguntas que respostas.

As causas apontadas pela sociedade diferem conforme a *idade*. Para idosos pode haver questionamentos se houve traição, se foi caso de amante, doença grave ou orgulho; para adultos, falência financeira; para jovens, uso de drogas, relacionamentos problemáticos ou culpa da família. Uma "forma pronta" de ver a situação, conforme a visão dos colaboradores.

Com relação a quem faz essas perguntas sobre as causas, percebemos que elas originam-se das mais diversas fontes: familiares, amigos, conhecidos, mídia, colegas e até por psiquiatras, que *a priori* deveriam saber que os fatores envolvidos com o suicídio são múltiplos, além de tomar cuidados a não fazer perguntas que podem constranger ainda mais o familiar como, por exemplo, se havia amante.

Notamos que existe uma busca por parte dos sobreviventes enlutados em preservar a imagem daquele que faleceu para a sociedade, não querem que se mantenham estereótipos ou julgamentos. Uma das colaboradoras fez questão de provar para a família por meio do laudo

toxicológico feito na autópsia, que o filho não era usuário de drogas, para que não tivessem uma imagem “errada” sobre ele.

A depressão foi colocada numa subcategoria separada de causas do suicídio, pois apresenta dimensões que vão além de ser uma das causas apontadas para o suicídio. O fato de ser incluída como subcategoria e não como uma categoria principal objetivou mostrar a depressão como uma das facetas relacionadas ao autoextermínio e não como a única ou mais importante delas. Esse é um ponto que esse estudo procura refletir, ao apontar a depressão como um fator e não como o único.

Mesmo que hoje a depressão seja vista como um dos fatores mais relacionados ao suicídio, a visão que a sociedade tem da depressão nos faz pensar em como isso afeta quem sofre da doença e conseqüentemente quem morre por suicídio.

De uma maneira limitante, a sociedade vê a pessoa com depressão como alguém que não teve capacidade de mudar a sua vida e seus pensamentos para um modo mais positivo, deixando a doença acontecer, isso quando a sociedade consegue ver a depressão como doença e não como escolha, "frescura" ou forma de enganar o outro para livrar-se de responsabilidades, como trabalhar, por exemplo. Uma das colaboradoras sente que quando fala para os outros que o filho se matou porque tinha depressão, os outros aceitam essa explicação por pena dela, pois eles acreditam que é melhor ela ser enganada pensando que foi depressão e não uso de drogas ou ter se metido em um relacionamento complicado, como pensam.

“O preconceito, o tabu é tão violento que para pessoa aceitar que ela tem a (*sic*) depressão, ‘Ah, como é que eu vou me intitular de fraco, né? Vou ter que assumir que eu sou fraco, que eu sou preguiçoso, que eu sou covarde ... que eu sou’” (Colaborador 2). O tabu fica presente na forma de ver, de lidar e de entender a depressão e suas conseqüências, que pode ser desde a pessoa não procurar ajuda, não querer ter um diagnóstico de depressão, não fazer o tratamento, até ouvir piadas e lidar com desconfianças que quer enganar os outros.

As coisas têm que ter motivo, eu acho que é essa coisa de todo mundo tentar encaixar um pouco um conjunto de respostas, e disso ser visto assim, como as pessoas não entendem, elas têm que trabalhar com esse repertório que elas têm, que é limitado e fica encaixando dentro dessa, dessa lista de coisas o que elas acham ... É isso, então [pausa] se aconteceu com você, se aconteceu com a sua família é porque vocês têm problemas (Colaborador 8).

Segundo os colaboradores, as pessoas buscam justificativas, motivos e não conseguem entender a depressão. As pessoas com depressão também são influenciadas por essa visão, procuram motivos do por quê têm a doença. Muitas pessoas que cometem o suicídio não

entendem a causa de sentirem-se tão mal, afinal tem uma família boa, não tem problemas financeiros, tem amigos, como se todos esses fatores fossem uma “vacina” que imunizasse à depressão. Ainda existem muitas dúvidas e incertezas em relação às causas, sintomas e tratamentos para a depressão.

Além da doença, algumas pessoas com depressão precisaram lidar também com um afastamento dos amigos, que por não entenderem o tema, a excluía por acharem que ela tinha uma "energia" ruim. Isso nos levou a pensar em dois conceitos: o afastamento da sociedade de quem não está feliz e as dificuldades de lidar com alguém com depressão.

Mas eu não sei, porque eu lido com uma pessoa que tem depressão, a [nome de uma pessoa] e é muito difícil para gente tentar penetrar naquele mundo, é inabitável. Por mais que você queira ajudar, a pessoa se recusa, a pessoa não quer ajuda, a pessoa te dá pistas de que está bem, e de repente de que está mal. Aí você diz: ‘Você não está bem?’ aí ela fala: ‘Mas agora eu estou bem, você é quem está querendo que eu fique mal’. É muito difícil. É um universo que eu desconheço gente, não dá para habitar. Por mais que você queira, você fala: ‘E agora, o que eu faço?’. Eu me sinto de mãos atadas. É [pausa] A energia dela é difícil? É, porque eu não consigo compreendê-la (Colaborador 2).

A dificuldade de lidar com alguém com depressão não é só da sociedade, é também das pessoas próximas, que não sabem como ajudar e ficam sem entender o que fazer, pois é difícil lidar com alguém com depressão. Portanto, a partir da visão dos colaboradores, podemos pensar que há dificuldades relacionadas a uma falta de entendimento da depressão como doença pela sociedade; como fazer o manejo por quem está próximo, ou seja, como ajudar alguém com depressão; da própria pessoa que não consegue entender os "motivos" que a levaram a ter depressão e não sabe onde e como receber ajuda.

A subcategoria *causa mortis* tem relação com a forma como a sociedade reage ao lidar com a morte por suicídio, o que é diferente da experiência pessoal de falar para alguém sobre a morte por suicídio, questão que será tratada na categoria comunicação pessoal.

Dois conceitos serão discutidos a seguir, a *visão infantil* e a *curiosidade mórbida*, por serem aspectos levantados nos grupos.

A *visão infantil* é decorrente da experiência de uma colaboradora, mostrando como crianças podem lidar naturalmente com o assunto e como a reação da sociedade pode moldar a forma como a criança entende, pensa e fala sobre suicídio com outras pessoas, mesmo que tenha liberdade para falar do assunto em casa.

Me lembro a primeira vez que eu falei alguma coisa sobre isso com alguém, eu devia ter uns 13/14 anos porque a esposa do meu tio tinha acabado de se suicidar [pausa] eu tinha é uns 12 anos quando ela fez isso. Ela era nova tal,

mas eu falei assim como se fosse a mesma coisa que ela tivesse morrido do coração e aí me arregalaram o olho assim e eu fiquei: ‘Ué, mas [pausa] Porque era um assunto que em casa, assim, um lado da família falava o outro não [pausa] mas porque a minha mãe também tinha tido uma tia que tinha se suicidado. Então, era uma coisa que se falava de certa forma à mesa, né? Mas eu me lembro desse, desse choque das pessoas. E eu não falava para chocar. Eu falava porque sei lá, na minha cabeça era uma forma de morrer. Era uma forma de morrer. Era uma forma de morrer e a gente conversava sobre isso. Sempre se conversou sobre isso, em casa (Colaboradora 8).

Segundo a experiência dessa colaboradora, ela aprendeu que em casa poderia falar sobre suicídio, mas na rua não. Então mesmo que em parte da família haja abertura para falar o tema, o tabu está presente em outra parte da família e na sociedade, que ainda não sabe como lidar quando recebe uma comunicação de que houve morte por suicídio.

Em *curiosidade mórbida* podemos perceber que, além da busca de uma causa e de um culpado, como citamos anteriormente, há uma curiosidade sobre a forma da morte, detalhes sobre o corpo, velório, caixão. Essa curiosidade é percebida pelos enlutados, quando começam a contar que a morte foi por suicídio e começam a proteger-se de quem, como e onde falar, identificando quais são as pessoas, que realmente querem oferecer ajuda para eles e quais são as perguntas que aparecem como resultado de uma curiosidade a respeito do formato dessa morte.

Eu ‘sinto muito’ das pessoas, elas querem saber, quando você conta uma coisa, a curiosidade não é assim em: A) ter ajudado, como poderia ter ajudado, como ajudar o outro [pausa] eles querem saber como foi, como foi encontrado, o que aconteceu? Eu sinto muito! Ainda as pessoas querem [pausa] A abordagem era: ‘Bom, mas como foi? Mas, como era? Como estava?’ É horrível, assim. ‘O caixão foi aberto ou fechado?’ (Colaborador 4).

É, então, após experiências como estas que os sobreviventes enlutados aprendem, a partir da tentativa/erro, como falar ou não falar sobre esse suicídio. O grupo traz a vivência de que a maioria das pessoas pergunta do que aquela pessoa morreu e ao depararem-se com a resposta de que foi por suicídio, apresentam diversas reações, não se contém, realizam um interrogatório e depois emitem suas opiniões sobre o porquê acham que o suicídio ocorreu.

Outra dimensão da *causa mortis*, apontada pelo grupo focal, é o suicídio como espetáculo, quando se torna um entretenimento mórbido, das pessoas que ficam olhando alguém que ameaça matar-se e, às vezes, até gritam para que a pessoa faça logo, para postar fotos e vídeos na *internet* com os corpos de pessoas que morreram por suicídio.

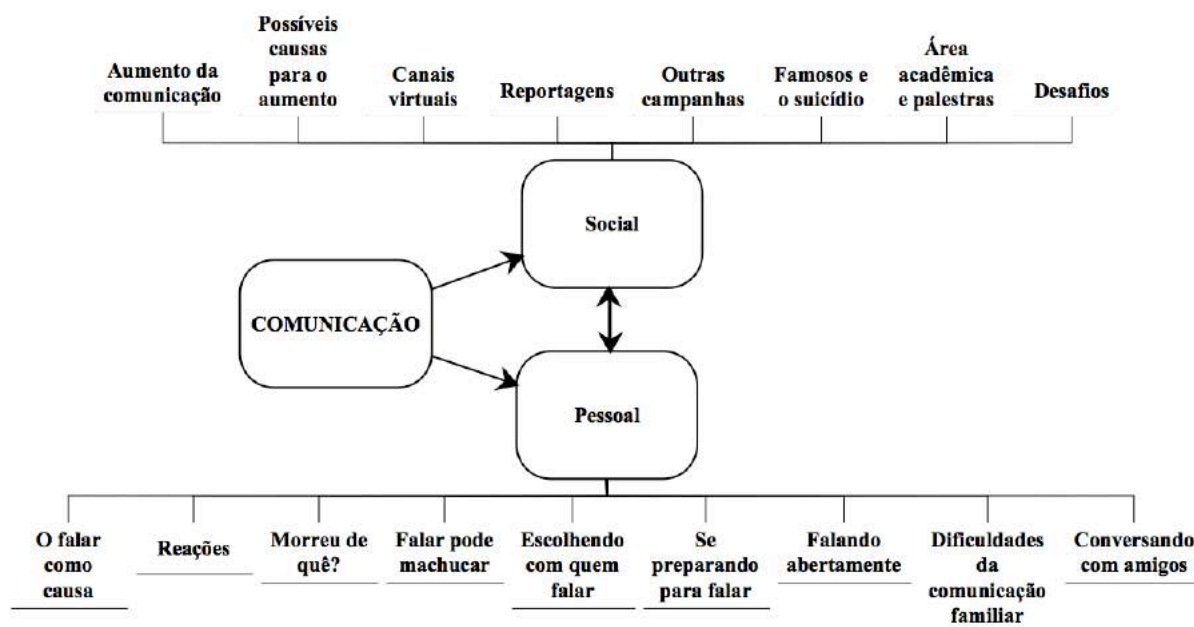
5.1.3 Comunicação

A categoria COMUNICAÇÃO refere-se à forma como o suicídio é informado, falado, dito ou não dito e suas implicações. Essa categoria foi dividida em **social**, quando a informação é recebida, muitas vezes por meio da mídia e em **peçoal**, que se refere às facetas individuais e ativas, envolvendo falar sobre o suicídio. A princípio a categoria pessoal era “o falar”, mas foi alterada para pessoal por referir-se às ações e às interações decorrentes do ato de comunicação pessoal sobre aquela morte, seja para muitas ou poucas pessoas.

Foi uma das categorias com mais codificações (seiscentas e setenta e seis), isso mostra que uma das grandes formas de aumentar a consciência pública relaciona-se com a comunicação, sendo que a importância dada a esse tema pelos colaboradores demonstra esta relação.

No diagrama abaixo podemos ver como a categoria relaciona-se com as subcategorias e conceitos:

Diagrama 5: Comunicação



Fonte: produção do próprio autor (2018)

A subcategoria **social** trata do aumento da comunicação sobre o tema suicídio e quais são as possíveis causas para esse aumento. Ao pensarmos nessas causas, podemos ter orientações sobre como aumentar a consciência pública. Os canais virtuais, as reportagens, os famosos e o suicídio, a área acadêmica também foram apontados como fatores importantes para

que ocorra essa comunicação. Trataremos também sobre o que se pode aprender com campanhas diversas, como as do câncer, além dos desafios que temos na área da comunicação.

Foi praticamente unanimidade entre os colaboradores que hoje se fala mais sobre o suicídio, comparado com tempos atrás, como se observa no conceito aumento da comunicação. Eles percebem esse aumento no volume de notícias e nas reportagens em canais de televisão, jornais e revistas. Embora, afirmem que ainda é preciso falar mais, já observaram mudanças.

Isso nos leva a refletir se foi a comunicação que realmente aumentou ou o interesse deles que fez que prestassem mais atenção ao tema, dando a sensação que atualmente falamos mais sobre suicídio. Talvez as duas possibilidades estejam presentes, pois atualmente podemos observar um aumento em séries, reportagens e campanhas sobre o assunto e como eles passaram por um suicídio, é um tema que os interessa.

Sentem como uma vitória o fato do suicídio poder ser falado na mídia, pela percepção que têm do quanto esse fato é importante para eles e para a sociedade.

“Sim, mas mesmo que você não vá procurar a informação chega até você através do jornal, imprensa, televisão. As informações estão chegando sem você procurar. Isso eu acho muito importante” (Colaborador 3). Eles percebem que hoje é possível ligar a televisão e ser surpreendido com reportagens sobre suicídio, significando que essa informação está sendo passada, o que antes não ocorria, segundo a experiência dos colaboradores. Relatam que perceberam esse aumento de comunicação na mídia, na sociedade, em palestras de suporte e em algumas empresas, em pequenos e grandes grupos.

Os participantes debateram se há horários em que os canais de televisão são proibidos de tocar no assunto suicídio, porém as experiências pessoais mostram que o tema tem sido abordado em diferentes grades e canais, em diversos horários. Um dos colaboradores conta que alguns programas chegaram a gravar matérias sobre suicídio com ele, mas essas não foram ao ar. Podemos perceber que há um interesse crescente sobre o tema, embora em alguns casos, mesmo com o programa pronto, ainda há um controle sobre o que falar, geralmente pela cúpula das emissoras, como foi o caso com esse colaborador. O repórter percebe a importância, faz a entrevista, mas depois a notícia é vetada. Não conhecemos os porquês de cada veto, mas podemos supor que é pelo fato do tema ser tabu para muitas pessoas.

Outros colaboradores consideram que não houve aumento de comunicação, houve sim aumento da informação, ou seja, podemos até ter mais reportagens hoje, mas não significa que pessoas consigam falar mais, ter diálogos abertos sobre o assunto.

Um colaborador sente a necessidade de que fossem propostos mais grupos focais como esse para o doutorado, pois tem a sensação de que são poucas pessoas debatendo o tema,

incluindo os sobreviventes, vê nesse debate um potencial multiplicador, pois se cada um do grupo sair sensibilizado com a conversa e fizer alguma ação/divulgação, o efeito será de atingir cada vez mais pessoas.

Outra questão discutida foi a da mídia incluir os sobreviventes enlutados em suas reportagens, programas e séries, o que também não acontecia. Um dos colaboradores relata vários programas, matérias e reportagens nas quais participou. Acha importante que as pessoas saiam do anonimato como ele fez a fim de mostrar a sociedade o rosto e a dor dos que ficam, pois acredita que esse fato tem um potencial transformador.

Se houve um aumento, é necessário observar quais foram as possíveis causas para o aumento da comunicação.

Para os colaboradores 4 e 1, o suicídio e a depressão atualmente são assuntos que estão na “moda”, o que faz que a comunicação seja maior, eles não apontaram o porquê exatamente acham isso. A repercussão das séries de televisão e das notícias frequentes sobre a Baleia Azul talvez sejam parte da explicação.

Há também uma sensação de que as pessoas tendem a falar mais sobre os variados “assuntos da moda” (Colaborador 10), que podem ser desde problemas na política como a série dos 13 Porquês sobre suicídio, passando uma sensação de falta de importância e de mobilização com o que é dito. Discute-se os assuntos do momento, mas com qual engajamento, eles se questionam.

Além dessa visão supracitada, os colaboradores refletem que a depressão também entra no mesmo contexto, essa pode ser outra causa para se falar mais sobre esses temas com profundidade, algo que não acontece pela volatilidade da informação. Assim, o fato de falarmos mais sobre depressão atualmente, automaticamente influencia o discurso sobre suicídio.

A série dos 13 Porquês trouxe muitas reações e reflexões manifestadas pelos participantes do grupo focal e na sociedade em geral, reações como choque e impacto nas pessoas, tendo como resultado que elas falassem e refletissem sobre a complexidade do comportamento suicida. “Até que esse seriado me levou a pensar isso, é que muitas vezes dentro da sua casa você não sabe o que está acontecendo com o seu filho, com seu sobrinho, na cabeça deles, né?” (Colaborador 4).

Outra explicação para o aumento da comunicação é que o suicídio está ficando mais frequente, os números têm aumentado, esse fato tem chamado mais atenção. Por essa razão pensamos na importância dos números, na importância de uma estatística correta e sua divulgação.

Uma das colaboradoras afirma que esse aumento de informação não faz ainda que as pessoas tenham empatia com as atingidas por um suicídio. Ela questiona-se o quanto as pessoas compreendem o suicídio como um acontecimento próximo a ela e o quanto conseguem falar no assunto.

E aí eu fico pensando, né? Se, assim, a gente está falando mais porque não sei se tem mais casos ou não e quem passa a entender que isso é uma realidade porque passou [e] consegue falar do assunto. Por que será que a gente tá falando mais ou tem mais casos? E as pessoas entendeu [sic] que vivem isso estão, sabe por que aquilo que eu falei na reunião passada: Pra mim o suicídio só se torna real na sua vida depois que você realmente [pausa] por que se não, acho que é uma coisa [pausa] O que está fazendo com [sic] que as pessoas falem mais? Será que é porque temos mais casos e elas passaram a enxergar isso como putz [sic] acontece ou [pausa] qualquer ser humano consegue falar mais sobre isso (Colaborador 10)."

O aumento da *liberdade de expressão* foi outro conceito trazido pelo grupo como uma das causas do aumento da comunicação. Hoje muitos assuntos foram escancarados pela sociedade, como o sexo, a homossexualidade e a AIDS, por exemplo, existe então uma maior facilidade de abordar questões que antes não eram abordadas. O suicídio é uma delas.

Então eu acho que esse é um assunto também que é difícil, que cada vez mais as pessoas assim não têm mais medo, não tem mais vergonha, assim como alguns outros assuntos difíceis que a gente tem hoje, que as pessoas, por exemplo, levantam bandeira e lutam por certas causas que antes não era uma coisa tão escancarada. Mas eu acho que cada vez mais a gente tem [pausa] te dão mais liberdade, enfim, e não tem mais vergonha, nem medo, nem se sente oprimido por falar de certos temas (Colaborador 10).

A globalização e a facilidade de conexão entre as pessoas e as notícias aceleraram a divulgação, promovendo o acesso a todos os tipos de assuntos e de opiniões em relação a eles. A *liberdade de expressão* facilitou o empoderamento das pessoas para tratar de assuntos, como se antes houvesse mais preconceito que hoje. Isso não é um privilégio de todos os países, conforme lembra uma das colaboradoras, o que pode causar sofrimento nas pessoas pela necessidade de disfarçar e não poder falar abertamente do tema em alguns lugares.

A última faceta das possíveis causas para o aumento da comunicação é o *acesso à informação*, que está relacionado com a facilidade de achar notícias sobre o tema atualmente e por receber informações mesmo sem procurar. O exemplo disso são algumas pessoas que se capacitaram sobre a prevenção do suicídio e oferecem excelentes palestras, mobilizando muita gente, que estão disponíveis nas redes sociais.

A existência e ampliação dos canais virtuais geraram grande impacto na forma e na quantidade de comunicação existente sobre o suicídio, tanto pessoal como social. O uso da

internet possibilitou acesso às informações que antes eram muito mais difíceis de serem conseguidas. Sem dúvida, a prevenção do suicídio foi impactada positiva e negativamente pela chegada dos canais virtuais.

Canais virtuais entrou como uma subcategoria de comunicação por ser mais que uma das possíveis causas que ajudaram a aumentar a comunicação sobre o assunto e tem impactos em diversas dimensões. Os canais virtuais incluem *sites* de busca, acesso aos jornais, às revistas e às notícias, aos grupos de discussão, *blogs*, apoio e uso de redes sociais.

Nos canais virtuais, as redes sociais destacaram-se pela influência que exercem atualmente na comunicação e na vida das pessoas. Percebemos que elas influenciam as pessoas de diversas maneiras, exemplificando:

- Trazem a ilusão de que as outras pessoas têm a vida perfeita, que ninguém tem problemas, mostra uma parte da história fantasiosa da vida das pessoas, mas é vista e encarada como o todo, como se só sentissem felicidade e prazer sempre, isso pode ter grande repercussão em pessoas com depressão e comportamento suicida. Uma das colaboradoras foi demitida quando o chefe julgou o luto dela pelas fotos postadas no *facebook*, como se representassem tudo o que estava vivendo;

É uma obrigação hoje em dia, por conta das redes sociais também isso que a P10 estava falando. Que todo mundo só compartilha momentos bons, comida boa, lugar bom, ninguém compartilha, né P10? A visão do metrô lotado, então eu acho que quem não tem, principalmente os jovens né? eles se sentem muito cobrados e muito ‘poxa, mas todo mundo é feliz menos eu?’, ‘poxa, mas fulano está viajando, o outro está rico, o outro [pausa]’ E ninguém está, a grande verdade, quando você pegar essas pessoas, é que ninguém está. Ninguém leva a vida que compartilha ali, são pouquíssimas pessoas que realmente têm uma vida maravilhosa todos os dias, aliás acho que, não sei quantas, mas não conheço, não conheço, então tem isso também de [que] você não pode falar que está triste, você não pode falar que não está legal, então, se você chorou você é fraco e se você não está bem ... (Colaborador 11).

- O compartilhamento de fotos do ato suicida e de casos de suicídio gera indignação nos colaboradores. Uma colaboradora brigou com a pessoa que postou uma dessas fotos, alegando que aquela pessoa tinha família, que não ela não poderia postar coisas assim;
- Os tipos de postagens que recebem mais curtidas são aquelas que expõem a tragédia pessoal e tem como resposta mensagens de solidariedade. Quando a postagem é sobre prevenção e posvenção do suicídio, com informações mais técnicas a quantidade de curtidas e comentários é menor;

- As redes sociais são um canal de comunicação em grandes proporções, servindo para gerar impacto e divulgar informações, por espalharem a notícia rapidamente e serem utilizados por muitas pessoas;

Então, eu acho que o suicídio, como se torna cada vez mais comum dele acontecer e hoje com as redes [sociais] você consegue ter mais informação, eu acho que isso acaba se espalhando bem mais do que antigamente, então eu acho que acaba, assim como outros assuntos também vindo mais à tona ... e eu acho que isso ajuda bastante porque está tudo muito conectado, as pessoas ficam sabendo de tudo mais rápido, então desse assunto também, assim como outros assuntos que a gente vai descobrindo e vai vendo que existe e aí a sociedade começa a tentar a trabalhar em cima ou, por exemplo, uma doença, tenta achar a cura [pausa] teoricamente (Colaborador 10).

- É possível, por meio das redes sociais, colocar um rosto na tragédia, quando há a postagem de fotos e de fatos da vida da pessoa, que pode favorecer que a sociedade veja a pessoa com todo, com toda a sua história e não somente pelo suicídio. Pode também trazer a realidade e a dor dessa perda para mais pessoas, aproxima o mundo daquele que morreu e dos familiares que ficaram.

A *internet* é uma nova forma de relacionar-se e de comunicar-se, possibilita uma busca ativa e é uma ferramenta, que pode ser usada com objetivo positivo: acolhimento, busca de pares, divulgações, solidariedade; objetivo negativo: julgamentos, estigma, informações sobre meios de cometer o suicídio e compartilhamento de fotos e de vídeos do ato suicida.

Embora isso não tenha sido discutido em grupo, a *internet* chega a muitos lugares que não tem acesso físico a tratamentos e ajuda. Deixa as pessoas livres para contarem suas histórias e acharem apoio, mas pode dar liberdade aos comentários negativos sem consequências legais.

Com relação às *reportagens* a respeito de tema, percebe-se basicamente uma mudança na forma como são elaboradas essas matérias. Algumas críticas foram feitas pelo grupo focal, relacionadas ao fato das *reportagens* não se aprofundarem na dor dos que ficam visto que contêm informações sobre o luto, a morte e o suicídio, mas sem examinar a fundo a dor.

Informações que falam que o suicídio pode ser prevenido em mais de 90% dos casos ou que ele é resultado de falta de carinho e amor acabam produzindo culpa nas pessoas que estavam próximas de quem morreu, como os familiares, apontando que não foram capazes de prevenir o suicídio ou que viraram as costas para quem precisava, que se sentem incompetentes por não terem evitado o ato. Há um risco nesses comentários, embora bem-intencionados, tendo em vista que o suicídio pode ser prevenido em alguns casos, mas não em todos.

As reportagens podem capacitar sobreviventes para lidarem com o comportamento suicida de outros. Os colaboradores citam que buscam uma parte prática nas reportagens, que

ensinam o que pode ser feito para a prevenção de um jeito claro e de fácil entendimento. No entanto, eles lembram de que a maioria das reportagens não proporciona essas explicações, limitando-se em descrever o que aconteceu em vez de incluir orientações práticas para a população.

Quando se trata de suicídios de grande repercussão, como o caso do piloto da *Germanwings*, todos comentaram que consideram a mídia irresponsável pela forma como tratou a questão. Questionaram se isso poderia ser explicado pelo fato do copiloto ter matado outras pessoas, além de ter causado a sua, demonstrando empatia ao pensarem na dor que ele estaria sentindo a fim de cometer tal ato. Obviamente não endossaram aquele comportamento, mas conseguem enxergar além, pelo prisma do sofrimento. Para eles, o copiloto já tinha "desligado", cortado os laços com as pessoas e com a vida antes de cometer o ato suicida.

Uma maneira de aumentarmos a comunicação sobre o suicídio hoje, pode englobar um olhar e análise detalhados para as grandes campanhas que já foram elaboradas para questões como o câncer e a AIDS, que tiveram mais abertura após serem consideradas questões de saúde pública. Assim estaremos *aprendendo com quem veio antes*, ressaltando a importância da prevenção do suicídio como questão de saúde pública.

Antigamente não se pronunciava a palavra câncer, era "aquela doença" e nem se podia apontar onde a pessoa tinha o tumor, pelo risco de contrair a doença, tamanho era o tabu relacionado ao assunto. Hoje as pessoas falam mais abertamente sobre o câncer, o que abre a esperança, como apontaram os colaboradores para que seja feito da mesma maneira com o suicídio.

Outro aspecto, levantado pelo grupo focal, foi a questão de que, após toda essa mudança que houve na visão das pessoas em relação ao câncer, hoje as pessoas oferecem acolhida a quem descobre a doença, têm compaixão, oferecem ajuda pessoal, profissional, com mais cuidados com aquela pessoa que teve o diagnóstico. Denominam as pessoas de lutadores e vencedores. Ao comparar essas diferenças de tratamento, de pessoas com câncer e no caso do suicídio, fica claro que ainda precisamos trabalhar muito para chegar ao mesmo ponto em relação à prevenção do suicídio. Um longo caminho, mas não impossível.

O grupo focal foi unânime ao afirmar que *pessoas famosas* podem causar grande repercussão, positiva ou negativa, na prevenção do suicídio.

Ressaltamos que há no imaginário popular uma visão de que as pessoas famosas têm a vida perfeita e são sempre felizes, pois "teoricamente não têm problema, têm fama" (Colaborador 2). Quando essas pessoas falam de seus problemas abertamente ou quando, por exemplo, o Cazuzza, que assumiu ter AIDS e o Michael Jordan, que era portador do vírus HIV

e falava abertamente sobre isso, trazem relatos que colaboram para que se tornem humanos, saindo do pedestal da fama e aproxima-os das pessoas.

Tomar conhecimento do suicídio de alguém famoso ou saber que eles lidaram com transtornos mentais ou passaram por tratamentos, pode ajudar a discutir o assunto e a perceber que o suicídio pode acontecer com qualquer um, até com aqueles que têm a vida “perfeita”. Ao tornar o assunto público, por ter ocorrido com uma personalidade, fica difícil esconder da mídia e as pessoas fingirem que não estão sabendo de nada, facilitando o contato com o tema. “Quando é uma personalidade, eu acho que torna tão público que fica difícil a gente colocar um véu e fingir que não está sabendo de nada” (Colaborador 2).

Atualmente podemos encontrar alguns famosos que falam sobre o suicídio, como Selena Gomes e André Trigueiro. Pessoas que têm trazido o tema para discussão de forma aberta e acessível.

O grupo focal comentou sobre o suicídio de Santos Dumont ter sido escondido da sociedade, pelo fato da maioria das pessoas não saberem que essa foi a causa da sua morte, “só quem passou por isso sabe” (Colaborador 5). Entretanto, ao fazer uma busca no *Google* com o tema “do que morreu Santos Dumont” aparecem vários *sites* na primeira página de busca, falando que foi por enforcamento, trazendo detalhes do local, horário, entre outras questões. Este fato, mais uma vez, leva-nos à reflexão de que quem passou por um suicídio fica mais atento ao assunto e que a causa da morte de Santos Dumont não está escondida, a informação está disponível para quem procura.

O suicídio do Robin Willians foi o que mais chocou os colaboradores, pois viam nele uma referência de uma pessoa alegre e seus filmes eram "alto astral", apontando mais uma vez que suicídio não tem rosto certo. Há um sentimento de choque por ele ter feito um filme em que seu personagem ter ido buscar sua mulher que se suicida no inferno e ele como pessoa fazer a mesma coisa depois. Ele escancarou o fato de que a imagem que se passa, muitas vezes, é diferente da realidade da pessoa.

A *área acadêmica* e as *palestras* foram citadas por também serem locais onde a comunicação ocorre, de uma maneira diferente da comunicação na mídia. O grupo focal discutiu que atualmente há uma oferta e procura maior por palestras sobre suicídio, diferente do que havia antes. Escolas e universidades têm aberto suas portas para que ocorram comunicações sobre prevenção do suicídio e valorização da vida, principalmente se precisaram lidar com o suicídio de um aluno. Talvez em muitos locais só haja essa abertura quando a diretoria é obrigada a lidar com o assunto pelo aumento do comportamento suicida em alunos.

A periferia tende a ter mais abertura para receber essas palestras, isso pode ser explicado pelo fato da escola ter mais dificuldade de ter ou levar um profissional de fora para falar. Quando há um profissional disponível nessas instituições a receptividade é maior. Se antes havia dificuldade de encontrar escolas que aceitassem receber essas palestras, hoje observamos Instituições que oferecem palestras em escolas duas a três vezes por semana.

A esposa de um dos colaboradores, que é estudante de psicologia, teve a oportunidade de ver duas palestras sobre prevenção do suicídio em apenas quatro meses e em entidades diferentes, o que demonstra o aumento da abertura e da oferta para falar sobre suicídio. Ambas as palestras aconteceram em semanas da psicologia, sendo uma delas em uma universidade federal e a outra em uma particular muito bem-conceituada na região. Isso demonstra que os estudantes já têm mais contato com o tema que tinham antes, quando se interessam, pois ainda não há nada obrigatório em termos de prevenção do suicídio nas grades universitárias da área de psicologia.

A prevenção do suicídio também tem sido trazida para o público por meio das especialidades da psicologia e da psiquiatria, provavelmente porque estas especialidades apresentam uma necessidade maior de falar sobre o assunto, pois percebem o aumento dos casos e lidam diretamente com as pessoas. Buscam que o suicídio e a depressão sejam uma preocupação de saúde pública, assim como o câncer e a AIDS, o que pode facilitar o aumento da comunicação sobre os temas e o desenvolvimento de campanhas periódicas.

Os desafios presentes na comunicação são claramente o tabu e o preconceito, que podem gerar um afastamento de notícias relativas ao suicídio, por se tratar de um evento que pertence à pessoa, que não atinge outros e se não atinge não há necessidade de inteirar-se sobre o assunto.

Piadas sobre o assunto, como aconteceu com a baleia azul e a comparação com a carteira azul (de trabalho) e as havaianas azuis (sandálias com tiras azuis usadas pelos pais para bater nos filhos quando eles não se comportam) acabam afastando mais as pessoas e dificultando que haja uma comunicação significativa nesse sentido.

Eu acho que tem uma distância também muito grande e assim, muito grande mesmo entre as pessoas que são os familiares, as pessoas próximas de alguém que se suicidou da pessoa que tem vontade, de que quer, que pensa no assunto, eu acho que essa distância ela ainda é muito grande, porque a gente está falando, eu acho que está se falando muito disso, mas eu acho que não a um ponto de que ainda dê segurança pra uma pessoa que pensa no assunto, se sentir à vontade, suficientemente à vontade de tratar esse assunto em qualquer situação. Eu acho que é essa a distância que ainda está muito grande. Então, eu acho que, fala-se mais, encontra mais respaldo aí de falar, diminuiu esse tabu, mas ao mesmo tempo isso não tem reflexos pra quem tá pensando. Isso é uma coisa que eu acho que ainda é um tema e a distância é grande (Colaborador 8).

Outro desafio enfrentado é ajudar as pessoas que têm comportamento suicida a sentirem-se seguras e falarem sobre o assunto em várias situações. Uma colaboradora entende que há uma distância muito grande na compreensão sobre o suicídio, a partir da experiência de quem perdeu alguém dessa forma com relação a quem pensa em matar-se. Para ela, mesmo com a diminuição do tabu sobre o assunto, a sociedade ainda não entende e nem ajuda adequadamente quem pensa em cometer tal ato.

A categoria comunicação **pessoal** surgiu a partir da vivência dos colaboradores quando falam sobre a forma da morte do ente querido ou quando conversam com outras pessoas sobre o suicídio. Falar sobre o suicídio, após ter essa experiência, muda a forma de enxergar e de relacionar-se com o mundo, com o outro e com o tema em si. “Nas pessoas mais próximas, não consigo ainda hoje entrar no tema do suicídio sem notar um impacto de estranhamento e desconforto nas pessoas” (Colaborador 9).

Um ponto comum entre os colaboradores é a dificuldade de encontrar pessoas que consigam conversar com eles sobre o assunto, mesmo sendo pessoas próximas. “Na ocasião do setembro amarelo, passado em 2016, eu estava trabalhando como voluntário do CVV. É com tristeza que relato que não encontrei abertura para falar da campanha com ninguém da família e com a maioria dos amigos mais próximos” (Colaborador 9). Se um impeditivo é conseguir começar a falar sobre essa perda, outro maior ainda é achar alguém para ouvir, alguém que consiga escutar e conversar sobre essa morte, sobre o luto e sobre o suicídio.

Mesmo que atualmente tenhamos mais campanhas sobre a prevenção do suicídio e a mídia fale mais sobre o assunto, romper silêncios: íntimo, pessoal, familiar e social ainda pesam como um dos maiores desafios para a prevenção e posvenção.

Morreu de quê? é a pergunta que muitos sobreviventes mais temem e querem fugir, pois é a partir dela que eles precisam decidir se vão falar a verdade ou o que devem responder, então, começam as reações e o lidar com o fato em público e com tudo que vem depois. Ao falarem, o fato consuma-se, cruel, assim, percebemos que muitas pessoas precisam de um tempo e preparo para conversar sobre. O choque inicial é tão grande que, quando a forma da morte não é falada no momento, o segundo passo dessa trajetória consiste em definir para quem, quando e o que falar.

Por um lado, alguns colaboradores contaram a todos logo no início, sendo que hoje não mudaram o posicionamento perante o assunto, por outro, há famílias que precisaram lidar com o segredo e com a questão de quando falar, há famílias que tomam a postura de falar, como uma forma de enfrentamento da sociedade e do tabu. Ainda, há famílias que falam que foi

acidente ou algum problema fulminante, deparando-se com mais uma infinidade de perguntas incessáveis sobre como foi, desde quando e os detalhes mórbidos, que já falamos previamente.

É interessante perceber que nenhum deles se questionaria se o assunto não fosse tabu, se essa forma de morte fosse aceita pela sociedade. As raízes dessa situação estão vinculadas ao tabu da sociedade e à proibição de enterrar os suicidas em “solos sagrados” em conjunto com punições para a família. Dessa forma, podemos dizer que eles ainda sentem as consequências dessas leis, mesmo que elas não existam mais.

No geral, os colaboradores relatam que as pessoas são muito insensíveis ao saberem da morte e “falam qualquer coisa ... as pessoas falam muita bobagem” (Colaborador 8)

Uma das reações comentadas foi que ao ouvirem a forma como a pessoa faleceu, as pessoas começam a contar sobre a morte de outras pessoas, incluindo o funcionário do cartório até pessoas mais próximas, que começam a comparar as situações e a contar mais casos. “Quando eu estou com a minha mãe no cartório pra registrar o óbito, o cara fala assim: ‘Ah, sabe quem morreu também essa semana?’ (Colaborador 8).

Houve uma discussão no grupo se esta reação era igual ou diferente de outros tipos de morte que não eram por suicídio. Não foi uma unanimidade, mas a maioria dos colaboradores relatou que com o suicídio é diferente. A pessoa ao receber a notícia de uma morte como esta tem sim uma reação diferente do que teria com outras. “As pessoas recebem o impacto e começam a botar para fora qualquer coisa e né? não pensa no que está [*sic*] falando” (Colaborador 8). Parte disso pode ser pelo fato das pessoas não saberem o que fazer nessa situação, agregado à insensibilidade, ao julgamento e à curiosidade mórbida. “Eu já vi reações, às vezes a pessoa vai perguntando: ‘ah e tal ... morreu’ e você fala e a pessoa, bum. Fica todo mundo sem ação” (Colaborador 7).

Após saberem que a morte foi por suicídio, algumas pessoas citam o Umbral¹⁶, outras ficam dizendo que quem se mata não tem Deus no coração, estas são reações negativas que provocam impacto nos enlutados, quando ouvem isso.

Uma das colaboradoras ficou surpresa ao ouvir de amigos que o irmão havia falecido de ataque do coração, o que não era verdade, quem havia dito isso foi uma tia. “Eu tive essa

¹⁶ O Umbral, na doutrina espírita, refere-se a uma “região destinada a esgotamento de resíduos mentais; uma espécie de zona purgatorial, onde se queima a prestações o material deteriorado das ilusões que a criatura adquiriu por atacado, menosprezando o sublime ensejo de uma existência terrena”. (Xavier, 1995, p. 58). Esta visão pode ser considerada como um sofrimento adicional para quem morreu por suicídio.

situação de, por exemplo, a minha tia sair dizendo que o meu irmão morreu de um ataque fulminante. Um ataque cardíaco, mas ele não morreu de ataque cardíaco” (Colaborador 8).

Pelos motivos citados anteriormente que os colaboradores precisam preparar-se para falar sobre o suicídio em sociedade. Fazem um teste com a pessoa que estão conversando para perceber como ela reagiria ao saber do suicídio, isso por causa das experiências negativas que tiveram. “Aí eu tive experiências ruins, então, hoje o que eu percebo, assim, não falo sobre, primeiro que dou uma explorada para ver como é a visão dela em relação à morte pra [sic] saber se eu posso entrar no assunto” (Colaborador 9).

Uma das colaboradoras diz que não conta aos outros como o irmão faleceu, porém pensa em um dia poder falar sobre o assunto, “se eu quisesse falar que foi suicídio eu poderia falar e assumir, mas eu não contei, talvez um dia, enfim” (Colaborador 10).

Esses são exemplos práticos do tabu e da necessidade de aumentar a consciência pública. As pessoas têm o direito de falarem como alguém morreu sem serem julgadas por isso ou precisarem pensar para quem podem contar.

Os colaboradores procuraram identificar, entre eles, quem já falou; quem ainda não falou; quem abriu mão do anonimato. Conversaram o quanto à questão do falar impacta a todos, qualquer das escolhas trazem questões difíceis de serem lidadas.

“No primeiro momento eu acho que você fica muito sensível, que você não sabe nem que tem que [sic] falar, né?” (Colaborador 4). Todos concordam que no começo é muito mais difícil falar sobre tal assunto, sendo que esta questão vai melhorando com o tempo.

É uma discussão necessária [o falar ou não falar], entretanto, deve ser conduzida com muito cuidado em qualquer momento, porque depende muito dos fatores emocionais, dos conceitos de cada um a respeito do tema, dos laços de afetividades estabelecidos e do tempo decorrido [da morte] (Colaborador 1).

Todo esse cuidado precisa ser tomado, pois falar pode machucar a própria pessoa, o ato pode ser carregado com várias dores: de falar, de lembrar e de ser julgado. São as dores de compartilhar o tema.

Por ser uma coisa que parece que as pessoas querem achar um culpado, querem achar um motivo, tem que ter uma razão, então quanto mais você fala, mais vão te cutucar, mais vão te machucar, mais vão, às vezes sem querer mesmo, mas acabam te deixando mal (Colaborador 11).

A reação do outro pode estar influenciada pela sua história pessoal, experiência e os valores e as crenças em relação à morte, ao luto e ao suicídio. De qualquer maneira, esse fato

não pode ser usado como desculpa para causar dor em quem perdeu alguém pelo suicídio. Então, muitos escolhem com quem falar e relatam a perda do ente querido e a dor da perda, mas não falam o motivo. Alguns colaboradores não falam sobre essa perda com a família por não querer ter de dar conta do "drama" do outro.

Porque a minha sogra, por exemplo, começa com as lamúrias dela e eu já tenho que dar uma cortada, 'porque ele não me leva também', então começa com drama. Porque sempre foi difícil, eu queria ficar com o meu neto. Aquilo começa a me dar um desgaste, então, eu falo 'Ai, por favor [pausa] não [pausa] para com isso'. Já vou logo para frente, mas é isso (Colaborador 2).

Isso nos leva para o nosso próximo conceito, as dificuldades na comunicação familiar. Muitas famílias que passaram por um suicídio, não conseguem falar no assunto. "Do lado do meu pai não. Do lado do meu pai ninguém fala a palavra" (Colaborador 8).

Precisamos levar em conta as diferenças no processo de luto de cada um, uns conseguem falar e outros não gostam, não há uma regra, o que tratamos aqui não é somente a forma do luto e sim a dificuldade de lidar com o assunto e transformá-lo em tabu familiar. "Tenho um filho que nunca tocou no assunto. Falou uma vez só, mas acho que porque eu perguntei. O outro toca no assunto quando eu quero falar, mas ele mais me escuta do que fala" (Colaborador 3).

Os filhos de um dos colaboradores afastam-se quando o pai começa a falar no assunto, segundo ele, os filhos ficam "constrangidos" (Colaborador 7). Este pai é o que mais concede entrevistas sobre o assunto na mídia, então podemos perceber uma diferença em lidar com o luto dentro da própria família e da necessidade de cada membro respeitar a escolha do outro.

Algumas vezes, os membros mais distantes conversam entre si, mas não incluem o núcleo familiar mais próximo da pessoa que morreu na conversa. "Não, essa é a outra que contou que o filhinho, mas contou para o filho depois de algum tempo, no começo ela não tocou no assunto, ela nunca conversou comigo sobre o assunto" (Colaborador 4). Essa atitude gera nos sobreviventes uma sensação de isolamento e de raiva.

A família de um dos colaboradores abriu um instituto após o suicídio da filha, então percebem que "na família, fora a família mais íntima né? quer dizer eu, a [nome da esposa] e a [nome da outra filha] não se fala [*sic*], fala muito do instituto, muitas coisas, mas assim fala mais de modo geral" (Colaborador 1).

Alguns colaboradores, por saberem que a família não quer conversar, não tocam mais no assunto. Então, encontram nos grupos de apoio locais nos quais podem falar abertamente sobre sua perda e seu sofrimento. "Na família nunca e em poucas tentativas não fui bem

recebido. Muito raramente com uns poucos amigos muito próximos. Geralmente apenas dentro de grupos de sobreviventes ou ligando para o CVV” (Colaborador 9).

Falar abertamente sobre o suicídio na sociedade ainda necessita preparação. *Colocar para fora o que aconteceu* é como um grito de liberdade, mas que tem o seu preço.

Já foi muito difícil. Nos primeiros anos evitava falar a palavra suicídio [ou termos associados como se matou, tirou a própria vida]. Atualmente é um assunto que flui tranquilamente, sem preconceito. Todas às vezes que tenho a oportunidade, falo sobre as formas de prevenção, sobre como podem ser percebidos sinais, sobre como os preconceitos devem ser desconstruídos (Colaborador 1).

Então aos poucos alguns conseguem falar abertamente com a família, após prepararem-se e perceberem com quem podem ou não conversar sobre essa morte. Às vezes somente um dos lados da família consegue tocar no assunto.

Em algumas famílias fala-se sobre a morte em geral e até sobre o luto, mas não se fala sobre quem morreu. Algumas famílias só começam a falar entre si sobre o suicídio quando percebem que alguém da família íntima está seguindo adiante e já fala sobre o assunto com outros. É como se ela precisasse emitir um sinal de que está pronta para falar.

Talvez seja difícil para a família saber o que falar, quando e com quem, talvez eles mesmos não saibam como lidar com aqueles que perderam alguém e por medo de machucar o outro, distanciam-se do assunto.

Para uma das colaboradoras, a existência de “doenças críticas” na família e de outros suicídios facilitaram para que o assunto fosse tratado com mais abertura na família.

E sempre se falou sobre isso [suicídio da tia], sobre outras questões delicadas, assim, a gente sempre falou. Eu acho que em casa a gente sempre falou, mesmo antes. Sempre foi uma discussão, acho que do ponto de vista intelectual, sempre se conversou um pouco sobre isso. Até por questões de, por exemplo, de ter algumas doenças na família que são muito críticas, a gente sempre conversou: ‘E se a gente for diagnosticada com isso, o que você faria?’ A gente fazia esse exercício, um pouco porque é complicado também. Assim, como isso sempre foi um assunto dentro da minha casa, mas eu sei que se falasse fora arregalava-se o olho (Colaborador 8).

Em outros casos, a abertura do enlutado em falar na sociedade gerou interesse de outras pessoas da família em conversarem sobre o assunto e alguns outros já conseguem ajudar familiares que necessitam de ajuda e de conselhos. “Até por questão de ser uma situação presente para outras pessoas, eu tenho um primo que está passando por uma depressão profunda e minha irmã está tentando ajudar a minha tia” (Colaborador 8).

A partir dessas experiências, começa a estabelecer uma rede de abertura, cuidado e diálogo.

Mas assim eu ainda sinto, assim, receio de amigos quando falo no assunto, mas por outro lado, tem já alguns amigos que eles procuram, já é bastante casos de amigos deles, para gente ver se pode dar uma ajuda e tal, quer dizer, se ele vem é porque, é porque ele tem uma certa vontade que é de gente conversar (Colaborador 1).

Percebemos uma grande variedade de formas que as famílias lidam e comunicam-se a respeito dessa perda. No entanto, não se trata de uma comunicação fácil, como se bastasse descobrir com quem falar e isso resolvesse o assunto. Há o tempo necessário para que essa fala seja possível, pois existem muitas cicatrizes envolvidas.

É [pausa] depois com os amigos não, mas depois do que aconteceu com alguns amigos, eu converso sobre isso, falava às vezes alguma coisa, mas pouca coisa. Depois do acontecido eu acho que eu tive...eu tenho a sorte talvez de ter muitas pessoas que conseguem conversar isso bem, pessoas que se revelaram bons amigos, depois disso e hoje a gente fala, ainda fala, mas a gente não fala do meu irmão, mas a gente fala do assunto. Meu irmão ainda [pausa] acho que a cicatriz [pausa] a gente ainda não conversa sobre ele mas a gente fala sobre o assunto (Colaborador 8).

Alguns colaboradores percebem desconforto e estranhamento de outros ao falarem do tema, levando a mudança de assunto.

Nas pessoas mais próximas, não consigo ainda hoje entrar no tema do suicídio sem notar um impacto de estranhamento e desconforto nas pessoas. Falar no tema é encarado como mau agouro ou então percebo o preconceito na causa [do suicídio] e até um afastamento e perda de alguns vínculos de amizade. Alguns mais descontraídos brincam sobre ser um assunto negro e apesar de ser de forma mais educada, desviam-se do tema (Colaborador 9).

Quando se inicia esta fala em público com amigos e família, podemos observar diversas reações, tanto positivas quanto negativas. Entre as reações negativas encontradas percebemos que o julgamento é a mais comum. “Ah, mas então ninguém percebeu’, se tivesse percebido, não teria acontecido, né? se tivesse percebido a gente teria feito alguma coisa para evitar. Então, assim, é às vezes a gente não fala por conta disso também entendeu?” (Colaborador 11).

Outras reações citadas foram afastamento, agressividade verbal, ofensas, desconforto. A desinformação colabora para que ocorram essas reações, pois as pessoas, muitas vezes, não sabem o que fazer ou dizer para os enlutados. A reação negativa das pessoas causa impacto naqueles que começam a falar. Percebemos que as reações deles a essas situações foram bem singulares, cada um lidou de uma maneira.

As reações positivas recebidas foram encontrar outras pessoas que são "militantes" na área, que ficaram sensibilizadas com o que aconteceu, conseguindo gerar interesse e procura por ajuda.

Uma das reações que impactou uma colaboradora foi a indiferença, não acreditava que as pessoas poderiam reagir dessa maneira. Durante uma viagem ouviu uma moça ao seu lado relatar o suicídio da irmã dela para todos, com muita naturalidade. Ficou esperando uma reação das pessoas ao redor, mas não houve, o que a surpreendeu.

Mas quando eu vi uma menina falando, as pessoas não fizeram nada com aquela informação, eu fiquei, falei [pausa] será que depois alguém vai vir falar pra mim: 'nossa, P10 viu a irmã dela se suicidou', ninguém fez nada com aquela informação (Colaborador 10).

Para uma das colaboradoras, as pessoas não falam porque sabem que pode ser doloroso para quem está ouvindo e lidando com o luto, ela vê nisso uma atitude de cuidado com sua dor.

Elas sabem a gravidade do assunto [pausa] tem dificuldade em falar, que eles sabem que aquilo é tão doloroso para quem tá passando e ela não imagina que aquilo possa chegar até ela de tão doloroso que é, então, as pessoas evitam de [sic] falar, porque não tem o que falar e sabem o quanto é doloroso, eu já entendo diferente aqui de todo mundo, eu acho que não falam porque, por pena, e porque sabem o quanto aquilo é doloroso (Colaborador 3).

O falar pode ter diversos significados, também se transformar numa bandeira, numa forma de lidar com o luto e ajudar outras pessoas. O que percebemos no grupo a esse respeito foi uma visão e até uma pequena pressão para que as pessoas que viveram o suicídio precisassem falar sobre o assunto abertamente, pois são elas que devem abordar o assunto. Esse fato tem relação com a crença de um dos colaboradores de que todos precisam falar, porém deve-se respeitar a escolha de cada um, "mas eu converso mesmo com eles. Eu me imponho começar a falar, mesmo que dói [sic], eu me imponho, por causa dessa bandeira que eu abracei" (Colaborador 7).

Alguns se tornaram voluntários, outros abriram ONGs.

Atualmente falo com o intuito de informar, mas também procuro mostrar que não tem porque ter preconceito ou vergonha. Sempre esclareço que a causa foi morte por suicídio. Muitas vezes essa fala choca [sic] as pessoas e o assunto se encerra, até como certo pedido de desculpas de quem escuta. Entretanto, se a pessoa ou o grupo der uma abertura para continuidade do assunto, continuamos a conversa, sem constrangimentos. Falar é preciso. Falar é necessário (Colaborador 1).

5.1.4 Experiência

A categoria EXPERIÊNCIA foi dividida entre as subcategorias **o sentir** e **o viver**, a primeira refere-se aos sentimentos mais comuns que encontramos no grupo a respeito do suicídio e a segunda tem relação com a experiência de perder alguém para o suicídio e seus impactos no entendimento, na reação e na vida das pessoas.

Tabela 9: Experiência

CONCEITOS		SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Sentimentos		O sentir	Experiência
Quem viveu	Quem não viveu	O viver	

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Na subcategoria **o sentir**, percebemos que os sentimentos mais presentes foram indignação pela maneira que foram tratados por outros; desamparo por achar que ninguém terá palavras para ajudar nessa dor, que não existe o que console a dor.

Um conceito encontrado foi a *dor*, de quem ficou e de quem partiu. Para quem fica, o suicídio foi denominado como uma tragédia, um processo doloroso, sem consolo, que pertence ao nível mais “*hard* da humanidade” (Colaboradora 10). Falam de uma dor que não tem tamanho, que não tem nome, de tão grande que é.

Os colaboradores demonstraram empatia e entendimento sobre a intensidade da dor que poderia estar presente nos que partiram, alguns conseguem ver o suicídio como um ato de dor (ato-dor), acham importante que as pessoas saibam dessa relação de suicídio-dor.

Então, ele deixou muito claro, então, que a dor era tamanha que ele não sabia o que fazer com ela. Essa grande [pausa] eu vejo pelo que eu passei né? de que eles não sentem entendidos, não se sentem pertencentes, quer dizer, ‘poxa, eu estou aqui, a minha dor é tão grande, ninguém faz nada por mim, então eu vou embora’ talvez (Colaborador 4).

No entanto, muito foi feito no caso acima, não podemos esquecer que a depressão diminui a capacidade da pessoa em perceber a ajuda que tem disponível e ter esperança, então mesmo que muitos tenham oferecido ajuda, ela pode não ter sido percebida ou sentida.

A dor existencial presente no ato suicida é tão grande que pode ultrapassar as crenças religiosas, a força, o sentimento e o amor que toda a família tinha por eles, ou seja, os fatores protetores do comportamento suicida.

A dor é ele, ele porque senão todos aqui os nossos filhos amavam a gente. O meu deixou cartas, o que a maioria não deixou, o meu deixou muitas cartas, que a gente não tinha culpa, que ele amava, que o P5 era exemplo de pai, que ele queria ser igual a ele, então assim, ele deixou. Então, ele deixou muito claro [pausa] que a dor era tamanha, que ele não sabia o que fazer com ela. E meu filho tinha um fundamento religioso também, não ia falar que ele era um adolescente que nem pensava em nada. Não, ele tinha um medo, ele tinha [pausa] e falava ‘vou pagar por isso, mas eu não estou conseguindo lidar com a minha tristeza’, então, eu acho que no momento que eles estão passando a dor [pausa] não seria (Colaborador 4).

Os colaboradores entendem que a dor maior era a de quem se matou, uma dor que ficou insuportável, mas que depois do suicídio, acabou sendo transferida para eles. Houve no grupo focal uma comparação das dores, para alguns a dor maior é de quem se matou e para outros de quem ficou. Sabe-se, porém, que é impossível comparar dores, a dor maior é de quem a sente e essa que deve ser considerada quando se pensa em cuidados.

A subcategoria **o viver** foi separada: pelos que passaram pela experiência de perder pessoas por suicídio (quem viveu) e por quem não passou por ela (quem não viveu); pelas características singulares de cada grupo e por eles apresentarem importantes diferenças entre si no modo de ver e de lidar com o suicídio. Quem não viveu um suicídio próximo, tem dificuldade de entender o suicídio, pois muitas vezes sentem que o evento é tão distante deles, que é como se não existisse. Não tomam contato com a questão, por isso é percebido como um assunto exclusivo de quem viveu a situação e não interessa para eles. “Acho que ainda as pessoas ... têm essa coisa de ‘não vai acontecer comigo porque eu estou bem, minha vida é ótima’ e então mais a vida pode ser ótima e pode acontecer, é isso!” (Colaborador 8).

Uma das razões para não se importar com o suicídio pode ser a crença de que não vai acontecer ou que coisas ruins só acontecem com os outros, “porque acham que é assim, uma coisa nada a ver que nem existe no mundo” (Colaborador 10).

Esta visão pode ter sérias implicações para a prevenção do suicídio, pois se não há interesse e existe um distanciamento, não há uma atenção nas campanhas preventivas, além de um descrédito em que pessoas possam suicidar-se. Assim, como todos os eventos negativos da vida como, por exemplo, o câncer, as pessoas acreditam que não possa acontecer com elas, mas acontece.

Vai falar o que [pausa] passa batido, porque todo mundo acha que a família dele é ‘Doriana’ é saudável e não vai passar por esse problema. Então, eles nem vão ler aquilo, tá? Quem não passou pelo problema, não lê (Colaborador 5).

Algumas pessoas fazem piadas sobre o assunto, outras percebem o suicídio como espetáculo, que as entretém. Essas pessoas não têm conexão com o tema, o suicídio não os atinge.

E dá risada, acha engraçado, dão exemplo: ‘porque tem gente que liga que fala que vai se suicidar’ e tem gente que fala: ‘pff, até parece’, ou quando é falado talvez quem não viveu até acha assim ‘ah, absurdo’ ou dá risada (Colaborador 10).

Assim, percebemos o distanciamento das pessoas que não viveram o suicídio, ficando então distante e irreal. “Que eu acho que esse é o maior problema, porque senão, vamos supor, tem uma palestra, tem um artigo, quem nunca passou acha que não tem nada a ver com ela. Nem vai ler, nem vai se interessar” (Colaborador 9).

Alguns sobreviventes, ao lidarem com a dor absurda que se mantém após o suicídio, conseguem compreender as reações dos que não passaram pela sua experiência e desejam que eles nunca passem por isso. “Quem não passou não entende e nunca vai entender, graças a Deus por isso também, porque eu acho que é uma dor que ... só quem viveu mesmo que sabe o que significa, né?” (Colaborador 10).

Dessa maneira, podemos perceber as diferenças no entendimento, sentimento, respeito entre quem viveu e quem não viveu um suicídio próximo.

O conceito quem viveu inclui os códigos *antes do suicídio*, que aponta como as pessoas enlutadas eram parecidas com as do conceito quem não viveu, os colaboradores entendem que só mudaram a visão que tinham do suicídio após passarem por tal evento. Também, como a maioria das pessoas, emitiam julgamentos sobre a depressão, tinham a crença de que se não tivesse acontecido com elas, também não saberiam o que era o suicídio, não acreditavam na sua gravidade, achavam que nunca aconteceria com elas ou com alguém da família, não prestavam atenção em reportagens. Resumindo as palavras do grupo focal, o suicídio não era um evento que poderia transformar-se em realidade e mudar suas vidas para sempre, não entendiam o significado e o impacto que poderia ocasionar.

A não julgar mais. Quer dizer, isso para mim foi uma lição de vida, o que aconteceu comigo. De não julgar. Porque eu também achava que depressão era [pausa] a pessoa, não quer, sabe, vai [pausa] tem que acordar às cinco horas da manhã como eu acordava, então você não tinha tempo para estar deprimido (Colaborador 4).

Os colaboradores acreditam que não há como haver uma preparação para o que aconteceu, ninguém, nunca, imagina ou espera a ocorrência de um suicídio. Assaltos e doenças podem acontecer, mas suicídio, nunca!

Relatam que quando viam reportagens sobre o suicídio as viam como qualquer outra notícia, que não chamava a atenção, à semelhança de reportagens sobre roubo, assalto e mortes. Para eles, essas reportagens não os atingiam, porque não aconteceu com eles, não tinham uma ligação pessoal ou interesse específico no assunto, gerando um distanciamento da possibilidade de algum dia o suicídio ocorrer na família deles. “A gente acaba sentindo que talvez se não tivesse acontecido com a gente, a gente nem saberia sobre isso” (Colaborador 4).

Passar pelo suicídio alterou de forma significativa como todos os colaboradores relacionam-se com o assunto e como mudou o dia a dia de cada um.

Sim, significativa. Antes eu não julgava, mas também não comentava. Entretanto, sempre que sabia que alguém tinha morrido por suicídio tinha uma angústia em imaginar como esta pessoa se sentia desamparada, desesperada ou vazia de si e do mundo naquele momento. Este sentimento eu ainda carrego. Atualmente, eu comento sobre o que já li e ouvi sobre o suicídio e procuro desmistificar o ato, minimizar os atos de tabus e preconceitos. Atualmente procuro conscientizar sobre o assunto (Colaborador 1).

Atualmente eles falam com maior apropriação sobre o que viveram e gostam de opinar no que veem e ouvem por terem passado por essa experiência, o que fez que analisassem de forma diferente as reportagens, pois agora sentem-se atingidos por elas, a partir do momento que seu olhar sobre o tema fica diferente.

Os colaboradores percebem que se tornaram mais cuidadosos com os outros, que aprenderam a não julgar as dores, as escolhas e as vidas das outras pessoas. “Eu aprendi depois a não julgar qual é a dor, qual o tamanho daquela dor, daquele problema que eu acho que não é nada, que daria para ser resolvido” (Colaborador 4).

Eles entenderam a gravidade do fenômeno do suicídio a partir da triste experiência que tiveram. Então, entraram no processo de luto por suicídio, que é rodeado de algumas características únicas como, por exemplo, lidar com duas dores, a dor da perda e o preconceito da sociedade.

Um dos colaboradores fala que ele luta em luto, fez da sua perda uma bandeira para ajudar outras pessoas e não se sente questionado ou julgado por isso, sente-se agradecido por, ao falar de sua perda, influenciar outras pessoas a não cometerem o suicídio. Ele acha que a sociedade assimila melhor quem desempenha esse papel.

Alguns dos impactos relatados a respeito do processo de luto por suicídio foram a desestruturação individual e familiar; uma dificuldade em divertir-se, relaxar, dançar e lembrar-se de assuntos aleatórios ou de objetos.

Quando o luto é de um profissional que cuidava de um paciente que se matou, o que mais chama a atenção é a falta de acolhimento, a sensação de responsabilidade e de culpa que a empresa, sociedade e o próprio profissional atribuem-se.

Ao serem questionados sobre o que gostariam, os colaboradores relatam que gostariam de ter tido mais informação sobre prevenção do suicídio antes do fato de ter acontecido, trazendo a ideia de que se soubessem e percebessem os sinais de alerta do comportamento suicida, poderiam ter feito algo e mudado o desfecho. Esse fato é muito comum entre enlutados, pensar que poderiam ter evitado aquele suicídio.

Outra necessidade relatada pelos colaboradores é de ter um espaço para falar sobre o que aconteceu, sobre como estavam sentindo-se, sem serem julgadas, podendo conversar sobre como lidar com a culpa.

Para a família sobrevivente este lugar de fala, em uma sociedade que ainda é muito preconceituosa com a pessoa que morre por suicídio e com a família, é muito importante. Para a pessoa que faleceu, um lugar de fala por ela, poder falar sobre sua vida, suas memórias, suas histórias, seus projetos de vida, sobre seus sonhos (Colaborador 1).

Os colaboradores gostariam de ter tido educação emocional na infância para verem a perda como fenômeno natural da vida e mais espaços de encontro, compartilhamento e acolhimento.

Gostaria de que outros espaços como o do *Vita Alere* estivessem disponíveis para mais pessoas. Para a pessoa que faleceu, gostaria de que ela tivesse encontrado ao seu redor mais oportunidades de compartilhar sua dor, suas tristezas, de se abrir e ser bem recebido. Acredito que isso poderia ter evitado o suicídio (Colaborador 9).

Embora muitos colaboradores tragam lembranças de terem passado por situações conturbadas com a polícia, durante o processo policial e com alguns médicos, antes e depois do suicídio, eles tiveram experiências bem diferentes e marcantes, por essa razão houve mudança da visão deles em relação a esses profissionais e os impactou positivamente, levando-os à desconstrução da imagem negativa que tinham da polícia, por exemplo.

Eu estava em frangalhos, eu não conseguia nem se manter em pé e a delegada conversou muito comigo, me acalmou e eu perguntei para ela se ela

poderia falar essas mesmas palavras para o meu marido. Ela saiu da delegacia, foi até ele e falou tudo aquilo com uma calma, uma mansidão (Colaborador 2).

Para mim foi também a mesma coisa. Foi uma delegada, era bem mocinha ela, uns trinta e poucos anos, me tratou assim, uma maravilha, nossa, foi uma das pessoas que mais me consolou. Foi assim maravilhoso (Colaborador 3).

Pensamos na importância de consolar, de acolher, que tais atitudes fazem diferença no momento do choque inicial e posteriormente no processo de luto dos colaboradores.

Então, o que eu ouvi de depoimentos é que eu também já passei em situações diferentes com uma notícia ou uma comunicação entre o profissional de saúde, não tive com a polícia, mas isso é uma dor a mais que se soma àquela que o enlutado já está passando (Colaborador 9).

Após perderem pessoas para o suicídio, os colaboradores relatam terem tido muitos aprendizados, como não julgar a dor do outro, não precisar provar nada para ninguém e desenvolver a consciência de que ao passar por essa perda e por outras experiências traumáticas modelam a sua forma de ser, mudando-as. Essa nova forma de ser torna-se parte da sua identidade, não conseguem separar o que viveram da sua vida atual. “Então, se eu ando de uma forma ou se eu me visto ou se eu falo, é por tudo que eu passei, pelo acidente que eu sofri, pelo estupro, pelo suicídio ... por tudo! Entendeu?” (Colaborador 11).

Quem viveu o suicídio desenvolve empatia pela dor do outro, sabe de muitas coisas sobre suicídio como, por exemplo, o fato de que Santos Dumont suicidou-se. Eles tornaram-se mais abertos e interessados no assunto.

As crenças religiosas dos colaboradores foram debatidas durante o grupo focal, e fazem parte das EXPERIÊNCIAS/o viver/quem viveu, por entendermos que elas são parte do processo de criação do tabu na sociedade e do acolhimento aos enlutados, como uma fonte de mudança e de conscientização pública.

Não está no escopo dessa pesquisa discutir o que propõe cada religião e sim pensar na religião como mais um veículo de aumento de consciência, de acolhimento e de cuidado. Após passarem por algumas experiências boas e ruins, os colaboradores aprenderam a ter cuidado sobre os locais frequentam para não se machucarem com religiões que emitem julgamentos sobre a pessoa que se matou e sobre a família. Percebemos que para a maioria deles a religiosidade tem um papel importante nesse processo do luto e do entendimento do comportamento suicida. Alguns tiveram experiências ruins, como procurar um padre em momentos de desespero, de angústia e não serem acolhidos e atendidos. Outros foram convidados a frequentarem centros espíritas para que pudessem ver se a pessoa estava no

Umbral sofrendo, imagem que causa muita aflição em todos do grupo. “Ela chegou para um senhor e falou: ‘Como o senhor acha que está meu filho?’ Ele falou: ‘Como você acha? Está no vale dos suicidas¹⁷. Vai ficar lá até o tempo que ele deveria estar aqui’. Ela entrou em desespero” (Colaborador 4).

Outros colaboradores tiveram experiências religiosas positivas marcantes, como receber cartas psicografadas daquele que faleceu, trazendo paz e conforto para a família.

Uma colega nossa chegou lá para a [nome da esposa] com um panfleto sobre uma palestra, do vale dos suicidas e disse, Dona [nome da esposa, a senhora não pode perder essa palestra, porque a [nome da filha] está lá, ela pegou o carro e ia, aí no meio do caminho ela disse: ‘não vou, minha filha não está lá’ aí voltou para casa. Quando foi a própria carta que ela recebeu, ela começa: ‘Mãe, eu estou falando de um vale, não do vale suicidas’ [risos] (Colaborador 1).

No geral, observamos que ter uma crença religiosa favorece o processo do luto, se for uma crença acolhedora. A liberdade de opinião entre as religiões foi um tema de grande discussão no grupo focal, da importância da liberdade e do respeito às crenças de cada um. Da possibilidade de acreditar em algumas partes daquela religião e em outras não, como também de incluir o que faz bem de várias crenças e não precisar pertencer a uma só.

O fato de alguns terem uma crença forte, mesmo assim terem consumado o suicídio, mostra para os que ficaram o tamanho daquela dor, que foi maior do que qualquer crença religiosa que a pessoa tinha. Cabe ressaltar que outros aceitam em paz o que a religião propõe.

A gente não fica com raiva. Eu, pelo menos, eu aceito, eu não dei a minha opinião, esse caso eu aceito. Eu entendo que isso é lógico, até porque o que eu falei aqui, a sua vida vai seguir adiante, a sua outra existência, continuarão sendo normais, como qualquer outra. Mas essa é uma coisa que não tem perdão. Não dá para negociar na existência seguinte, para ela não morrer na hora que ela mais quiser viver. Isso aí tem que acontecer para que ela fique tão impactada a ponto de nunca mais fazer isso na sequência das outras existências. Quer dizer, pela lógica que ela contém, ela não me agrediu. Eu continuo aceitando (Colaborador 7).

Notamos pela fala dos colaboradores uma mudança na forma de algumas religiões falarem sobre o suicídio, principalmente na doutrina espírita. Em muitos centros espíritas, não se fala mais em Vale dos suicidas e em punição em próximas reencarnações para aqueles que se mataram.

¹⁷ Vale dos suicidas é outro nome dado ao Umbral.

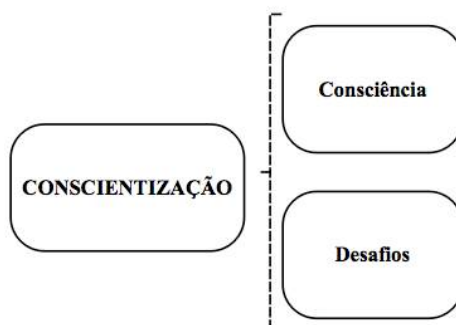
Finalizamos o tema, compreendendo melhor quais são as crenças e suas influências para a sociedade e para os indivíduos em relação ao comportamento suicida e a forma como os sobreviventes enlutados são tratados.

5.2 CONSCIENTIZAÇÃO

Cabe ressaltar que verificamos a ordem das categorias, subcategorias e conceitos a fim de reordená-los de uma forma que ficasse mais claro para o leitor seguir o raciocínio da análise.

A **CONSCIENTIZACAO** é a ligação necessária entre a **COMPREENSÃO** e a **AÇÃO**. É fundamental haver um aumento de consciência para que a compreensão do suicídio e a ação em relação a ele possam ser revisitadas e repensadas.

Diagrama 6: Conscientização



Fonte: produção do próprio autor (2018)

O tema **CONSCIENTIZAÇÃO** traz as categorias **CONSCIÊNCIA** e **DESAFIOS**, em que ampliamos as características e influências da conscientização, debatendo a sua importância em conjunto com os seus desafios, sejam eles sociais ou individuais.

Tabela 10: Conscientização

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
CONSCIENTIZAÇÃO	Consciência	Aumento da consciência
		O absurdo do suicídio
		Epidemiologia
		Complexidade
	Desafios	Interesses diversos
		Impeditivos
		Subnotificação
		Burocracia

Fonte: produção do próprio autor (2018)

5.2.1 Consciência

A categoria CONSCIÊNCIA é composta pelas subcategorias e conceitos abaixo:

Tabela 11: Consciência

CONCEITOS		SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Condição Prevenção	Consequência	O aumento da consciência	Consciência
Prevenção x previsão O não saber Coisas ruins podem acontecer na vida	Limitações É muita coisa para fazer Proximidade de suicídios	O absurdo do suicídio	
Aumento pelo número de casos Epidemiologia dos sobreviventes Descobrir o suicídio como comum	Causas não divulgadas é suicídio? Importância da percepção da quantidade	Epidemiologia	
Complexidade de sentimentos Sofrimento mental não é validado Ditadura da alegria Exclusão da Tristeza	Assunto proibido Onde tudo começa A banalização da depressão Por onde começar	Complexidade	

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Como podemos observar, a subcategoria **aumento da consciência** é composta por condição, prevenção e consequência.

Condição, pois para os colaboradores somos seres influenciáveis e por isso *não conseguimos separar a consciência individual da pública*, portanto, a consciência pública automaticamente torna-se condição para alcançar a consciência individual e consequentemente influenciar a prevenção do suicídio. “É que a consciência individual quase não existe, eu acho, na minha opinião. Acho que os seres, a gente não tem uma consciência, assim ... a gente nem se conhece para poder assim, não se deixar influenciar” (Colaborador 10).

Outra visão trazida pelo grupo focal foi que seguir tendências e moda é uma *maneira de ser aceito* pelos pares.

Quer dizer, a gente acha que é indivíduo, mas uma boa parte de nós é acomodação com outras coisas que outras pessoas também aceitam. Que é a tendência, a moda [pausa] então eu aceito que eu tenho que usar calça, camisa,

enfim, essa coisa, então de repente, isso não é uma decisão minha, mas é a forma de como eu vou ser aceito (Colaborador 7).

A falta de conscientização é vista como uma *cegueira que passa do individual para a cultura*, afetando organizações e instituições, ou seja, há um efeito dominó em que há um desencadeamento na forma como estas tratam os indivíduos, voltando para organização, que reflete na cultura organizacional, por fim, retorna ao tabu individual.

Uma das coisas que eu percebo, assim, toda a cegueira que a gente tem individual vai para cultura. Isso também vai para cultura das organizações. Então, o sistema de saúde, hospital e plano de saúde ele vai de alguma maneira refletir a dificuldade que cada um individualmente tem com o tema. O tabu que tem, né? É um reflexo (Colaborador 9).

Assim, observamos que existe um *continuum* da conscientização: a consciência pública influencia a individual que reflete na cultural e assim por diante.

“A possibilidade de discutir o assunto abre espaço para que as pessoas possam se [sic] refletir sobre o tema. Possam mudar de postura. Possam se perceber e perceber o outro” (Colaborador 1). Os colaboradores relacionam o aumento de consciência com discutir mais o assunto, sendo difícil separar esse aumentar a consciência sem o agir, sem o falar. Não há mudança na passividade.

Um dos colaboradores relata que pensa que a falta de consciência pode ter influenciado o suicídio da pessoa que perdeu, a partir da exclusão social e do *bullying*, pois naquela época não se discutia publicamente estes assuntos, por isso acredita que se falássemos mais o suicídio poderia ter sido evitado.

O suicídio pode ser prevenido quando se compreender que falar abertamente passe a ser visto como prevenção, pois ao aumentarmos o conhecimento das pessoas a respeito do suicídio, pode-se diminuir o preconceito e o julgamento em relação àqueles que morrem por tal ato. “Mas eu acho que ... poder falar abertamente sobre isso [o suicídio], é mais importante para pessoa que pensa no assunto, do que propriamente para as pessoas que estão no entorno dela ...” (Colaborador 8). O falar mais pode ajudar a ambos os lados, quem pensa e quem convive.

Algumas sugestões dadas pelos colaboradores em relação à forma de promover prevenção e aumento de consciência pública serão apresentadas adiante:

A conscientização deve ser feita de forma que contemple toda a população. O que se percebe atualmente é que algumas pessoas já buscam informação, entretanto, há que se preparar a sociedade para a discussão sobre o assunto através de estratégias que mostrem a importância da divulgação das campanhas de prevenção e que o suicídio é um problema de saúde pública, é como tal, a

população precisa se envolver de forma consciente, como tem se envolvido em outras campanhas de promoção de saúde e prevenção de doenças (Colaborador 1).

Para os colaboradores algumas dessas formas de prevenção podem ocorrer por meio da realização de campanhas periódicas, não só durante o Setembro Amarelo¹⁸, mas produzindo campanhas durante o ano todo. Outra proposta foi *aumentar a conscientização da depressão* e outros problemas psiquiátricos para que compreendêssemos melhor o que acontece com as pessoas à nossa volta, oferecendo ajuda.

Foi sugerido por alguns membros do grupo focal que não usássemos mais o termo suicídio, somente depressão, pois enxergam o suicídio como produto da depressão. Ainda, percebem que na atualidade a depressão é classificada como doença, o que pode facilitar o entendimento e explicação dos motivos de um suicídio.

Eu acho que a depressão como doença, que hoje é doença, está lá no CID e tudo mais, eu acho que, nunca escutei de ninguém que se suicidou sem depressão. Então se eu mudasse o termo suicídio para depressão, você poderia conversar sobre o assunto, resolver o problema e sem falar em suicídio. Porque a maioria do pessoal, eu nunca escutei falar de ninguém que estava bem alegre e contente e se matou (Colaborador 5).

Então eu concordo com você com esse negócio de depressão ... eu acho que se mudasse o termo de suicídio para prevenção a depressão já melhoraria. Seria bem mais fácil de lidar com o tema (Colaborador 7).

Percebemos que, embora o grupo ressalte a importância de falar abertamente sobre o tema, eles entendem que o uso da palavra suicídio pode ser impactante, por isso mudar de vocábulo, ou seja, em vez de suicídio falar depressão, poderia facilitar a comunicação em torno do assunto. Essa discussão foi gerada no grupo focal e mesmo que alguns colaboradores apoiem essa ideia, outros não concordam com ela, pois acham fundamental poder falar e usar a palavra suicídio livremente.

O projeto *Semicolon*¹⁹, projeto ponto e vírgula (tradução nossa), foi citado como uma forma de aumentar a consciência, podemos pensar que esse projeto, embora ajude a comunicação, demonstra a força daquele que sofre com um transtorno mental ou é sobrevivente do suicídio,

por exemplo, aquela moça jovem que o pai se suicidou lá na Europa e por causa disso ela criou aquele projeto, *semicolon Project* ou "Projeto ponto e vírgula", eu vou

¹⁸ Mês da campanha e do Dia Internacional da Prevenção do Suicídio

¹⁹ Projeto que consiste em tatuar um ponto e vírgula como um símbolo que representa uma superação pessoal ou que seja um lembrete de que a pessoa não precisa dar o ponto final em sua vida.

tatuar o ponto e vírgula, até nessa matéria da [nome de revista] eu falei 'eu vou tatuar, eu vou incorporar isso' (Colaborador 7).

Podemos perceber que tal projeto tocou as pessoas, fez sentido para elas, possibilitando que muitas aderissem a ele e a partir dele transformassem uma forma comum numa marca de superação de um sofrimento ou conquista pessoal.

A consequência da falta de consciência para os colaboradores, além do tabu, que já foi discutido anteriormente, foi perder amizades, sentir-se machucado e achar que seria muito mais fácil para eles se a sociedade aceitasse melhor essa forma de morte, diminuindo o preconceito, julgamento e aumentando o acolhimento e entendimento.

O **absurdo do suicídio** traz as questões prevenção x previsão; o não saber; coisas ruins podem acontecer na vida; limitações; é muita coisa para fazer e proximidade de suicídios.

Absurdo por trazer a sensação de impotência, de que algo fugiu do esperado e do controle, de algo que não tem explicação simples e que deixa mais perguntas que respostas.

O conceito prevenção x previsão trata da grande confusão existente entre prevenir o suicídio e conseguir prever quem, quando e como irá suicidar-se. Para o grupo focal, é difícil perceber ideação suicida, a pessoa precisa falar, pois muitos suicídios ocorrem sem sinais aparentes e em outros casos, mesmo a pessoa falando e em tratamento, o suicídio pode ocorrer. Em um dos casos, nem o psiquiatra notou a ideação e deu alta para a pessoa, que cometeu suicídio pouco tempo depois. Portanto, se a pessoa não falar ou não der sinais claros, nem especialistas nem leigos conseguem prever essa tragédia.

A correria do dia a dia também é um fator que dificulta a percepção dos sinais do suicídio e alguns fatores que seriam de proteção, como a religião e ter planos para o futuro próximo, na hora da crise não foram suficientes para impedir o suicídio.

O irmão de uma colaboradora tentou apagar os rastros e usou a *Deep Web* para pesquisar sobre como se matar, sobre depressão e bipolaridade, não permitindo que outras pessoas percebessem tais pesquisas. Esse fato demonstra que as pessoas, se quiserem, escondem suas intenções. Hoje existe fácil acesso às informações de onde buscar ajuda e também uma infinidade de *sites* relacionados aos métodos de provocar suicídio.

Com base nessas escolhas e nas informações colhidas, passamos para o conceito o não saber, no qual o grupo focal complementa o conceito anterior e traz a questão de não saberem de tudo, de não terem como ter todas as informações, de algumas pessoas camuflarem mais sinais que outras. O suicídio é o ato final em resposta a um conjunto de diversas razões e experiências de vida, abrangendo, em alguns casos, muito mais do que podemos saber e fazer.

Nenhum dos colaboradores do grupo estava preparado ou imaginava que um suicídio poderia ocorrer:

Então você vê um filme, você fala ‘é uma ficção, não existe na vida real, comigo jamais vai acontecer’. Até que a hora que acontece, que você [pausa] eu me descobri mortal, eu me descobri a coisa mais absurda que poderia ter acontecido na minha vida seria um suicídio e, no entanto, aconteceu [pausa] e hoje em dia [pausa] não está preparada nunca para que uma coisa dessas aconteça, doença até a gente sabe que pode acontecer, mas suicídio, nunca! (Colaborador 3).

Conforme os colaboradores, coisas ruins podem acontecer na vida, algo que é visto como parte da vida humana, porém, para eles, não há preparação para vivenciar um suicídio, e ao acontecer, se sentem jogados na cruel realidade e na tragédia de perder alguém assim. Trazem à luz a limitação humana, que também está presente ao cuidar de alguém com transtorno mental ou com comportamento suicida. Todos têm limites e não conseguem ficar olhando para outra pessoa o tempo inteiro, é preciso reconhecer quando o limite é atingido e saber como agir a partir disso. “É a mesma coisa que eu sinto e é um conflito meu quando falam assim: ‘Existe algo que eu posso fazer, mas eu tenho que conseguir saber reconhecer o meu limite até onde eu consigo ir. Isso é difícil’” (Colaborador 2).

Essa sensação leva ao sentimento de que é preciso fazer muitas coisas para a prevenção, que ainda há muito trabalho a ser feito, que é necessária muita “gente do lado da gente” (colaborador 2), causando no grupo focal dúvidas se vão conseguir mudar a falta de recursos existentes na prevenção do suicídio, juntamente com cobranças de fazerem mais do que já se tem feito dentro desse tema.

Essa angústia levou o grupo perguntar à pesquisadora, por onde começar, pela mídia, ou por outro veículo de divulgação, pois, ao discutirem o que precisava ser feito, ficaram com a sensação de que a tarefa é grande demais, que tinha muita coisa a ser feita, uma sensação de impotência diante da quantidade de ações que ainda precisam ser desenvolvidas na área.

Aí a gente está falando de uma linha de proteção: mídia, polícia que tem que saber o que fazer na hora H, os médicos, psicólogos, psiquiatras, a família, é tanta coisa, é a demanda que vai aumentar e a gente precisa de pessoas para onde? Mesmo que elas falem ‘ok, aceito, preciso de ajuda’. A gente faz o quê? Está dando um nó na minha cabeça. É muita coisa ao mesmo tempo. A gente precisa de muita gente do lado da gente eu não estou conseguindo entender como é que a gente vai conseguir amarrar uma coisa à outra e aí (Colaborador 2).

Um dos colaboradores relata que saiu do primeiro encontro aflito, pensando em tudo que é necessário fazer para prevenir suicídios, que depois se acalmou e que juntamente com o

grupo concordou que muita coisa ainda é necessária, mas que precisam começar de algum ponto. “Começando, pelo menos, tem que [sic] partir de algum ponto e se a gente achar que nada também vai surtir efeito, a gente vai parar e não vai fazer nada. Então, eu acho que tem que começar” (Colaborador 4).

Para o grupo focal, uma forma de aumentar a consciência, é perceber a proximidade de suicídios que existem nos grupos e nas famílias. Ao falar, identificar e contar sobre outros casos de suicídio que ocorreram dentro e fora da família, as pessoas perceberiam que o suicídio está mais próximo delas que se fala.

E eu acho que depois de um tempo que as pessoas foram [sic] começando a ver que se elas forem parar para pensar, elas têm mais pessoas próximas do que elas imaginam [que cometeram o suicídio], mas por alguma razão elas não falam e hoje eu acho que elas começaram a falar e ver: ‘Olha, e não é que é verdade que tem alguém próximo e que isso já aconteceu, mas eu não quis enxergar’ (Colaborador 8).

Uma das colaboradoras ainda convive com o fantasma da possibilidade de um novo suicídio, pois sua irmã já fez três tentativas desde que o sobrinho dela, filho dessa irmã, morreu por suicídio. Então, o fantasma do suicídio continua rondando algumas famílias, mesmo após um suicídio recente.

Ao pensarmos na quantidade de pessoas e na estatística, entramos na questão da **epidemiologia**.

A subcategoria **epidemiologia** é formada pelo aumento da consciência por meio do número de casos; epidemiologia dos sobreviventes; descobrindo o suicídio como comum e a importância da percepção da quantidade.

A **epidemiologia**, nesse estudo, refere-se ao uso de números e taxas relacionados a transtornos mentais, casos de suicídios completos, tentativas e do número de pessoas impactadas após uma morte (os sobreviventes). Tais números são usados como uma maneira de aumentar a consciência pública, por meio de uma forma palpável de provar a quantidade de pessoas impactadas pelo suicídio e a necessidade urgente de providências a esse respeito.

E se estatisticamente é uma média mínima de pelo menos seis pessoas para mais que é [sic] afetada para cada suicídio. E nós temos suicídio a cada quarenta segundos. Nós temos um contingente da população expressivo e que certamente são de diversos perfis socioeconômicos e culturais [pausa] mas então, esse contingente, deve ter um percentual, não sei quanto, vamos chutar 10, 20% de mil, duas mil pessoas, três mil pessoas, são milhares de pessoas que tem um *status* sociocultural e um perfil diferentes, inclusive alguns devem ser psicólogos, profissionais de saúde, aqui mesmo nós temos profissionais de saúde que são enlutados, né? (Colaborador 7).

Assim, podemos pensar na quantidade de pessoas que são afetadas por um suicídio e se elas, além de representarem o número de pessoas impactadas, pudessem transformar-se em um canal de conscientização do suicídio, teríamos um grande contingente para facilitar esse processo.

Quando falamos em suicídio, precisamos levar em consideração a **complexidade** de sentimentos e de histórias humanas, a complexidade de fatores que levam alguém a matar-se, resultando na complexidade de ações que precisamos ter para prevenirmos o suicídio.

Essa subcategoria descreve essa complexidade. Para o grupo focal, existe uma complexidade de sentimentos, uma multiplicidade que muitas pessoas não identificam por terem um repertório emocional pouco desenvolvido e isso diminui a percepção de si e do outro. Mesmo havendo um aumento do uso de palavras que descrevem uma variedade de sentimentos, muitos outros ainda não conseguem ser descritos em palavras.

Não se trata somente de renomear sentimentos, mas de conseguir reconhecer o que se sente e o que o outro sente. A singularidade do ser humano pode ser descrita como a impressão digital de cada um, é única, complexa e traz cicatrizes de machucados sofridos no decorrer da vida.

Assim, pelas pessoas não terem uma educação emocional adequada, portanto, com repertório emocional restrito, o sofrimento emocional não é validado, existindo uma ditadura da alegria e obrigatoriedade da felicidade, na qual a tristeza é excluída do convívio social e dos sentimentos que todos temos.

Essa exclusão da tristeza do cotidiano e da vida das pessoas gerou grande debate no grupo focal por perceberem que hoje não é permitido entristecer visto que ao falar que está triste para os outros e sentir-se mal traz culpa e a possibilidade de ser excluído do grupo. “Então, você já começa com as pessoas pondo de lado. Então, você já tem uma pessoa que está com um problema e aquilo agrava, porque ela é posta de lado porque ela não está ali sorrindo” (Colaborador 8).

A consequência é que uma série de sentimentos e assuntos ficam proibidos de se manifestarem.

Então, eu acho que tem essa questão do despertencimento [*sic*] de talvez você ter tanta dor e tantas coisas que as pessoas não passaram que você nem fala, né? Porque acha que não vão te entender. Aí você vai se fechando ... e é isso (Colaborador 11).

Dessa maneira, a exclusão da tristeza gera afastamento e pode aumentar o risco de suicídio. Para o grupo focal, este é um dos fatores que inicia o comportamento suicida, pois

para eles, o suicídio também está relacionado às pequenas frustrações e tristezas que ocorrem no dia a dia, a alguns fatos do cotidiano como, por exemplo, não ter com quem conversar quando se está triste e sobre as coisas da vida diária, sobre sentir-se anormal por não estar feliz o tempo todo.

Eu acho que falta um avanço nesse sentido, porque a pessoa fala ‘putz, mas eu não estou com depressão’ ou tipo ‘não posso estar triste um dia’, mas será que não existe uma variação? Você não precisa ser uma pessoa depressiva, mas tem um dia que você está sentindo algo que não tem nem nome ainda ... tudo evoluiu, agora, os sentimentos do ser humano não, continua tudo com o mesmo nome e aí é depressão (Colaborador 10).

Assim, a depressão está banalizada, pois todos os sentimentos ruins transformam-se em depressão e precisam ser medicados, não há espaço para as tristezas, angústias, medos, insatisfações, frustrações.

A maneira de começar a mudar essa realidade, segundo o grupo focal, é "dar milhões de passos para trás":

Sabe o que eu acho, a gente tem que [*sic*] dar milhões de passos para trás. Para mim, suicídio é o nível mais *hard* da humanidade. A gente não consegue acolher uma tristeza, quanto mais tipo um suicídio, entendeu? Então, eu acho que enquanto, sabe? não tiver educação base para falar de tipo ‘sentimentos’ que tipo um dia você está triste, você não pode falar que você está triste, as pessoas, o mundo não consegue acolher os sentimentos ruins que acontecem na nossa vida. Então, imagina acolher tudo aquilo que a pessoa, assim, que a pessoa que se suicida sente e ainda o fato do suicídio depois para os que ficam. Então acho que antes do suicídio virar um tema, que a gente consiga conversar, eu acho que a humanidade tem que [*sic*] evoluir muito em coisas básicas, sabe? Tem uma base do ser humano que não está formada, que é de acolher assim, falar um ‘oi tudo bem?’ ou tipo de dar ‘bom dia’, tem gente que não dá bom dia ... então, eu acho que a gente não evoluiu assim em coisas que a gente não consegue acolher a tristeza. A gente não percebe os outros, a gente não consegue falar com essas pessoas, então, assim, o suicídio para mim é uma coisa complexa, a última fase sabe da escala, as pessoas têm que [*sic*] ser felizes hoje todos os dias. Essa coisa da felicidade, da busca da felicidade, que todo dia você tem que [*sic*] estar bem. Então, assim, imagina falar de suicídio, isso aí ... porque é um assunto superpesado, a gente não consegue falar da tristeza. Aquele filme do ‘Divertidamente’, aquilo não fez sucesso, porque as pessoas não vão falar de sentimento, eles não querem ver lá que a tristeza que nem a alegria é o sentimento mais importante no filme, ainda bem que mostraram a importância da tristeza (Colaborador 10).

Acolher a tristeza, ensinar que sentir tristeza é normal e saudável, faz parte da vida, isso pode ser ensinado para crianças, para posteriormente ser dito, acolhido e prevenido o suicídio.

Então acho que a questão das campanhas do suicídio é essa: é primeiro eu tenho que trabalhar lá atrás, né? a questão do sentimento e talvez, se a gente trazer isso através dessa base, as pessoas se conectem mais porque elas vão

falar, nossa, isso que é um assunto que tem a ver comigo. Eu também sinto tristeza. Eu também às vezes estou triste (Colaborador 10).

Segundo os colaboradores, é necessário trazer para perto das pessoas a conexão com sentimentos comuns, incluindo a normalidade da tristeza e a complexidade dos sentimentos do ser humano como parte de um programa de conscientização pública que vise prevenir o suicídio.

5.2.2 Desafios

Os DESAFIOS dentro da **CONSCIENTIZAÇÃO** apontam questões que podem impedir e que precisam ser levadas em consideração para aumentar a consciência pública. Essa categoria é composta pela **subnotificação**, que aponta a importância e as falhas no processo de obtenção dos dados epidemiológicos; a **burocracia**, que atrapalha o processo tanto de notificação quanto dos cuidados com os enlutados e as pessoas que tiveram tentativas de suicídio, denunciando a burocracia envolvida nessas mortes; os **impeditivos**, que mostra dimensões que podem dificultar e até impedir que a consciência seja aumentada; **interesses diversos**, que discute a quem interessa prevenir ou não o suicídio.

Tabela 12: Desafios

CONCEITOS		SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Subnotificação de casos	Subnotificação de tentativas	Subnotificação	Desafios
Burocracia Atestado de óbito	Processo policial	Burocracia	
Falta de percepção Negação Dificuldades Medo do preconceito Psicofobia Difícil depoimento de pessoas que tentaram Acolhimento	Incômodo Distanciamento Identificação Dor e culpa Capacitação Falta de cuidado Avaliação	Impeditivos	
Uso político de um suicídio A mídia não dá importância de graça	Aumento do interesse em dar visibilidade do tema	Interesses diversos	

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Todas essas subcategorias conectam-se com o objetivo geral da pesquisa por trazerem mais elementos desse processo multifacetado e complexo que é o aumento da consciência pública na prevenção e posvenção do suicídio.

O primeiro desafio para a conscientização é a dificuldade de chegar-se a um número preciso de casos de suicídio, devido a grande incidência de subnotificação, que é dividido em subnotificação de casos e subnotificação de tentativas.

O grupo focal propôs que uma das formas de aumentar a consciência seja por meio da epidemiologia, mas ela é diretamente influenciada pela subnotificação. Se houvesse uma fidedignidade nos números de suicídio, poderia ter um impacto ainda maior nas pessoas, redes de cuidado, projetos e leis, quando as pessoas conscientizassem-se da quantidade de pessoas que tiram sua vida, que pensam no assunto e que tem a sua vida afetada por um suicídio.

Portanto, conhecer os números com precisão influencia diretamente na forma como o suicídio é percebido e tratado, facilitando para que seja visto como problema de saúde pública, além de demonstrar para as pessoas que o suicídio está mais perto de todos.

Existe uma falta de padrão na notificação de casos de suicídio, não há clareza nos processos e nas responsabilidades de cada pessoa envolvida no assunto, o que leva a uma estatística incorreta. As causas dessa subnotificação são variadas.

Uma das colaboradoras trouxe o atestado de óbito do sobrinho no grupo, fala: “Aí tem um campo aqui que diz ‘causas externas’, aí está ‘prováveis circunstâncias de morte não natural’, aí tem o tipo ‘acidente, Suicídio, homicídio, outros e ignorado’, ele está como ignorado” (Colaborador 11).

Ela conta que todos da família sabem que foi suicídio, porém isso não consta em seu atestado de óbito. Este é um dos vários exemplos trazidos pelo grupo focal de suicídios que não foram atestados e conseqüentemente computados com outras causas de morte e não entraram nas estatísticas corretamente, levando a subnotificação.

Essa subnotificação ocorre também com as tentativas de suicídio, os motivos para que isso aconteça, segundo o grupo focal, é pelo suicídio ser visto como crime; pelas pessoas não quererem notificar; os hospitais não quererem ter problemas e o médico já ter muitas tarefas.

Mas, por exemplo, o meu outro irmão que não morreu, ele já tentou suicídio três vezes e nenhuma das vezes estava notificado como tentativa de suicídio, porque se não ele ia ter que passar por um processo e o médico falou ‘ele vai ter que passar por um processo, por uma investigação, por um ... o hospital não dá’ (Colaborador 8).

Um dos colaboradores que é médico confirmou o que a colaboradora disse, que mesmo existindo a lei de atentado contra a vida, na prática, a notificação é bem diferente:

Eu sou médico, isso é uma lei, você tem que [sic] notificar polícia que é atentado contra a vida. Só que acontece o seguinte, agora olha só para o médico, que tem um milhão de pacientes para atender e o que acontece ele vai ter que ir em julgamento, no fórum, aquela baita encheção de saco, para não dar em nada e a família vai lá e acaba fazendo tudo, então para que ele vai? ... lei existe, mas ninguém cumpre a lei ... é igual aborto, aborto é proibido? É e se o médico notificar um aborto ele vai ter que passar dez anos da vida dele indo na delegacia ... justificando o porquê ... Eu só estou explicando o que acontece ... o médico, se você notificar dez casos desses eu estou perdido, eu vou passar o ano inteiro indo no fórum, eu não saio mais do fórum (Colaborador 5).

O médico não vê o sentido em notificar, não vê propósito nisso e não enxerga quem se beneficiaria com essa notificação, percebendo-a como mais uma burocracia que precisa passar e que não vai dar em nada, a notificação é vista como mais uma sobrecarga no cotidiano do médico. Talvez o processo que acontece após a notificação seja complicado demais para que os médicos aderirem a ele.

Fica claro que a subnotificação posa como um desafio na conscientização de todos os envolvidos, da sociedade, em saber a incidência de casos; dos políticos, para planejarem melhor a saúde pública; dos médicos, para sensibilizarem-se da necessidade e capacitarem-se para fazer a notificação; dos familiares, que gostariam de ter a causa verdadeira da morte no atestado; das pessoas que tentaram, para terem acesso aos tratamentos de saúde especializados.

A **subnotificação** está ligada à **burocracia**, que está dividida em processo policial e em atestado de óbito. O processo policial é aquele que a família de alguém que morreu por causas externas ou violentas precisa enfrentar para que haja uma investigação sobre aquela morte, assim verificar se foi realmente suicídio. Um dos colaboradores entendia bem o que acontece no Instituto Médico Legal (IML) e na delegacia, o que trouxe a discussão para o grupo focal, os participantes ficaram muito interessados em saber mais sobre esse processo, ao mesmo tempo em que manifestaram indignação com situações que viveram durante o inquérito.

Legalmente, conforme o colaborador presente, o médico legista não pode colocar no atestado de óbito que foi suicídio.

Não existe um médico que possa dar um atestado de óbito de um suicida legalmente. Eu posso ir lá, sou seu amigo, botar que ele morreu de outra causa, mas foi suicídio. Eu estou escondendo um crime da polícia. Bom, outra coisa é independente do que saia o laudo do IML, o teu problema está na delegacia, igual fizeram com você, com todos que passaram na delegacia [pausa] por favor, deixa eu te contar o que acontece no IML, eu no IML, deixa eu te

contar o que acontece [pausa] o corpo chega lá, como é que eu posso falar que ele estava amarrado em uma corda? Eu posso colocar que tem lesões no pescoço, indicando que parecia enforcamento por corda, o certo é ele colocar sufocamento e não suicídio, como é que a pessoa, qual é a técnica lá na sua casa vê uma pessoa lá e fotografa e tudo aquela coisa. Isso não vai para o médico, vai para a polícia científica na polícia, feito pelo policial. Para o médico chega o corpo lá e é só o que eu estou vendo no corpo, eu não posso supor nada. Não tenho que colocar lá 'está grávida' ou não está grávida, se é mulher você tem que fazer exame ginecológico, independente de qualquer coisa, se houve estupro ou não houve estupro, independente do que foi a causa da morte. Tudo isso você tem que [sic] averiguar no corpo, mas eu não posso colocar opinião minha 'ah, eu acho que foi por isso aquilo lá. Quem vai investigar essa outra parte é a equipe científica junto com a polícia (Colaborador 5).

Quando a morte é por causa externa ou causa suspeita, o corpo vai para o IML passar por autópsia para que o médico legista ateste o óbito, ele pode ou não colocar que a causa externa foi suicídio. Muitas vezes, essa informação vai ser acrescida no atestado de óbito após a conclusão do inquérito policial, que é feito em conjunto com a polícia científica. O laudo toxicológico que atesta se houve ou não ingestão de álcool, drogas ou remédios demora em torno de sessenta dias para ficar pronto, para então ser anexado ao inquérito policial.

Uma das colaboradoras relata que no atestado de óbito de seu irmão, que foi liberado junto com o corpo para o sepultamento, consta que a morte foi por suicídio, o nome e quantidade das medicações, o que contradiz o que o outro colaborador exemplificou.

Na experiência das famílias, em alguns atestados de óbito constam suicídios e em outros não. Portanto, vemos diferenças na forma como o suicídio foi atestado, denotando ausência de regras e processos claros.

Um dos colaboradores relata que após o perito saber a profissão dele "tudo ficou simplificado" e o corpo liberado no dia seguinte. No atestado de óbito consta "sufocamento" em vez de "suicídio", para ele o atestado ficou desta forma, pois, em sua concepção, o perito quis poupá-lo do descontentamento de ter escrito suicídio no atestado de óbito.

A maioria dos colaboradores afirma que o processo policial é horroroso, realizado sem acolhimento no momento em que os familiares ainda estão em choque com a notícia. Relatos de insensibilidade e grosserias foram feitos pelo grupo. Assim, percebermos que precisamos caminhar para melhorar a forma como os inquéritos são feitos e a burocracia que envolve todo o processo.

Outros **impeditivos** para a conscientização, relatados no grupo focal, foram a falta de percepção das pessoas e de suas necessidades em relações as outras; a dificuldade em prevenir o suicídio em pessoas mais idosas e também saber quais pessoas, dentro do círculo familiar, que realmente precisam ser incluídas no cuidado.

A negação ou desinformação em relação ao comportamento suicida também foi citado por uma das colaboradoras, que se percebe na família que não "quer" acreditar na possibilidade de passar por mais um suicídio ou não consegue lidar com tanta dor e estresse ao mesmo tempo. O que se pode observar após os avós lidarem com o suicídio do neto e com as várias tentativas da filha, por essa razão, não conversam sobre o assunto e "fingem" que está tudo bem.

O medo do preconceito e a psicofobia também foram citados, pois as pessoas com comportamento suicida têm medo de sofrerem com o preconceito, sendo um impeditivo para buscar ajuda, elas e suas famílias não procuram psicólogos ou psiquiatras pelo preconceito que elas sentem em relação a esses profissionais.

A dificuldade de encontrar acolhimento, principalmente de profissionais, que sejam capacitados para este cuidado também fazem que a conscientização seja necessária.

Há um distanciamento entre quem perdeu um familiar ou amigo e quem pensa em matar-se, por isso uma das colaboradoras sugere que haja mais pesquisas que incluam quem tem o comportamento suicida, acreditando que são muito diferentes dos enlutados.

A dor do sobrevivente enlutado pode também gerar dor e culpa nas pessoas que pensam em tal ato e esse fato pode ajudar na prevenção, pela pessoa não querer fazer sofrer o familiar. No entanto, esse mesmo sentimento pode induzir o suicídio, porque ele pode aumentar a dor de quem pensa em suicidar-se, tornando outro fator de risco. Portanto, ao falar da dor dos sobreviventes como veículo de aumento de conscientização, há de considerar essas possibilidades.

O fato das notícias sobre suicídio gerar incômodo na sociedade, pode dificultar que seja abordado pelas grandes redes de televisão ou em novelas, pois uma das colaboradoras vê que as novelas devem distrair e não gerar incômodo, trazem junto o medo de incentivar o suicídio, caso apresentarem o assunto.

A falta de avaliação dos serviços propostos também é um impeditivo, pois mesmo que uma empresa ofereça cuidados de saúde mental e prevenção do suicídio, se não houver uma conscientização na maneira de encarar o problema e lidar com ele, as pessoas podem não usar o serviço quando precisarem, por exemplo, "tirar sarro" de quem procura esse serviço de apoio. Dessa maneira, há um preconceito em relação a quem procura ajuda, fazer piada nessa situação dificulta ainda mais a procura de quem precisa.

Em **interesses diversos**, podemos refletir que há um aumento do interesse em dar visibilidade ao tema, para alguns esse é um dever público em conjunto com um interesse pessoal de querer ajudar outras pessoas, observamos, porém, a fala do colaborador 1 que:

a mídia não faz isso de graça ... ou é porque está tendo mais importância, porque é abcd morreram por suicídio e aí são pessoas que são famosas e tal e elas dão certa importância que tem a mídia vai fazer algo que não tem volta.

Refletimos qual é o interesse da mídia em tratar desse assunto e o que não se pode abordar ou falar.

O uso político de um suicídio também foi abordado, ao usá-lo como resultado de questões políticas da atualidade.

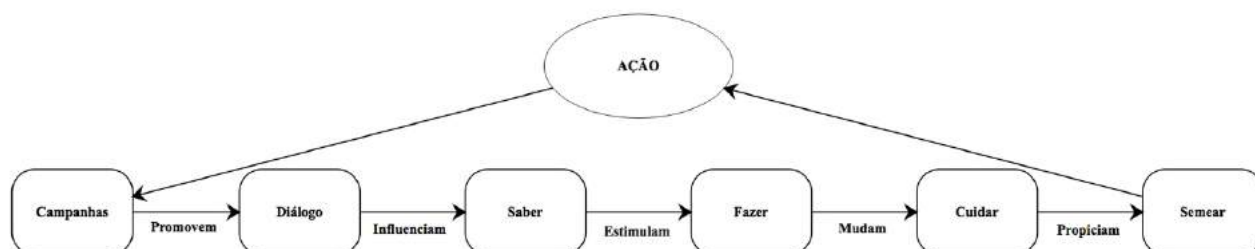
Embora o grupo não tenha trazido dessa maneira, podemos pensar a quem interessa prevenir o suicídio, quem mais se mobiliza e a quem interessa não tratar do assunto. Provavelmente políticos vêm uma chance de promoção pública; canais de TV, pela possibilidade do aumento da audiência; profissionais da área da saúde e da educação percebem a importância de falar do assunto pela sua experiência. No que concerne às universidades ainda há muito que fazer tanto na promoção de cursos e na capacitação quanto no atendimento e no cuidado aos estudantes desesperados e deprimidos, que cada vez mais se expressam por meio da ideação suicida e das tentativas de suicídio.

O tema CONSCIENTIZAÇÃO tratou de diversos fenômenos relacionados a necessidade de aumentar a consciência e aos impeditivos para que isso aconteça.

5.3 AÇÃO

O tema AÇÃO traz questões relacionadas tanto às ações necessárias na área da prevenção e posvenção do suicídio quanto às sugestões de ações, que precisam ser tomadas para ou a partir do aumento da consciência pública.

Diagrama 7: Ação



Fonte: produção do próprio autor (2018)

O tema AÇÃO é composto pelas seguintes categorias e subcategorias:

Tabela 13: Ação

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
AÇÃO	Campanhas	Influência
		É um começo
		Alcance
		Capacitação
		Cuidados
		Temas
		Setembro Amarelo
		<i>Marketing</i> Amarelo
		Periodicidade
		Provedores
		Engajamento
		Identificação
		Efeito
		Outras cores
		Falhas
	Campanhas x falar	
	Diálogo	O Falar
		Ouvir
	Saber	O contato muda
		Consequências do não saber
		Saber é poder
		Falta de formação
	Fazer	Prevenção
		Outros tipos de trabalho
	Cuidar	Depressão
		CVV
		Sobre os encontros
Grupos de apoio		
Tratamento		
Semear	Facilitadores	
	O que gostariam	
	Sugestões	

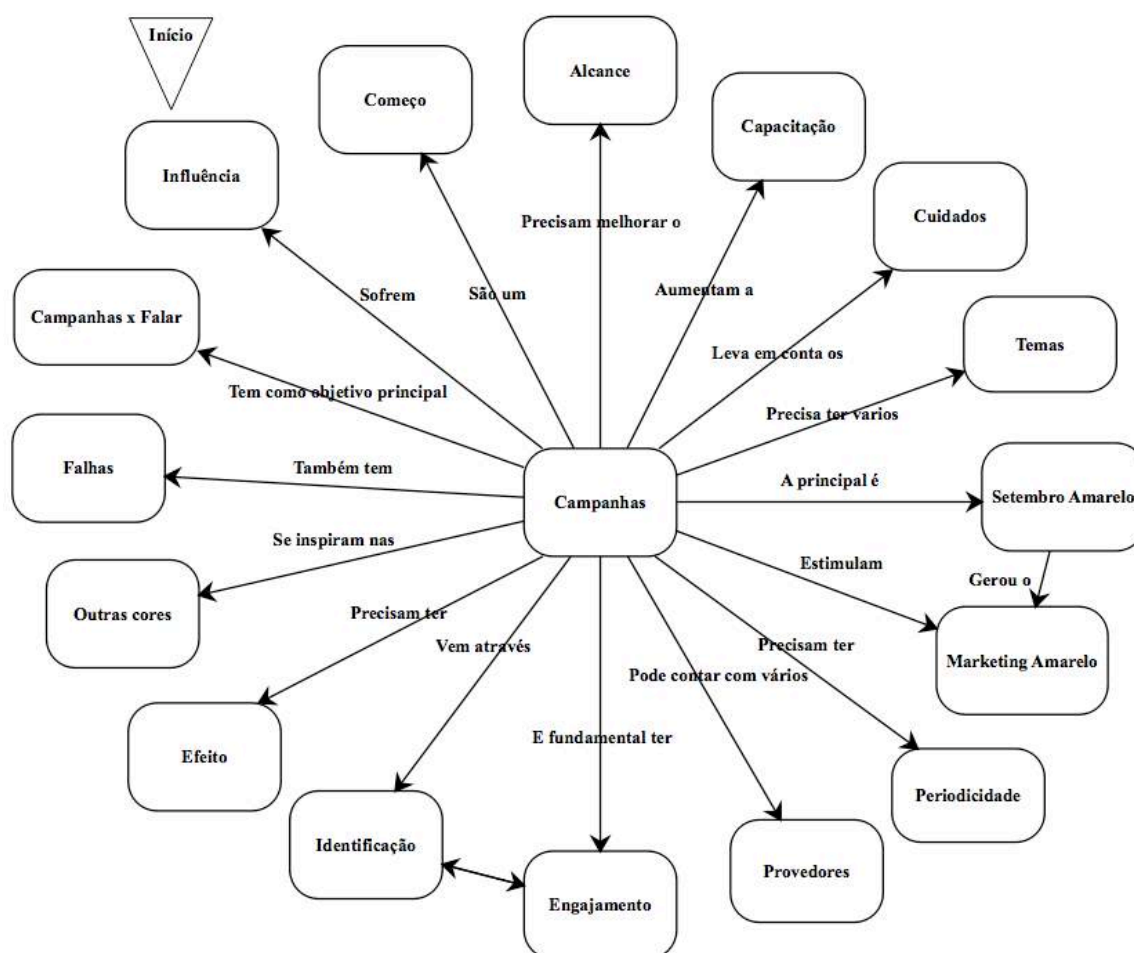
Fonte: produção do próprio autor (2018)

5.3.1 - Campanhas

Embora CAMPANHAS esteja no tema AÇÃO, elas podem ser consideradas uma ponte entre a conscientização e a ação, pois hoje as são formas mais comuns de promover a conscientização.

A categoria CAMPANHAS traz as subcategorias: influência; é um começo; alcance; capacitação; cuidados; temas; setembro amarelo; marketing amarelo; periodicidade; provedores; engajamento; identificação; efeito; outras cores; falhas; campanha x falar.

Diagrama 8: Campanhas



Fonte: produção do próprio autor (2018)

As campanhas sofrem influência da cultura e do tabu, porém influenciam a cultura ao mostrar que muitas pessoas podem sofrer do mesmo problema, mesmo com suas singularidades, impactando positivamente quem as vê, principalmente se forem bem-feitas. Um sinal disso, conforme os colaboradores, seria mexer, tocar as pessoas; para eles informação sem o apelo emocional não tem a mesma influência.

Para o grupo focal, ter as campanhas é um começo, é uma forma das pessoas iniciarem a falar do assunto e do tema estar presente na mídia, afirmam que não se deve parar nas campanhas e que mais precisa ser feito. As campanhas são precursoras de novas reportagens e de ações como um todo.

O alcance das campanhas atuais foi descrito como muito bom, porém somente se a pessoa procurasse a informação, se ela tivesse um papel ativo de ir atrás de reportagens, por exemplo. Para o grupo focal, a informação era de boa qualidade, mas ela não chega a todas as pessoas, ainda está restrita a quem procura notícias sobre o assunto.

Capacitação refere-se à necessidade das pessoas estarem preparadas para falar sobre o assunto no âmbito público ou privado e "se a pessoa vai te perguntar pelo menos saber como ajudar, como te acolher". Há uma percepção entre os colaboradores, de que falta capacitação, tanto de profissionais como da sociedade em geral para lidarem e falarem sobre o tema.

Os cuidados sugeridos pelo grupo focal foram inicialmente de tomar cuidado ao trazer a questão da religião, de ligar a religião ao tema, pois "Deus é uma coisa muito subjetiva" (Colaborador 10).

Outro colaborador questiona a "abordagem do impacto dos números do suicídio e falar de forma chocante sobre a morte para todos os grupos ... acho que pode reforçar uma postura de fechamento e retração" (Colaborador 9).

Para ele, é necessário ter cautela em ter campanhas que causem impacto pelo número de casos, pois dependendo da pessoa, elas podem gerar um fechamento em vez de abertura para o assunto.

Ao debaterem quais temas as campanhas deveriam abordar, foram apresentadas muitas ideias e debates entre os colaboradores. Para eles, é importante que as campanhas tragam *histórias reais de pertencimento e superação* e que *inspirem para o bem*, como a do Nick Vujicic²⁰. Para eles essa história é de um herói humano, pois não é de alguém famoso, o que aproxima mais a história da realidade das pessoas. "É fácil de se identificar por ser bonita, tocar e impressionar, mostra que é possível vencer e gera empatia pela história difícil" (Colaborador 10).

Nick Vujicic fala abertamente sobre os pensamentos suicidas que teve e como superar isso, ajuda as pessoas *a terem exemplos para seguir*, pois mesmo ao atravessar muitos desafios, mostra que *é possível ficar tudo bem*.

Os colaboradores falam do desejo de que as campanhas tragam *histórias verídicas* e apresentam sugestões de *filmes com pessoas que tentaram suicídio*, assim as *campanhas podem ser faladas por quem passou* pela situação e atravessou-a. Assim, é mais fácil identificar-se com as histórias e *mexer com a emoção* de quem assiste, facilitando o contato e o interesse no assunto.

²⁰ Rapaz que nasceu com a síndrome Tetra-amelia, que acarreta na ausência dos quatro membros, atualmente faz palestras motivacionais de prevenção do suicídio pelo mundo.

Outro tema discutido foi das campanhas oferecerem a *informação de quem eles podem procurar* se precisarem de ajuda, além de ensinar *quando é a hora de procurar ajuda profissional*, pois todos têm um limite do quanto podem ajudar e tem momentos que os profissionais e uma possível medicação precisa ser utilizada, porém eles ainda têm dúvidas em qual é o momento certo ou a partir de que sinais esse processo deve ser acionado. Assim, é possível *passar a informação de que tem um limite*, para ajudar a *tirar a carga de uma pessoa só*, pois eles falam que *não dão conta de tudo*.

Campanhas feitas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre *psicofobia* para diminuir o preconceito com relação aos psicólogos e aos psiquiatras a fim de ensinar que é possível fazer *terapia como autoconhecimento*, também para que as pessoas comecem a enxergar a terapia como aliada da saúde mental e não um procedimento pertence ao mundo dos "loucos", estas são algumas medidas trazidas pelos colaboradores, que poderiam ajudar a diminuir a resistência que as pessoas têm em procurar os psicólogos.

Outro tema discutido foi de ter campanhas que falassem *das emoções* e incluíssem a *tristeza*, que produzissem uma *capacitação para o diálogo* para as pessoas aprenderem a conversar com alguém quando não estivessem bem. Essa campanha seria *voltada para todos*, não sendo específica para o suicídio, "eu acho que uma coisa que ajudaria, seria se as campanhas fossem voltadas para pessoas comuns, todo mundo, para capacitar a pessoa para melhorar o diálogo e falar de momentos de tristeza" (Colaborador 9).

Uma *campanha para capacitar profissionais* de diversas áreas é necessária, sobretudo policiais, psicólogos e médicos, pois pela experiência dos colaboradores, essas profissões precisam ser preparadas para atenderem melhor quem passa por um suicídio, pois "se nem aquelas pessoas que teriam o papel de acolher não estão preparadas, imagina outros seres que assim, né?". Dessa forma, a capacitação começaria com os profissionais das áreas mais afins estender-se-ia a sociedade como um todo.

Outra sugestão foi a de fazer campanhas com o foco em *não julgar* para que "as pessoas possam olhar com outro olhar a pessoa que está ali" (colaborador 4), oferecendo *acolhimento* e diálogo com o foco em promoção de saúde mental, pois uma coisa leva a outra, então, automaticamente se começa a prevenir o suicídio.

Lembro de uma campanha de TV muito antiga do CVV, aonde um homem pede dinheiro na rua e ao receber uma moeda entra num bar. Tudo dá a entender que ele vai comprar bebida alcoólica, mas ele compra uma ficha e vai a um telefone público dentro do bar e efetua uma ligação. Do outro lado da linha uma voz diz: 'CVV boa noite' e eles começam a conversar. Esta campanha antiga me marcou a respeito da imagem do CVV e que seria um

lugar aonde [sic] se pode conversar. Acho uma campanha extremamente positiva e que nos aproxima. A ideia de que ao passar uma situação difícil, o CVV é um lugar aonde [sic] se pode conversar e ser ouvido. Acho que a campanha vai exatamente no ponto que é necessário a respeito do assunto. Abordando de forma prática um canal para o diálogo e a empatia e que estaria disponível para todos (Colaborador 9).

Divulgar o CVV foi citado várias vezes no grupo focal, pois todos entendem a importância de as pessoas saberem sobre a existência e o trabalho deles, sugerindo que o CVV deveria *usar os segundos gratuitos* na TV em rede nacional, assim como acontece com outros temas, por se tratar de um órgão nacional. Outra sugestão foi a de mesmo em campanhas com um alcance menor ter sempre o número do CVV disponível, pois é visto pelo grupo como um local seguro e disponível para pedir ajuda.

Todos do grupo focal conhecem o setembro amarelo, campanha de conscientização do suicídio e percebem que ele tem crescido, sendo mais divulgado a cada ano, oferecendo aos sobreviventes a oportunidade de trabalho voluntário de conscientização e ajuda. Sentem que no setembro amarelo,

o impacto é positivo uma vez que consegue sensibilizar um grande número de pessoas ... foi divulgado nos meios de comunicação de massa e nas redes sociais. Muitas ações foram noticiadas nas principais emissoras de televisão e rádio do país (Colaborador 1).

O marketing amarelo foi sugerido pelos colaboradores como uma crítica ao *engajamento verdadeiro* das pessoas nas campanhas e no uso delas com o objetivo de *cumprir protocolo* e promoverem-se nas redes sociais.

Tem muitas empresas que são assim, se engajam, mas não repassam para os seus funcionários, os seus colaboradores, aquela importância, dá um papelzinho, dá uma fitinha para colocar na camisa, mas agora vai ... volta a trabalhar então, mas coloca lá estampado que está dando o apoio, não sei o que lá ... mas não, não ... leva um profissional, nada (Colaborador 1).

Somente colocar uma fitinha amarela nos funcionários e não promover o debate, o aumento da consciência pública e a diminuição do tabu, cria uma *campanha sem conscientização*, trazendo dúvida se a campanha é de verdade ou se é uma *ação de marketing com o nome de conscientização*.

Eu vou citar um exemplo muito prático: Minha cunhada é assistente social numa unidade de saúde, o ano passado no *Facebook* apareceu ela com o lacinho amarelo com toda a turma fazendo pose, mas ela nunca conversou comigo sobre o assunto (Colaborador 2).

Para eles não basta "cumprir o amarelo" (colaborador 2), tirar foto no *facebook* e acabou, o engajamento e a conscientização precisam ser verdadeiros.

Para o grupo, a **peridiocidade** das campanhas deve ocorrer com mais frequência, *durante o ano todo*, com *campanhas menores e mais reportagens*, pois as pessoas *não assimilam tudo em setembro*, pela quantidade de informação junta. O tema pode começar a ser *abordado sutilmente* em mais ocasiões, para que isso prepare as pessoas a habituarem-se a lidar com o tema no cotidiano.

Um dos colaboradores acredita que parcerias com empresas deveriam ser propostas, para que o tema seja *divulgado massivamente*, principalmente em conglomerados urbanos maiores, assim, possa atingir um número maior de pessoas. Para ele *informação é poder*, então esse deve ser o ponto de partida.

Entretanto, o grupo traz a reflexão que ser massivo pode fazer que pessoas, em um dado momento, não prestem mais atenção, ficando só o grupo das pessoas que se interessam pelo assunto, que estarão de camiseta participando de eventos, distribuindo folhetos, tentando, mas não conseguirão tanto sucesso em conscientização.

Para o grupo, os provedores, são relacionados as instituições que podem encabeçar as campanhas, para eles, essas campanhas devem ocorrer por meio do *Conselho de Psicologia*, assim como existem *campanhas dos Conselhos Nacionais* de Engenharia, Enfermagem, Fisioterapia, envolvendo a procura do profissional adequado, o CFP deveria fazer a mesma coisa.

Campanhas devem focar também a *televisão*, pois, para o grupo focal, ela atinge muita gente de todas as idades, incluindo a comunicação para os idosos, que assistem muita tevê e são um grupo de risco para o suicídio. Como os *jovens não assistem muita tevê aberta*, as campanhas devem se estender para as *redes sociais* que vão atingir esse público.

Um dos colaboradores fala que atualmente podemos ver audiências públicas na assembleia, convocadas por deputados estaduais, para debater o assunto, mas é fundamental haver o real *envolvimento do poder público*, do governo do Estado, da secretaria da saúde para a questão da prevenção do suicídio e que inclua *diversas esferas*, como institutos, universidades, conselhos regionais.

O engajamento foi trazido como um elemento fundamental para que ocorram as campanhas, para que não seja somente o marketing amarelo. Para os colaboradores, *o que leva alguém a se engajar é ter um motivo pessoal* para isso, mesmo que escondido.

De ter que ter algo assim, pessoal, para você se engajar naquele tema, que é aquilo: suicídio só passa a ser realidade, você só presta atenção, quando você de alguma maneira tem a ver com aquilo, porque hoje em grandes campanhas, normalmente, que nem essa do trânsito, né? não sei, se as pessoas que perderam alguém, assim são as mais engajadas ... O que leva alguém a se engajar? Eu não sei (Colaborador 10).

Uma das colaboradoras cita sua experiência em eventos LGBT dentro da empresa que trabalha, dizendo que percebe o engajamento de pessoas que tem relação com o tema, que sente que os *líderes são obrigados a se engajarem*, para mostrar suporte, mesmo que eles particularmente não queriam fazer isso, pois as *pessoas não querem se engajar em certos temas* por haver o *preconceito de se engajar em certos grupos*. Para os outros, ela diz que ajuda o movimento LGBT, porque respeita a diversidade, mas *esconde o motivo real*, que é saber que eles são um grupo com altas taxas de suicídios sendo isso que *a leva a ser engajada no LGBT*. Para ela, *engaja-se quem tem propósito*:

Porque aquela coisa de talvez a pessoa pensar: ‘Aí, vão achar, sei lá, alguma coisa de mim, porque eu estou engajada nesse grupo. Então, eu acho que essa campanha do GLBTA só atinge as pessoas que de alguma forma se sentem ligadas ao tema. Eles falando ali abertamente ou não ou lá na essência tem alguma coisinha que ele por, né? então, talvez essas campanhas do suicídio, elas só vão atingir quem, na sua essência, tem alguma ligação com o tema. Se não ela passa despercebida. Tanto que a gente fica lá tentando engajar as pessoas para ir no GLBTA e assim, tipo as pessoas não vão. São raras. São raras. Aí lógico já tem vários líderes que vão porque, tipo, eles têm que [sic] ir, eles têm que liderar pelo exemplo, você tem que ir ... então eu não sei se não tivesse talvez um pouco disso de ser um exemplo, de ter que cumprir com isso, se aquelas pessoas iriam e aí eu não sei se, por exemplo, os jovens, por ser um grupo que tem um propósito, eles acabam se engajando também. Então é um fato interessante: eu não sei se eles se engajam porque eles têm a ver com algumas das letras ou porque na essência tem algo ali ou se é porque coisas com propósitos e eu vejo que é uma coisa que as novas gerações elas trazem isso (Colaborador 10).

Para haver o engajamento, o grupo focal percebe que precisa existir uma identificação com o tema e percebem que há campanhas, como a do trânsito que eles *não prestam tanta atenção* por não ter relação com eles, embora lembrem e tenham gostado da campanha da TV. Para eles, *só se identifica com a campanha quem passou* por isso ou tenham vivido alguma realidade próxima, sendo necessário que as pessoas percebam que aquilo *também tem haver com elas*, que não é algo tão distante de suas histórias.

Assim, para fazerem efeito, precisam gerar identificação, as pessoas precisam *se preocupar com o tema*, para que *tenham alguma relação com o que é falado*.

Outras cores foram citadas, ou seja, outras campanhas que se baseiam em cores, como o maio amarelo, que é da conscientização de acidentes no trânsito; novembro azul, que tem

relação com o câncer de próstata; o outubro rosa, do câncer de mama, lembrado e citado por quase todos os colaboradores. Percebemos que é uma campanha que já está solidificada, as pessoas conhecem e sabem do que se trata. Fazer a *comparação com as outras cores* traz esperança para o grupo focal, de que falar sobre o suicídio, no futuro, seja tão comum como hoje falar da prevenção do câncer.

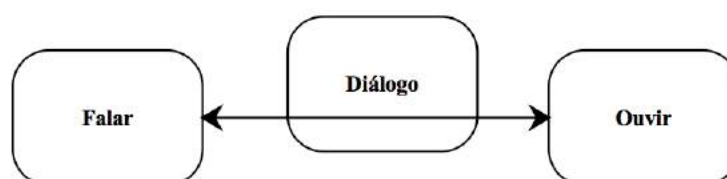
Para o grupo, as maiores falhas das campanhas é fazer que as pessoas sintam que aquilo não tem haver com elas, que *quem não participa do assunto não sabe o que é o setembro amarelo*, por causa do tabu envolvido no assunto, *as campanhas não surtem efeito em pontos cegos da sociedade*.

Dessa maneira, é fundamental aliar as campanhas x falar, pois mesmo que tenha aumentado a quantidade de informações e a campanha do setembro amarelo tenha crescido, muitos colaboradores *não acharam ninguém para falar sobre o assunto*, pois *as relações pessoais ainda não começaram a dialogar* sobre o suicídio, sendo *mais fácil fazer campanha que falar abertamente sobre o assunto* com quem passou diretamente por um suicídio.

5.3.2 - Diálogo

A categoria DIÁLOGO foi dividida em **falar** e **ouvir**, pois não adianta somente falar ou somente ouvir, reflete a importância de que a sociedade e as pessoas consigam estabelecer um DIÁLOGO sobre o suicídio. Conforme podemos ver no diagrama abaixo, o DIÁLOGO fica ENTRE o **falar** e o **ouvir**, ele nasce do encontro dessas duas ações.

Diagrama 9: Diálogo



Fonte: produção do próprio autor (2018)

O **falar** representa o que os colaboradores gostariam que fosse falado, que mensagens deveriam ser passadas para que aumentássemos a consciência pública e preveníssemos o suicídio. Essa categoria foi dividida em: como (forma), o quê (mensagem), quem (para quem e por quem) e onde (locais).

Tabela 14: Conceitos e Subcategorias do Diálogo

CONCEITOS		SUBCATEGORIA	CATEGORIA
O quê Quem	Onde Como	Falar	Diálogo
A dificuldade está em ouvir e não neles falarem Dificuldade dos outros ouvirem sobre o suicídio Pessoas não têm com quem conversar		Ouvir	

Fonte: produção do próprio autor (2018)

O quê deve ser falado ou as mensagens que precisam ser oferecidas, segundo os colaboradores, para aumentar consciência pública são:

Normalizar o suicídio, relacionando sentimentos que uma pessoa que pensa em matar-se tem, com sentimentos comuns de várias outras pessoas, assim seria mais fácil das pessoas identificarem-se e reconhecerem o que é falado. Mostrar que muitas pessoas já passaram por essa situação e hoje estão bem para trazer esperança e a visão de que é possível superar o comportamento suicida.

Outra maneira é mostrar que existe uma *visão estereotipada de uma pessoa suicida* pela sociedade e que ela pode ser qualquer pessoa, não tem um rosto definido. Mostrar que *pensar em suicídio é mais comum do que se imagina*, pode trazer o tema mais para perto do contexto e do cotidiano das pessoas.

Assim *desmistificar*, tanto a *medicação* como o *psiquiatra*, como os *termos* depressão e suicídio. Para o grupo, muitas pessoas têm preconceito com remédios e não seguem o tratamento ou acham que vão ficar "viciadas". A percepção de que ir ao psiquiatra e tomar medicamento é "coisa de louco", impedindo muitas pessoas de receberem a ajuda necessária, portanto, existe a necessidade de desmistificar esse cuidado. Com relação aos *termos* depressão e suicídio, desmistificar faz-se necessário, pois além de todo o tabu, que já foi comentado anteriormente e o fato de que ambos virem carregados de significados negativos, pode fazer que uma pessoa com depressão não assuma seus sentimentos e sintomas decorrentes da doença por não querer receber esse rótulo.

Outra sugestão foi a de *falar de estatística dos enlutados*, como forma de aumentar a consciência de quantas pessoas são impactadas por essa dor. Um dos colaboradores acha *que falar sobre impacto ou estatísticas pode causar rejeição* ao tema, conforme falamos anteriormente.

Outro tema a ser abordado tem relação com a *depressão*, para que ela fosse vista *como outras doenças crônicas*, como a diabetes e a pressão alta, dessa forma, não seria carregada de preconceitos. Falou-se da importância dessa mensagem ser voltada para *pessoas de todas as classes*. Os colaboradores acham que é mais fácil trazer a questão da depressão para a sociedade que do suicídio, pois falar de depressão já tem uma aceitação maior e pelo fato da depressão ser, na visão deles, a *doença da moda*, tornando mais fácil que o suicídio.

Mostrar que *há ajuda disponível*, que a pessoa *não está sozinha* e mesmo que ela sintasse assim, existem pessoas que podem ajudar e locais onde ela pode encontrar ajuda. Mostrar que por meio da *psicologia e psiquiatria* há auxílio, por essa razão não precisam chegar ao suicídio.

Poder *ensinar como agir* por meio de *reportagens com orientações práticas*, pois o leigo *não sabe o que fazer* em muitas situações que envolvem o comportamento suicida. Uma colaboradora trouxe uma "visão utópica" que no futuro a sociedade ofereça *acolhimento ao invés de espanto na comunicação suicida*, a partir do momento que a sociedade for tão informada que saiba como agir e lidar diante dessa fala.

Muito colaboradores citaram que se ouvirem alguém falar que quer matar-se, ficam *sem saber o que falar para ajudar*, pois ficam *sem saber como agir* e ensinar o que fazer nessas situações poderia ajudar muitas pessoas. Ter à disposição as informações para saber até onde ir e o que está ao alcance de cada um foram sugestões trazidas por um colaborador, pois, segundo ele, atualmente muitas dessas informações estão disponíveis somente nos grupos de apoio, mas não na mídia.

Diferentemente dos temas das campanhas, citados anteriormente, aqui trazemos os *temas* que, conforme o grupo, devem ser abordados pela sociedade em geral, seja por meio de campanhas ou não. Para eles, *o suicídio é um problema de todos*, assim,

a sociedade tem que [*sic*] se conscientizar que o problema do suicídio é de todos. Não é classe financeira, não é cor, não é credo, não é nada. De que todos têm esse problema [pausa] o suicídio pode acontecer em qualquer lugar com qualquer pessoa e todo mundo pode ser tanto responsável por ajudar alguém com a prevenção como também pode acontecer em qualquer família (Colaborador 5).

A diferença entre *prevenção do suicídio x previsão do ato suicida* precisa estar clara para todos os envolvidos, para que não haja a confusão entre esses dois conceitos. É possível prevenirmos o suicídio, mas não podemos prever quando e como cometerá o ato. Outra questão levantada foi o fato de que *existem diferenças no suicídio*, que eles não ocorrem pelos mesmos

fatores, que para cada pessoa um fator vai ser mais decisivo que outro e a sociedade precisa saber disso, assim, falamos em suicídios e não o suicídio.

Favorecer a *empatia* por meio de mensagens que ajudem as pessoas a envolverem-se mais e verem o suicídio mais próximo a elas foi outra sugestão. Para o grupo focal, essa atitude poderia "trazer um impacto positivo e uma aceitação maior" das pessoas afetadas pelo suicídio.

Poder *falar das várias dores*, dos que morreram e dos que ficaram, incluindo a visão de que é a *dor que leva ao suicídio*, mostrando o suicídio como um ato que é motivado pela dor e não, por exemplo, pela falta de amor. Uma das colaboradoras relata que *se sente amada pelo filho*, mas ele tinha *uma dor maior que a minha*, considera que se deve *focar no amor e não na dor dos sobreviventes*, pois, para ela, há muito amor e disponibilidade de ajudar e focar na dor pode criar "culpa" nas pessoas.

Um dos colaboradores disse que acha que é a forma mais eficaz de prevenir suicídios ao *mostrar a dor dos que ficam*, pois percebe que *causa impacto com o seu relato*, quando conta sua história para outras pessoas. "Eu acho também, existe um universo a ser explorado e esse contingente é que pode ser a chave para gente derrubar essa barreira" (Colaborador 7).

Outra sugestão foi a de ajudar as pessoas a *lembrarem das dores da adolescência*, assim elas entenderiam melhor as dores de seus filhos adolescentes e poderiam conectar-se melhor com eles. Outro ponto, foi que é a *dor que leva a romper o laço* com os outros e com a vida. Para eles, é importante que haja mensagens que mostrem o suicídio relacionado a uma dor que busca um fim.

Sugeriram falar sobre a ANSIEDADE como um dos fatores que levam ao suicídio, pois muito se fala da depressão, mas muitos suicídios têm relação estreita com a ansiedade, mas é um tópico que não é muito enfatizado ao falar de suicídio.

Os colaboradores sugerem que se fale de *emoções* e não somente do suicídio, pois para eles, as pessoas *têm menor resistência se falar de emoções*, mais próximas da realidade da maioria delas que o suicídio.

Quem traz os atores ou por quais pessoas essas mensagens poderiam ser passadas, que poderia falar ou ser porta-voz do tema suicídio para o público.

Diagrama 10: Quem



Para o grupo, uma forma de chamar atenção para o assunto é ter *famosos* falando sobre o suicídio. Para eles, hoje tem mais *figuras públicas que falam sobre o assunto*, como o André Trigueiro. Os *famosos que tiveram questões difíceis de lidar na sua vida fazem que as pessoas pensem no assunto*, pois se famosos sofrem, pessoas comuns também podem sofrer e comunicar seu sofrimento.

Ter *relatos de famosos*, como o de Luiza Brunet, contando que foi agredida pelo marido, faz que as pessoas deixem de esconder o problema, o que poderia ocorrer também com o suicídio. Outro ponto é que *de suicídios de famosos é falado*, a mídia fala, o assunto não consegue ficar escondido, ele é "escancarado". O suicídio de famosos, como do ator americano Robin Willians, choca e não passa despercebido.

Outra maneira de aumentar a consciência e prevenir suicídio, conforme o grupo focal, seria pelos *sobreviventes enlutados*. O grupo focal não foi unanime quanto a essa questão, alguns acham que é uma forma de passar a mensagem, mas que não é a única ou a mais importante.

Para o grupo focal, quando as mensagens são passadas pelos *sobreviventes enlutados*, relatando suas experiências, *falando da dor dos que ficam*, do impacto e do desgaste nas famílias, há um apelo e abrangência maior. Um dos colaboradores pensa que é fundamental abrir mão do anonimato e a "sociedade começar a ver a cara dos que ficam, a dor dos que ficam" (Colaborador 7), isso pode impactar os que pensam em matar-se e a sociedade como um todo.

Segundo um dos colaboradores,

se estatisticamente é uma média mínima de pelo menos seis pessoas para mais, que é afetada pra cada suicídio e nós temos um suicídio a cada quarenta segundos. Nós temos um contingente da população expressivo e que certamente são de diversos perfis socioeconômicos e culturais e que cada um atue e dialogue no seu meio e que poderia ser um grande formador de opinião e poderia ser um grande parceiro para desfrutar a consciência afetiva da sociedade como um todo (Colaborador 7).

Percebemos então que os sobreviventes enlutados formam um grande e expressivo contingente de pessoas com diversos perfis socioeconômicos e culturais que podem tornar-se *formadores de opinião*, que atuassem e dialogassem sobre o assunto em seu meio, convertendo pessoas em parceiros para transformarem a sociedade.

Sobreviventes de tentativas também são pessoas que poderiam oferecer seus *relatos*, para a sociedade *ouvir de quem passou* pela dor, pela escolha do suicídio e por sobreviver a isso ou ter *depoimentos de quem já pensou*, estas são maneiras propostas para trazer as pessoas mais próximas da realidade.

Ouvir *de um par*, ou seja, *ouvir uma pessoa como ele*, isso pode gerar menos resistência,

porque a pessoa, ela, na fragilidade dela ela precisa, às vezes, de ver outra pessoa frágil, uma outra pessoa que chora, que dói, que fica com a palavra embargada pela dor que está sentindo ... então que é um igual, que é um par ... Assim, alguém que não é nada de mais e que é um como ele, que também está sofrendo e que até também pensou em suicídio e que de repente está ... na mesma faixa etária ou alguma coisa assim, né? (Colaborador 7).

Outros atores citados são os *profissionais*, porém em *reportagens voltadas para leigos*, com palavras apropriadas para esse público. Foi citado pelos colaboradores que dependendo da forma da comunicação pode haver *resistência do público se for de profissional*, pois eles podem afastar as pessoas. O profissional categorizado impõe autoridade, mas não pode ter o tom *professoral*, pois pessoas *têm resistência a autoridades no assunto*. Para eles, as *autoridades no assunto devem falar para aqueles que buscam informação ou ajuda*, ou seja, profissionais falando para seus pares ou para pessoas que procuram relatos de profissionais.

Mesmo que sendo frequentado por adultos, o grupo focal aponta para a importância de haver uma fala específica para *adolescentes*, para conscientizar alunos a perceberem suas situações de risco e de seus amigos. Logo, as pessoas estariam *ensinando alunos a identificarem e a ouvirem* seus amigos e os pais e professores poderiam aprender *como abordar um adolescente*.

Onde fala dos locais, trazidos pelo grupo focal, como possibilidades para que ocorra o diálogo sobre o suicídio.

Para os colaboradores devemos *começar a conscientização nas faculdades com assuntos relacionados* ao suicídio, por exemplo, na área da saúde. No entanto, ao serem questionados pela pesquisadora, dizem que *não imaginam pessoas de outras áreas* aprendendo sobre suicídio, pois, para eles, precisamos *começar com os cursos que tem relação*.

O grupo focal também evidencia que faz-se necessário ampliar o alcance das informações para todos os alunos, pois hoje, segundo eles, essas informações ocorrem em *grupos fechados* nestes lugares, e precisam abranger mais pessoas.

Aprender sobre o suicídio na *escola da vida* também foi falado pelo grupo focal, pois, para eles, na escola aprendem-se assuntos objetivos, mas na vida a pessoa tem de lidar com situações subjetivas, como transições, perdas, mudanças. Essas *coisas subjetivas* aprendem-se só na vida, o que torna esse aprendizado mais difícil.

Outro lugar para abordar o suicídio é a *mídia*, visto que, atinge muita gente. Foi proposta também a *abordagem o suicídio em novelas*, já que, segundo uma colaboradora, eles abordam

tanto o transplante de coração, como na novela atual, mas eles não se lembram de nenhuma novela que abordasse a depressão. Ao mesmo tempo, ficam preocupados em tratar esses temas em novelas e *incentivar* pessoas para o suicídio, por isso acham que o assunto deve ser tratado de uma forma muito cuidadosa. Uma das colaboradoras trouxe a questão do suicídio ser tema *incômodo* para ser abordado por uma novela, mas os outros colaboradores complementam que várias novelas já trouxeram questões difíceis, por isso não há impeditivo para que sejam abordados nesse meio. Observamos que não há consenso entre os colaboradores sobre essa questão.

Como representa as diversas formas, sugeridas pelos colaboradores, que podemos passar mensagens e ser canais de aumento de consciência por meio do falar, se verbal ou visual.

As *formas* sugeridas foram por meio de *multiplicadores de opinião*, como universitários e professores que pudessem frequentar *grupos de apoio*, semanais e mesmo que não "abraçassem a causa e saíssem do anonimato" (Colaborador 7), poderiam multiplicar a informação que receberam.

As *mensagens* devem ser passadas por *perfis variados*, com diversidade para refletir a sociedade.

Usando *depoimentos de pessoas*, incluindo enlutados e pessoas que tentaram suicídio, pois é difícil ver depoimentos de pessoas que tentaram, mas quando vão aos grupos, é muito interessante de ouvir. A dificuldade de ouvir o relato de quem tentou suicídio pode provocar fortes emoções em quem, por exemplo, tem ideiação suicida ou para pessoas enlutadas

Por meio de *falar do cotidiano*, pois muitas vezes não falar sobre os sentimentos pode ter um vínculo com chegar a um ponto de angústia que favoreça o suicídio, porém o desencadeador desse sentimento pode ser uma falta de espaço de expressão. Portanto, não falar do sofrimento é maior risco do que falar deles, mesmo que despertem fortes reações.

Outra forma seria começar a tratar como saúde pública. Eles não explicitaram exatamente como, mas usam esse fato para comparar com a quantidade de campanhas e a importância da prevenção do câncer e da AIDS hoje, que tem essa relevância após serem tratados como questões de saúde pública. Assim, o governo pode oferecer mais hospitais e tratamentos para quem não tem condições de pagar.

O **ouvir** foi gerado por abranger o outro lado do falar, segundo os colaboradores, se não ajudarmos as pessoas a começarem a ouvir, não adianta só falar.

Para os colaboradores a dificuldade está em ouvir e não neles falarem, muitas vezes as pessoas mudam de assunto quando os colaboradores conversam sobre o tema, dessa forma, eles

percebem que há uma dificuldade dos outros ouvirem sobre o suicídio, pois "as outras pessoas que estão do outro lado tão com medo e não querem ouvir (Colaborador 1)."

Para uma das colaboradoras, as pessoas estão muito ocupadas atualmente e não tem tempo de ouvir. As pessoas não conseguem encontrar pessoas que as escutem, não acham *quem vai escutá-las*.

Um dos colaboradores, que já foi voluntário do CVV, exemplifica essa questão ao dizer que muitas pessoas ligam para o CVV por sentirem angústia de não terem com quem conversar e ele não está falando de pessoas em crise e sim sobre eventos cotidianos, "as pessoas não têm espaço para falar do que elas estão sentindo, perguntar o que aconteceu ou como foi o seu dia ou falam de coisas práticas (Colaborador 9)."

5.3.3 O saber

O SABER é relacionado com as informações e as capacitações que as pessoas, os profissionais e a sociedade precisam ter em relação ao suicídio. Fala também da consequência do não saber.

Essa categoria é composta por consequências do não saber; saber é poder; falta de formação e o contato muda.

Para o grupo focal, são várias as consequências do não saber como, por exemplo, *peessoas tratando mal porque não entendem* o que está acontecendo. Isso pode acontecer com médicos e enfermeiras, pois o suicídio foge da compreensão deles, assim, eles não querem cuidar, não querem ouvir. Preferem cuidar de pacientes "mais graves", mas que não estão pensando em suicídio, mas, para os colaboradores, isso tem como base a falta de informação no assunto.

Entretanto, para outros colaboradores, alguns *médicos ficam angustiados com o jeito de falar dos colegas*, mas entendem que isso é consequência de não saberem como fazê-lo, decorrente da falta de formação do assunto nas faculdades.

Outro colaborador sugere que as *peessoas não têm medo de falar, elas não sabem*, denotando novamente a importância do saber falar. Para ele, o que mais motiva o não falar sobre o assunto é o desconhecimento em vez do medo ou do receio.

Dessa maneira, saber é poder, pois *ter informação normaliza o assunto*, faz que ele torne-se um tema do cotidiano. Uma das colaboradoras *compara com o câncer de mama*, que por causa da conscientização que foi feita, se a pessoa sentir alguma coisa estranha, será normal ir ao médico e pedir exames, coisa que não era assim. Com relação ao câncer, os colaboradores

também compararam que *para o câncer há informação*, pois o tema já foi mais estudado, as pessoas já foram mais atrás, já existem mais profissionais especializados no tema, então a sociedade como um todo já está mais preparada para lidar com essa doença.

A *falta de informações* sobre o suicídio foi citada diversas vezes no grupo focal. Uma das colaboradoras cita que mesmo que o "suicídio não é algo novo, a Bíblia já tem relatos" (colaboradora 6), porém sente que ainda falta muita informação sobre o tema, que mesmo sendo questão antiga, nunca se teve suficiente informação disponível sobre o suicídio. É importante lembrar que não é um suicídio como evento único e sim suicídios cada um com suas motivações e histórias, ou seja, um assunto inesgotável.

Geralmente, somente após os colaboradores passarem pelo suicídio é que perceberam que há uma grande *falta de informação sobre o assunto*. Muitos começaram a estudar o assunto após a sua perda, dizem que foram buscar conhecimento e *hoje estão mais espertos* com o suicídio como um todo.

Para eles, se o suicídio não é abordado *nem em ambientes seguros para falar*, como na medicina, "imagina no resto" (Colaboradora 10). Uma ilusão achar que a medicina é campo seguro visto que há uma sensação de que não há informações suficientes à disposição, que quem quer ter informação precisa buscar, quando encontra. Portanto, *quanto mais informação, melhor o embasamento em relação ao suicídio*.

Um dos colaboradores fala que informação é poder, que é o ponto de partida para que a situação do suicídio hoje possa mudar. Eles acreditam que o acesso à informação vai ajudar não só na prevenção suicídio, mas a todos os impactados pela questão ou porque perderam pessoas ou por já pensaram em matar-se.

Há uma *necessidade de informação*, que existe não só entre os colaboradores, mas também entre as pessoas em geral, nas empresas e para isso é fundamental *preparar as pessoas para falarem corretamente*. Para eles, o tabu só poderá ser quebrado, quando houver muito mais pessoas preparadas para falar, mas não comentaram quem seriam essas pessoas.

Uma das colaboradoras relata que *se chocou com a sua falta de preparo e de conhecimento* ao se deparar com um paciente com comportamento suicida. Para ela, esse fato reflete a falta de formação presente em relação ao assunto. Eles sugerem que existe uma *falta de estudos e de preparo*, que então deveria haver esforços para preparar profissionais nas diferentes áreas que entram no contexto do suicídio, na psicologia, na medicina, mas também para os policiais, que mesmo que tenham alguma informação teórica, muitas vezes vão atuar em ambientes nos quais precisam lidar com a violência de um suicídio.

A *falta de formação na faculdade de psicologia* é vista com grande indignação pelos colaboradores e a esposa de um deles, que está no primeiro ano da faculdade de psicologia, ainda não tem aulas formais, no currículo sobre o tema.

Os colaboradores sentem que a forma como o assunto é tratado nas universidades é muito precária, só a pessoa que se interessa e vai atrás do conhecimento sobre prevenção é que consegue, sendo a maioria das vezes fora do currículo escolar.

Um dos colaboradores diz que quando procurou *não achou cursos específicos sobre suicídio* e diz que é quase impossível encontrar cursos voltados para o tema.

Para os colaboradores, o contato muda, inclusive se a pessoa *trabalha com essa demanda* e faz que busquem o conhecimento. Procuram o saber pela demanda que tiveram ou pelas situações que passaram.

5.3.4 Fazer

O FAZER está dividido em **prevenção** e **outros tipos de trabalho**. Esta categoria traz algumas visões e possibilidades de prevenção do suicídio.

Durante o grupo focal os colaboradores questionaram-se quem faz a **prevenção**, de quem é a responsabilidade, se é da sociedade ou se está nas mãos da pessoa que pensa em matar-se, porém não chegam a um acordo sobre isso. Pensam que é importante que haja a conscientização das *consequências* do ato suicida, para que as pessoas entendam o resultado dos atos que estão pensando.

Para um dos colaboradores é preciso ter cuidado para não criar uma *paranoia em detectar* possíveis suicídios, para que as pessoas não achem que qualquer coisinha pode ser sinal de que a pessoa vai cometer suicídio.

No entanto, percebem a prevenção como multifatorial, mesmo que haja uma questão de *saúde mental* envolvida, eles têm certeza que o suicídio precisa ser trabalhado considerando diversos fatores e locais.

A prevenção em escolas foi citada como ponto importante e mesmo que não seja focada em suicídio, pode ensinar crianças a identificarem sentimentos. A prevenção pode ser realizada para levar a *escola para além da teoria*, das matérias teóricas do currículo escolar e ensinar como se cuidar e como cuidar do outro.

Um ponto interessante foi a grande discussão gerada sobre a profissão com o maior índice de suicídios, havia uma curiosidade do grupo em saber se ainda eram as médicas anestesistas e o porquê ocorria com elas. Um dos colaboradores presente confirmou que eram

e levantou a hipótese de que era pelo fato delas vivenciarem muito a morte e terem fácil acesso às drogas.

Outros tipos de trabalho são compostos por sugestões de outros trabalhos que possam ser desenvolvidos em conjunto com a prevenção.

Para o grupo focal, os trabalhos podem começar com pequenos focos para assim, com o tempo, haver vários outros focos, o importante, segundo eles, é que esses focos encadeiem-se como um processo, uma coisa de cada vez.

Outro fato citado é de haver *peessoas buscando ajuda com eles*, o que mostra que as pessoas começam a buscar auxílio com os sobreviventes, talvez por eles terem vivenciado um suicídio, tornando-se pessoas que podem ajudar por ter vivido mais de perto a situação.

Outra sugestão é a de cidadãos fazendo mudanças, pois, segundo o grupo, a partir de pessoas serem sensibilizadas pelos grupos de acolhimento, que na visão deles, deveriam ser semanais, seria possível fazer uma parceria entre os sobreviventes, a sociedade e os cidadãos para fomentar discussão e fazer mudanças.

Falar de suicídio com adolescentes e crianças é uma possibilidade de trabalho sugerida por uma colaboradora inspirada no trabalho do Nick Vujicic, pois ele palestra sobre *bullying*, além de sua experiência com crianças e adolescentes, sendo muito bem recebido por elas.

Para um colaborador, outro trabalho necessário é haver cuidado na informação e na comunicação com os enlutados, pois a forma como essa comunicação é feita, seja pela polícia, médicos, amigos e com a sociedade em geral, pode aumentar ou diminuir o risco de suicídio ou de sofrimento emocional nos enlutados.

Um dos colaboradores elabora seu luto sendo ativista como forma de passar pelo seu processo e aumentar a prevenção do suicídio na sociedade. Acredita que se os sobreviventes abrirem mão do anonimato e *falarem abertamente* sobre suicídio para ajudarem os prováveis suicidas “a se atinarem do mal que podem fazer ao destroçar famílias e as pessoas que eles amam” (colaborador 7,) poderiam prevenir suicídios.

Segundo o grupo, é possível usar a dor para ajudar aos outros, como um dos colaboradores, que abriu um Instituto de Prevenção do Suicídio após perder a filha e hoje ajuda muitas pessoas. Ele fala que nunca pensou em nada relacionado ao suicídio até o acontecimento com sua família. Outra colaboradora diz que *se sente à vontade para ajudar aos outros*, após ter tido a experiência de perder uma pessoa para o suicídio, percebendo que ao abrir-se *os outros buscam ajuda*, isso mostra como os sobreviventes podem ser fonte de cuidado e ajuda, a partir do momento em que se entendem prontos para isso.

A questão da religião/espiritualidade também foi um tópico debatido e que sensibilizou alguns colaboradores. Essa sensibilização apareceu na forma de falar longamente sobre o assunto, como tema importante para alguns membros do grupo focal. Percebem que *as religiões ajudam muitas pessoas* em áreas diversas e que cada uma das religiões ajuda de alguma maneira. Para uma das colaboradoras a *religião previne suicídios*, pois acaba sendo um motivo mais forte que os familiares para a pessoa não se matar. Outra colaboradora acha que *profissionais precisam estar à disposição* de quem precisa, incluindo padres e líderes religiosos.

Outra colaboradora, que afirma ser muito católica, conta que *se decepcionou com o padre, pois frequentava a igreja católica* de modo "fervoroso", conta que um dia em que estava com uma tristeza muito grande, precisou falar com o padre e não foi bem atendida por ele, o que a deixou profundamente aborrecida por não *ser acolhida pelo padre* como esperava. Outro colaborador relata que teve grande *influência positiva da espiritualidade*, pois o instituto que tem hoje foi traçado para sua família por meio de cartas psicografadas. Assim podemos pensar na importância e abrangência da religião na vida das pessoas.

Uma das colaboradoras afirma, entretanto, que assim como na disciplina de religião obrigatória nas escolas católicas, se a pessoa não se identificar com o que está sendo falado vai tratar aquela informação de qualquer jeito. Da mesma maneira que aulas sobre prevenção do suicídio, se não fizerem sentido para quem assiste é só mais uma obrigação.

Várias sugestões sobre intervenções na era digital foram debatidas pelo grupo focal. Uma das sugestões foi *aparecer um aviso de ajuda ao ser rastreado* na internet se alguém digitar "como se matar" nas páginas de busca ou redes sociais. Segundo uma das colaboradoras, esse aviso poderia levar ao CVV, por exemplo. Dessa maneira, seria possível *usar o mundo digital a favor da prevenção*. Outra sugestão dada pelo grupo focal foi a de quando as pessoas procurassem "como se matar" ou "como tomar chumbinho", por exemplo, *não aparecer a resposta para certas buscas na internet* e as pessoas serem direcionadas para *sites* de ajuda. Se a pessoa procura formas de se matar nesse meio *é porque tem alguma ligação com o tema*, ninguém vai fazer essa busca sem motivo.

A sugestão de uma das colaboradoras foi a de usar o rastreamento que, em sua visão, é tão utilizada com propósitos de vendas e sugestões de produtos, que poderiam usar tal ferramenta para prevenir o suicídio. Ela citou o exemplo do *Google* e do *Facebook*, que usam o rastreamento para outros fins, para ela, pelo fato de estarmos em uma era digital e a maioria das pessoas terem acesso ao celular, esse meio poderia ser utilizado a partir de algumas palavras-chave ou da frequência dessas buscas, esta seria uma maneira de atingir pessoas que possam pesquisar como se matar.

Outro ponto trazido pelos colaboradores foi que trabalhos científicos são um começo, assim como essa pesquisa, para ajudar a surgir ideias de como abordar o assunto da conscientização do suicídio.

Um dos colaboradores falou em relação aos planos de saúde, sugeriu a *implantação de prevenção do suicídio em planos de saúde*, assim como muitos planos que já tem programas de prevenção na área cardíaca, por exemplo, poderiam fazer o mesmo com o suicídio. Ele aponta que mesmo que os planos de saúde tenham como objetivo um *interesse nos custos*, essa proposta poderia ser implementada, ajudando muitas pessoas.

Talvez os planos de saúde possam ser um dos canais de entrada. Talvez, mostrando que atividades de prevenção podem ter uma influência direta na saúde dos segurados e por consequência na redução dos custos do plano. Indo por este caminho, acredito que é possível uma abertura para um fator multiplicador de ações, com recursos vindos dos próprios planos e com benefício para muitas pessoas (Colaborador 9).

5.3.5 O cuidar

A categoria CUIDAR foi pensada por tratar-se de um ponto fundamental na **AÇÃO**, que é relacionada ao cuidado e à forma de tratamento. Não adianta somente falar mais sobre o assunto se isso não se traduzir em ações conscientes. Essa categoria é composta pelas subcategorias: **tratamento; depressão; grupos de apoio; sobre os encontros e CVV**.

É uma compreensão das questões envolvidas no cuidar e de sugestões para que o cuidar seja mais completo.

Tratamento é composto pelos conceitos dificuldade de achar apoio adequado, acesso às formas de tratamento, Despreparo do psiquiatra, Tratamento não é garantia, mas deveria ser direito, Hospitalar e Clínicas sem condição.

Os colaboradores relatam as dificuldades de achar apoio adequado, para eles e para seus familiares, como da própria pessoa achar o que precisa.

Hoje eu encontrei, mas a gente sim ... o meu irmão passou por uma ... meu irmão estava desesperado procurando uma forma de sair daquilo e simplesmente não conseguia encontrar, não conseguia encontrar (Colaborador 8).

Para uma das colaboradoras, não existem *clínicas para o tratamento de dependência química para adolescentes*, em sua experiência é impossível achar clínicas em condições de atendimento. Sabemos que existem clínicas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas essa não foi sua vivência.

Para o grupo focal, há *buracos que ninguém se responsabiliza*, referindo-se à falta de preparação e de cuidado para os profissionais e para a sociedade lidarem com os enlutados.

Outra questão levantada foi haver uma *existência maior de ajuda em cidades maiores*, como São Paulo, porém para quem é de outras cidades, há dificuldade maior de encontrar serviços e informação.

O grupo citou a *importância de ter locais com trabalhos especializados*, como o do *Vita Alere* para o acolhimento de enlutados e pessoas com comportamento suicida.

O acesso a formas de tratamento foi criticado pelo grupo focal, mesmo que haja uma percepção de que *há mais serviços disponíveis hoje*, eles ocorrem em sua maioria nos grandes centros urbanos.

Para eles, é preciso *mudar o sistema de saúde* pela dificuldade em encontrar alguém que acolha e ouça os enlutados e as pessoas com comportamento suicida. Pensam que o *acesso ao tratamento psicológico* é mais fácil em termos de aceitação das pessoas que precisam ir ao psicólogo é mais “aceitável” para pessoas com comportamento suicida que ir ao psiquiatra.

Para o grupo focal, o sistema *CAPS é deficiente*, pois não dão conta da demanda. O colaborador que tem um Instituto de Prevenção do Suicídio diz que mesmo com quatro psicólogas trabalhando, a demanda só aumenta, pois têm recebido pessoas que os *CAPS enviam para atendimento por não abarcarem tal demanda*.

O grupo pensa que é fundamental haver um *local onde as pessoas conseguissem ser atendidas*, pois muitas pessoas têm *dificuldade de pagar o tratamento*, por *ele ser caro* e elas não conseguem arcar com as despesas e não encontram atendimento gratuito disponível. Para eles, os *tratamentos não são acessíveis* financeiramente e as faculdades de psicologia e psiquiatria deveriam abrir mais vagas para atendimento do público, pois assim ajudariam bastante a mudar essa situação.

Um ponto polêmico e levantado pelos colaboradores foi que o aumento de conscientização poderia gerar *aumento de demanda* de atendimento, que não tem para onde encaminhar, tendo em vista que mesmo que as pessoas aceitem e/ou peçam ajuda não há para onde encaminhar essa demanda.

Colaboradores relatam situações sofridas pelo despreparo do psiquiatra, para eles há uma grande *dificuldade de achar alguém preparado*, que saiba lidar com a pessoa com ideação suicida e consiga orientar a família. Uma das colaboradoras conta que, por questões na família, o psiquiatra é considerado o médico da família e que demoraram muitos anos para achar um em quem confiassem. Relata que já ouviu alguns *absurdos do psiquiatra*.

Mas a gente ouviu muitos absurdos ao longo da vida e uma das coisas é aquela coisa: ‘eu estou aqui para tratar a vida e não para tratar a morte’. Então ele já fecha aí uma porta de que a minha educação e minha formação foi feita [pausa] se você está interessada em morrer, não fale isso comigo (Colaborador 8).

Esse despreparo também pode ser observado em *residentes de psiquiatria*, segundo o relato de uma das colaboradoras:

E eu infelizmente já vi. Eu presenciei muito. E isso acontece com muita frequência tá. Já trabalhei [pausa] esse hospital que eu trabalho hoje já é o quarto hospital que eu trabalho e por diversas vezes eu fui chamada para atender pacientes com tentativa de suicídio com uma fala assim, do profissional: ‘A gente está aqui preocupada em salvar a vida e tem um querendo fazer graça’. Eu já escutei isso diversas vezes e eu participei de um grupo de estudos de prevenção de suicídio com um médico lá da minha cidade, um psiquiatra e ele falou: [nome da colaboradora] ‘Infelizmente lá no PS a gente escuta isso todo dia dos meus residentes. Os meus residentes falam isso’. ‘Agora eu vou te ensinar como se suicida, porque você fez tudo errado’. Ele falou: ‘Eu tive que chamar o residente meu e falar: ‘não, pode parar. Está tudo errado’. Porque o residente de psiquiatria tem essa fala e infelizmente acontece em alguns serviços sim (Colaborador 6).

O grupo focal entende que tratamento não é garantia, mas deveria ser direito, ou seja, ele não garante que a pessoa não vá morrer por suicídio, porém a pessoa deveria ter o direito de ter acesso aos tratamentos. Para uma das colaboradoras, mesmo que o *filho escondesse os pensamentos suicidas da psicóloga*, ela percebe como um fator positivo o fato de que eles conseguiram acesso ao tratamento psicológico, que ela havia *sido orientada por uma psicóloga* como proceder com ele.

O tratamento hospitalar a pessoas que tentaram o suicídio foi um assunto que gerou grande debate entre os colaboradores. A maioria aponta que há *uma distinção no tratamento de tentativa de suicídio em hospital* com relatos de situações em que isso ocorreu. Essa distinção foi citada pela experiência de alguns enlutados e pela funcionária de um hospital.

Ela tinha tomado uma caixa de remédios para a pressão do meu cunhado, então tinha que fazer uma lavagem com carvão, né? E as enfermeiras [pausa] eu nunca vi aquele tratamento lá no [nome de um hospital], mas assim, super grosseiras, ela passando mal, ela vomitando e elas lá, nem aí injetando [o medicamento] O médico saiu com cobertor para ir dormir, largou ela lá [pausa] porque entendeu [pausa]. Subiu muito, muito rápido e ela gritando que ia morrer e eles continuavam. Eu falava: ‘Para, pelo amor de Deus’. Aí eles pararam e aí viram que a pressão tinha subido muito realmente, mas ela, assim, foi uma questão disso daqui. Eles parecem que não acreditavam nela, no que ela falou: ‘Minha cabeça está explodindo, eu vou morrer’, né? e continuaram. Então, com certeza, ela foi bem maltratada, assim, a gente foi no [nome de um hospital]. A minha mãe enfartando foi tratada de um jeito e a minha irmã totalmente de outro. E eu mesma já fiquei internada lá várias vezes também, outro tipo de tratamento e outra coisa que aconteceu foi que a pressão dela foi

baixando, foi baixando, foi baixando muito, e estava acho que 4X2, assim, uma coisa que estava parando e eu toda hora ia falar: ‘Olha, a pressão dela’ e elas: ‘Ah, não, a gente deu não sei o que lá e ela vai subir’ (Colaborador 11).

Para um dos colaboradores, que é médico, *não há distinção no hospital*, pois quem está mais grave será atendido, não há preferência, seja qual for o motivo, o mais grave será atendido primeiro. Ele relata sobre *a brutalidade da lavagem gástrica*, pois, na sua visão, a equipe precisa *ser rápida para salvar* e o procedimento é violento. Ele finaliza falando que a lavagem gástrica *não é um procedimento médico*, que os responsáveis são da enfermagem, portanto, acha que não pode generalizar os atendimentos, pois podem haver enfermeiros que fazem essa distinção. Ele complementa que *há diferenças no papel e nas sensações de cada um*, pois talvez “tenha uma diferença, aí, entre a forma como o enfermeiro vê o que ele está fazendo, e a forma como a família sente que aquilo está sendo feito, a necessidade da família também” (Colaborador 5).

Um dos colaboradores relata ter sido *bem atendido no hospital* desde o momento que sua filha foi internada, que sente que eles fizeram tudo o que podiam para salvá-la.

Para o grupo *a importância está no olhar*, que há uma *diferença entre o procedimento e o olhar*, que a questão principal não é a forma do procedimento, mas a pessoa que tentou o suicídio ser tratada de forma empática e acolhedora.

Uma das colaboradoras chama a atenção para as clínicas sem condição, pois mesmo que a pessoa tenha acesso ao tratamento, tais clínicas não têm condições.

As pouquíssimas que a gente encontrou a gente não tinha condição de manter e ele passou por duas: uma teve um incêndio que morreram acho que sete pessoas, acho que eu te falei disso e na outra ele se matou né?... Então de três clínicas, uma a gente não tinha condição de pagar, uma ele disse que estava sendo agredido e a agente até [pausa] eu até duvidei, mas depois que teve um incêndio e as pessoas morreram e eu vi o depoimento de pessoas que estavam lá e que relataram tudo o que ele falava para a gente e na outra ele não era cuidado né? então não tem tratamento (Colaborador 11).

Para ela, seu sobrinho deu *um grito que não foi ouvido* e não foi levado em consideração pela clínica, pois, para ela, a *clínica ignorou a comunicação suicida* quando ele falou que pensava em matar-se, sendo deixado sozinho por horas no quarto.

Ter bons lugares pagáveis para tratamento faz-se necessário para essa colaboradora, para ela, o governo precisa começar a pensar nessa questão de saúde pública e ter hospitais e tratamentos para quem não tem condição de pagar. Além de locais decentes onde adolescentes possam ser tratados por depressão e dependência química, pois esta é uma opção que não existe hoje na experiência dela.

A **depressão** pode ser vista em várias categorias ao longo da análise, porque apresenta diferentes dimensões sobre o tema. Em vez de falar sobre a depressão de uma vez só, consideramos mais didático que estivesse dividida pelas várias características que apresenta. Dessa maneira, a **depressão** no tema **AÇÃO** é dividida nos conceitos depressão é doença e as consequências da depressão.

O tema **AÇÃO** traz a depressão voltada ao cuidar, as facetas relacionadas ao tratamento e consequências da depressão.

Para o grupo focal, depressão é doença e lidar com ela envolve compreender as *dificuldades de lidar com alguém com depressão*, pois muitas vezes por mais que queiram ajudar, a pessoa recusa, não quer ajuda, dá pistas que está bem e de repente fala que está mal, tal ambivalência torna o processo muito difícil, faz que os colaboradores sintam-se de "mãos atadas" em alguns momentos.

Uma das colaboradoras revela que às vezes sente a *depressão como um mundo inabitável*, onde é muito difícil de penetrar no universo daquela pessoa.

Isso os leva a se sentirem *impotentes*, pois percebem que é muito difícil olhar para a pessoa autodestruir-se e "*you stay in the back because she doesn't let you do anything*" (colaboradora 2), depois ela pede ajuda e quando você vai ajudar, ela recua.

Outra colaboradora diz que hoje eles entendem que existe um *limite*, pois sentem que não havia mais nada que eles pudessem ter feito, que eles viram a depressão evoluir e tinham consciência do que poderia acontecer, mas que tudo que eles poderiam ter feito, eles fizeram.

Houve um debate no grupo, a partir da fala do colaborador que é médico, que insistiu que *quem trata depressão é o profissional*. O grupo concorda com o que ele fala, porém defendem a ideia de que *querem levar para o profissional*, pois *não querem tratar sozinhos* ou *em casa*, mas há uma dificuldade da pessoa aceitar esse tratamento. Mesmo que ajuda seja oferecida, eles *não aceitam ajuda*, não querem ir a psiquiatras ou a psicólogos.

Uma das colaboradoras relata que se *sente abençoada por não ter depressão*, pois hoje entende a profundidade dos sentimentos negativos que a pessoa com depressão apresenta.

Para o grupo focal, uma das consequências da depressão é que ela *não deixa ver outras soluções*, impede que as pessoas percebam outros caminhos, além do suicídio, por isso as pessoas que estão com depressão, *não aceitam ajuda*.

Os **grupos de apoio** foram uma forma de cuidado citada várias vezes pelo grupo focal. Os grupos são um local onde sou acolhido e acolho, onde há o *encontro dos pares* e pessoas vivendo histórias, sofrimentos, angústias e indagações parecidas. Eles sentem que entraram no

mundo dos sobreviventes, isso torna o grupo um local de *pertencimento* e é *o que os une nessa pesquisa*. Sentem como *um lugar para falar e honrar a memória*:

Para mim, um local para falar sobre o que aconteceu, sobre como estava me sentindo, ver como outras pessoas foram sobrevivendo e principalmente falar sobre a minha filha, como ela vivia, sem julgamentos. Para a família sobrevivente este lugar de fala, em uma sociedade que ainda é muito preconceituosa com a pessoa que morre por suicídio e com a família, é muito importante. Para a pessoa que faleceu, um lugar de fala por ela, poder falar sobre sua vida, suas memórias, suas histórias, seus projetos de vida, sobre seus sonhos (Colaborador 1).

Os colaboradores concordam que os grupos deveriam ser mais frequentes, com a oferta de *grupos semanais*, pois para quem está com uma dor tão viva, ela não deveria esperar um mês para falar de sua dor.

Um dos colaboradores relata que é difícil participar de grupos, pois *vive conflitos nos grupos*, acaba *comparando sua história com a dos outros* e mesmo *sabendo que iria encontrar opiniões diferentes*, fica pensando se deveria ter realizado mais alguma para evitar o suicídio que ocorreu em sua história.

Falar que vai a grupos de suporte na sociedade, algumas vezes pode fazer que amigos *falem para não se envolver com esses grupos*, como se eles fossem "bobagem" ou não ajudassem em nada.

É comum nos colaboradores o sentimento de que *se faz bem para mim fará bem para o outro*, então sempre convidam novas pessoas para o grupo respeitando o seu livre arbítrio, porém percebem que *as pessoas não querem participar* mesmo sem terem *experimentado se o grupo é bom ou não para elas*.

Há uma comparação com outros grupos de apoio, como os Alcoólicos Anônimos, que tem o ANON, que é voltado para os parentes e familiares das pessoas com alcoolismo e ocorre com uma frequência maior e em mais locais.

O grupo focal discutiu que *pessoas com comportamento suicida não conhecem os grupos* de apoio, não sabem que existem grupos que possam *frequentar* e se soubessem e frequentassem, poderiam se sentir bem e acolhidos. Acham fundamental divulgar os grupos de apoio, pois é de extrema importância as pessoas saberem sobre os grupos. Sugerem que seja criado um *protocolo de encaminhamento para grupos* pelos profissionais de saúde para aqueles que precisam. Segundo um dos colaboradores, que *soube por meio de um enlutado psicólogo* sobre a existência dos grupos, disse que *se não me falassem dos grupos ia ficar ao "Deus dará"*.

Assim, os grupos facilitariam a identificação de um grupo de pertencimento formado por pessoas que entendem da dor que é ter ideiação suicida ou perder alguém para o suicídio.

Sobre os encontros o grupo falou sobre as sensações e sobre os sentimentos dos colaboradores ao participarem dos grupos focais para a pesquisa. Eles relatam diversas sensações, um deles ficou impactado com as diferentes situações descritas e ficou mexido com a reunião anterior, porém conversou com a pesquisadora, sentindo-se bem depois. Há relatos de sentir-se bem ao desabafar e de gostar de falar sobre o assunto. Todos os colaboradores agradeceram por participarem do trabalho de pesquisa.

Um dos colaboradores fala que

[se] coloc[a] à disposição para ajudar no que mais estiver ao meu alcance ... fico à disposição para conversar por celular ou pessoalmente. Agradeço muito todo o apoio e acolhimento que tenho recebido durante meu processo de elaboração do luto. Tem sido um processo transformador poder colocar um pouco de luz num tema que para mim foi tão difícil por tanto tempo. Fico feliz em poder retribuir uma fração de tudo o que recebi (Colaborador 9).

As citações sobre o **CVV** aparecem em algumas categorias distintas da pesquisa, isso acontece por que em cada lugar diferente que ela se encontra, o foco ser em uma dimensão diferente do mesmo tema.

Os participantes do grupo focal estavam com várias dúvidas sobre o papel do CVV e como ele funciona, que a sociedade em geral também deve ter essas questões. Comentam que há um desconhecimento do CVV pela sociedade em geral. Quando começam a debater para onde poderiam encaminhar as pessoas, lembram-se desse lugar, mas percebem que *CVV não é terapia*, nem *pronto-socorro* que ofereça atendimento psiquiátrico. Pela explicação de um dos colaboradores, percebem que é para crises emocionais e conta com atendimento sigiloso, os voluntários só têm acesso às informações da pessoa se ela oferecer, mesmo que esteja falando que vai matar-se naquele momento, eles não podem enviar alguém para ajudar se ela não pedir.

5.3.6 O semear

O SEMEAR foi escolhido como última categoria de análise, pois representa os **facilitadores, desejos e sugestões** que os colaboradores têm para o aumento da consciência pública.

Os **facilitadores**, segundo os colaboradores, têm relação com a humanidade passar por mudanças e hoje ser possível ver muitos cursos de autoajuda e pessoas mais humanas e preocupadas, buscando o resgate do eu.

A humanidade está passando por isso. Eu acho que a gente se perdeu e a gente tá tentando resgatar o EU e talvez quando a gente voltar a ser mais humano, se importar um pouco mais em como a gente se relaciona, talvez ajude, né? porque, às vezes só um: ‘Oi, tudo bem?’, um ‘Obrigada’ ou um ‘Como você está hoje?’ Às vezes isso, pronto, já fez o seu dia, né? Ou alguém te manda uma mensagem você fala: ‘Ah! É por isso que vale à pena viver’, entendeu? São as diversas formas de amor. Então, eu acho que quando a gente voltar a resgatar o eu, talvez isso, né? ajude a gente acolher as pessoas porque acho que não vai ter profissional pra todo mundo todos os dias, mas se cada um fizer um pouquinho e ter boas relações e aí é assim, é difícil, a gente trabalha com isso todo dia isso vai ajudar também (Colaborador 10).

São formas de demonstração de cuidado e de sentir-se amada por outros e amar as pessoas no meio em que convive.

As redes sociais foram citadas como um salto para mudança, pela facilidade de se trabalhar com a informação e pelo impacto nos dias atuais, incluindo jovens a pessoas de meia idade.

A busca de propósito de alguns jovens e sua facilidade de engajamento são questões trazidas pelas novas gerações e que podem facilitar o aumento da conscientização.

Os **desejos** do grupo focal são relacionados ao desejo de ouvir coisas coerentes, na esperança de aumentar as falas sobre a prevenção do suicídio, tornando-se um evento comum, e no sonho de que se fale mais sobre o assunto.

Gostaria que fosse tratado como um problema de saúde que potencialmente afeta a população, independente da condição social. Gostaria que fosse tratado como causa decorrente de doença e não como um ato individual de coragem ou de covardia. Gostaria que fosse tratado com humanidade, compreensão e respeito, no sentido de que se troque o julgamento pela reflexão do que cada pessoa pode fazer a respeito, partindo do lugar comum para uma mudança de atitude (Colaborador 1).

Evoluir em coisas básicas e no acolhimento para que haja acolhimento dos que ficam e dos sentimentos do suicida também foram citados.

Eles finalizam com a **sugestão de entrevistar pessoas que tentaram** o suicídio: "porque eu acho que ele tem respostas de uma perspectiva bem, talvez, assertiva, né? com relação a muitos dos pontos" (Colaborador 10).

Para então saber de quem tentou o suicídio,

porque elas desistiram ou quem são referencias para elas ou, por exemplo, quem elas ouvem [pausa] O que te ajuda, aonde você vai, quais são as mídias que te atingem, o que você ouve, o que você acha do tipo 'ah, isso é uma porcaria, só tão falando porque tão cumprindo o protocolo' (Colaborador 10).

O tema **AÇÃO** trouxe muitas possibilidades de atuação frente ao aumento de consciência, à diminuição do tabu e do estigma e da necessidade de cuidado com pessoas com comportamento suicida. Demonstra que existem muitas formas que vão além das campanhas e nos ajuda a refletir sobre a ampliação de intervenções que podem ser desenvolvidas.

6 A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Um dos processos mais difíceis e provavelmente o mais determinante dentro da teoria fundamentada nos dados é a codificação seletiva (*selective coding*), que significa, segundo, Strauss and Corbin (2008) descobrir a essência ou núcleo do fenômeno investigado por meio do tema central, dando a ele um poder explanatório de reunir em si todas as categorias encontradas. Este tema central precisa relacionar-se com todos os outros temas e categorias que foram desenvolvidas previamente.

A descoberta da nossa categoria central surgiu no meio da escrita da análise dos dados, em que, para escrever, continuávamos revendo, questionando e comparando os dados por meio da cansativa reorganização dos códigos, conceitos, categorias e releitura dos *memos*. Numa tarde, ao relermos um dos códigos *in-vivo*, ou seja, um código que foi feito usando as palavras de um colaborador, compreendemos que havíamos achado o tema central, aquele que resume e explica conceitualmente o aumento da consciência pública na prevenção e posvenção. Ficamos um bom tempo refletindo, sentindo e raciocinando sobre a força desse código e percebemos que ele representava a categoria central.

Para ter certeza que havíamos realmente encontrado o fenômeno central, utilizamos os critérios propostos por Strauss citado em Strauss and Corbin (2008, p. 146) para escolher a categoria central, são eles:

1. Ela deve ser central, ou seja, todas as outras categorias importantes podem ser relacionadas a ela.
2. Deve aparecer frequentemente nos dados. Isso significa que em todos os casos, ou quase todos, há indicadores apontando para esse conceito.
3. A explicação que resulta da relação das categorias é lógica e consistente. Os dados não são forçados.
4. O nome ou a frase usada para descrever a categoria central deve ser suficientemente abstrata, de forma que possa ser usada para fazer pesquisa em outras áreas substanciais, levando ao desenvolvimento de uma teoria mais geral.
5. À medida que o conceito é refinado analiticamente por meio da integração com outros conceitos, a teoria ganha mais profundidade e mais poder explanatório.
6. O conceito consegue explicar variações e também o ponto principal nos dados; ou seja, quando as condições variam, a explicação ainda é válida, embora a forma na qual o fenômeno seja expresso possa parecer um pouco diferente. Devemos ser capazes de explicar casos contraditórios ou alternativos em termos dessa ideia central .

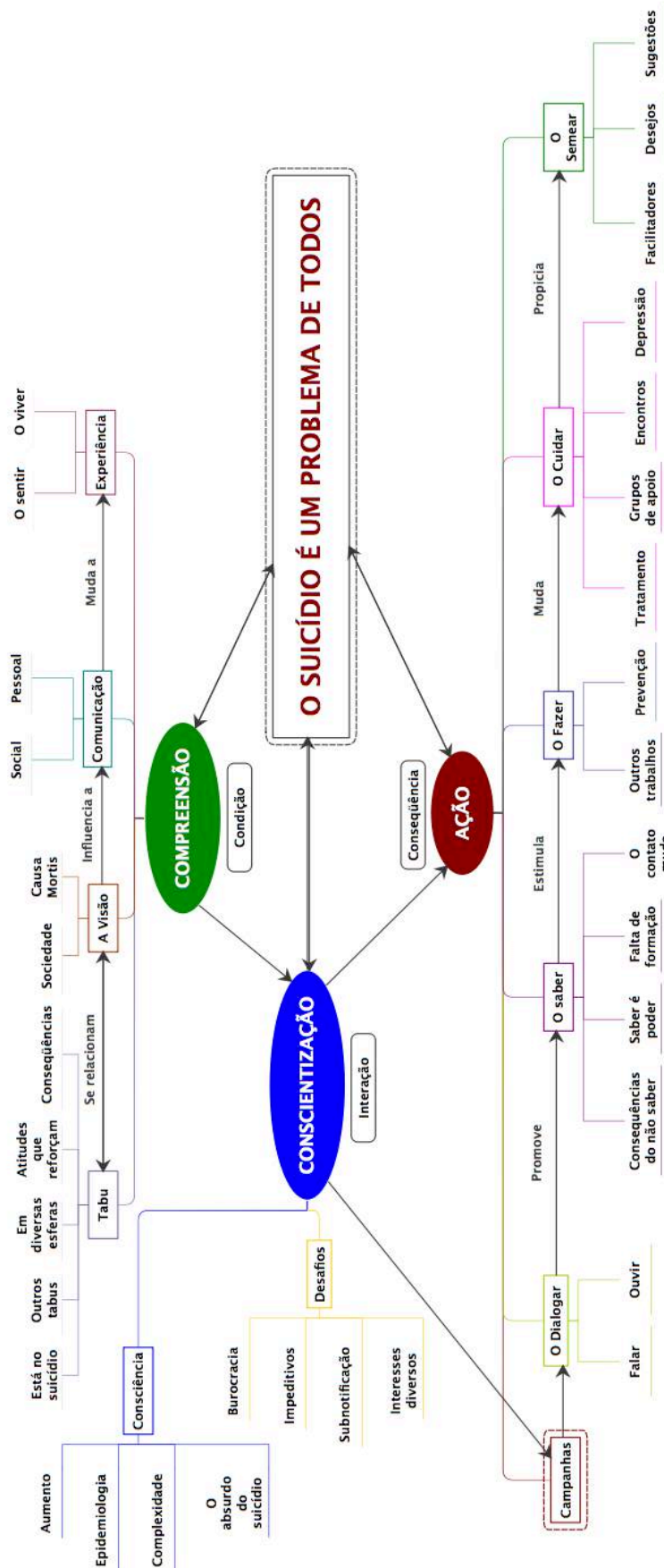
A partir desses critérios, construímos o modelo teórico (Diagrama 11) utilizando o conceito de paradigma (condições que influenciam o fenômeno, a interação necessária para que haja mudanças e as consequências advindas dessa interação) da TFD que contempla essa

relação entre as categorias e os temas encontrados na pesquisa. Após a apresentação do tema central, que emergiu dos dados, faremos a discussão da análise, incluindo a literatura existente e apresentando nossas sugestões e questionamentos para o aumento da consciência pública.

6.1 O TEMA CENTRAL

Portanto, após coletar os dados, transcrever, codificar, categorizar, analisar, voltar a esses dados inúmeras vezes para “escutar”, “sentir” e “compreender” o que eles mostravam, e em conexão com o profundo conhecimento trazido pelos colaboradores a respeito de sua experiência relacionada ao tabu e do aumento da consciência na prevenção e posvenção, chegamos à construção da **teoria fundamentada nos dados** por meio do tema central: **O SUICÍDIO É UM PROBLEMA DE TODOS: A CONSCIÊNCIA, A COMPETÊNCIA E O DIÁLOGO NA PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO.**

Diagrama 11: Categoria central



Fonte: produção do próprio autor (2018)

Compreendemos que aumentar consciência pública não é só prevenir suicídio, é mudar a forma como as pessoas encaram o assunto e tratam umas às outras, é mostrar que precisamos cuidar em vez de julgar. É um processo que caminha para além da prevenção, trata-se de uma conscientização com informação, conhecimento e sentido. Conscientizar não é somente falar mais sobre o assunto, é ter a postura, transformar isso em atos, ter a consciência da problemática, o acolhimento, o diálogo e a ação conjunta. Assim, há uma conscientização, uma capacitação e um conversa sobre o assunto. Torna-se algo que tem envolvimento. Então, acontece uma tomada de consciência, é ativo, envolve receber e aceitar.

Por esse motivo que é conscientização, pois implica em ação, tendo em vista que consciência sem ação fica presa nas ideias. Já ação sem consciência e sentido é um fazer automático. A consciência precisa ser afetiva e efetiva. *Cons-ciência* e com sentido. Uma morte que não é sentida transforma-se numa dor que não mobiliza.

Por isso que as categorias fundem-se a partir da **COMPREENSÃO**, da **CONSCIENTIZAÇÃO** e da **AÇÃO** a fim de que a sociedade e as pessoas possam integrar que **o suicídio é um problema de todos**.

Portanto, a **COMPREENSÃO** é *condição* para que as pessoas entendam o que é suicídio, percebam o **TABU** que ainda está velado no tema e atinge diversas esferas, gerando consequências e atitudes que acabam reforçando o tabu. Dessa forma, o **TABU** e a **VISÃO** relacionam-se, pois ambos complementam-se a partir da visão que a **SOCIEDADE** tem sobre o suicídio e das reações à **CAUSA MORTIS**.

A **VISÃO** por sua vez, influencia a **COMUNICAÇÃO**, que, por meio da comunicação pessoal e social, pode-se mudar a experiência do sentir e do viver, seja pelas pessoas que passaram por suicídio ou não.

A **COMPREENSÃO** do fenômeno traz a necessidade de haver a **CONSCIENTIZAÇÃO** e esta torna-se a *interação* necessária para gerar mudança e é o que precisa acontecer para que a **COMPREENSÃO** e a **AÇÃO** possam desenvolver-se e aperfeiçoar-se. A **CONSCIENTIZAÇÃO** é afetada pela **TOMADA DE CONSCIÊNCIA** que pode ser gerada a partir do conhecimento do *aumento dos casos*, da *epidemiologia*, da *complexidade* envolvida e do *absurdo do suicídio*.

Atualmente, para muitas pessoas, o suicídio é ficção até que ele acontecer. Dar voz a essa realidade muda, transforma, previne e porque não, cura o preconceito e o tabu.

Os **DESAFIOS** encontrados para que a **CONSCIENIZACAO** ocorra são relacionados à *burocracia*, aos *impeditivos*, à *subnotificação* e aos *interesses diversos* que se relacionam com a vontade ou a falta dela, de haver um aumento nas falas sobre o suicídio.

Assim, a AÇÃO transforma-se em *consequência* da CONSCIENTIZAÇÃO, para que a mudança seja tanto pessoal como da sociedade. As *campanhas* ajudam no aumento da CONSCIENTIZAÇÃO e compõem um dos passos para que haja a AÇÃO. As *campanhas* então levam ao *diálogo*, que acontece na interação, na relação entre o *falar* e o *ouvir*, promovendo um aumento do *saber*.

O DIÁLOGO, compreendido pelo movimento entre o falar e o ouvir, requer interação e deseja Presença (para ouvir), assim ele proporciona o OUVIR BENDITO e o FALAR BENDITO, bendito porque há o encontro e o compartilhamento de significados no espaço da PAUSA ATIVA, em que o ATO DIALÓGICO é a postura de ir aonde o outro está e facilita que essa comunicação, com liberdade e com sentido, ocorra.

O *saber* está relacionado com o conhecimento e a falta dele leva a *consequências do não saber*, assim sendo, *saber é poder* e não podemos mais aceitar que haja *falta de formação*, principalmente nas faculdades das áreas da saúde e educação. SABER que o suicídio existe é diferente de estar consciente de sua existência e de todas as esferas que ele atinge. Ter *contato com o suicídio muda*, transforma aquele que trabalham, que sentem e que perdem alguém para o suicídio.

O *fazer* é estimulado pelo *saber*. Ao ter o conhecimento necessário, os profissionais e a sociedade como um todo podem propor diversos outros trabalhos relacionados à prevenção e à posvenção, como o uso das redes sociais nessa tarefa.

Então, chegamos ao *cuidar*, a esfera do contato direto com aqueles que foram afetados pelo suicídio e aqueles que serão. O *fazer* muda o *cuidar* por proporcionar uma cadeia de ações, que são expressas por meio do cuidado, do tratamento e do acolhimento. O *cuidar* é expresso pelo tratamento, grupos de apoio e atenção à depressão. Participar dos encontros do grupo focal também faz parte do *cuidar*, cuidar de si e cuidar para que a situação atual possa mudar.

O *cuidar* propicia o *semear*. *Semear* esperança, cuidado, *desejo* de mudança, *sugestões* de pesquisas e aproveitar os *facilitadores* encontrados na geração atual para fazer tudo isso acontecer.

Diante disso, é necessário não só aumentar a consciência pública, mas sim criar uma consciência afetiva, que ligue as pessoas ao fenômeno do suicídio.

O SUICÍDIO PASSA A SER UM PROBLEMA DE TODOS, afeta a CONSCIENTIZAÇÃO e é gerado por ela. Ele pode ser expresso pela AÇÃO e a partir do momento que as pessoas conscientizarem-se sobre o tema, afetando a forma como a AÇÃO ocorre. A COMPREENSÃO pode levar as pessoas a perceberem a problemática da questão, o que pode transformar toda a COMPREENSÃO que se tem do suicídio atualmente.

O aumento da CONSCIENTIZAÇÃO (*awareness*) juntamente com o desenvolvimento da COMPETÊNCIA (*literacy*) e a promoção do DIÁLOGO compõem as propostas necessárias para que haja a TOMADA DE CONSCIÊNCIA ativa, em que a pessoa toma, ela é o agente dessa ação, assim, entende, compreende, envolve-se e sente **que o suicídio é um problema de todos.**

Traremos nossas propostas de como trabalhar essas questões e atingir esses três objetivos: conscientização, competência e promoção de diálogo no capítulo a seguir.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante o processo de análise, muitas ideias foram surgindo e junto com elas a vontade de fazer diferença no campo da psicologia, ou seja, dar voz àquelas pessoas, nesse caso os colaboradores, que viveram o suicídio por perderem entes queridos; àquele sofrimento, trazendo ideias de como falar sobre o suicídio para todos.

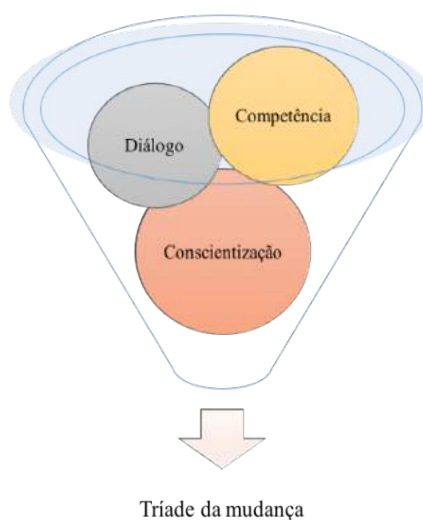
Os resultados dessa pesquisa refletem o processo vivido por pessoas enlutadas pelo suicídio com relação às suas experiências e às suas visões sobre o tabu, à conscientização e à ação necessárias para uma ampliação da consciência em relação à prevenção e à posvenção do suicídio.

Nesse trecho do trabalho discutimos as propostas e os caminhos que surgiram para que se possa aumentar a consciência pública sobre o suicídio. Esses caminhos nascem de alguns lugares, o principal deles vem por meio da análise dos dados em conjunto com a releitura das anotações (*memos*) realizadas após a codificação das falas nos grupos focais, complementando-se com a literatura, com a experiência, vivência e esperança da pesquisadora.

O modelo elaborado pelo diagrama 11 (pág. 175) aponta que o maior desafio, relacionado ao aumento da consciência pública, é que o suicídio seja visto como um problema de todos.

O título da tese, que foi inspirado e criado a partir da teoria gerada pela análise dos dados, revela três preocupações: a conscientização, a competência e o diálogo. Acreditamos que estes são os pilares necessários para diminuir o tabu e aumentar a consciência – a tríade da mudança.

Figura 5: Tríade da mudança



Aumentar a consciência não é somente falar mais sobre o assunto ou mostrar que o suicídio existe, isso seria fácil ao provar sua incidência com os números e taxas. Precisamos chegar mais longe que isso, pois não é só falar, fazer campanhas, é ver de forma diferente, é ser mobilizado pelo assunto e pelas pessoas. Tem relação com a postura e atitude, gerando comprometimento com tema e alcançar sentido. Assim, a conscientização apontada não é só relacionada a aumentar o conhecimento ou percepção de um fato, é ligada ao conceito de *awareness*, da gestaltterapia, que, segundo Yontef (1998), é ter consciência cognitiva, sensorial e afetiva e responder a isso. É ver, sentir e reagir estando presente e em contato com o fenômeno.

A competência em prevenção do suicídio (*suicide literacy - SL*) é um termo derivado da competência em saúde mental (*mental health literacy - MHL*). A competência em saúde mental foi definida por (Jorm, 2000) como crenças e conhecimento público sobre causas, fatores de risco, sintomas, sinais e tratamentos para os transtornos mentais e está ligada à diminuição do estigma e ao aumento de aptidões por “auxiliarem em seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Oliveira, 2011, p. 6). MHL deriva da competência em saúde (*health literacy - HL*), que está ligada à competência em informação (*information literacy - IL*), que significa uso das informações de maneira correta para fins de tomadas de decisão e de resolução de problemas. Dessa forma, o desenvolvimento da SL está intimamente ligado ao aumento da capacitação sobre o assunto.

Embora, a maioria dos estudos esteja voltada para a competência em saúde mental (*mental health literacy*), ressaltamos a importância do desenvolvimento da competência em prevenção do suicídio (*suicide literacy*).

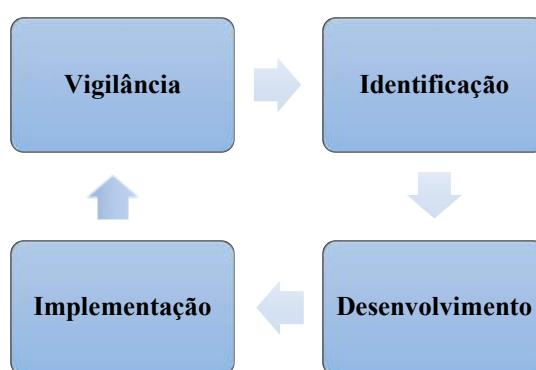
A promoção do diálogo está relacionada à comunicação efetiva diante do ato de falar e de ouvir, ressaltando que os sobreviventes relatam que o problema não é falar e sim a possibilidade das pessoas conseguirem ouvir sobre suicídio. O ouvir envolve tomar atitude, implicar-se, pois não é possível ignorar a comunicação sobre suicídio ou a fala sobre a perda por suicídio. Portanto, reiteramos que ouvir torna-se tão ou mais difícil que falar, como já dito, não adianta somente conscientizar, dar competência, se não houver abertura para o diálogo sobre o tema.

A tríade da mudança tem o formato de funil, como vemos na figura 5, os componentes sendo combinados para que a tríade seja formada, demonstrando as dificuldades enfrentadas para que seu conteúdo seja acessado por todos. A tríade precisa ser entendida como uma das peças de um complexo quebra-cabeça que é a prevenção e a posvenção do suicídio. Nenhuma

intervenção pode ser pensada sozinha, precisa ser adaptada à cultura, às crenças e às necessidades de cada local. Precisa ser planejada e avaliada.

Toda ação de prevenção do suicídio precisa fazer parte de um plano integrado, compreensivo e abrangente e deve levar em consideração o modelo de saúde pública de quatro passos, conforme a OMS (WHO, 2014, p. 13) recomenda: Vigilância (definição do problema); Identificação dos fatores de risco e prevenção (quais são suas causas e quem ele afeta); Desenvolvimento e avaliação das intervenções (o que funciona para quem); Implementação (aumentar programas e políticas efetivas), conforme vemos na figura abaixo:

Figura 6: Modelo de saúde pública



Fonte: WHO (2014, p.13)

Infelizmente, não temos uma cultura de prevenção em nosso país, “o modelo de atenção à saúde que temos hoje ainda está centrado na assistência curativa, individual, com foco no atendimento hospitalar” (Cestari & Zago, 2005, p. 218). No Brasil, os esforços ainda são mais voltados para intervenção, o que reflete no planejamento e no financiamento das ações de prevenção. Para Chisholm et al. (2016), cada dólar investido no tratamento contra depressão e ansiedade gera um retorno de quatro dólares em saúde e a possibilidade para trabalhar. Essa afirmação demonstra que investimentos em prevenção de suicídio podem trazer retornos financeiros, além de outros ganhos na vida das pessoas.

O *Suicide Prevention Resource Center* (SPRC, 2017) aponta que para a prevenção do suicídio ser efetiva precisa ser baseada em três áreas: *Planejamento estratégico, chaves para o sucesso e plano compreensivo*. O desenvolvimento de um *plano estratégico* é realizado a partir de processo sistemático e baseado em dados para entender o problema, definir objetivos claros e priorizar as atividades que provavelmente promoverão a maior diferença. *As chaves para o sucesso* são compostas pelo envolvimento de pessoas que tenham vivência no assunto, parcerias e colaborações, mensagens e reportagens seguras e eficazes, abordagens culturais competentes

e prevenção baseada em evidências. O *plano compreensivo* deve conter uma combinação de esforços para abranger diferentes aspectos do problema.

É interessante observar que muitas das orientações da SPRC foram encontradas nas falas dos colaboradores e sugeridas como formas de aumento de consciência nesse estudo, portanto, nossas sugestões estão alinhadas com as diretrizes da OMS e SPRC.

A OMS (WHO, 2014) destaca, que embora o suicídio seja uma das maiores causas de morte atualmente, essa questão tem pouca prioridade na saúde pública e não recebe o investimento financeiro e humano necessário.

Uma comparação feita pela *American Foundation for Suicide Prevention* (AFSP, 2016a) sobre os valores investidos em pesquisa e sua relação com o aumento ou diminuição das mortes no período de 2003-2013 pode ser vista na tabela abaixo:

Tabela 15: Valores investidos em pesquisa no ano de 2013 nos Estados Unidos

Causa da morte	Investimento em 2013	Índices
HIV/AIDS	2.9 bilhões de dólares	Diminuição de 53,2%
Doenças do coração	1.2 bilhões de dólares	Diminuição de 29,1%
Câncer de próstata	266 milhões de dólares	Diminuição de 13,7%
Suicídio	37 milhões de dólares	Aumento de 20,4%

Fonte: AFSP (2016)

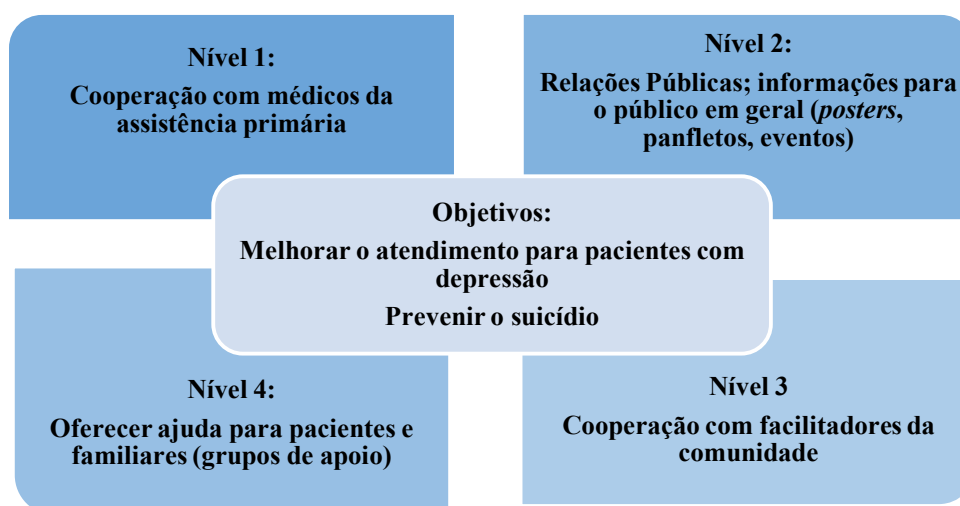
Fica clara a relação entre a quantidade de investimento em pesquisas e seu impacto nas taxas de mortalidade. Acreditamos que a variação das taxas de mortalidade não é a única forma de medir o sucesso de uma intervenção, porém a falta de investimentos na prevenção do suicídio pode fazer que suas taxas não parem de crescer. A conscientização pode influenciar o envolvimento das pessoas na sociedade, colaborando para que haja maior interesse no tema e objetivando gerar investimentos em pesquisa e no tratamento do comportamento suicida. A questão do envolvimento foi trazida pelos colaboradores ao falarem sobre a importância e a necessidade de engajamento como fatores que podem promover transformação.

A OMS (WHO, 2012) aponta que a mídia e a comunicação têm papéis fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio, aumentando o entendimento das questões e a participação da sociedade como um todo no processo. Engajamento social em conjunto com o aumento da comunicação e da conscientização podem influenciar políticos e a opinião pública, para mobilizarem e implementarem mais recursos. É vital que o público compreenda as questões e as necessidades envolvidas para que intervenções sejam bem-sucedidas, para que haja a implicação da sociedade e a construção de comunidades, que

reconheçam a importância da prevenção e da posvenção, fortalecendo esse ciclo de sensibilização e ação.

Diversos planos de prevenção salientam a importância do aumento da consciência na prevenção do suicídio como parte de um plano compreensivo. Para Hegerl, Dietrich, Pfeiffer-Gerschel, Wittenburg e Althaus (2008) as campanhas de conscientização produzem um efeito maior se forem aliadas a outras estratégias. Alguns programas que contemplam a conscientização como um dos níveis de intervenção são *Choose Life*, da Escócia, o *The Nuremberg Alliance Against Depression*, a *National Estrategy for Suicide Prevention* (NESP – EUA), a *Defeat Depression Campaign* do Reino Unido, o *Beyondblue* da Austrália e o *United States Force Suicide Prevention Programme* (USFSPP). Os autores sugerem que os programas de conscientização contemplem quatro níveis de intervenção:

Figura 7: Níveis de intervenção necessários em programas de conscientização



Fonte: Hegerl et al. (2008, pp. 498 - tradução nossa)

Um estudo sobre conscientização (*awareness*), desenvolvido em nove países, incluindo o Brasil, foi realizado entre 2002-2005, objetivando entender como poderiam aumentar o conhecimento e sensibilizar a sociedade para a promoção de saúde mental de crianças e adolescentes. O estudo demonstrou que aumentar a consciência não está relacionado somente a ensinar a perceber os sintomas e a responder adequadamente a uma crise suicida, mas que é possível mudar as atitudes das pessoas, influenciando o comportamento de pais, professores e estudantes, além de ajudar os participantes a notarem quando estavam estressados e a encorajar crianças em situação de estresse a falarem mais abertamente sobre seus problemas e preocupações. O estudo demonstrou que após ocorrerem ações de conscientização, pessoas

mostravam-se mais interessadas em aprender sobre saúde mental que antes do projeto (Hoven, Wasserman, Wasserman, & Mandell, 2009).

A partir dos projetos mencionados acima e dos achados da pesquisa, iniciamos a discussão, propondo algumas soluções para esse complexo quebra-cabeça, com o qual escolhemos trabalhar, a conscientização. Acreditamos que essa seja uma das peças fundamentais para o desenvolvimento de programas abrangentes e eficazes de prevenção do suicídio. Do nosso ponto de vista, não adianta oferecermos serviços, se as pessoas não se conscientizarem da necessidade de procurá-los e não perceberem a hora de pedir ou oferecer ajuda diante uma crise suicida. Não se trata somente de ensinar quais sinais podem ser percebidos, envolve perguntar e importar-se, que se agrega a uma ampliação da discussão social, moral, cultural, política, religiosa e ética sobre o tema. Poder falar abertamente, dialogar sobre o suicídio e sobre dores presentes também são fatores a serem considerados pelo aumento de consciência.

Antes de propor um plano de ação relacionado à conscientização, à competência e ao diálogo, percebemos a necessidade de abordar alguns pontos que foram trazidos por meio da análise das falas dos colaboradores nos grupos focais e discuti-los por perceber a importância de destacar algumas questões envolvendo a conscientização pública sobre o suicídio.

7.1 COMPREENSÃO

A sociedade e o tabu têm grande influência em tudo que se refere ao suicídio, seja nas conversas, nos tratamentos, nos apoios, nos diálogos e nos planejamentos de intervenções (Lester, 2013; Noyes, 1968). Ainda há um tabu sobre a comunicação em relação à morte, sendo o suicídio o espectro maior dentro dessa interdição (Kóvacs, 1992).

Podemos pensar o suicídio como uma ponte entre a morte interdita e a morte escancarada (Kovács, 2003), pois ele denuncia os pontos cegos da sociedade, principalmente quando ocorre em via pública, é publicado na mídia ou compartilhado nas redes sociais. Quanto mais mortes por suicídio ocorrerem, quanto mais jovens e expostas forem essas mortes, quanto mais pessoas famosas morrerem por suicídio, quanto mais séries televisivas forem baseadas no tema, mas difícil fica para a sociedade esconder a realidade do suicídio. Por essa razão, podemos pensar que o suicídio é um grito por socorro, das pessoas que morrem para a sociedade em que vivem.

Para as pessoas que ficam após um suicídio, diversas reações a essa perda podem ser observadas, uma delas esta relacionada à criação de campanhas, aos institutos e ao apoio a pesquisa, assim muitas questões tabus são levadas à reflexão e à ação a partir da dor dos que

passaram por tais situações. Sabemos que muitos dos movimentos e campanhas de prevenção e posvenção do suicídio, que ocorrem atualmente nos Estados Unidos, foram iniciados a partir dos sobreviventes enlutados (Aguirre & Slater, 2010; Cutcliffe & Ball, 2009; Scavacini, 2011). Os colaboradores compartilham essa experiência em suas falas, portanto, podemos pensar que a dor “escancara” os problemas, fazendo que a sociedade se envolva com eles.

Um dos inúmeros exemplos dessas ações tem relação com o suicídio de Amanda Todd²¹, aos 14 anos de idade, que fez que houvesse uma grande mobilização das redes e das autoridades a respeito do *cyberbullying*, após sua morte. Leis contra o *bullying* foram criadas e sua mãe mantém um *site* com campanhas sobre *bullying*, segurança *online*, conscientização e saúde mental (Todd, 2017).

Essa maior exposição também acontece com outras problemáticas como, por exemplo, a enfermeira Pat Furlong, que criou o "*Parent Project Muscular Distrophy*" (Projeto de Pais para Distrofia Muscular)²², projeto criado depois que seus dois filhos foram diagnosticados com a doença ou o desafio do balde de gelo²³ (*ice bucket challenge*), iniciado por Anthony Senerchia Jr. que com a ajuda de Pat Quinn e de Pete Frates popularizaram a campanha com o objetivo de conscientizar a população sobre a doença e de aumentar os recursos financeiros para pesquisa e para o tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) (Sherman & Wedge, 2017). Esse é um exemplo de uma campanha criada por alguém que vivenciou o problema e que arrecadou milhões de dólares, sendo o seu sucesso atribuído a uma ideia inovadora e inusitada com uma combinação do narcisismo *online*, facilidade de completar a tarefa, pressão das mídias sociais e competitividade (Guardian, 2014; Linden, 2017). A efetividade de campanhas como essa ficou evidente quando os cientistas, por meio do dinheiro arrecadado pelas doações, realizaram um estudo em que descobriram um novo gene ligado à doença (BBC, 2016).

No grupo de apoio para enlutados pelo suicídio, do qual a pesquisadora é facilitadora, fica cada vez mais claro o quanto se mobilizar em prol de uma causa, nesse caso, a prevenção do suicídio, faz que muitos pais prossigam na elaboração de seu processo de luto e ajudem outras pessoas. Essa proposta está também se desenvolvendo em outros países. No grupo focal, dois colaboradores abriram Organizações Não Governamentais (ONGs) após passarem por um

²¹ Amanda Todd sofreu *bullying* e *cyberbullying*. Postou um vídeo no *youtube* falando sobre a sua história duas semanas antes de cometer o suicídio. Muitos vídeos parecidos foram feitos depois, com outras pessoas contando suas histórias da mesma maneira que ela.

²² <http://www.parentprojectmd.org>

²³ Desafio que constituía em filmar a ação de jogar um balde de água gelada na cabeça e desafiar amigos a fazerem da mesma forma nas próximas vinte e quatro horas. Quem não cumprisse a tarefa, precisaria fazer uma doação financeira para entidades ligadas ao estudo e tratamento da ELA (Esclerose lateral amiotrófica).

suicídio próximo. Outra ONG, que foi fundada por sobreviventes, é o CDM (Centro Débora Mesquita), em Teresina/PI e a *Nomoblidis* em São Paulo. Ramos (2004) afirma que as ONGs tiveram importância fundamental na construção de políticas de saúde, ligadas à AIDS, à saúde da mulher (como no caso do câncer de mama) e à saúde mental durante a reforma psiquiátrica. A primeira ONG relacionada à prevenção do suicídio data de 1893, na Alemanha (Farberow e Schneidman (1961) citado em Andriessen, 2009).

As ONGs, criadas no Brasil na área da prevenção do suicídio, mostram que esse pode ser um caminho possível e de grande repercussão na prevenção e na conscientização da problemática do suicídio.

Embora a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) tenha sido fundada somente em 2015, sua criação demonstra o quanto à questão da prevenção tem evoluído. Em 2016, a ABEPS realizou o I Encontro de Sobreviventes do Suicídio, que aconteceu durante seu primeiro congresso, nesses encontros, nos quais participaram sobreviventes de tentativas, sobreviventes enlutados e profissionais, muito se debateu sobre o tabu sentido pelos enlutados pelo suicídio e pelas pessoas sobreviventes de tentativas, sobre a dificuldade de encontrar acolhimento para o luto e para o comportamento suicida, além da necessidade do preparo de profissionais para entenderem essas demandas (Scavacini, 2017a). Poder falar abertamente sobre o suicídio é fundamental para entender e acolher o processo.

A criação de uma Associação Brasileira de Sobreviventes do Suicídio pode ser a próxima etapa para que esse grupo se fortaleça ainda mais e possa, por meio de sua força e de sua dor, mudar leis e a forma como as pessoas veem e tratam o suicídio.

Se para uns a dor motiva, para outros é sentida e vista como vergonha ou fracasso, aumentando os riscos de suicídio. Há uma banalização da dor, conforme os colaboradores, visto que a sociedade em geral não está preparada e nem foi educada para lidar com essa dor e nem ver o suicídio como decorrência da dor e do sofrimento.

Ainda há um grande estigma, um medo da forma como a sociedade irá reagir se a pessoa disser que pensa em matar-se, sendo que esse fator influencia como as pessoas comportam-se, assim, em muitos momentos, a sociedade ainda oferece mais risco ao invés de um lugar para procurar proteção e ajuda.

É de extrema importância conhecer, por meio da perspectiva cultural, quais são as razões dadas por uma sociedade para a ocorrência de um suicídio, isso mostrará qual será a sua resposta para o ato e a ajuda que será ofertada para quem pensa em se matar, assim podemos desenvolver programas de prevenção, intervenção e pós-venção que sejam culturalmente adaptados (Colucci, 2013b). Segundo Osafo (2012), o sentido do ato deve ser considerado no

seu contexto cultural e moral, e que, em seu estudo, viola duas grandes regras: valores religiosos e a harmonia da sociedade. No levantamento bibliográfico não foi encontrado estudo que especificasse a visão da sociedade brasileira sobre suicídio.

Em muitas culturas, o suicídio ainda é ligado ao fracasso, à covardia, à fraqueza, à coragem e até à falta de Deus no coração (Colucci, 2013a; Sand, Gordon, & Bresin, 2013). A sociedade busca causas únicas para explicar o que aconteceu, buscando culpados, por essa visão simplista transfere o julgamento da pessoa, que se acredita ser “fraca ou covarde”, para a família, que é julgada como “insuficiente, irresponsável, culpada”. Essa sensação de ser julgado foi compartilhada pelos colaboradores em muitos momentos do grupo focal. Enquanto essa visão não for ampliada, a sociedade continuará replicando a mesma voz.

Essa visão de causa e efeito também pode ser observada em relação à depressão, na qual as pessoas buscam justificativas para a doença ter começado. Questionamos se essa forma de raciocínio vem da escola, se fomos restringidos de pensar, ensinados a pensar dualistamente ou se essa forma de pensar vem para aplacar o medo do desconhecido. Buscar uma causa única pode promover uma falsa calma ao tentar trazer uma resposta para o absurdo, que não tem explicação, como no caso do suicídio. A sociedade reduz o suicídio a causas para simplificar o assunto e tentar buscar sentido.

Pensamos também que ao encontrar um culpado as pessoas tiram a culpa de si ou minimizam o que aconteceu, assim não precisam conviver com essa falta de respostas, com esse não saber. Talvez essa seja a forma de manter distância do que houve, como se pudessem diferenciar-se de quem se matou, não se envolver ou pensar que o suicídio só acontece no “quintal do vizinho”.

Percebemos, pela análise, que a sociedade busca essa culpa, muitas vezes, em fatores externos, na droga, na amante, no desemprego, na família. Há uma dificuldade em enxergar o suicídio como multifatorial, notando sua interação com diversos fatores externos e internos. Para Kovács (2013), “respostas simplistas e definitivas podem levar a um erro”. Culpar uma doença pela morte de alguém pode facilitar o entendimento e a aceitação daquela morte, o que não acontece no suicídio, que traz inserido no ato a escolha pela morte, sendo a pessoa o personagem principal e não o coadjuvante como é no caso de doenças como o câncer.

Outra questão é ver o suicídio como ato consciente. Se pensarmos em uma pessoa com depressão ou com dor insuportável, física ou psíquica, sabemos que dificilmente essa pessoa estará consciente de suas escolhas, então a dor e a depressão são variáveis importantes neste contexto, portanto, precisamos mostrar que o suicídio pode ser um ato intencional, mas nem

sempre consciente e livre. Shneidman (1993) afirma que para haver um suicídio é necessário que haja *psychache* ou uma dor psicológica insuportável, que

refere-se à dor, angústia, sofrimento, uma dor psicológica insuportável ... a dor de uma vergonha exaustivamente sentida, ou culpa, ou medo, ou humilhação, ou solidão, ou medo de envelhecer ou morrer mal ou o que quer que seja ... o suicídio ocorre quando a *psychache* é considerada por essa pessoa como insuportável (E. Shneidman, 1993, p. 51).

Campanhas e reportagens que focam na informação de que 90% dos casos de suicídio podem ser prevenidos, sem explicar o porquê dessa afirmação, podem aumentar na sociedade a visão/sentimento de que, se aconteceu o ato foi porque alguém não fez o que devia ou fez errado.

Reportagens, que tratam a prevenção dessa maneira, podem fazer que essa visão causal e de culpabilização prevaleça, pois trazem a sensação de que os sinais de um suicídio são fáceis e claramente vistos, se não foram percebidos é porque não se conseguiu ver ou nada foi feito em relação ao problema. É fundamental que as pessoas conheçam os sinais de alerta, mas isso não é o suficiente para que elas realmente os percebam ou consigam impedir um suicídio. Nesse caso, observa-se um conceito delicado abordado de forma simplista, sendo importante ressaltar que o suicídio pode ser prevenido, conforme recomenda a OMS (WHO, 2014), porém as explicações e informações sobre a prevenção precisam ser mais abrangentes. Dessa forma, a sociedade precisa entender que o suicídio pode ser prevenido, mas não é previsível, conforme já falamos anteriormente.

Com relação à visão da depressão, é essencial que ela seja vista e tratada como doença, porém precisamos mudar a forma de falar e ampliar o olhar da sociedade, ressaltando que a depressão não é o único fator responsável pelo suicídio e que há outros transtornos mentais associados, como a ansiedade e o abuso de substâncias, além de fatores sociais, culturais, ambientais e psicológicos envolvidos (Bertolote, 2012).

Explicar o suicídio somente a partir do modelo médico de transtornos mentais ou da irracionalidade do impulso impede que outras vozes, outros motivos, outros fatores sejam levados em consideração. De acordo com De Leo (2004), o suicídio é um problema que não está somente relacionado com a psiquiatria, onde, embora antidepressivos sejam efetivos nos tratamentos contra a depressão, não reduziram as taxas de suicídio. Para o autor, os antidepressivos não atuam sobre a variedade de fatores psicossociais, que estão relacionados com o suicídio, sendo que esses fatores são independentes e demoram mais para se modificar, se comparados com sintomas depressivos, por isso a combinação de tratamento psiquiátrico e

psicoterapia é recomendada. Fatores como “preocupação” e “vergonha”, que não são fatores psiquiátricos, podem, em muitas circunstâncias e especialmente em homens, serem mais preocupantes do que a depressão. A cooperação com outras disciplinas vai permitir que a prevenção seja mais efetiva.

O suicídio entre religiosos mostra o quanto o processo é complexo, que o fato de ter uma crença e pertencer a uma comunidade religiosa não seja por si só certeza de proteção visto que a dor e o desespero ultrapassam essas crenças e o pensamento racional. Em dezembro de 2017, suicídios de pastores reabriram o debate sobre o poder da crença religiosa, a dificuldade de pedir ajuda, tomar medicação e a saúde mental dos líderes religiosos (JM Notícia, 2017). Algumas religiões podem contribuir para aumentar o estigma em relação ao suicídio e desencorajar a busca por uma assistência médica (Botega, 2015).

As causas para um suicídio são singulares e devem ser vistas a partir do conjunto de fatores, que mais se destacam para cada pessoa. Aparentemente, a sociedade acredita que o suicídio de jovens está mais ligado à depressão, ao impulso, à baixa tolerância a frustração; já para os idosos, às perdas, ao orgulho e à indignidade do fim da vida (Minayo, Figueiredo, & Silva, 2016). Portanto, ao aumentar a consciência, essas especificidades precisam ser levadas em consideração para que as pessoas entendam que o suicídio é um ato complexo e mesmo que possua características mais associadas a cada idade, não devemos encarar o suicídio a partir de uma causa única.

Observamos que as questões de *bullying* e homossexualidade não foram citadas pelo grupo focal, quando falaram do suicídio de jovens, talvez porque as perguntas sobre homossexualidade não sejam feitas abertamente e também são tabus, assim como o suicídio. Ressaltamos que há um aumento de suicídios por conta de *bullying* e também entre a comunidade LGBT (Haas et al., 2011; McDermott, Roen, & Scourfield, 2008).

É importante que haja questionamentos, a partir do aumento da consciência, como a sociedade pode ter colaborado para o aumento da depressão e conseqüentemente das taxas de suicídio. A depressão pode ser conseqüência de uma sociedade cada vez mais doente, por isso consideramos como raciocínio simplista colocar a depressão como o fator principal para que aconteça um suicídio, sem nos questionarmos o que tem levado a ela. Acreditamos que o suicídio é uma dor que não pode ser expressa de outra maneira, é um sintoma-dor ou ato-dor (Macedo & Werlang, 2007) e não devemos olhar para o suicídio sempre relacionado à depressão, como muitas correntes acreditam (Hjelmeland, 2013).

Ainda que a maioria dos casos de câncer de pulmão não estejam ligados ao ato de fumar, pessoas que morreram por câncer de pulmão relatam ter sofrido estigma, mesmo que não

tenham fumado a vida toda (Chapple, Ziebland, & McPherson, 2004), porém não tem o mesmo julgamento em relação à morte se ela ocorrer por suicídio. Pacientes com câncer também passam por julgamentos no sentido de que provocaram seu câncer por ressentimento, mágoa ou por sentimentos não expressos (Else-Quest, LoConte, Schiller, & Hyde, 2009). Essa forma de ver a doença ainda persiste, mas em menor grau porque o câncer também tem uma causalidade multifatorial, assim como o suicídio.

A AIDS talvez seja a doença que mais se aproxime do julgamento semelhante ao que ocorre com quem morra por suicídio, principalmente quando pensamos nos casos de jovens infectados por relação sexual consentida sem o uso do preservativo. Como se atualmente fosse inadmissível que alguém tenha relações sexuais sem proteção, sabendo dos riscos que corre, à semelhança de uma pessoa que provoque sua morte. No caso da AIDS houve muito preconceito a partir do que se considerava como “peste gay”, por irresponsabilidade e desconhecimento. Muitas pessoas ainda escondem de cônjuges, empregadores, pacientes, manicures etc. o fato de serem HIV positivo, buscando serem tratados “normalmente” e fugindo do estigma que ainda acompanha o assunto (Zucchi, Paiva, & Junior, 2013). No entanto, como hoje não se trata mais de uma doença mortal e por conta dos tratamentos, as pessoas não perdem mais massa magra e gordura, que davam a aparência de “AIDS”, uma boa parte desse impacto está diminuída, graças às campanhas de prevenção, ao investimento financeiro e à descoberta de novos medicamentos, que possibilitaram essa mudança.

O suicídio ainda não é um tema como outros, dos quais se pode falar livremente, assim como outros assuntos, que já foram tabus e que atualmente há uma possibilidade de falar sobre eles, da mesma forma pode ocorrer com o suicídio. A comparação de como o suicídio é visto hoje pela sociedade, como a AIDS, a sexualidade e o câncer eram vistos antigamente, que após muitas campanhas, pesquisas e investimentos, hoje têm uma possibilidade de comunicação mais aberta, traz aos colaboradores um sentimento de esperança, de que um dia será possível falar mais abertamente sobre o assunto.

Os colaboradores acreditam que as campanhas da AIDS e do câncer deram certo. Não podemos dizer que todas as expectativas foram atendidas, tendo em vista que ainda há problemas com a prevenção do câncer e os índices de AIDS terem aumentado, principalmente entre os jovens. Entretanto, podemos dizer que essas campanhas são mais abertas e frequentes, porém como todo problema complexo e de saúde pública, a conscientização é parte de um processo que envolve várias esferas e múltiplos esforços.

É difícil afirmarmos como o tabu começa, mas sabemos o porquê insiste em ficar. O grupo destacou as religiões como origem e multiplicadoras do tabu, levando-nos a refletir sobre

a necessidade de preparar e capacitar religiosos para a prevenção e a posvenção do suicídio. Muitas religiões já têm mudado a forma de lidarem com o suicídio e com os transtornos mentais, porém ainda há um longo caminho pela frente.

O tabu pode estar presente em famílias por diversos motivos, um deles pode ser pela dificuldade para conversar sobre um suicídio, que ocorreu com um de seus membros e pelo medo de que aconteçam outros suicídios. Há também a vergonha e a atribuição de culpa. Como conviver com o medo de perder mais um familiar dessa forma? Como uma família pode reerguer-se, falando abertamente sobre essa ferida que continua aberta? Por isso precisamos respeitar quem não quer falar, mas trabalhar no sentido de não favorecer o tabu, possibilitar liberdade e espaço para aqueles que quiserem falar sobre o suicídio, encontrando um espaço seguro para isso (Jordan, 2001; Lifeline, 2009; McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008).

Nas empresas podemos observar o tabu influenciando a forma como os gestores lidam com os transtornos mentais, com as pessoas com comportamento suicida e com os enlutados, situação relatada por alguns colaboradores. A visão do enlutado pela sociedade define a forma como esta espera que ele se comporte ou determine o tempo que deve levar para se recuperar, não levando em consideração as singularidades de cada processo (Andriessen, Kryszynska, & Grad, 2017; Fontanelle, 2008; Silva, 2015).

O tabu impede o tratamento pelo medo das pessoas serem taxadas de loucas e pelo estigma de ser doente mental ou suicida. Vem através da história da psiquiatria o medo das pessoas de serem internadas em manicômios, pois há a sensação de que insano é aquele que perde a liberdade e a si mesmo, que toma comprimidos em caixas de remédios com tarja preta, que contém o alerta para o vício. A psicofobia envolve vários tabus: o da depressão (ser fraco, covarde, falta de amor a Deus); o dos remédios psiquiátricos; o da psicologia (vou ter de pagar para alguém me ouvir?); o medo de perder a liberdade e ser internado; além da visão de que psicólogo é para ricos e que psiquiatra é para loucos.

É interessante pensar que pessoas internadas por outras causas também sofrem a privação da liberdade nos hospitais, quando estão doentes ficam internadas, sendo medicadas podem ter efeitos colaterais, mas se esse cenário for no setor ou no hospital psiquiátrico tudo isso parece assustador. O psiquiatra pode decidir sobre sedar ou não uma pessoa, propor procedimentos invasivos, internar e privar a pessoa do contato com a família, da mesma forma acontece com outras especialidades médicas, mas não são consideradas como um problema.

Não conseguimos encontrar nenhum artigo ou estudo que mostre quanto o tabu e a psicofobia influenciam ou não a busca por médicos psiquiatras e por psicólogos no Brasil. Baseada na experiência clínica da pesquisadora esse tabu e medo existem.

A afirmação popular de que “problemas longe dos meus, não me interessa”, ratifica a necessidade de as pessoas entenderem que “o suicídio é um problema de todos”. Um dos colaboradores exemplificou sobre a descriminalização do aborto e do envolvimento das pessoas com o tema. Enquanto considerarmos que o suicídio é coisa de louco ou covarde, que só acontece com os outros, que está distante e que nunca vai acontecer com alguém próximo, é bem provável que a pessoa não se envolva, sendo que dificulta a empatia e a identificação com o tema.

O suicídio revela o preconceito, mostra o julgamento que o transforma em um assunto proibido, que leva a um não falar e pode gerar afastamento, exclusão e estigma (Batterham, Calear, & Christensen, 2013a; Lester & Walker, 2006).

Corrigan et al. (2017) apontam sobre “o sentido do estigma público do suicídio” (p. 351), mostrando quais são os componentes que existem no estigma. Para eles, o estigma está relacionado às pessoas que tentaram o suicídio, incluindo três tipos de estereótipos: “fraco, louco e angustiado”; dois de preconceito: “medo/desconfiança e raiva”; três de discriminação: “evitação, afastamento e coerção” (p. 351). Esse ponto pode desafiar sobreviventes de tentativas de suicídio no seu processo de recuperação e ser barreira para pedidos de ajuda (Chan, Batterham, Christensen, & Galletly, 2014). Enlutados também podem sofrer com o *courtesy stigma*, que significa adquirir um estigma como resultado de ter relação com uma pessoa estigmatizada, levando os enlutados a serem vítimas do preconceito, de estereótipos e de discriminação (Goffman, 1963).

Algumas escalas foram desenvolvidas para medir o estigma em relação ao suicídio, como a *Stigma of Suicide Scale* (SOSS; Batterham, Calear, & Christensen, 2013b) e a *Suicide opinion questionnaire* (Domino & Groth, 1997). Ambas as escalas são uma forma de mostrar esse estigma e sua intensidade numa determinada população, indicando qual seria o público alvo para uma campanha de conscientização, por exemplo. Existem dois tipos de estigma que influenciam o suicídio, o estigma público (Corrigan, Gause, Michaels, Buchholz, & Larson, 2015) e o autoestigma, que é o estigma que as pessoas internalizam a partir dos estereótipos relacionados naquela sociedade (Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014).

7.2 COMUNICAÇÃO

A conscientização pode ampliar a comunicação, tanto verbal quanto pessoal. Esse fato leva-nos a refletir se foi a comunicação que realmente aumentou nesses últimos anos ou se foi o interesse pessoal do grupo focal, que fez que tivessem essa sensação ao prestassem mais atenção ao tema, dando a impressão de que hoje falamos mais sobre suicídio. Talvez sejam as

duas possibilidades, o grupo mais atento ao tema e atualmente podemos observar um aumento em séries televisivas, reportagens e campanhas sobre o assunto, tendência foi observada pelo grupo focal.

Refletimos se talvez não seja somente o aumento na quantidade de reportagens e sim a importância dada ao tema, a forma como é tratado. Notamos que antigamente o suicídio era noticiado geralmente no caderno policial dos jornais e com muitos detalhes. Atualmente, após a publicação do manual para imprensa, desenvolvido pela OMS (2000b), o suicídio é noticiado de outra maneira, em vários cadernos diferentes e com outros propósitos. É noticiado em *sites* e revistas variadas, desde aquelas voltadas para entretenimento, bem-estar como em revistas voltadas aos veterinários (Lara, 2017).

Foi realizada uma pesquisa informal nos *sites* dos jornais Folha de São Paulo (número de reportagens/reportagens de capa) e do Estadão (número de reportagens), na revista Veja (número de matérias), procurando a quantidade de notícias que apareceriam, utilizando a palavra-chave suicídio. Não analisamos o conteúdo das reportagens, apenas consideramos a quantidade.

Tabela 16: Número de artigos com a palavra-chave suicídio nos jornais Folha de São Paulo e O Estado de São Paulo; Revista Veja

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Folha	663/144	862/197	785/251	887/277	741/244	655/195	431/71
Estado	703	803	761	672	511	415	420
Veja	02	00	14	24	23	21	21

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Uma pesquisa mais aprofundada nos conteúdos faz-se necessária, porém observamos que em 2016 houve menos reportagens que em anos anteriores não sabemos explicar o porquê dessa diminuição.

Pesquisando no acervo do Estadão, da mesma maneira que acima sobre o número de reportagens de algumas décadas, deparamos com a seguinte informação:

Tabela 17: Número de reportagens com a palavra-chave suicídio por década no Jornal “O Estado de São Paulo”

Década	1870	1880	1890	1900	1910	1920	1930
N. de reportagens	113	202	421	889	2679	1304	2061
Década	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
N. de reportagens	1106	1661	1466	1737	2311	3324	4942

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Quando olhamos as décadas, é notório o aumento das reportagens que contém notícias relacionadas ao suicídio.

Da mesma maneira, foram pesquisados, nas bases de dados, artigos brasileiros, em português, que continham a palavra suicídio. Dos anos de 1998 a 2006 foram cento e dezesseis publicações; já de 2006 a 2016 foram seiscentos e noventa e seis, observando-se um aumento considerável. Podemos pensar que estamos falando e pesquisando mais sobre suicídio nos últimos anos.

Um dos colaboradores relata que vai participar de um filme sobre o assunto, que será passado num canal pago de grande repercussão, além dele como enlutado, jovens sobreviventes de tentativas de suicídio foram incluídos. Esse fato mostra como não só a quantidade, mas principalmente a forma como falamos sobre o suicídio hoje está mudando, em uma perspectiva mais abrangente e inclusiva. Notamos que os canais de TV estão investindo no tema, se isso acontece é devido aos resultados esperados como um aumento de audiência. Não foi discutido o porquê os canais estão investindo mais, sendo que não podemos pensar que é somente por uma questão de responsabilidade social, mesmo assim, o suicídio está sendo mais noticiado em diferentes mídias com propósitos variados.

Diversos estudos abordam a influência da mídia no suicídio (Meindl & Ivy, 2017; Stack, 2003; Tousignant, Mishara, Caillaud, Fortin, & St-Laurent, 2005), especialmente na cobertura de suicídio de famosos (Arendt & Scherr, 2017a; Koburger et al., 2015; Park et al., 2016; Schafer & Quiring, 2015) com sugestões e diretrizes de mídia responsável (John et al., 2014; OMS, 2000b; Pirkis, Blood, Beautrais, Burgess, & Skehans, 2006), porém nenhum estudo aponta o porquê a mídia tem falado mais sobre o assunto e as causas desse aumento.

Um estudo sobre mudanças nas reportagens sobre suicídio na Austrália entre 2000/01 e 2006/07, seguindo as recomendações propostas pelo guia *Reporting suicide and mental illness*, demonstraram que as reportagens quase dobraram durante o período e com ênfase maior nas experiências individuais que em leis e intervenções (Pirkis et al., 2009).

Embora não tenha sido abordado pelo grupo, não há clareza o quanto a série “os 13 porquês”²⁴ influenciou o aumento do diálogo sobre o suicídio, o que percebemos foi um acréscimo de reportagens sobre o assunto. A personagem Hannah serviu de exemplo? De

²⁴ A série os 13 porquês, do *Netflix* (serviço de *streaming* de vídeo), apresenta a história do suicídio da Hannah e das treze fitas que ela deixou contando a sua história, cada fita representava uma pessoa. Acreditamos que a série trouxe o tema do suicídio para a mídia, mas falhou em não retratar quais outras formas a personagem poderia ter encontrado para não precisar morrer por suicídio. Ressaltamos que em uma das cenas, mostra o suicídio da personagem, de maneira gráfica, algo não recomendado pela OMS. A série também teve como um dos seus grandes focos atribuir à culpa pelo que aconteceu aos amigos da Hannah, dessa forma, notamos que trazer os porquês de forma simplista pode aumentar a culpa e o estigma dos sobreviventes enlutados pelo suicídio.

caminho para quem não sabia aonde ir? Se essa pessoa está perdida, alguém que traz uma bússola, seja ela para onde for, pode tirar alguém da angústia de estar sofrendo e não saber que caminho tomar, mesmo que este seja o suicídio. Não basta somente divulgar o tema, é preciso abrir espaço para conversar a respeito. Penso quantos jovens tiveram acesso a algum adulto disponível para conversar abertamente sobre o tema? Por isso é imperativo unir a conscientização com o diálogo.

O grupo focal comentou que hoje temos mais liberdade de expressão e facilidade de acesso à informação por causa da *internet* e das mudanças sociais que ocorreram com os anos. A consciência trazida pela mídia, afeta a consciência individual e as pessoas comunicando-se mais tornam o assunto mais comum, no entanto, ainda não falam sobre o tema aqui destacado.

Sem dúvida muita coisa mudou na forma como nos comunicamos, sendo que a *internet* e as redes sociais abriram portas para conversarmos com o mundo. Há um questionamento de que até que ponto essa liberdade de expressão existe em sociedades fechadas, famílias rígidas e religiosas. Temos ainda muito de trabalhar.

Um caso de grande comoção e impacto foi o suicídio do copiloto da *Germanwings* e consequente assassinato de todas as pessoas que estavam a bordo do avião. Uma pesquisa foi realizada na Alemanha um mês após o ocorrido para verificar se houve um aumento do estigma relacionado os transtornos mentais por causa do suicídio e da quantidade de reportagens relativas ao assunto, concluiu-se que um único evento, mesmo que devastador e grande cobertura da mídia teve um impacto limitado nas atitudes do público em relação ao estigma (von dem Knesebeck, Mnich, Angermeyer, Kofahl, & Makowski, 2015). Podemos pensar que a mídia hipervaloriza casos de suicídio que chocam as pessoas e casos de grande repercussão, como o suicídio de celebridades, não pelo sofrimento associado a estes atos, mas pela abrangência e “importância” da notícia.

O aumento de *posts*, vídeos e fotos sobre suicídio na *internet* podem aumentar a curiosidade mórbida e esse conteúdo acaba sendo compartilhado sem reflexão. As pessoas não pensam na repercussão e na consequência de certos tipos de compartilhamento. Muitas vezes, ao fazerem tais compartilhamentos, colocam um motivo único para o evento do suicídio o que colabora para o aumento da visão que suicídios ocorrem por causas únicas. Ao lermos os comentários que são deixados nos compartilhamentos, observamos o tabu e o julgamento em ação que em sua maioria é carregada pela visão estereotipada de que o suicídio ocorre pela ausência de Deus no coração, falta do que fazer, como exemplos. Não foi discutido pelo grupo focal o que leva as pessoas a compartilharem essas postagens.

Um dossiê elaborado pela agência Nova/SB (2017), em seu projeto “Comunica que muda” mostra que durante os meses de abril e de maio de 2017, durante o ápice de reportagens sobre o crime virtual Baleia Azul e a série do *Netflix*, “Os treze porquês”, foram capturadas 1.230.197 menções sobre suicídio nas principais redes sociais (*Facebook*, *Instagram*, *Twitter* e *YouTube*). Durante esse período o tema suicídio alcançou o ápice de buscas no *Google* dos últimos cinco anos. Isso demonstra em números o quanto o assunto pode ser estimulado pela mídia.

As redes sociais surgiram há pouco tempo, mas entraram no cenário social com um forte chute na porta. Em poucos anos, tomaram conta de muitas horas gastas na *web*. Depois delas, mudamos muito a maneira com que nos relacionamos, e até como vemos a importância das nossas relações. Apesar de mais conectados, observamos que a abordagem sobre o suicídio ainda é muito superficial. Se de um lado, menos de 30% dos internautas que comentaram o assunto demonstraram alguma conscientização, por outro quase 20% do conteúdo das redes são de mensagens preconceituosas, que reforçam o tabu, incentivam o comportamento autodestrutivo ou impedem o socorro por quem passa esse problema, destacou a coordenadora-geral do Comunica Que Muda, Bia Pereira (Nova S/B, 2017).

Por ser um canal que oferece maior acessibilidade para captura dos comentários e de haver menor exposição aos familiares e aos amigos, se comparado com outras redes, o *Twitter* ficou com 94,2% e o *Facebook* com 5% do total de comentários nas redes sociais durante esse período (Nova S/B, 2017).

Pelo uso das redes sociais para deixar mensagens de despedida e compartilhar o suicídio ao vivo, as grandes empresas da área, como o *Google*, o *Twitter* e o *Facebook* têm tomado providências, mesmo que insuficientes, para mudar essa situação. A *internet* tornou-se um importante espaço de prevenção e de posvenção, mas também de informação de meios de como matar-se, ou seja, há o bom e mau uso desses meios (Valle & Kovács, 2014).

Um exemplo positivo foi a criação e a divulgação do jogo Baleia Rosa, que trouxe desafios relacionados à autoestima e a busca de cuidado, sendo desenvolvido em resposta ao crime virtual Baleia Azul (Baleia Rosa, 2017). Vale lembrar-se da existência de centenas de *sites* e de fóruns *online* sobre suicídio e depressão, principalmente aqueles que incentivam o ato.

Para Tam, Tang, and Fernando (2007), a *internet* possibilitou o acesso público a informações relacionadas ao suicídio e à automutilação, como nunca houve antes (Westerlund, Hadlaczky, & Wasserman, 2012), além de romantizar o ato, ter impacto em assistir e promover o suicídio, facilitar o acesso aos remédios controlados e aos venenos que ultrapassam fronteiras

e leis, o que quebra as dificuldades relacionadas à acessibilidade e à localização dos meios de cometer o suicídio.

A *internet* também pode trazer efeitos benéficos ao

facilitar a identificação de pessoas em risco, prevenir suicídios e ajudar sobreviventes, com acesso a salas de bate papo e linhas de ajuda ... a *internet* também favorece o treinamento, provê acesso a *sites* de ajuda e serviços de prevenção baseados na *internet*, os quais infelizmente continuam sendo pouco utilizados ... questões que desafiam médicos para usar a *internet* de uma maneira benéfica (Tam et al., 2007, p. 453).

Uma pesquisa realizada por Gomes, Baptista, Carneiro, and Cardoso (2014) em *sites* de busca no Brasil, com palavras-chave como “suicídio indolor”, “suicídio rápido”, entre outras, observou-se que a maior frequência, nos *sites* da primeira página de busca, era de *sites* acadêmicos, seguido por de conteúdo religioso, concluindo que no Brasil não foram encontradas páginas com conteúdo pró-suicídio. Fizemos um teste utilizando a ferramenta de busca *Google* com a palavra chave “suicídio indolor”, dos dez *sites* sugeridos sete traziam conteúdos que poderiam ensinar uma pessoa a matar-se, incluindo um fórum e um vídeo, portanto, na nossa experiência, a *internet* é um canal de busca que facilita o acesso à informação sobre formas de cometer suicídio.

Um exemplo do bom uso das redes sociais foi a criação de um grupo virtual de sobreviventes enlutados pelo suicídio, no *Facebook*, no qual pessoas de todo o país participam, ajudam-se, criando uma comunidade de cuidado e de pertencimento (Scavacini, 2017a). Para Robinson et al. (2016), as mídias sociais podem alcançar inúmeras pessoas e oferecer fóruns acessíveis sem julgamento para dividirem as suas experiências.

Já é possível, dependendo da pesquisa feita, receber mensagens nas páginas de busca, de onde procurar ajuda no Brasil, divulgando-se o número e o *site* do CVV. A escolha de quem recebe ou não essa mensagem de ajuda é feita automaticamente por meio de algoritmos, o que faz que não seja apresentada para todas as pessoas que façam buscas com palavras relacionadas ao suicídio, questão que precisa ser analisada e discutida com os provedores de busca (Haim, Arendt, & Scherr, 2017).

Pudemos vivenciar como fazer a denúncia de um *post* com conteúdo suicida e ter resposta rápida da rede social. Recebemos na página do *Facebook*, do nosso grupo de apoio virtual aos sobreviventes enlutados, uma comunicação suicida de uma moça que estava falando que iria cometer o suicídio até a meia noite daquele dia. Houve uma movimentação no grupo com várias pessoas oferecendo ajuda, pedindo para que ela repensasse a decisão. Decidimos

acionar o *Facebook* por meio de uma denúncia na qual esclarecemos o que estava acontecendo, a resposta da rede social foi rápida, em torno de três minutos, ainda, fomos avisados que se fosse necessário enviariam uma viatura da polícia para a residência da pessoa. Acabamos não precisando acionar a viatura, pois a moça, ao conversar com uma das colaboradoras do grupo, aceitou procurar ajuda no dia seguinte, desistindo de cometer o suicídio. Cada vez mais as pessoas usam as redes sociais como uma forma de comunicação, um pedido de ajuda, uma despedida ou cometem o suicídio ao vivo. Tivemos a experiência de ver como essas redes precisaram adaptar-se para prevenirem suicídios e tem conseguido responder à demanda em alguns casos.

Infelizmente, ter a resposta rápida à crise não é suficiente, pois sabemos que caso essa moça tivesse sido resgatada e levada para um serviço de emergência, poderia enfrentar maus-tratos no hospital, provavelmente seria liberada após pouco tempo, e teria muita dificuldade no processo de cuidado e ajuda, mas isso é tema para outro estudo.

Atualmente é comum ver relatos em redes sociais, de pessoas que sofreram abusos sexuais e de pessoas que tentaram o suicídio ou perderam alguém. É uma forma de denúncia e de aproximação com pessoas que passaram por situações parecidas, formando uma rede de apoio. Pode ser também a busca por empatia ou ajuda.

Infelizmente a *internet* também pode ser uma janela para o ódio e para o preconceito. Um exemplo dessa situação foi o vídeo do *youtuber* Logan Paul, que filmou o corpo de uma pessoa enforcada em uma floresta do Japão, depois fez piada sobre o evento, postando o vídeo em seu canal no *Youtube* (O Globo, 2018). A resposta do *Youtube* foi o bloqueio de seu canal, que contava com mais de quinze milhões de seguidores, além de moderar os vídeos no *google preferred*²⁵ para evitar novos casos (Reuters, 2018). Portanto, mesmo que haja o discurso do preconceito, percebemos que as pessoas e as redes sociais já estão mais atentas e reagem de diferentes maneiras a essas postagens desrespeitosas.

Recentemente soubemos do caso da adolescente de 14 anos, Ammy “Dolly” Everett. Uma garota propaganda que sofria *bullying* e *cyberbullying*, que acabou matando-se na Austrália, causando choque e espanto pelo seu ato, pela sua idade e por ser uma pessoa conhecida. Seu pai deu algumas declarações, utilizando as redes sociais e convidou as pessoas que praticavam *bullying* em Ammy para comparecerem ao seu funeral e verem a dor que ajudaram a causar. Ele também agradeceu as palavras de apoio que recebeu, dizendo que o período “foi um exemplo de como mídias sociais devem ser usadas” (Ansa, 2018). Percebemos

²⁵ Serviço que oferece anunciantes de marcas aos principais produtores do *YouTube*.

que os casos estão ganhando voz, muito a partir dos sobreviventes e da abrangência das redes sociais, que acabam conectando as pessoas às histórias, aumentando a consciência pública.

A *internet* é um veículo de informação rápido e prático, sendo utilizado por quem está em busca desesperada de encontrar uma saída para seus problemas e para a sua dor, procurando um caminho ou uma solução com urgência. Muitas pessoas buscam em ferramentas *online*, como o *Google*, porém, ao fazerem podem encontrar tanto conteúdos mostrando como cometer o ato, como onde procurar ajuda. A pergunta que nos fazemos é se a pessoa, ao procurar informações sobre suicídio encontra primeiro páginas sobre formas de matar-se ao invés de formas e de locais nos quais possa receber ajuda, o que é uma problemática muito grave. Perguntamo-nos se não é caso de ter censura como no caso da pedofilia. Devido ao aumento do uso dessas ferramentas com objetivos que oferecem proteção ou risco, estudos já estão sendo desenvolvidos para definir quais são os fatores de risco; os dias e períodos com maior perigo (como em datas comemorativas) e as palavras-chave que devem ser “ensinadas” aos algoritmos (como “envenenamento”) para que os resultados de busca dessas pesquisas mostrem ou direcionem a pessoa para *sites* de prevenção do suicídio (Arendt & Scherr, 2017b).

Cabe ressaltar que a *internet* pode prover meios rápidos de acabar com a dor, tendo em vista o desespero associado ao ato, à facilidade de obter essas informações posa como um desafio de saúde pública e de tecnologia. Ressaltamos que pessoas nessa situação de dor existencial não conseguem esperar meses por uma consulta, um tempo longo para que a medicação faça efeito ou para psicoterapia por meses. Precisamos desenvolver formas acessíveis de tratar as pessoas em crise. Quanta dor as pessoas conseguem suportar? Será que o fato das pessoas estarem perdidas e sem saída, e possam encontrar uma saída para findar com o sofrimento, ou seja, para o suicídio? A *internet* tem meios para isso. Para muitos, os entraves de receber ajuda são maiores que os de tentar e cometer suicídio, no entanto, no desespero, pode se procurar a saída mais rápida.

Mesmo que existam linhas de ajuda para crise, como o CVV, elas não podem abranger o processo inteiro, muitas vezes, mesmo que ofereçam o atendimento telefônico na crise, não têm para onde encaminhar as pessoas, que necessitam de atendimento em longo prazo. Há um apoio do governo ao CVV, que recentemente alterou o número 141 (pago) para 188 (gratuito), ou seja, as pessoas não precisam mais pagar a ligação, porém o CVV ainda precisa conseguir ter acesso a locais onde pessoas em crise possam ser encaminhadas com a certeza de receberem atendimento. Ainda não há um protocolo que funcione nesses casos.

Em Londres, existe um local chamado de “*Maytree* – um santuário para suicidas”

(tradução nossa), mantido e coordenado pela ONG *Maytree* em conjunto com o *Samaritans*²⁶. É uma casa onde pessoas em crise suicida podem hospedar-se em uma “estadia gratuita de quatro noites, cinco dias, tendo a oportunidade de ser ajudado e ouvido com total confiança, sem julgamento, com compaixão e calor” (Maytree, 2013 - tradução nossa). Lá as pessoas recebem atenção de voluntários para repensarem suas vidas e a questão do suicídio. Não existem locais como este no Brasil, portanto, pessoas “conscientizadas” em crise que procurem ajuda, talvez só consigam a escuta urgente pelo CVV, o que pode ajudar em muitos casos, mas receber atendimento especializado ou ter locais para tratamento são demandas que provavelmente não serão supridas.

Não é fácil encontrar ajuda ou informações sobre ajuda. A partir da sugestão de um dos colaboradores, ressaltamos a necessidade de disponibilizar informações com instruções práticas de onde buscar ajuda, em que haja fácil acesso pelos meios virtuais e contenha instruções detalhadas do que fazer.

Quando pensamos no acesso a cuidados de saúde mental, precisamos lembrar-nos da reforma psiquiátrica, da diminuição dos manicômios e da descentralização do cuidado, que foram passos importantes tomados no país em relação à saúde mental (Borges & Baptista, 2008; Medeiros & Guimarães, 2002). No entanto, nos últimos vinte anos o número de leitos psiquiátricos diminuiu de 85000 para 45000, sendo que 30% deles são ocupados por pacientes de longa permanência. Menos de 2% dos hospitais gerais (apenas oitenta e quatro) têm unidades psiquiátricas (Larrobla & Botega, 2001). No Brasil, a prevenção primária em saúde mental é quase inexistente, prevenção secundária e terciária são mal estruturadas, raras e lotadas (ABP, 2006). Encontrar atendimento em saúde mental infantil ou juvenil também são desafios enfrentados pela sociedade (Couto, Duarte, & Delgado, 2008), realidade enfrentada por uma colaboradora ao tentar internação para seu sobrinho. O fato da reforma psiquiátrica ter acontecido, não significa que haja um bom acesso ao tratamento em saúde mental atualmente.

Existem muitas dificuldades em conseguir ajuda e tratamento em saúde mental no país. Os Centros de Apoio Psicossociais (CAPS), pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) são escassos e frequentemente não abrangem a demanda, situações essas que foram relatadas pelos colaboradores. Muitos hospitais não possuem psiquiatras, devido à diminuição de leitos, tornou-se muito difícil conseguir internação para pessoas com comportamento suicida em risco. O primeiro atendimento das pessoas com comportamento suicida geralmente ocorre na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), em que ambos não

²⁶ Os *Samaritans* oferecem escuta gratuita, feita por voluntários, para pessoas em crise (www.samaritans.org).

trabalham psiquiatras (ABP, 2006).

A dificuldade de acesso a tratamentos e à internação psiquiátrica foi citada pelos colaboradores, que se sentem desamparados diante da falta de atendimento e de acesso à saúde mental de qualidade. Uma das colaboradoras, que perdeu o sobrinho para o suicídio em uma clínica de repouso, aponta a importância de haver fiscalização nesses estabelecimentos e um maior acesso ao tratamento de jovens.

Para Azevedo (2012), no nível de atenção primária os serviços seguem as orientações das Diretrizes Nacionais (Brasil, 2006b), nos níveis secundários e terciários, o despreparo, a negativa em cuidar e o desprezo prevalecem. Ações voltadas para uma formação, baseada na integralidade, humanização e no entendimento dos determinantes sociais do ato em conjunto com a ideia do sofrimento, são passos fundamentais para gerar mudança. Falaremos sobre os maus-tratos a pessoas com comportamento suicida mais adiante.

Na área acadêmica, precisamos aumentar substancialmente as falas e os eventos sobre o suicídio, trazendo a importância da prevenção e da pós-venção na formação. Ressaltamos que diferentemente de outros países, não temos prêmios, patrocinadores ou incentivos para pesquisa em suicídio, além de não existir um comprometimento profícuo das universidades em colocar a prevenção do suicídio no currículo dos estudantes. Muitas universidades somente tomaram algum tipo de providência após acontecerem suicídios em suas dependências, sendo que muitas vezes os movimentos por mudança são encabeçados por alunos e diretórios acadêmicos. Em um dos encontros de sobreviventes, houve o relato de duas estudantes de psicologia que sobreviveram a tentativas de suicídio, sentiram preconceito dos professores e dos colegas do curso. Quando uma delas desabafou com o grupo sobre sua experiência, no entanto, a professora falou que ela se expôs demais. Não temos dúvidas que aumentar a consciência e a empatia nas universidades é um ponto fundamental para a melhora do tema.

Logo que a pesquisadora voltou de seu mestrado na Suécia, entrou em contato com o Conselho Regional de Psicologia (CRP), para tentar conversar com alguém sobre a necessidade de haver cursos de prevenção do suicídio na formação dos psicólogos. A resposta que recebeu foi que essa questão não era de competência do CRP, que deveria procurar o Ministério da Educação em Brasília. Finalizou o contato sentindo-se frustrada e com a sensação que ainda temos muito a caminhar.

Se falta um aumento de consciência nos alunos e nos docentes, além de existir uma cegueira acadêmica para o assunto, de um lado, mas podemos observar um aumento do interesse, de outro. Um evento na Universidade de São Paulo (USP), sobre prevenção do suicídio, realizado em 2013, contou com mais de quinhentos estudantes e profissionais

interessados. Em 2017, foi realizado o I Simpósio Paulista de Prevenção e Posvenção do Suicídio na Universidade São Camilo, em São Paulo, com a presença de seiscentas pessoas, que demonstra que cada vez mais profissionais e estudantes estão interessados no assunto, procurando cursos e eventos relacionados ao tema.

Há um aumento de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), mestrados e doutorados sobre o tema, o que mostra o interesse dos alunos e abertura dos orientadores para o assunto. Entretanto, ainda se nota uma dificuldade de aprovar nos comitês de ética trabalhos relacionados ao suicídio, talvez pelo tabu relacionado ao fato ou pelo medo de aprovar pesquisas com pessoas em situação de vulnerabilidade. Pela experiência da pesquisadora e pelo relato de colegas, tivemos dificuldades de aprovação de pesquisas sobre suicídio. Ressaltamos que apesar das dificuldades para aprovação devemos insistir, porque é muito importante realizar pesquisas sobre o assunto, com qualidade e respeito ético.

Embora um dos colaboradores relatasse ter tido muita dificuldade em encontrar cursos sobre o assunto, em 2018 serão realizados o primeiro curso de especialização de prevenção e de posvenção do suicídio em Teresina; o primeiro curso de aprimoramento em São Paulo; o primeiro curso avançado em suicidologia *online*. Esse fato levanta três questões, o aumento do interesse do público no assunto; a necessidade de haver formação especializada; a presença de profissionais e de professores capacitados no assunto.

A maioria dos alunos de psicologia não têm aulas sobre prevenção do suicídio e nem terão nos próximos anos, sendo essa uma meta importante: a criação de disciplinas sobre suicídio durante a formação da graduação e da pós-graduação. Disciplinas que abordem a tanatologia, ensinando ao aluno a respeito do luto e da morte também são necessárias para o cuidado com os enlutados pelo suicídio. Não podemos obrigar ninguém a aprender sobre o tema, a universidade que deveria ter a obrigação de oferecer disciplinas com esse conteúdo. Os ministérios da saúde e da educação deveriam se unir para enfrentar essa batalha juntos.

Os graduandos interessados pelo assunto do suicido ou da morte e luto têm de desdobrar-se atrás de cursos fora da universidade ou de palestras oferecidas em semanas da psicologia, por exemplo. Embora os colaboradores pensem que a formação deve ser voltada aos estudantes da área de saúde, o que é fundamental, a pesquisadora discorda parcialmente dessa opinião, tendo em vista que se tivéssemos aulas de prevenção do suicídio nas faculdades de arquitetura, ajudando os alunos a pensarem em construções seguras; nas faculdades de direito, para que percebam o suicídio também como produção social; nas faculdades de agronomia, ensinando sobre o uso e estocagem segura de pesticidas; nas faculdades de comunicação social, propaganda e *marketing*, jornalismo e cinema, para que pensassem em

como discutir de forma responsável sobre o assunto e não se esconderem atrás do efeito Werther, pensando que falar sobre suicídio pode induzi-lo, isso teria impactos positivos para toda a sociedade em longo prazo.

O efeito “Werther”²⁷, termo cunhado por Phillips (1974), refere-se ao aumento de casos de suicídio após reportagens sensacionalistas ou que mostrem com detalhes o suicídio de alguém. Esse efeito tem sido debatido por muitos autores, como indicam Pouliot, Mishara, and Labelle (2011) em seu estudo piloto sobre o efeito Werther à luz das vulnerabilidades psicológicas.

Um exemplo atual relacionado ao efeito Werther foi demonstrado no estudo de Fink, Santaella-Tenorio e Keys (2018) a respeito do aumento em 10% dos casos de suicídio nos 5 meses posteriores à morte do ator Robin Willians. Os autores trazem a informação, que, dependendo da identificação das pessoas com aquele que se matou e a exposição da notícia na mídia, especialmente se for famoso, os suicídios podem aumentar. "No caso de celebridades, a possibilidade de alguém vulnerável fazer uma conexão afetiva e se identificar com a decisão (do suicídio) é maior. Em alguns casos, podem até interpretar a morte da celebridade como um sinal de que devem tirar a própria vida." (Fraser em BBC, 2018).

O efeito “Papageno”²⁸, termo cunhado por Niederkrotenthaler et al. (2010), refere-se ao contrário, quando reportagens responsáveis podem diminuir o comportamento suicida no público, fornecendo exemplos de outras pessoas, que passaram com sucesso por crises suicidas, enfatizando alternativas ao ato, educando o público e gerando conscientização. (Pirkis, Mok, Robinson, & Nordentoft, 2016).

O termo do efeito supracitado vem de um programa francês de prevenção do suicídio para estudantes com a finalidade de aumentar a consciência e melhorar a cobertura jornalística sobre o suicídio, no qual pessoas especializadas corrigem, guiam e provém informação; estagiários de psiquiatria desvendam os mitos e estudantes de jornalismo investigam o suicídio em suas dimensões sociais por meio de conversas abertas sobre o tema (Pauwels & Notredame, 2015). Portanto, eles pretendem mudar a forma como ocorre a transmissão do conhecimento, para que todos sejam incluídos, objetivando promover uma sensibilização sustentável, assim “uma nova geração de jornalistas pode crescer estando mais consciente de sua

²⁷ Em referência ao livro de Goethe (2001) chamado “Os sofrimentos do jovem Werther”, que cometeu o suicídio após uma desilusão amorosa. Tal livro foi banido da Europa por ser relacionado a uma epidemia de suicídios, que ocorreram após o lançamento do livro (Thorson & Öberg, 2003).

²⁸ Papageno é um personagem da ópera de Mozart (1791 citado em Schikaneder 1990) em “A Flauta Mágica”, que ao temer perder seu grande amor, Papagena decide tirar sua própria vida, quando três garotos oferecem ajuda, sugerindo a ele melhores maneiras de lidar com o problema.

responsabilidade” (Notredame, 2016, p. S29) ao optar espontaneamente em seguir as recomendações da OMS sobre a mídia, desenvolvendo novas formas de pensar. O programa visa também à descoberta de pontos de vista e de missões parecidas para encontrar as perspectivas em comum e criar redes de contato entre os estudantes. Assim, psiquiatras e jornalistas podem unir-se para que haja uma cobertura mais segura sobre o suicídio (Notredame, 2016), pois muitos jornalistas preferem ignorar o suicídio, não seguem as orientações da OMS e hesitam em fazer reportagens com esse tema (Beam, John, & Yaqub, 2017).

Em 2017, por acreditar que falar sobre suicídio é fundamental e que escrever pode ser uma ferramenta de cura e de ressignificação, foi criado pela pesquisadora o I Concurso Literário para Sobreviventes do Suicídio, dividido em três categorias: sobreviventes de tentativas, enlutados e profissionais. A comissão julgadora do concurso ficou surpresa ao receber um maior número de obras de pessoas, que tentaram suicídio e praticamente nenhuma de profissionais. Esse fato leva-nos a refletir que os sobreviventes de tentativas podem estar mais abertos ou terem urgência maior para contar suas histórias, sendo que os profissionais têm mais dificuldades em escreverem ou falarem sobre o assunto. Os enlutados tiveram uma participação média, por isso refletimos que talvez, para eles, falar sobre o assunto pode ser mais dolorido e requer mais tempo para refletir e compartilhar suas histórias com os outros, como observamos nos colaboradores a necessidade de preparação para falar sobre o suicídio em sociedade.

Ao sensibilizarmos estudantes, poderíamos ter médicos e profissionais da área da saúde e da educação mais atentos, mais empáticos a essa dor, talvez pudéssemos, por exemplo, prevenir maus-tratos e julgamentos a pacientes que dão entrada nos prontos-socorros com tentativas de suicídio e com os enlutados pelo suicídio, situação discutida e apontada pelos colaboradores como um dos impedimentos do cuidado adequado no lugar citado.

A assistência ao paciente que tentou o suicídio no pronto-socorro é inadequada, marcada pela falta de preparo e fragmentação do cuidado. Evita-se o contato com o sofrimento intenso relacionado com o ato suicida ... os fatores que influenciam na assistência precisam ser reconhecidos e reformulados para que haja melhoria na qualidade dos atendimentos, possibilitando um cuidado integral à pessoa com ideação e tentativa de suicídio (Toro, 2016, p. 8).

A reação dos profissionais às pessoas que tentaram suicídio, mais que um tabu, é uma situação que mexe profundamente na vocação deles visto que foram formados para salvar e para curar, sendo que o suicídio afronta de forma radical essa missão (Rigo, 2017). O estudo de Machin (2009) aponta que pessoas que chegam às emergências para atendimento das lesões autoprovocadas, não são tratadas nem como doentes (possuidoras de uma doença orgânica),

nem como vítimas (por evento fortuito ou acidental), então, podemos imaginar como tais pessoas serão cuidadas. A autora (2009) vê a falta da formação médica para além do modelo biomédico, como um dos causadores dessa situação. Comprendemos que não podemos simplificar a questão somente na formação médica, esta é uma discussão complexa que envolve o estigma, o preconceito e o tabu.

Scavacini (2017b) atenta para a necessidade de adequação dos hospitais gerais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para lidarem com o comportamento suicida, bem como a capacitação de psicólogos hospitalares para a detecção, manejo e sensibilização da equipe de saúde diante desse comportamento.

Durante o Setembro Amarelo, mês da prevenção do suicídio e do Dia Internacional da Prevenção do Suicídio (10 de setembro), muito se fala sobre o tema, em eventos que debatem sobre o suicídio. Muitas críticas e sugestões foram feitas pelo grupo referente a essa campanha, porém é inegável que houve aumento de reportagens, palestras, congressos, simpósios e atividades relacionadas à prevenção do suicídio. A cada ano, segundo experiência da própria pesquisadora, têm mais pessoas interessadas sobre o tema, buscando profissionais para falar sobre o assunto e pelo menos na área da saúde mental, a campanha tem crescido e tomado força, o que é um ótimo sinal, além de um aumento de eventos nacionais, estaduais, regionais e locais. Como toda campanha, precisa de ajustes, como planejar as ações, por exemplo, pois, pela análise aqui estabelecida, muitos eventos que compõem o Setembro Amarelo são realizados sem planejamento ou objetivo definido. É preciso saber aonde se quer chegar e as pessoas que se pretende alcançar para enfim traçar o melhor trajeto, pensando em campanhas como uma peça dentro de um plano de prevenção, para que todo o esforço não seja em vão.

Os colaboradores falaram sobre o *Marketing Amarelo*, sendo campanhas com propósito de promoção pessoal ou profissional, porém sem engajamento. Esse é um risco que ocorre com algumas, por isso é necessário que haja planejamento e avaliação dos objetivos.

Para Hoven, Tyano e Mandell (2009), acender uma vela não é suficiente, em alusão à campanha da *International Association for Suicide Prevention (IASP)* de acender uma vela no dia 10 de setembro para apoiar a causa. Para eles, campanhas como essa tem efeito breve, podendo trazer uma falsa esperança de alívio que não são acompanhadas pela disponibilidade de recursos para tratamento, para os autores, as campanhas precisam ter continuação e foco.

Muitas campanhas de aumento de consciência podem ser observadas, como o “*Semicolon Project*”²⁹ - projeto ponto e vírgula (tradução nossa), no qual pessoas tatuam um

²⁹ www.semicolonproject.com

ponto e vírgula no corpo em alusão à luta contra um transtorno mental ou recuperação de um trauma; outra campanha a “*People of color and mental illness photo project*”³⁰ (Pessoas de cor com transtorno mental – tradução nossa), que tenta diminuir o estigma e mostrar que os transtornos mentais e o suicídio ocorrem em todos os tipos de raças e de cores; na “*Stop Suicide*”³¹ (Pare o suicídio – tradução nossa), pessoas são encorajadas a mandarem vídeos com suas histórias de superação a fim de ajudar outras pessoas a entenderem melhor o que é o comportamento suicida. Esses são alguns exemplos de diversas campanhas que podem ser vistas pela *internet*.

A “*American Foundation for Suicide Prevention*” (AFSP, 2017) tem uma página na *internet*, que ajuda as pessoas a criarem suas próprias campanhas com o intuito de arrecadarem dinheiro para essa instituição, dessa forma, ajudarem na pesquisa e na divulgação da prevenção do suicídio. Ainda, na página é possível escolher um tema e um objetivo para a campanha e divulgar para as pessoas. Esse é um exemplo de ação prática e fácil que colabora para que as pessoas criem campanhas, podendo personalizá-las.

A “*Suicide Awareness Voices of Education*” (SAVE, 2018) é uma instituição privada, especializada em ajudar pessoas nos Estados Unidos, a organizarem campanhas para a comunidade, além de eventos para a arrecadação de fundos para a prevenção e posvenção do suicídio.

Blogs como *Taking about suicide*³² entrevistam diferentes pessoas relacionadas ao tema, trazendo informações sobre o assunto; *Sites* como o *Health Talk*³³ mostram depoimentos de pessoas enlutadas pelo suicídio; Campanhas como a da Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que em 2017 teve como lema da campanha “Doe um minuto. Mude uma vida”³⁴, objetivando conscientizar a população de que o suicídio pode ser prevenido; Exposições interativas que falam sobre engajamento e problemas sociais, como a nova exposição do Museu do Amanhã³⁵ no Rio de Janeiro, que traz informações sobre o suicídio, divulgando locais onde as pessoas podem engajar-se, mostram como dispomos de várias possibilidades de aumentar a consciência e como a sociedade já tem se mobilizado para que isso aconteça.

³⁰ <http://diorvargas.com/poc-mental-illness>

³¹ www.stopsuicidepledge.org

³² <https://talkingaboutsucide.com>

³³ <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/dying-bereavement/bereavement-due-suicide/topics>

³⁴ <https://nacoesunidas.org/campanha-da-onu-busca-conscientizar-populacao-sobre-prevencao-ao-suicidio/>

³⁵ <https://museudoamanha.org.br/pt-br/irismais>

Essas são campanhas que visam dar voz, rosto, empoderamento àqueles que sofrem por causa do suicídio. No Dia Internacional dos Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio, que é comemorado todo segundo sábado do mês de novembro, pessoas enlutadas saem às ruas, reunindo-se com o objetivo de falarem abertamente sobre o assunto. Essa campanha está na sua 3ª edição no Brasil, sendo oferecida por meio da parceria do Instituto *Vita Alere* com a AFSP. Outra campanha é a Colcha da Memória Viva, projeto da AFSP e também iniciado no Brasil pelo Instituto *Vita Alere*, que consiste em uma colcha que é confeccionada com retângulos (*quilts*), que contém fotos de pessoas que se mataram e mensagens ou frases de seus pais. O objetivo desse projeto é aumentar a consciência pública ao mostrar que ninguém está sozinho e dar rosto aos números. É uma forma de humanizar as taxas e mostrar que não conseguimos saber se uma pessoa tem comportamento suicida somente pelo seu rosto, muitas pessoas conseguem esconder bem o que sentem; e que a vida de uma pessoa é muito mais do que a forma como ela morreu.

Devemos questionarmos, como sociedade e pesquisadores, sobre o que queremos conscientizar e para quem, com cada campanha e como fazer que essa conscientização continue em longo prazo. Campanhas podem focar na relação do *bullying* e do suicídio, podem ser direcionadas ao público LGBT, podem arrecadar fundos para pesquisas científicas na área da prevenção. São inúmeras as possibilidades, que vão além do “vamos falar mais sobre isso”.

Para a qualificação do doutorado, a pesquisadora entrevistou um especialista sobre prevenção do suicídio, ressaltando que muito do que relatou também foi abordado pelos colaboradores, o que mostra que os pontos de vista, entre os afetados pelo suicídio e os especialistas não são tão diferentes assim. Uma das questões trazidas pelo profissional, também citada por um colaborador, foi o fato das campanhas gerarem demanda de atendimento e não termos locais de encaminhamento para pessoas que necessitam de ajuda.

A dificuldade de ter atendimento digno e o medo do que possam encontrar dificulta a busca de tratamento. Além de ampliar a comunicação sobre suicídio, é preciso expandir e melhorar as formas de tratamento em clínicas e em hospitais, que também devem ser devidamente monitorados para casos que precisam de internação. A pessoa pede ajuda e não se mata, mas a sua vida acaba, porque vai ser estigmatizada, julgada e talvez até privada da liberdade, também há uma grande probabilidade de muitos gastos com tratamento e endividamento por essa razão.

Para mudarmos esses contextos, precisamos saber como é vista pela sociedade a pessoa que fala em cometer suicídio ou sobrevive a uma tentativa. É muito importante que essas pessoas sejam compreendidas e acolhidas. Por que o manejo de pessoas com câncer difere das

com tendências suicidas? Será a imprevisibilidade do ato? Será o medo da responsabilidade? Da culpa? As pessoas com câncer já foram e as com AIDS ainda são estigmatizadas pelas doenças, porém atualmente a aceitação dessas pessoas está melhor (Fife & Wright, 2000).

Sabemos que uma tentativa aumenta o risco do suicídio. Será que parte desse risco não está relacionado ao tabu, ao julgamento e à falta de atendimento? Por que o atendimento que é rude não ajuda a quem tem ideação ou teve uma tentativa de suicídio. Essas pessoas, muitas vezes são maltratadas nos hospitais e colocadas de volta na mesma situação, que pode ter sido um dos fatores que levou a pessoa a pensar em matar-se. Não há acompanhamento e continuidade na ajuda, segundo Meleiro (2013), estudos mostram que 75% das pessoas havia procurado os serviços primários de saúde e 45% fizeram essa procura um mês antes do suicídio; 15% dos pacientes com tentativa que são atendidos no hospital geral, fazem nova tentativa no período de um ano. Para Vidal and Gontijo (2013):

A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada. A análise dos dados indica a necessidade de melhorar a formação dos profissionais da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento (Vidal & Gontijo, 2013, p. 108).

Vidal e Gontijo (2013) dividiram as reações encontradas por essas pessoas em discriminação, negação do ato ou encaminhamento. A pessoa que tenta o suicídio acredita que ao matar-se resolverá seus problemas, mas após a tentativa que não resultou em morte percebe que a dor continua ou por vezes até piora, ouve frases como “nem para se matar tem capacidade”. Provavelmente poucas pessoas vão acreditar na sua melhora, muitas vezes será sempre vista como “a suicida”.

É nesse ponto que a aliança entre enlutados e pessoas que tentaram pode funcionar. Depois de algum tempo, em geral, os enlutados entendem a dor e podem acolher, orientar quem tem ideação suicida, não para tirar a dor ou a culpa pelo que aconteceu com alguém amado, mas com a esperança de que eles possam fazer diferença para alguém não chegar a cometer o ato.

Embora o foco desse trabalho não seja somente sobre as experiências de falar sobre o suicídio, a comunicação é influenciada pelo tabu, pela forma de falar ou pela necessidade de calar-se. A comunicação pode ser influenciada, se aumentarmos a consciência pública. Ninguém deve ser obrigado a falar sobre o suicídio, porém quando as pessoas encontram ressonância em sua comunicação, há abertura com possibilidade de acolhimento às suas

necessidades de forma positiva. É importante abrir espaço para falar, respeitar os limites e haver espaço seguro sem proibição ou julgamento para que isso aconteça.

Percebemos no grupo de apoio a enlutados certa pressão para quem não relata em contexto social a morte por suicídio. Para alguns colaboradores, começar a falar sobre o assunto na sociedade é como se fosse uma vitória, para outros, deveria ser uma obrigação em prol da “causa”. Não podemos esquecer que não há certo ou errado, o falar deve ser uma escolha consciente. Durante as reuniões dos grupos focais, uma colega psicóloga observou que quando a colaboradora falava sobre sua experiência ao perder um paciente por suicídio, o grupo pareceu atento, porém aparentemente não demonstrava a mesma identificação com ela como a que acontecia quando outro familiar falava, parecendo haver uma dificuldade de compreender o outro, mesmo nesse contexto, como se só o outro, que sentiu a perda no mesmo nível que eles, pode entender o que eles sentem. Então, quando falam na dificuldade de as pessoas terem empatia, eles parecem não perceber que ainda diferenciam experiências de acordo com sua própria história – quem perdeu um filho é diferente de quem perdeu um paciente ou um amigo? Claro que sim, pois cada perda é diferente, porém percebemos que no próprio grupo parece existir essa classificação de “graus” de sofrimento. Por vezes, nos parece que há certa dificuldade de cada um sair de sua própria vivência e olhar para o outro.

Quem não viveu a perda por suicídio não terá nunca a mesma visão de quem passou pelo processo, mas isso não significa que não possa ter uma postura empática e respeitosa diante dos que morreram e dos enlutados pelo suicídio. Então, fundamental é que haja a compreensão de que a dor é intensa e que as pessoas que tem essa dor precisam de cuidados.

7.3 CONSCIENTIZAÇÃO

Se analisarmos a série televisiva “Os treze porquês”, observando sua abrangência e impacto, é preciso considerar que essa série foi produzida e comunicada por jovens para jovens, não teve tom professoral, utilizando um meio muito popular nessa faixa etária, a *Netflix*. Houve experiências e situações nas quais muitos se identificaram, pois reflete a realidade de problemas e pensamentos, que muitos deles experimentam atualmente. O cerne aqui é pertencimento e identificação, que pode ter uma influência ainda maior em adolescentes, que estão em uma fase de busca de aceitação do grupo.

Portanto, embora o grupo não tenha abordado o tema dessa maneira, se influenciarmos os grupos e gerarmos uma tendência de cuidado, preocupação e prevenção, essa perspectiva pode expandir e atingir cada vez mais pessoas. Seria uma forma mais adequada dessa tendência

ser ditada que por uma série televisiva, que mostra o suicídio como “saída” para fugir do *bullying* e para outras situações da adolescência.

Cabe à pessoa expressar o que está sentindo, buscar ajuda ou formas de cometer o suicídio, só ela pode escolher. Podemos oferecer e desenvolver formas de prevenir o suicídio, mas, novamente, nunca poderemos prever quem fará a escolha pelo suicídio e em que momento e isso precisa estar muito claro para todos que se envolvem nessa área.

Embora um dos colaboradores tenha comentado que saiu aflito da reunião, percebemos que os grupos focais mobilizaram questões e acabaram tendo um caráter terapêutico para os participantes, mesmo não sendo esse o propósito. Isso reforça a ideia de que espaços de conversação são necessários, sendo que falar e ouvir fazem muita diferença para quem já passou pela experiência do suicídio.

Outra questão que surgiu está relacionada com a subnotificação e com o tabu, além de outras variáveis, influenciam a notificação do suicídio e as taxas. Rogers and Lester (2010) relatam como profissão, gênero, religião e outras características, tanto do legista, quanto do falecido podem influenciar se o óbito será classificado como suicídio ou por outras causas. Eles também relatam que existem diferenças nos números, se foram calculados baseados nos relatórios policiais ou nos relatórios do legista. Rockett (2010) aponta as diferenças de notificações entre os países e a importância de as taxas serem as mais fidedignas possíveis, apresentando as dificuldades a fim de que os países consigam ter dados precisos sobre o suicídio, para ele, as dificuldades na notificação deveriam ser vistas como um problema de saúde pública. Em 2014, uma portaria publicada pelo Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de tentativas de suicídio (Brasil, 2014). Mudanças na forma de notificação já mostram significantes alterações nas taxas brasileiras, como em Pelotas, que de janeiro ao final de outubro de 2017 teve um aumento nas taxas de tentativas de suicídio em 91%, ou seja, de 19 casos em 2016 para 192 (Gaúcha ZH, 2017). Esses números demonstram a urgência e a importância da notificação correta, para tentativas de suicídio e suicídios completos.

Aparentemente não há uma regra clara sobre os atestados de óbito e suicídio, vide a experiência dos colaboradores, o que leva a uma grande margem para interpretações e subnotificações. Os dados de mortalidade enviados ao DATASUS, que geram as taxas de mortalidade, baseiam-se na causa de morte presente no atestado de óbito. Como só há a liberação do corpo com um atestado de óbito, muitos casos de suicídio vão a inquérito policial, é comum que apareça no atestado de óbito “causas indefinidas”. Após o inquérito, o atestado pode ou não ser alterado para suicídio, porém o dado que gera as taxas de mortalidade mantém a causa original. Entre os colaboradores, houve o relato de apenas um caso em que o suicídio

constava como causa de morte no atestado de óbito, o que nos apresenta o tamanho do problema.

A importância de apresentar números e taxas precisas auxilia na divulgação e no planejamento para onde os esforços de prevenção devem ser dirigidos. Precisamos conhecer as estatísticas para fazermos programas e conscientizações voltadas para o público alvo. Considerar os números pode demonstrar o quanto o suicídio é mais frequente que se imagina e o conhecimento desse fato pode promover a empatia pelas experiências de perda e de superação.

Enquanto houver uma condenação pela igreja ao suicídio, mesmo que velada, pessoas que pensam em matar-se e enlutados deixam de ter um importante local que deveria ser de acolhimento e compreensão, encontrando um lugar de julgamento e de exclusão. Essas questões podem fazer que a religião e a igreja tornem-se fatores de risco para pessoas que pensam em suicídio, e trazendo mais dor ao processo de luto dos sobreviventes.

Uma questão importante para nós é saber quem se interessaria que o suicídio fosse mais pesquisado e abordado na sociedade, com quem poderíamos contar. Chegamos a algumas reflexões que necessitariam de pesquisas para saber se procedem ou não. Em primeiro lugar, pensamos que é importante ter conhecimento de quem financia as campanhas do câncer e dos acidentes de trânsito. Percebemos que muitas pesquisas têm ligações com a indústria farmacêutica ou com seguradoras, portanto, tais empresas têm interesse financeiro para a implementação de programas de prevenção. Em segundo, precisaríamos identificar quem teria o interesse financeiro em financiar campanhas de prevenção do suicídio, para então transformá-lo em um parceiro para fundos de pesquisas e de desenvolvimento. Em terceiro lugar, poderíamos buscar parceiros nas esferas públicas, para desenvolvermos pesquisas e campanhas sobre o assunto, tendo em vista que nos Estados Unidos a maior parte das verbas de pesquisa vem de recursos federais, no entanto, o Brasil tem feitos movimentos contrários a essa iniciativa ao confirmar que congelará parte dos recursos aprovados na Lei do Orçamento da União para recursos destinados a instituições de pesquisa (Tuffani, 2018), acreditamos, entretanto, que isso não deve impedir que seja um recurso utilizado para financiar ações de prevenção do suicídio. Por fim, outros recursos poderiam vir por meio do terceiro setor; de pessoas com *lived experience*³⁶ ou de campanhas de financiamento coletivo.

Pensamos que em relação à depressão existe um interesse maior de patrocínio de pesquisas pela indústria farmacêutica, porém ainda precisamos desenvolver mais parcerias para pesquisa e tratamento da ideação e a tentativa de suicídio.

³⁶ Sobreviventes de tentativas e enlutados pelo suicídio, pessoas que tem a “experiência vivida” do assunto.

Outra questão é o interesse das políticas públicas. Observamos esse interesse no Brasil? Do nosso ponto de vista pensamos que não. Aprovar um projeto de lei que institui o dia ou o mês de prevenção é um tipo de ação, ao nosso ver, mais voltada à autopromoção de algumas pessoas que o interesse da população. O suicídio denuncia muitas coisas, a falta de acesso a tratamentos e à saúde mental de uma população, além de ainda o tabu estar muito presente. Perguntamos, quais políticos realmente se interessariam em abordar o assunto?

Dessa forma, pensando nas políticas públicas brasileiras em relação ao suicídio, devemos destacar algumas questões. Segundo Machado, Leite, and Bando (2014), há uma “negligência histórica da prevenção do suicídio como objeto de políticas públicas no Brasil” (p. 334). O tabu, abordagem da mídia, o acesso aos métodos, a subnotificação e o atendimento são problemas que estão na “raiz do processo de negligência ao tema no sistema de saúde” (p. 335). Para Bertolote (2004), as políticas de prevenção do suicídio devem ser divididas da seguinte maneira: a) disponibilidade de centros para crises e linhas de ajuda; b) redução de acesso aos meios; c) progressos na divulgação do suicídio pela imprensa; d) tratamento de pessoas com transtornos mentais; e) treinamento de equipes de saúde; por fim, f) programas nas escolas.

Em 2000, foi lançado no Brasil uma série de manuais de prevenção do suicídio desenvolvidos pelo programa SUPRE (*Suicide Prevention Program*) da OMS (Brasil, 2006c), traduzidos por meio do SUPRE-MISS - Centro Brasileiro do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida na UNICAMP.

Entre 2005 e 2006 foi desenvolvida a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) com participação de diversas instituições e apoio do Ministério da Saúde. Foi criado o grupo de trabalho instituído pela Portaria no. 2.542 de 22 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005) para elaborar as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b), lançadas pela Portaria no. 1.876 de agosto de 2006, em que constam os principais objetivos para que seja desenvolvido um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

A Estratégia é constituída de ações sistematizadas em diferentes eixos, de execução a curto, médio e longo prazo. Está apoiada num modelo compreensivo, baseado em evidências e sujeita à avaliação e monitoramento. Estes eixos são: 1. Sensibilização e mobilização da sociedade, em geral; 2. Qualificação dos profissionais de saúde na gestão e na atenção; 3. Organização dos serviços de modo que ofereçam tratamentos mais efetivos; 4. Promoção de estudos e pesquisas; 5. Restrição e redução dos meios utilizados; 6. Melhora nos sistemas de informação e de vigilância em saúde e 7. Apoio à organização da sociedade nas suas iniciativas de promoção e atenção à saúde (D'Oliveira, 2014, p. 1).

As Diretrizes colocaram o suicídio como problema de saúde pública (Botega, 2007), trazendo à luz a questão de sua problemática. No nosso entendimento, durante os onze anos desde o seu lançamento, muito foi proposto, porém pouco foi executado em termos práticos.

Podemos ver algumas mudanças na área da política, quando, em 2017, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio de 2006 foi retomada. O Ministério da Saúde divulgou o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil (Brasil, 2017b) e lançou uma Agenda de Ações Estratégicas Para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil: 2017-2020 (Brasil, 2017a) a fim de atingir a meta proposta pela OMS (WHO, 2013) de diminuir em 10% o número de casos do suicídio até o ano de 2020. É preciso observar como essa agenda está sendo cumprida e se o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio será construído até 2020, conforme a Agenda Estratégica aponta.

Podemos ver essas iniciativas como avanços, mas ainda precisam repercutir no cuidado real daqueles que precisam. Não cabe nesse estudo a discussão das políticas públicas e sim a análise das consequências de haver políticas públicas que até certo ponto, estão afinadas com a necessidade das pessoas e da sociedade, mas que não estão sendo de fato implementadas.

Programas relacionados ao aumento de consciência estão presentes em diversos países, como Finlândia, Nova Zelândia, Noruega (Taylor et al., 1997), Austrália (2014), Estados Unidos (HHS, 2012), Suécia (2014), Irlanda (2015) em suas estratégias nacionais de prevenção do suicídio, conforme podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 18: Componentes das Estratégias Nacionais de Prevenção do Suicídio

Países	Conscien- tização pública	Educação para a mídia	Acesso aos serviços	Construção capacidade comunitária	Restri- ção aos meios	Treina- mento	Pesquisa e avaliação
Austrália	+	+	+	+	+	+	+
Inglaterra	+	+	+	+	+	+	+
Finlândia	+	+	+	+	+	+	+
França	-	-	+	-	+	+	+
Irlanda	+	+	+	+	+	+	+
Noruega	+	-	+	+	-	+	+
Escócia	+	+	+	+	+	+	+
Suécia	+	+	+	+	+	+	+
Nova Zelândia	+	+	+	+	+	+	+
Estados Unidos	+	+	+	+	+	+	+

Fonte: (de Leo & Evans, 2004; Escócia, 2006; Taylor et al., 1997)

+ = indica que a estratégia possui esse componente

- = indica que esse componente não foi incluído na estratégia

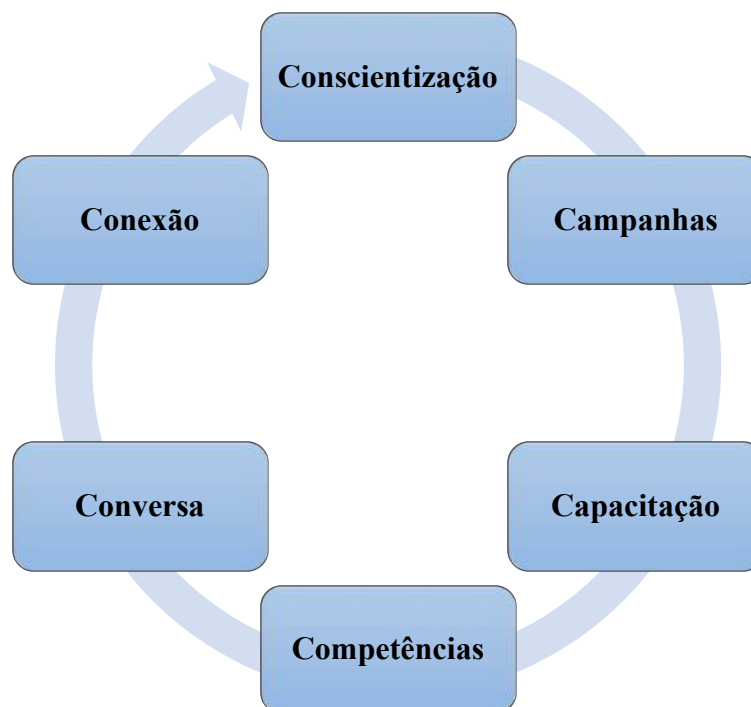
Outro exemplo de programa desenvolvido em conjunto com as estratégias internacionais é o *Youth Aware of Mental Health* (YAM), um programa de conscientização desenvolvido pela Suécia e pelos Estados Unidos, para estudantes de 14 a 17 anos. São propostos quatro encontros direcionados para seis temas: sensibilização sobre saúde mental; autocuidado; lidando com o estresse e com crises; depressão e pensamentos suicidas, ajudando amigos com problemas e onde obter ajuda. O YAM faz parte do *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), um programa de promoção de saúde mental para adolescentes em escolas da Europa, que objetiva ajudar adolescentes a melhorarem sua saúde mental por meio da diminuição de comportamentos de risco e do comportamento suicida (NASP, 2011). O SEYLE foi dividido em três estratégias de prevenção: treinamento de pessoas chave; aumento da conscientização e rastreamento de pessoas em risco por profissionais com posterior consulta clínica (Wasserman et al., 2010).

Segundo Fitzpatrick and Kerridge (2013), existem muitos desafios para haver uma discussão mais abrangente sobre o suicídio. Colocar a questão somente pela visão médica ou da saúde pública estreita a compreensão do fenômeno. Para os autores (2013), focar somente em interações individuais, discussões na comunidade ou campanhas de conscientização não abrangem a complexidade do problema, pois “trata-se de uma preocupação cultural e moral complexa que está profundamente inserida nas narrativas sociais e históricas e é improvável que seja alterada por qualquer forma de intervenção na saúde” (p. 470). Ainda, sugerem promover discussões sobre o fato, entendendo que não adianta medir o sucesso de intervenções de conscientização por meio de taxas ou do aumento da procura por tratamento, pois consideram que mudanças sociais profundas levam mais tempo para ocorrerem. Incluir na avaliação das propostas o aumento da tolerância do público aos temas de saúde mental, além da redução da discriminação e da estigmatização a fim de aumentar a consciência sobre os fatores de risco e a coesão comunitária como um todo são algumas das soluções encontradas por esse estudo.

A conscientização (*awareness*) também deve ser multifatorial, multissetorial e multidisciplinar. É necessária uma conscientização social, cultural, moral, política, religiosa, comunitária, individual, médica etc. que compreenda as diversas facetas do fenômeno e seja desenvolvida por e para diversos setores e profissionais. Falar somente na diminuição do tabu é simplificar uma discussão complexa.

Sugerimos o desenvolvimento e a utilização do que chamamos de 6Cs:

Figura 8: 6Cs necessários para aumentar a conscientização, diminuir o estigma e prevenir o suicídio



Fonte: produção do próprio autor (2018)

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

A Conexão (*connectedness*) é uma estratégia presente nos planos de prevenção do suicídio, recomendada pelo SPRC (2018a) e pelos Centros de Controle de doenças e prevenção dos Estados Unidos (CDC, 2011, p. 3), é definida pelo “grau em que uma pessoa ou grupo estão socialmente próximos, inter-relacionados ou compartilham recursos com outras pessoas ou grupos”.

Por acreditar na importância de transformar ideias, pesquisas e estudos em planos de ação, apresentamos sugestões para o aumento da conscientização, competência e promoção de diálogo, com base nos dados dessa pesquisa, complementando com a experiência profissional da pesquisadora e com a teoria sobre o assunto. Elas estão divididas em:

- a) Conteúdo ou mensagens;
- b) Em que lugar ou veículos para comunicação;
- c) Como ou de que formas;
- d) Quando ou periodicidade;
- e) Por quem;
- f) Para quem (esferas / áreas / público alvo);
- g) Provedores ou interessados;
- h) Desafios;
- i) Facilitadores;
- j) Outras ações.

Todas as intervenções envolvem conscientização, desenvolvimento de competências e promoção de diálogo, que devem ser culturalmente adaptadas, planejadas e integradas com o público alvo, os objetivos e a mensagem que se quer passar. Essas ações precisam ser compreensivas e fazer parte de um plano abrangente e integrado de prevenção e de posvenção do suicídio.

O assunto, os locais, as mensagens e as formas de intervenção sugeridas nesse estudo estão longe de serem definitivas, são propostas de atuação e de ação que podem ser complementadas, adaptadas ou transformadas, dependendo da necessidade e dos objetivos traçados.

- a) Conteúdo ou mensagens

Os *conteúdos* e as mensagens tratam da essência do que precisa ser trabalhado na conscientização sobre prevenção e posvenção do suicídio, que sugerimos que sejam abordadas por meio dos *veículos*.

Tabela 19: Conteúdos ou mensagens

Conteúdos ou Mensagens	Informações Práticas	Locais de ajuda e tratamento Para quem pedir ajuda ou quem pode ajudar Há ajuda disponível Momento de procurar ajuda Os limites do cuidador O que observar (sinais e sintomas) O que fazer
	Desmistificar	Psicofobia Terapia como autoconhecimento O papel do psiquiatra Como funciona a medicação O trabalho do psicólogo Termos usados
	Emoções	Tristeza é uma emoção como as outras Esperança Raiva Desespero
	Epidemiologia	Números e taxas Presente em todas as classes sociais Grupos de risco (LGBT, estudantes, idosos etc.)
	Saúde Pública	É um problema de saúde pública Uso das UBS e CAPS Direito ao remédio psiquiátrico Protocolo de encaminhamento Atendimento na emergência
	Atitudes	Não julgar Acolher Dialogar Não manter segredo Como abordar um alguém em risco Empatia
	Comunicação	Fala responsável (p. 230) Diretrizes para a mídia
	Normatizar	Pessoa com comportamento suicida Não dá para ver no rosto Sensibilizar profissionais Visão estereotipada Suicídio é mais comum que se pensa
	Prevenção x Previsão	O que é prevenção Como funciona Diferença entre prevenção e previsão
	Transtornos mentais	Sintomas Causas

'continua'

Conteúdos ou Mensagens	Transtornos mentais	Depressão Ansiedade Transtornos mentais como doença
	Estigma	De procurar ajuda De precisar de ajuda Manifestar tristeza Comportamento suicida
	Posvenção	Tornar o conceito de posvenção conhecido para os profissionais Focar no amor ao invés da dor dos sobreviventes Epidemiologia dos sobreviventes (números de pessoas impactadas) Cuidado com os enlutados A diferença do luto por suicídio Grupos de apoio
	Dor	Dor de quem vai Dor de quem fica
	Multifatores	O suicídio é multifatorial Apresentação dos fatores Suicídio ou suicídios
	Mundo virtual	O que fazer com as postagens sobre suicídio O perigo letal do <i>Cyberbullying</i> Incitar suicídio é crime Como ajudar pessoas a enfrentarem o mundo virtual
	Morte	Como lidar com a morte Como falar sobre a morte Como ajudar alguém em luto Como conversar sobre o suicídio
	Cotidiano	Como lidar com as frustrações do cotidiano Como aumentar resiliência Promoção de saúde mental Capacitação para o diálogo
	Campanhas	Como fazer campanhas Como avaliar campanhas
	Planos	Como montar e avaliar planos de prevenção e posvenção do suicídio

Fonte: produção do próprio autor (2018)

‘conclusão’

A epidemiologia do suicídio pode ser usada para sensibilizar e não para assustar, afastar ou dar a impressão que o suicídio é uma epidemia ou um evento grande demais para que providências sejam tomadas. Segundo Carlos Etchichury em entrevista para Necchi (2017), é

necessário “de tempos em tempos, mergulhar nas estatísticas, mostrar o descompromisso do Estado com políticas públicas” (p. 46).

Gostaríamos de enfatizar que não queremos normatizar o suicídio, considerar como um comportamento normal ou aceitável, e sim apontar que o suicídio é mais frequente do que se fala, que não há o “suicida” e sim uma pessoa com comportamento suicida; que não conseguimos ver no rosto das pessoas se elas pensam em matar-se, e é necessário diminuir a visão estereotipada de que quem morre por suicídio é louco, por exemplo.

As Campanhas e os Planos podem trazer mensagens, tanto para profissionais e para pessoas que queiram engajar-se na questão do suicídio e facilitar o acesso a informações que ajudem pessoas a desenvolver projetos e os transformem em ação, como podemos ver no site do SPRC (2018b), que orienta como criar planos estratégicos de prevenção do suicídio.

a) Em que lugar ou veículos para comunicação

Os *veículos* são os locais nos quais o *conteúdo* pode ser passado, que pode ser pela mídia; campanhas amplas ou específicas; reportagens; novelas; séries televisivas; programas na televisão aberta ou utilizando minutos gratuitos de propaganda; *internet* e redes sociais; arte, como exposições de fotos, vídeos, poesia, crônicas, festivais de música, letras de música; capacitação de profissionais e estudantes; grupos de apoio; programas de conscientização como a “Colcha da Memória Viva”, conforme citado na página 205, e em caixas de remédio, conforme explicaremos mais adiante.

Tabela 20: Em que lugar ou veículos para comunicação

Onde ou Veículos	Mídia Campanhas Reportagens Novelas Séries televisivas TV aberta <i>Internet</i> e redes sociais (Vídeos, postagens, <i>podcasts</i> , cursos, entre outros) Caixas de remédio Gráficos ou imagens (pôsteres, cartazes, <i>banners</i> , entre outros) Arte Grupos de apoio Programas de conscientização Eventos diversos Capacitações
------------------------	---

Novelas têm grande apelo no Brasil, apresentaram questões difíceis e tabus como temas, por isso não há impeditivo para que a prevenção do suicídio seja abordada em novelas, desde que tenha um enredo compatível e cuidadoso para que não haja “*copycats*”³⁷ ou suicídios por imitação. A novela “Força do querer” de 2017, da Rede Globo, abordou a questão do jogo da Baleia Azul, demonstrando que a novela pode ser mais um veículo de conscientização, dependendo de como o tema é abordado.

As novas tecnologias (*internet*, computadores e as redes sociais) têm hoje um papel fundamental na prevenção e posvenção do suicídio (Biddle, Donovan, Hawton, Kapur, & Gunnell, 2008; Jacob, Scourfield, & Evans, 2014; Luxton, June, & Fairall, 2012; Tam et al., 2007). Diversas atividades podem ser oferecidas pela *internet* e as redes sociais tornaram-se um foco de atenção tanto para a disseminação de informação como para a identificação de pessoas em risco. Vídeos, postagens, grupos de ajuda, cursos e *podcasts* podem ser utilizados como meios de campanhas, capacitações, engajamento, entre outros.

Podcasts são uma forma de publicação de mídias, especialmente por áudio ou vídeo, que o acesso pode ser a qualquer momento via *internet* (Wikipedia, 2018). Alguns programas de prevenção do suicídio mantêm canais com *podcasts* relacionados a diversos assuntos na área, disponíveis e gratuitos, um exemplo é do *Suicide Prevention Australia AudioBoom Channel* (SPA, 2014) e o *Postcasts at CDC: Suicide*, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, 2009).

Inspirada na campanha contra o tabaco, que traz mensagens e fotos nos maços de cigarro, poderíamos propor o mesmo processo nas caixas de antidepressivos, que trariam imagens que celebrem a vida ou o número da linha de ajuda (CVV). Seria uma forma da informação chegar naqueles que utilizam medicamentos psiquiátricos e que podem ter ideação suicida.

Tabela 21 – Sugestões de conteúdo para serem utilizados nas embalagens

O que poderia ser incluído nas embalagens de medicamentos psiquiátricos:
<ul style="list-style-type: none"> • os números das linhas de telefone de ajuda; • fotos de sobreviventes com os dizeres “para cada suicídio, de 6 a 10 pessoas são extremamente impactadas por essa morte”; • foto de uma criança triste falando “crianças que perderam pais para o suicídio têm de 5 a 10 vezes mais chance de cometerem o suicídio que outras crianças; • foto de um caminho escrito “o suicídio é uma solução permanente para um problema temporário”, entre outros.

Fonte: produção do próprio autor (2018)

³⁷Quando pessoas imitam o comportamento suicida de alguém.

Essa proposta poderia também ser utilizada para medicamentos para tratar outros transtornos mentais, como a foto de uma mão aberta em sinal de pare, com os dizeres “não pare de tomar esse medicamento abruptamente, se estiver com dúvidas, fale com o seu médico”.

Os gráficos ou imagens podem ser utilizados em uma variedade de produtos de comunicação visual, como pôsteres, cartazes e *banners*, podendo aumentar a compreensão de um determinado tema, conforme relacionam ideias a essas imagens. Segundo Houts, Doak, Doak, e Loscalzo (2006), esta é uma maneira de influenciar a aderência às instruções; produzir reações emocionais, que podem aumentar ou diminuir os comportamentos desejados e beneficiam especialmente pessoas com baixa instrução, portanto, devem ser incluídas como um veículo de comunicação de pontos-chave.

Silverman et al. (2013) descrevem um simpósio de artes, com a duração de dois dias, que reuniu diversas comunidades (LGBT, Cristãos, Judeus, entre outros) para discutirem e produzirem arte (teatro, música, escrita, pinturas) com o objetivo de estudarem se era possível criar e utilizar a arte para aumentar a consciência pública do suicídio. Os resultados indicaram que a arte facilitou o diálogo, a comunicação e o surgimento de temas culturais específicos, que poderiam ser desenvolvidos para atingir determinados público-alvo.

Cornejo, Cescon e Scavacini (2018) apontam que:

A arte também pode ser uma forma de elaboração do luto e de posvenção, já que esta inclui as estratégias para cuidar de si mesmo. Elena (2012), documentário de Petra Costa sobre sua irmã; o monólogo *Processo do Concerto do Desejo* (2016), de Matheus Naschtergale, sobre a perda de sua mãe; e o livro *Não estou sozinho* (2016), de André Penteado, sobre a perda de seu pai e com fotos de outros sobreviventes, são expressões de um processo de elaboração do luto por suicídio. (p. 44)

Destacamos o trabalho de Matos (2018), com seu livro tridimensional “O vento que varre a casa”, que une poesia, música e artes visuais para falar dos suicídios e lutos em quatro gerações da sua família (TUSP, 2015). Embora esse projeto tenha sido aprovado pela Lei Rouanet, não conseguiu patrocínio, o que demonstra a dificuldade de encontrar parcerias e entidades dispostas a investirem em eventos relacionados ao tema.

Eventos diversos têm relação com a prevenção do suicídio incluindo as caminhadas, corridas, distribuição de pulseiras, laços, jantares beneficentes, atos ecumênicos, concertos, dentre outros.

Capacitações são fundamentais para que os profissionais e pessoas interessadas tenham acesso ao conhecimento e sejam educados para prevenção e posvenção do suicídio.

b) Como ou de que forma

Os *conteúdos* podem ser passados pelos *veículos* por meio de histórias verídicas e de superação; depoimentos de quem já pensou, já tentou ou perdeu alguém para o suicídio; orientações técnicas; estatísticas sobre suicídio e sobre os enlutados; estudos científicos, que aumentassem o conhecimento sobre a prevenção e posvenção do suicídio. Algumas das formas foram citadas pelos colaboradores durante o grupo focal.

Tabela 22: Como ou de que forma

Como ou Formas	Histórias verídicas Histórias de superação Relato de famosos Depoimentos de quem já pensou, já tentou ou perdeu alguém Estatística Estudos científicos Orientações técnicas
----------------------	---

Fonte: produção do próprio autor (2018)

c) Por quem

As pessoas que poderiam ser os agentes do conteúdo, ou seja, *por quem o conteúdo* seria transmitido envolvem:

Tabela 23: Agentes ou pessoas que transmitem os conteúdos

Por meio de quem	Sobreviventes de tentativas de suicídio Sobreviventes enlutados por suicídio Pessoas famosas Profissionais Formadores de opinião (<i>youtubers, bloggers</i>) Pessoas que superaram situações adversas Pares Religiosos Multiplicadores de opinião Líderes Famíliares Cuidadores (<i>gatekeepers</i> ³⁸)
---------------------	--

Fonte: produção do próprio autor (2018)

³⁸ São “pessoas-chave”, ou, indivíduos que se encontram na linha de frente, tem contato pessoal com um grande número de indivíduos em sua comunidade ou trabalho. Eles podem ser treinados para identificarem pessoas em risco e agirem de acordo com protocolos estabelecidos, encaminhando a pessoa a cuidados específico, por exemplo, como socorristas, inspetores de escola, líderes comunitários, entre outros. (Burnette, Ramchand, & Ayer, 2015)

Sobreviventes de tentativas, como Kevin Hines (2013), que pulou da Golden Gate, hoje ministra palestras sobre a experiência que viveu, tendo como foco a prevenção do suicídio. Pode se pensar também em sobreviventes enlutados, como podemos ver no documentário da AFSP (2014) “A jornada”, no qual diversos sobreviventes contam sua jornada do luto por suicídio. Esse vídeo é utilizado nos eventos do Dia Internacional dos Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio e está disponível na *internet* com legenda em diversos idiomas.

Pessoas famosas falando sobre o suicídio, merecem cuidado especial devido à sua capacidade de influenciar positiva ou negativamente. Pessoas famosas podem ajudar na prevenção, mas, dependendo do que falam ou como a morte de um famoso é divulgada, podem influenciar outros suicídios (Stack, 1987), conforme já falamos anteriormente Michael Phelps, famoso nadador e ganhador de vinte e oito medalhas olímpicas, fala abertamente sobre como contemplou a possibilidade de suicídio e hoje entende que “é OK não estar OK”, falando sobre os transtornos mentais e o estigma que envolve o assunto (Scutti, 2018). A campanha “*I am listening*” (Entercom, 2017), produzida com a ajuda de várias celebridades é outro exemplo de como pessoas famosas podem engajar-se na prevenção do suicídio, utilizando a *internet* como veículo de comunicação.

Profissionais podem trazer a visão científica sobre o suicídio, contribuir com sua experiência clínica e profissional, avaliando as mensagens propostas. Formadores de opinião, como *youtubers* e *bloggers* têm grande influência atualmente, principalmente nos jovens. O fato deles serem pessoas que os jovens confiam e estão habituados a ver, são elementos facilitadores para que conteúdos sobre suicídio sejam passados.

Ainda, pessoas que superaram situações diversas, como Nicki Vujicic, que foi citado por um dos colaboradores, é um exemplo de pessoa que superou uma situação adversa e hoje consegue passar mensagens de aceitação, força e superação.

A mensagem também pode ser passada por pares, pessoas próximas à realidade do público alvo ou do próprio grupo alvo como, por exemplo, estudantes palestrando em escolas; médicos psiquiatras, que já perderam um paciente por suicídio, falando sobre essa experiência em congressos de psiquiatria; professores conversando com professores, só para citar algumas possibilidades.

Religiosos têm grande respeito e admiração em suas comunidades e frequentemente são procurados para ajudar em situações difíceis, mensagens deles podem ter grande impacto em tais grupos.

Multiplicadores de opinião são pessoas que foram conscientizadas e engajaram-se na prevenção do suicídio, podendo ser desde estudantes até voluntários de ONGs. Os

colaboradores sugeriram que pessoas possam tornar-se facilitadores, multiplicadores de opinião, dessa maneira, o movimento de sensibilização pode partir dessas pessoas multiplicadoras e que contam suas histórias para outras, assim, atingem uma dimensão social maior. De tal modo que elas podem conversar entre si sobre o suicídio, pouco a pouco diminuindo o silêncio violento e intimidador que ronda o assunto.

Líderes podem ser chefes, gerentes, diretores, líderes comunitários, pessoas com postos de liderança que têm influência positiva em funcionários, colegas, colaboradores, e outras pessoas que podem beneficiar-se desse contato.

Familiares podem dar depoimentos sobre as dificuldades de lidar com o comportamento suicida e como se preocupam com sua família, podem trazer um apelo emocional para campanhas e a experiência vivida em outras situações.

d) Quando ou periodicidade

As campanhas devem acontecer o ano todo, tendo seu pico em setembro, em decorrência do “Setembro Amarelo”, que, embora os colaboradores não considerem muito efetivo, tem estabelecido-se como campanha e com o tempo deve alcançar cada vez mais pessoas. Portanto, pode haver uma divulgação maciça em setembro, porém com campanhas menores, ações, reportagens e divulgações durante todo ano.

Tabela 24: Quando ou periodicidade

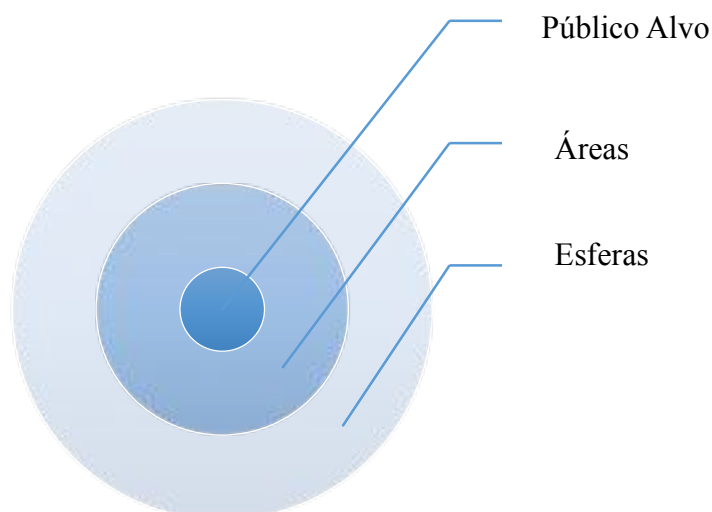
Quando ou Periodicidade	Pico em setembro para aproveitar o “Setembro amarelo” e o dia internacional. Durante o ano todo Divulgação maciça Mais espaçado
-------------------------------	--

Fonte: produção do próprio autor (2018)

e) Para quem

Para quem foi dividido em esferas, áreas e público alvo:

Figura 9: Como é dividido o “para quem” os conteúdos devem ser passados



Fonte: produção do próprio autor (2018)

As *esferas* são mais amplas, tendo relação com os âmbitos que devem ser englobados pela tríade da mudança e os 6C's.

Tabela 25: Esferas para conscientização

Esferas	Pública Política Comunitária Escolar Familiar Individual
---------	---

Fonte: produção do próprio autor (2018)

As *áreas de atuação* compreendem os setores nos quais as ações podem ocorrer: incluindo a mídia; *internet* e as redes sociais; a comunidade científica; estudantes; universitários; policiais e socorristas (militares) e o poder público e privado.

Tabela 26: Áreas de atuação

Áreas	Mídia <i>Internet</i> e redes sociais Comunidade científica Estudantes Universitários
-------	---

'continua'

Áreas	Polícia e socorristas (militares) Poder público e privado IML, funerárias ou cemitérios Hospitais <i>Hotspots</i> ³⁹
-------	---

Fonte: produção do próprio autor (2018)

‘conclusão’

O Instituto Médico Legal (IML), as funerárias e cemitérios são locais que poderiam oferecer aos enlutados informações sobre onde procurar ajuda, sendo agentes de informação aos serviços de posvenção ativa⁴⁰, quando estes forem criados no país.

Hotspots poderiam ser alvos de campanhas de conscientização para transformação desses locais em construções seguras através da responsabilização do Estado ou do setor privado, dependendo do local, para que providências sejam tomadas com o intuito de restringir o acesso com barreiras físicas ou prover contato com linhas de ajuda, como ocorre na *Golden Gate*, que tem em sua extensão diversos cartazes de apoio à vida e acesso a telefones, que conectam o indivíduo diretamente a especialistas em crise. A restrição de acesso aos meios, como barreiras físicas em locais utilizados para o suicídio ou restrição na compra de pesticidas, por exemplo, é considerada uma das mais eficazes em termos de prevenção do suicídio. Talvez, da mesma forma, que sobreviventes enlutados conseguiram, por meio de uma ação no Ministério Público, que o Shopping Pátio Brasil em Brasília, que havia se tornado um *hotspot*, que se colocasse barreiras de proteção nos parapeitos, os sobreviventes poderiam unir suas forças para exercer uma pressão pública para que as autoridades municipais e coordenações de locais privados tomem medidas que impeçam o acesso a locais que se configurem como *hotspots*. O prédio do Tribunal Regional do Trabalho e o Viaduto Santa Efigênia (um dos *hotspots* mais antigos da cidade), ambos em São Paulo, são exemplos de locais conhecidos escolhidos para o ato suicida, mas nenhuma providência foi tomada pela Prefeitura de São Paulo até o presente momento, para ampliar a proteção de pessoas com ideação suicida.

O *público alvo* das ações são: a sociedade; a comunidade (Rotarys, Lyons; igrejas; clubes; e outros); pessoas leigas; familiares; grupos de risco; crianças e adolescentes; profissionais; funcionários de hospitais, de UBS e CAPS; estudantes universitários; profissões

³⁹ *Hotspots* são locais com alto índice de suicídio e de conhecimento de todos, como pontes, antenas de TV etc. O *hotspot* mais conhecido do mundo é a ponte *Golden Gate* em São Francisco/EUA.

⁴⁰ A posvenção ativa ocorre quando a família em luto é procurada por um serviço ou instituição voluntária para receber ajuda no seu processo de luto ou quando informações sobre grupos de ajuda e luto por suicídio são enviadas para ela por correio ou *e-mail*. Ainda não temos nenhum serviço de posvenção ativa no Brasil.

afins (polícia, bombeiros, agentes funerários, legistas, socorristas) e sobreviventes de tentativas e sobreviventes enlutados.

Tabela 27: Público Alvo

Público alvo	Sociedade Comunidade Leigos Familiares Grupos de risco Crianças e adolescentes Profissionais Hospitais UBS/CAPS Estudantes universitários de diversas áreas Profissões afins Poder público Sobreviventes de tentativas Sobreviventes enlutados
--------------	---

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Um curso de negociação com pessoas em crise suicida foi desenvolvido pelo corpo de bombeiros a partir de um manual de abordagem técnica a tentativas de suicídio (Munhoz, 2006). O curso acontece desde 2016 e já formou mais de cento e quarenta e oito bombeiros, policiais, socorristas em seis estados do Brasil (Munhoz, 2018). O curso foi desenvolvido por bombeiros com a supervisão de psiquiatras, um claro exemplo da união de saberes, desenvolvendo competências.

f) Provedores ou interessados

Os provedores ou interessados são pessoas que poderiam desenvolver e promover a tríade da mudança, como os Conselhos Regionais de várias profissões, mais especificamente os de Psicologia e Medicina; o poder público, o governo, as secretarias de saúde, as UBS, os CAPS; Hospitais; Institutos; Universidades; Empresas; Associações; Planos de saúde; as Organizações Não Governamentais (ONG's), muitas das quais fundadas por sobreviventes enlutados; Pessoas que tenham ligação com o suicídio por tentativa ou enlutamento (*lived experience*). Financiamentos coletivos poderiam ser feitos para a promoção de campanhas ou ações para favorecer a prevenção.

Tabela 28: Provedores e/ou interessados em aumentar a consciência pública

Provedores e/ou interessados	Conselhos nacionais Conselho de psicologia e medicina Poder público - governo do estado, secretaria da saúde, CAPS Institutos Universidades Empresas Associações Planos de saúde ONGs Escolas Enlutados e sobreviventes de tentativas (<i>lived experience</i>) Hospitais Financiamento coletivo
------------------------------	--

Fonte: produção do próprio autor (2018)

g) Desafios

Os maiores desafios que as ações, campanhas, intervenções podem sofrer têm relação:

Tabela 29: Desafios para aumentar a consciência

Desafios	Pessoas se identificarem com o tema Promover engajamento Criar conteúdos que aproximem e não gerem afastamento Pessoas falarem abertamente Suscitar diálogo Mudar atitudes Gerar demanda sem locais que absorvam essa demanda Locais especializados de tratamento Atendimento no momento de crise Acesso ao tratamento Achar locais onde as pessoas possam engajar-se e desenvolver atividades Encontrar provedores e pessoas interessadas em patrocinar o desenvolvimento e divulgação do tema
----------	--

Fonte: produção do próprio autor (2018)

h) Facilitadores

Os facilitadores da conscientização pública são o aumento da liberdade de expressão em diversos temas; o alcance e a facilidade provida pela *internet* e pelas redes sociais;

a facilidade de encontrar informações e a velocidade que podem ser divulgadas e pessoas mais abertas para falarem de sentimentos e para engajarem-se.

Tabela 30: Facilitadores da conscientização

Facilitadores	Liberdade de expressão Alcance e facilidade das redes Velocidade das informações Acesso às informações Pessoas mais abertas aos sentimentos
---------------	---

Fonte: produção do próprio autor (2018)

i) Outras ações

Tabela 31: Outras ações para o aumento da consciência pública do suicídio

Outras Ações	Diretrizes para <i>internet</i> Uso das novas tecnologias Rastreamento virtual Educação socioemocional Protocolos de ajuda Currículo obrigatório nas universidades Posvenção Criação de grupos específicos (tentativas, enlutados, crianças, adolescentes) Prêmios para campanhas e reportagens Diretrizes da fala responsável Avaliação dos processos
--------------	--

Fonte: produção do próprio autor (2018)

Outras atividades e ações que possam ser relacionadas ao espectro da conscientização envolvem o desenvolvimento de diretrizes para a *internet* e redes sociais, gerando um guia de boas práticas, tanto para provedores como para usuários, uma discussão sobre o papel e a responsabilização das redes sobre a prevenção e posvenção do suicídio. Os serviços de busca poderiam fixar nas primeiras páginas dos resultados de busca de palavras-chave como “suicídio”, “enforcamento”, “como se matar”, páginas e reportagens que falem de prevenção do suicídio e onde buscar ajuda. Assim, se evitaria que pessoas em desespero encontrassem com facilidade *sites* que ensinam o autoaniquilamento.

As novas tecnologias podem ser usadas para a capacitação, engajamento, prevenção do suicídio, entre outras coisas.

O rastreamento virtual foi sugerido por uma colaboradora e envolve usar as técnicas de rastreamento, que hoje tem como principal objetivo o conhecimento do usuário para sugerir produtos para compra. A mesma técnica poderia promover o rastreamento de pessoas com possível comportamento suicida e assim oferecer ajuda.

O *Twitter*⁴¹ tem sido usado por pessoas para divulgarem seus pensamentos e intenções de suicídio (Sueki, 2015). O'Dea, Larsen, Batterham, Calear, e Christensen (2017) demonstraram por meio da análise linguística que é possível diferenciar quem precisa ou não de ajuda nos *posts* do *Twitter* pelo “uso acentuado de pronomes em primeira pessoa, raiva extrema e um foco aumentado no presente” (p. 319). Estudos sobre as representações da depressão no *Pinterest*⁴² e suas repercussões na saúde mental foram realizados por Guidry, Zhang, Jin, e Parrish (2016); Burnap, Colombo, Amery, Hodorog, e Scourfield (2017) pesquisaram sobre o uso de máquinas para classificar postagens relacionadas ao suicídio no *Twitter*; Chhabra e Bryant (2016) apontam para o uso de postagens de despedida no *Snapchat*⁴³ como forma de identificar, contextualizar e ajudar no tratamento por ingestão tóxica em tentativas de suicídio. Os estudos mencionados são apenas alguns exemplos que demonstram que o caminho do rastreamento para fins de prevenção em breve poderá ser um fato e que estudos já tem sido realizados com esse objetivo.

A educação socioemocional pode fazer parte dos programas desenvolvidos em escolas. O treinamento oferecido pelo Programa Amigos do Zippy, programa de educação emocional para crianças de seis e sete anos; e do Passaporte: Habilidades para a vida, programa de educação emocional que ensina jovens a partir de 11 anos a desenvolverem estratégias para lidarem com problemas de qualquer natureza. Ambos os programas são oferecidos pela Associação pela Saúde Emocional da Criança (ASEC), que é ligada ao CVV e ao *Befrienders International* (Inglaterra). Esses programas contaram com assessoria de Brian Mishara, do Canadá e outros profissionais, consistem no treinamento de habilidades socioemocionais para crianças e adolescentes (ASEC, 2014a, 2014b). Infelizmente muitas pessoas não conhecem ou não têm acesso aos programas.

Programas como o *safeTALK*, como apontam Bailey, Spittal, Pirkis, Gould, & Robinson (2017), consistem em treinamento oferecido nas escolas para pessoas com mais de quinze anos sobre prevenção do suicídio e que poderiam ser desenvolvidos e oferecidos no Brasil.

⁴¹ Mídia social que permite que os usuários troquem mensagens de até cento e quarenta caracteres.

⁴² Rede social visual em que as pessoas publicam fotos e imagens.

⁴³ Rede social de mensagens instantâneas que desaparecem após alguns segundos ou no prazo máximo de 24 horas.

Protocolos de ajuda poderiam ser estabelecidos para facilitar e padronizar o cuidado, atendimento, tratamento, detecção de risco, abordagem ao paciente e a família. O Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária, desenvolvido como parte do programa SUPRE, da OMS (2000c), é um exemplo de informação e de capacitação para profissionais, que ficam na “linha de frente” do cuidado. Os encaminhamentos e acesso aos atendimentos deveriam ser garantidos e os profissionais deveriam ser capacitados nesses protocolos. Tratamento digno e acessível deve ser direito de todos.

As faculdades e as universidades deveriam ser obrigadas a oferecerem aos seus alunos disciplinas de prevenção e posvenção do suicídio ou cursos rápidos de conscientização e capacitação como o *Question, Persuade and Refer* (QPR, 2013), que consiste em treinamento de pessoas com 1h30m de duração. No Brasil o Instituto *Vita Alere* desenvolveu o Programa A.P.O.I.A.R., que consiste em um curso *online*, para leigos, de duas horas de duração sobre: Aprender sobre o suicídio, Perguntar, Ouvir, Incluir outros no cuidado, Agir e Reconectar a esperança. Neste curso é possível aprender sobre os principais fatores de risco, conceitos, sinais de alerta, como perguntar sobre o suicídio, a importância de ouvir, onde procurar ajuda, como agir e como se conectar com a pessoa para ajudá-la, tudo numa linguagem acessível a todos os públicos.

Um curso a distância sobre Crise e Urgência em Saúde Mental, que aborda o suicídio, feito em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e o Ministério da Saúde certificou 1990 profissionais, que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2014 e 2015 (Brasil, 2017a). Podemos considerar este curso à distância como uma iniciativa na área, mas recomendamos que cursos específicos sobre prevenção do suicídio sejam oferecidos para profissionais e leigos como mais um passo em direção da capacitação e aumento de competência na prevenção do suicídio.

A posvenção é um termo relativamente novo no Brasil, conforme falado anteriormente no capítulo três e o cuidado com os enlutados está desenvolvendo-se lentamente no país, entretanto, ainda faltam serviços de apoio para crianças e adolescentes enlutados (Scavacini, 2017a). O termo posvenção tem tornado-se mais conhecido, observamos seu uso em congressos, palestras, artigos, livros, simpósios e algumas reportagens. Embora a OMS (WHO, 2014) tenha incluído a posvenção no seu relatório “*Preventing suicide: a global imperative*” como uma das atividades necessárias nos planos de prevenção do suicídio, o Brasil não incluiu a posvenção na Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil, lançada em 2017 (Brasil, 2017a). Esse fato demonstra que ainda

precisamos conscientizar as pessoas a respeito do luto por suicídio e da importância da posvenção.

A criação de grupos específicos de apoio a pessoas com ideação ou tentativas de suicídio, de familiares de pessoas com comportamento suicida, de enlutados, de crianças e adolescentes, de profissionais que perderam alguém para o suicídio ou lidam com pacientes com ideação e tentativas são ações que podem aumentar a consciência, ajudar no empoderamento dos participantes, proporcionar acolhimento e aceitação em locais seguros para abordar esses temas. Ressaltamos que os grupos podem ser parte do processo, mas não devem ser a única alternativa de tratamento ao alcance das pessoas.

É urgente a criação de grupos de apoio para pessoas com ideação ou que tentaram o suicídio, bem como grupos para crianças e adolescentes enlutados. A cultura de grupos de apoio relacionados à prevenção e à posvenção do suicídio tem aumentado nos últimos anos com a criação desses em diversos locais e também grupos virtuais (Scavacini, 2017a). Oferecer grupos exclusivos para crianças ainda é um desafio pelo tabu envolto na morte e no falar abertamente para elas. A criação de mais grupos de apoio foi uma das sugestões feitas pelos colaboradores, que percebem os grupos como locais seguros para falar sobre questões relativas ao suicídio, uma vez que promovem acolhimento, conhecimento e pertencimento, porém ainda são escassos, ocorrendo somente uma vez por mês, segundo a fala do colaborador 7:

eu acho que esses grupos que nós estamos como esse e outros que a gente tem em vários lugares, é um lugar de pertencimento, porque toda vez que eu vou num grupo desses eu me sinto assim, não é que digamos estou à vontade, mas eu me sinto bem situado porque eu vejo que eu diante de pessoas que tão vivendo histórias parecidas e que estão tendo o sofrimento parecido, a angústia parecida, as dúvidas, as indagações parecidas, então eu de alguma forma eu me sinto acolhido. E eu também me sinto à vontade de ir acolher, eu vejo, por exemplo vocês, como os meus pares, são os meus iguais, então é um momento que nós estamos encontrando com os nossos iguais. Aqueles que entraram nesse mundo, no mundo dos sobreviventes. Nós temos até esse rótulo, né?! Então a gente consegue. Nossa! Existe um mundo que é o mundo dos sobreviventes e eu vejo a cara deles, eu vejo eles falarem, eles sentirem. Então, essas dinâmicas essa ... e outras e ocorrem no [local onde ocorrem grupos], no [local onde ocorrem grupos] eu acho que são muito boas e eu acho que esse é o caminho, é buscar esses lugares porque a gente vai se reconhecer.

Conforme os sobreviventes enlutados vão elaborando seu processo do luto, podem engajar-se e promover mudanças. Transformar os grupos de apoio em futuras associações de sobreviventes é outra sugestão desse estudo.

Prêmios são uma interessante estratégia para aumentar consciência, porém são praticamente inexistentes no Brasil. Andriessen (2005) propõe que prêmios para mídia

responsável sejam incorporados nas estratégias de prevenção, que também poderiam ser utilizados na mídia responsável e incluam pesquisas científicas, políticas públicas, *blogs*, campanhas, concursos literários (como o do Instituto *Vita Alere*, mencionado anteriormente), entre outros.

Foi citado pelo grupo focal, a necessidade de falar “corretamente” sobre o suicídio, encontramos na *National Action Alliance for Suicide Prevention* (Framework, 2014) um protocolo que foi desenvolvido após diversas pesquisas, relacionado à fala responsável, ou, mensagens de sucesso (*successful message*), direcionada para qualquer pessoa que esteja comunicando mensagens ao público sobre o suicídio e sua prevenção. Esse protocolo tem como prioridade mudar a forma como fala-se sobre o suicídio, considerando os quatro fatores-chave que descrevemos abaixo:

Figura 10: Protocolo para mensagens de sucesso (tradução nossa)



Fonte: (Framework, 2014)

Sugerimos que o protocolo envolvendo mensagens de sucesso seja aplicado nos conteúdos e sugestões presentes nesse capítulo para que atinjam os objetivos de aumentar consciência, competência e prevenir o suicídio. De acordo com o Framework (2014), as mensagens/contéudos beneficiariam a prevenção se aderissem às recomendações da literatura sobre comunicação ampla, que segue:

- (a) Definir um propósito claro do que se quer comunicar antes de elaborar a mensagem;
- (b) incluir as mensagens como um dos componentes de um plano de prevenção mais amplo;
- (c) planejar a mensagem para promover comportamentos específicos em públicos definidos;
- (d) Usar informações sobre o público para projetar mensagens mais efetivas;
- (e) Escolher canais de comunicação que combinam o tipo de mensagem e a audiência e, por fim,
- (f) avaliar o sucesso da mensagem

O primeiro passo é a estratégia, que se refere a pensar e a planejar de forma integral as mensagens para que tenham sucesso, isso significa que a mensagem conseguiu atingir o público alvo e o objetivo da comunicação. Nenhuma mensagem funcionará em todos os contextos, devendo ser usadas combinadas com outros programas, serviços ou recursos. Identificar o objetivo e o público são formas de desenvolver essa estratégia para criar mensagens que atinjam esses objetivos e usar pesquisas, estudos e teorias podem guiar as escolhas e direções que serão tomadas. Para eles, a comunicação deve focar na ação e não somente na conscientização, pois, as pessoas podem sensibilizar-se com tais mensagens, no entanto, podem não saber o que fazer com elas. É importante mostrar como podem agir ou conectar a sensibilização com uma chamada para ação (Framework, 2014).

A elaboração das mensagens deve levar em conta a segurança para evitar que sejam potencialmente prejudiciais, principalmente para pessoas em risco ou que já estejam vulneráveis ao comportamento suicida (Framework, 2014). O manual com instruções para profissionais da mídia da OMS (2000b) traz as seguintes recomendações: evitar cobertura sensacionalista e repetida; dar detalhes sobre o método utilizado para chegar à morte; onde ocorreu o evento; mostrar o suicídio como uma saída aceitável para as dificuldades vividas; não tornar o suicídio um espetáculo ou romantizá-lo; dar repostas simples ao que ocorreu; apresentar detalhes que facilitem a identificação com a pessoa que morreu. Segundo o Framework (2014), devemos ressaltar as soluções para o estigma em vez dos problemas gerados por ele, usando linguagem apropriada e evitar o uso de “suicídio bem-sucedido”, “cometeu suicídio” ou “tentativa frustrada”.

O discurso positivo (*positive narrative*) tem relação com enfatizar as ações que podem ser feitas pelas pessoas para prevenirem do suicídio; mostrar que a prevenção funciona e que a recuperação e a resiliência são possíveis; que serviços e programas efetivos existem e que há ajuda disponível. A ideia central do discurso positivo é de “mudar as narrativas nacionais a respeito do suicídio e da prevenção na direção de promover esperança, conectividade, suporte social, resiliência, tratamento e recuperação” (Framework, 2014, p. 4).

O uso de diretrizes (*guidelines*) ou recomendações é indicado para complementar o protocolo de mensagens de sucesso, utilizando conhecimento e sugestões para serem utilizadas em áreas específicas como o guia “Critérios da AAS (*American Association Suicidology*) para vídeos educacionais sobre suicídio juvenil” ou “Considerações especiais ao contar sua própria história: Melhores práticas para apresentações de sobreviventes de tentativas e sobreviventes enlutados” (Framework, 2014). Infelizmente não temos esse tipo de diretriz ou recomendação

adaptada para a realidade brasileira e em português, nesse sentido, uma das recomendações da nossa pesquisa seriam o desenvolvimento de diretrizes e recomendações para mensagens e conteúdos seguros e positivos sobre a prevenção e posvenção do suicídio, que sejam de fácil acesso a todos, realizando-se as adaptações culturais necessárias.

A avaliação dos processos, propostas e campanhas é outra parte importante de qualquer programa de prevenção do suicídio, sendo uma das questões trazidas pelo especialista entrevistado, para que possamos aprender com o que já foi realizado e para o planejamento das próximas ações. Para Koch e Oliveira (2015, p. 164) ancorado em J. M. Bertolote (2004) “as avaliações dos resultados face aos objetivos propostos falham na eleição de indicadores, especialmente quando o produto final não corresponde ao que era esperado no início dos programas, deixando dúvidas inclusive sobre a legitimidade das pesquisas acadêmicas que os avaliam”. Infelizmente a maioria das ações não é avaliada, novos marcadores e instrumentos de avaliação precisam ser desenvolvidos, para não nos basearmos somente nas taxas de mortalidade como formas de avaliar o sucesso das estratégias de prevenção do suicídio.

Segundo Acosta, Ramchand, e Becker (2017), uma lista de controle de itens (*checklist*) pode ser utilizada na avaliação de campanhas em andamento e na preparação de futuras campanhas de prevenção do suicídio. A lista de controle “*RAND Checklist of Best Practices for Suicide Prevention Communication Campaigns*” contém quarenta e seis itens e foi desenvolvida pelos autores baseado no método RAND/UCLA⁴⁴ de Fitch et al. (2001) em conjunto com uma revisão da literatura e com painéis com especialistas em prevenção do suicídio, em campanhas de prevenção do suicídio ou em campanhas promovidas pela mídia. Para os autores Acosta et al. (2017), uma campanha pode ser avaliada por meio dos seguintes itens:

Tabela 31: Lista de controle para a avaliação das campanhas

Item	Área
Itens aplicados a todas as campanhas sobre saúde em geral	
Itens 1 – 5	Bases teóricas
Itens 6 -9	Mensagens claras Mensagens com objetivo
Item 10	Definição do público alvo
Itens 11 – 15	Testar as mensagens que serão utilizadas por meio de “mensagens piloto” antes de desenvolver mais profundamente a ideia ou disseminá-las em campanhas
Itens 16 e 17	Avaliação e monitoramento contínuos
Itens 18 e 19	Presença na mídia

‘continua’

⁴⁴ Um *checklist* desenvolvido para avaliar campanhas relacionadas à comunicação em saúde

Item	Área
Itens aplicados especificamente para campanhas de prevenção do suicídio	
Itens 20 e 21	Considerações especiais de segurança durante o “teste piloto”
Itens 21 - 31	Conteúdos de prevenção do suicídio sugeridos
Itens 32 - 35	Sinais de risco, fatores de risco e fatores de proteção
Itens 36 – 46	Linguagem e elementos visuais
Itens 44 e 45	Moderação de fóruns públicos
Item 46	Divulgação

Fonte: (Fitch et al., 2001, p. 290)

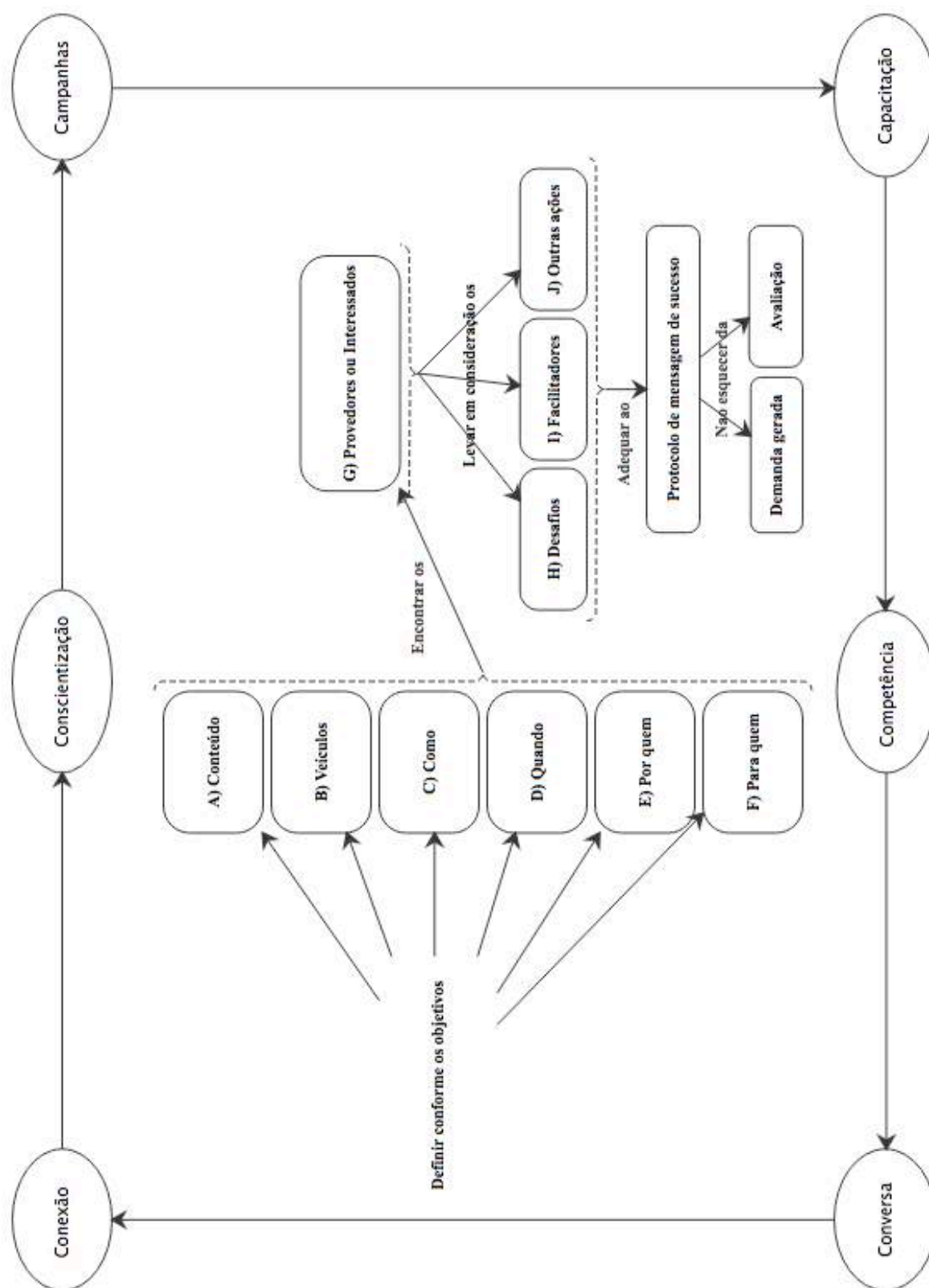
Essa lista de controle pode ser um dos passos para avaliação das campanhas, conseqüentemente a melhora de sua qualidade⁴⁵.

Não se trata somente de ensinar que sinais podem ser percebidos, mas é perguntar e importar-se, independente de qualquer sinal. Podemos ter muitos recursos disponíveis, o que ainda não é o caso do Brasil, porém se não sensibilizarmos a pessoa que está lutando contra o comportamento suicida, que ela precisa de ajuda, a estratégia não funciona bem. Mostrar que o suicídio é problema de todos, que as pessoas se importam e que soluções em vida poderão ser desenvolvidas, pode fazer toda a diferença.

As sugestões, ideias e processos propostos por esse estudo podem ser implementados ao unir o conhecimento, pesquisa, pessoas interessadas, os *provedores*, os agentes de comunicação, os veículos de comunicação, incluindo os 6Cs, conforme mostramos no diagrama abaixo, na próxima página. Não há um caminho fácil de ser seguido, mas existe um caminho possível, sendo isso que esse estudo objetivou demonstrar.

⁴⁵ Outras diretrizes sobre como a mídia deve falar sobre o suicídio podem ser encontradas no *site* www.reportingonsuicide.org.

Diagrama 12: Resumo das soluções propostas por este estudo



Para finalizar esse capítulo, endossamos a fala da colaboradora 6:

Eu tenho uma visão assim acho que até um pouco utópica, mas eu sou muito sonhadora eu prefiro acreditar nela, mas quando eu era criança eu lembro que minha avó falava muito “aquela doença”. Que é o câncer. Não podia falar câncer. É aquela doença. E não podia nem apontar aonde a pessoa tinha, porque senão você corria o risco de ter. E hoje as pessoas falam muito mais abertamente. Eu tenho uma visão utópica de que a pessoa chegue e fale: olha eu estou pensando em me suicidar, mas que a sociedade como um todo também não se espante ao ouvir isso. Que ela seja tão informada que ela consiga acolher esse sofrimento da pessoa. Então, por isso que eu sempre volto na informação, porque o sofrimento mental ele não é validado ... a doença mental ela não é validada, né? ... mas é por causa do preconceito, é um mito, é o tabu ... hoje as pessoas não sabem nomear o que elas sentem, elas não conseguem dar nome, elas não conseguem explicar, mas não conseguem pessoas que também as escutem, em sua grande [sic] maioria. As pessoas estão muito ocupadas, né? Elas não têm tempo para ouvir.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A verdadeira viagem de descoberta não consiste na busca de novas paisagens, mas de um novo olhar. (Proust)

Essa pesquisa objetivou verificar como a comunicação sobre o suicídio e a consciência pública podem colaborar com a prevenção e posvenção do suicídio, além de pesquisar como o tabu e o estigma influenciam o assunto; conhecer procedimentos que possam aumentar a consciência pública.

O método escolhido para atender os objetivos dessa pesquisa foi a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) ancorada em Glaser and Strauss (1967) e Strauss and Corbin (2008), essa escolha aconteceu pelo desafio de usarmos um método relativamente novo no país e pela vontade de vermos emergir dos dados a essência da análise, conforme explicamos no *diário de bordo*.

Desde o início do estudo a *internet* e as redes sociais tem sido canais cada vez mais utilizados para a divulgação de locais de ajuda, campanhas, e também, ameaças de suicídio, cartas de despedida e a transmissão de suicídios ao vivo, que posaram como um desafio para essas redes. O assunto foi trazido pela mídia por uma série de grande repercussão, “Os treze porquês”, que teve como produtora executiva Selenia Gomes, e pelo crime virtual “Baleia Azul”, que fizeram que a problemática do suicídio ganhasse espaço e fosse tratada até com exagero. A campanha do “Setembro Amarelo” desenvolveu-se, mas ainda precisa ganhar mais espaço e conquistar outros redutos não ligados à área da saúde. Observamos o aumento do número de campanhas, reportagens, pessoas engajadas na prevenção do suicídio, além disso, o termo posvenção vem sendo usado com mais frequência, fazendo que se estabeleça no campo.

Uma das nossas motivações para pesquisar o tema consciência pública sobre o suicídio surgiu ao ouvir, nos grupos de apoio, sobre a dificuldade de falar sobre o suicídio em público e entre pessoas próximas, como esse fato influenciava negativamente os sobreviventes. Finalizamos esse trabalho com a certeza de que conscientização sobre suicídio é uma das possibilidades de alterar essa realidade de estigma e de tabu em relação ao tema.

Pensamos que esse estudo conseguiu atingir seus objetivos ao identificarmos, a partir do discurso dos colaboradores, que aumentar a comunicação sobre o suicídio tem importância fundamental para a sociedade e para aqueles que foram tocados por essa tragédia. Percebemos que falar mais sobre o suicídio é o início do caminho, é necessário iniciar um processo para que se aumente a consciência pública. No momento que a sociedade compreender que “o suicídio é um problema de todos” e engajar-se em mudar esse fenômeno, muito mais pode ser feito.

Os colaboradores evidenciaram que ainda há muito tabu relacionado ao assunto o que pode tornar-se um impeditivo de cuidado e um multiplicador de estigmas e de preconceito, dados em concordância com pesquisas internacionais sobre o tema.

Apontamos várias propostas para aumentar a consciência pública no capítulo sete, devido à sua importância, destacamos algumas delas.

Com relação a pessoas com comportamento suicida, propomos que:

- Orientações contendo passos fáceis de serem seguidos por pessoas em desespero sejam amplamente divulgadas, para que elas saibam onde encontrar ajuda sem gastar muito tempo para encontrá-las;
- Haja o tratamento adequado, por profissionais de serviços de emergência e UTIs e em locais especializados na crise com o acompanhamento subsequente;
- Haja acesso à internação psiquiátrica e ao tratamento gratuito de qualidade, que seja avaliado e adaptado às necessidades dessa população específica;
- Criação de grupos de apoio;
- As pessoas com a experiência vivida (*lived experience*) possam ser “empoderadas”, com foco em seus recursos e não em suas dificuldades, que haja o reconhecimento de sua história com a possibilidade de aproveitar esse percurso no aumento da conscientização e na ajuda de outras pessoas em situação de vulnerabilidade e para a sociedade em geral, sendo capacitados para tornarem-se porta-vozes dessa realidade e de seu sofrimento;
- Ultrapassar as barreiras invisíveis que a sociedade cria em relação aos transtornos mentais com conhecimento, diálogo, acolhimento e tratamentos necessários;
- Oferecer espaços de conversa segura e de pertencimento;
- Propor e desenvolver competências relacionadas ao autocuidado;
- Desenvolver estudos sobre como as pessoas com ideação e comportamento suicida gostariam de serem vistas e tratadas pela sociedade;

Ressaltamos que as pessoas têm diferentes necessidades, portanto, essas sugestões não devem ser tomadas como regras.

Com relação aos sobreviventes enlutados pelo suicídio propomos:

- A fundação de uma Associação Brasileira de Sobreviventes e a consolidação de novas ONGs criadas e dirigidas por enlutados no país;
- Encontros de sobreviventes, que possam ocorrer com mais frequência. Possam ser criados espaços em congressos de diversas áreas, como educação, tecnologia, psicologia, psiquiatria etc. para a troca entre profissionais e enlutados, essa aliança pode trazer benefícios para todos os envolvidos;
- Criação de uma força-tarefa em posvenção, para unir os pesquisadores da área e desenvolver novas formas de ajuda aos sobreviventes;
- Oferecer espaços para falar do processo do luto por suicídio, evitando assim o tabu, que atinge as famílias. Esse cuidado às famílias pode ocorrer em grupos de apoio ou nos serviços de saúde mental;
- Ajudar a sociedade a reconhecer e a entender as especificidades do luto por suicídio;
- Alguns enlutados por suicídio podem ser multiplicadores, nesse caso, terem a possibilidade de receber capacitação para poder ajudar outras pessoas;
- A partir de um aumento de conscientização e dentro da singularidade de seu processo de luto, alguns enlutados poderão falar abertamente sobre o suicídio e sobre quem morreu, sendo facilitadores para àqueles que ainda estão no início do seu processo de luto com muito sofrimento, que pensam que irão sucumbir com a dor;
- Por meio do aumento da consciência e da competência, novos grupos de apoio podem ser criados e coordenados pelos próprios sobreviventes;
- Sejam criados serviços de posvenção ativa em parceria com o IML, funerárias, cemitérios e hospitais.

Com relação aos profissionais, acreditamos ser necessário:

- Sensibilizar e capacitar profissionais para o manejo do comportamento suicida e com os sobreviventes enlutados;
- Sensibilizar orientadores e comitês de ética sobre a necessidade de novas pesquisas;
- Desenvolver instrumentos consistentes e com indicadores diversos, para avaliação dos atendimentos públicos e do sucesso das intervenções e campanhas;

- A união, sensibilização e conscientização de profissões diversas, além dos profissionais da área de saúde, que possam relacionar ou influenciar de alguma maneira a prevenção e a posvenção, como arquitetos, agrônomos, engenheiros civis, publicitários, só para citar alguns;
- A criação de leis que incentivem as universidades a iniciarem ou aumentarem a oferta de disciplinas sobre suicídio e comportamentos autodestrutivos, envolvendo: sensibilização, conhecimento, enfatizando a prevenção e a posvenção;
- Estimular as universidades a oferecerem serviços de apoio aos estudantes em risco;
- Capacitação de religiosos e pessoas-chave (*gatekeepers*) ou indivíduos da comunidade que têm contato pessoal com um grande número de pessoas em sua atividade diária, como enfermeiros, inspetores de escola, líderes comunitários, entre outros, podendo ser treinados para identificar pessoas em risco e encaminhá-las a serviços de suporte apropriados;
- A consolidação do termo posvenção e a capacitação para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao luto por suicídio.

Com relação à sociedade:

- Compreensão da “psicofobia”, o receio e o estigma dos transtornos mentais e dos tratamentos psicológicos e psiquiátricos;
- Reforçar a visão que “suicídio é um problema de todos”, estimulando a empatia e a compaixão para os indivíduos com comportamentos suicidas e os enlutados pelo suicídio;
- Conscientização para que as pessoas falem abertamente sobre o tema, capacitação para que aprendam como lidar com essa comunicação e não precisem mudar de assunto ou tomarem atitudes negativas por não saberem lidar com ele, além de competência de terem as informações necessárias para pedirem ajuda, se necessário;
- O desenvolvimento da competência em suicídio (*suicide literacy*) a fim de, juntamente com a conscientização e o diálogo, promover as mudanças necessárias para que haja a diminuição do tabu, do estigma e do julgamento;
- O desenvolvimento de pesquisas e ações relacionadas à conexão (*connectedness*), por se tratar de um fator de proteção do comportamento suicida que pode ter grande impacto na prevenção e na promoção de saúde mental.

Com relação às Políticas Públicas:

- Criar protocolos claros para o preenchimento correto das notificações compulsórias e do suicídio nos atestados de óbito;
- Conscientizar sobre a necessidade de preencher os protocolos e atestado de óbito corretamente;
- Planos compreensivos, integrados e abrangentes, que incluam a conscientização, a capacitação, o desenvolvimento de competências, o tratamento e a posvenção sejam desenvolvidos e implementados;
- Aproximação daqueles que fazem a política pública com aqueles que estão na linha de frente do cuidado - de quem comanda para a realidade de quem atende – unindo as estratégias com a experiência;
- Aumentar o investimento designado para a prevenção do suicídio.

Dez anos precisaram passar para que a Estratégia de 2006 (Brasil, 2006b) fosse retomada por meio da Agenda Estratégica no ano passado (Brasil, 2017a) e o primeiro Boletim Epidemiológico fosse divulgado. Embora observemos que diversos países já têm planos nacionais sobre o suicídio funcionando há muitos anos, no Brasil esses planos ainda são uma promessa. Esperamos que não sejam necessários mais dez para que as ações sejam implementadas, pois temos a expectativa de haver a continuidade das políticas públicas e sua implantação para prevenção e cuidados a pessoas com tentativa de suicídio e familiares enlutados.

Ao estimular a comunicação sobre o suicídio, se houver a união de forças entre a sociedade, os sobreviventes e familiares enlutados em ONGs e associações, é possível exercer pressão e mobilizar o governo para a criação e implementação de políticas públicas.

Por um lado, é fundamental que o Ministério da Saúde compreenda o suicídio como uma questão grave de saúde pública, assim, poder-se-ia aumentar a conscientização e a oferta de locais para tratamento. Por outro, é importante que haja a conscientização e o movimento da sociedade, questionando e propondo que governos tomem as providências necessárias para garantir a prevenção, a intervenção e a posvenção do suicídio.

Com relação às campanhas, temos participado de grupos de discussão a respeito, trazendo algumas questões para reflexão:

- É fundamental haver campanhas que ressaltem que o suicídio pode ser prevenido e que há ajuda disponível, mas sugerimos não focar na questão dos 90% dos casos sem explicar o porquê dessa afirmação, conforme esclarecemos anteriormente, a afirmação que 90% dos suicídios podem ser prevenidos pode aumentar a sensação de culpa nos sobreviventes e a sensação que todos os suicídios são simples de serem prevenidos;
- Ressaltar o suicídio é multifatorial, ir contra uma tendência de atribuir uma causalidade única para o suicídio, explicando que uma pessoa matou-se porque perdeu o emprego, por exemplo, arrolar os múltiplos fatores que estão associados com o evento do suicídio;
- Desenvolver mensagens dirigidas a públicos específicos, adolescentes, idosos, LGBT, médicos, entre outros;
- Promover campanhas com a participação de famosos e influenciadores, para atingir mais pessoas e mostrar que o suicídio pode acontecer com qualquer um;
- Campanhas precisam ter foco, objetivo e serem avaliadas periodicamente para ver o quanto atingiram a população para quem foram dirigidas;
- Fazer campanhas integradas com um plano de ação coordenado, ou seja, além de ter um objetivo claro, entender as campanhas como parte de um processo, que deve incluir, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde mental e a capacitação dos profissionais da área da saúde;
- Integrar as campanhas com protocolos de ajuda para que as pessoas sensibilizadas e necessitadas tenham onde receber a atenção que precisam;
- A sensibilização sobre a problemática para que não haja mais compartilhamentos de “suicídios espetaculares”, que hoje são gravados por *smartfones* e postados nas redes sociais ou “campanhas espetaculares”, nas quais as pessoas usam as campanhas como *marketing* pessoal ou *marketing* amarelo, como foi exposto nesse estudo, sem engajarem-se ou compreenderem a temática;
- Desenvolver protocolos de criação de campanhas a fim de ajudar pessoas que queiram engajar-se, mas não sabem exatamente como, quando, para quem e o que fazer.

- Desenvolver diretrizes e recomendações para mensagens e conteúdos seguros e positivos sobre a prevenção e posvenção do suicídio, que possam ser adaptados culturalmente, que sejam de fácil acesso a todos.

Apresentamos a seguir alguns exemplos de campanhas: aumento do diálogo; foco na arrecadação de fundos para pesquisa; uso correto da medicação; “não jurar segredo”, sobre comunicação suicida, principalmente entre adolescentes, que contam para o amigo que pensam em matar-se, mas pedem segredo sobre essa comunicação; “antidepressivo não é antitérmico”, para a conscientização da necessidade da medicação e de como ela funciona; “depressão não é frescura”, é doença; “não é só depressão”, para a ampliação da percepção relacionada ao fato que o suicídio é multifatorial.

Com relação a outras ações:

- Desenvolver e utilizar novas tecnologias para aumentar a conscientização pública, capacitar os profissionais e detectar pessoas em risco;
- Não se basear somente na Inteligência Artificial (IA) ou em algoritmos para definir quem precisa ou não de ajuda ao fazer o rastreamento virtual em redes sociais; o algoritmo e as denúncias (como as do *Facebook*) devem ser analisadas por especialistas;
- Aumentar a oferta de fóruns e de grupos de apoio virtuais com o desafio de acolher, unir e ter o conhecimento para tomar providências, caso alguém esteja em risco;
- Avaliar as necessidades da população e, a partir delas, desenvolver instrumentos para medir a eficácia das intervenções e das campanhas. Utilizar apenas as taxas de mortalidade ou a busca por serviços pode simplificar uma equação complexa;
- Desenvolver planos de prevenção do suicídio e sensibilização de profissionais em empresas. Um exemplo seria a cooperação assinada entre o Metrô de São Paulo, entre o Instituto *Vita Alere* e o Centro de Valorização da Vida (CVV), que atualmente oferece atendimentos voluntários do CVV em estações de metrô, desenvolve capacitações para funcionários e iluminou de amarelo algumas estações durante o mês de setembro, entre outras ações, a partir da preocupação do Metrô com seu papel e importância na sociedade.
- Pressionar o poder público para tomar providências relacionadas aos *hotspots*, fazendo alterações necessárias para impedir ou dificultar o acesso de pessoas

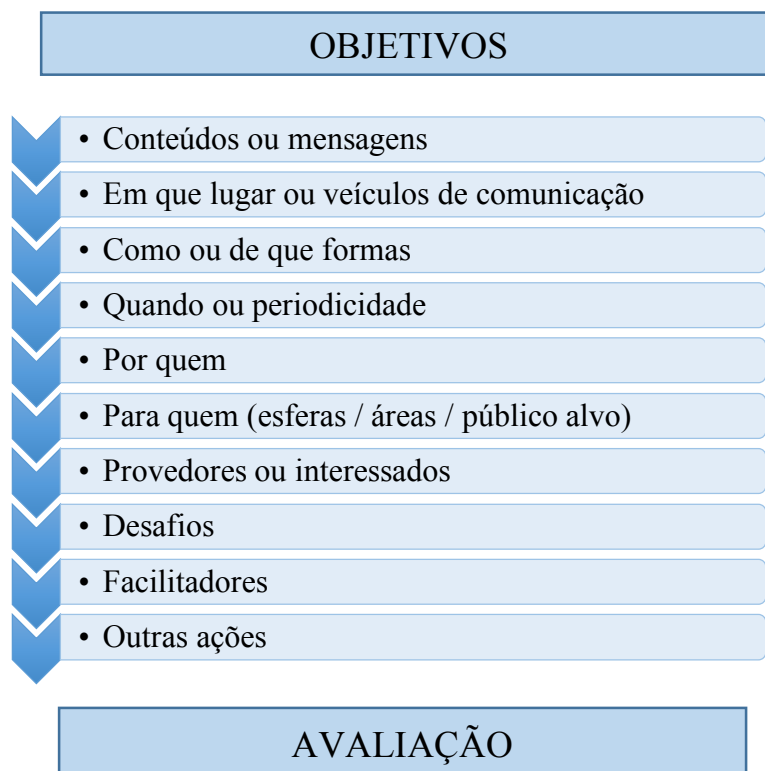
vulneráveis ao ato suicida em locais conhecidos publicamente para esse fim como, por exemplo, vãos de *shoppings*, antenas de televisão, pontes e viadutos famosos pelo alto número de suicídios em cada cidade;

- Criar fundos de investimento, que poderiam ser providos por campanhas, para o desenvolvimento científico da prevenção, dessa forma, pesquisadores brasileiros poderiam fazer intercâmbio, estágios, doutorados no exterior para seu desenvolvimento e capacitação. Poderiam também receber financiamento para fazer pesquisas nacionais na área;
- A criação de uma revista científica especializada em prevenção do suicídio e prevenção, para possibilitar mais visibilidade, confiabilidade, credibilidade e estimular publicações específicas na área.

Com relação ao desenvolvimento da conscientização pública sobre suicídio propomos:

- Encontrar parceiros dispostos a investirem no desenvolvimento científico e em ações de conscientização, como campanhas e eventos sobre suicídio;
- Utilizar novas tecnologias e soluções alternativas para aumentar a consciência pública, como mensagens nas caixas de medicamentos, o uso da arte, eventos, novelas, *podcasts*, ações em *hotspots*, entre outros.
- A criação de prêmios para reportagens, que possam trazer verdadeira consciência e desenvolvimento sobre o tema; para campanhas e ações inovadoras na área;
- O ensino, desenvolvimento e divulgação de reportagens que produzam o efeito Papageno e a aliança entre diversos saberes para tornar isso possível;
- Promover o aumento da conscientização em várias frentes e não se limitar somente a campanhas. As ações devem ser pautadas em objetivos claros e serem avaliadas. A inclusão da competência e do diálogo, além da capacitação e da conexão são recomendadas. As maneiras de atingir esses objetivos estão resumidas abaixo:

Figura 11: Sugestões para o desenvolvimento da conscientização



Fonte: produção do próprio autor (2018)

Outras possibilidades de atuação que podem ser aprofundadas em futuras pesquisas estão descritas abaixo.

Pelo termo “competência” ser a tradução do termo “*literacy*”, acreditamos que seja necessário compreender se essa é a palavra mais adequada para definir “*literacy*” em português. Optamos por utilizar o termo “competência” baseados em uma pesquisa realizada por Oliveira (2011), mas é importante o desenvolvimento de estudos para verificar se a melhor tradução é essa. Assim como, utilizava-se o termo “*survivor*” traduzido para “sobrevivente” no caso de enlutados por suicídio, atualmente, houve uma adaptação da tradução do termo, para “*suicide loss survivor*” ou “sobrevivente enlutado pelo suicídio” (tradução nossa), pois ao utilizar somente o termo “sobrevivente”, gerava uma confusão se havia relação com ter sobrevivido a tentativas de suicídio ou a enlutados pelo suicídio, o que pode acontecer com “*literacy*”. A tradução literal de “*literacy*” seria alfabetização, o que não explica o significado do termo em sua totalidade e no Brasil tem relação com aprender a ler e a escrever. “Habilidade” ou “aptidão”, poderiam ser outras palavras utilizadas para traduzir “*literacy*”.

Durante a realização desse trabalho, não encontramos pesquisas a respeito da visão que o brasileiro tem sobre o suicídio, por isso, é fundamental a exploração desse tema em novas

pesquisas a fim de conhecermos em profundidade o grau do tabu, do estigma e do preconceito em relação ao suicídio no Brasil.

A tradução, adequação cultural e a consequente aplicação das escalas de estigma, como a SOSS (*Stigma of Suicide Scale*) e a *Suicide opinion questionnaire* (SOQ) para identificar a proporção de tabu existente no Brasil e no que se baseia, pode identificar o melhor caminho e quais mensagens devem ser enfatizadas, ajudando a definição do público-alvo e do objetivo de campanhas de conscientização.

Outro estudo necessário tem relação com entender como as campanhas de arrecadação de fundos poderiam ser eficazes, o que fazer com o dinheiro arrecadado e sobre projetos a serem financiados.

O desenvolvimento de cartilhas para elaboração de campanhas e de comunicação sobre suicídio. Sabemos como não falar, mas ainda não sabemos como fomentar ativamente o aumento da conscientização, para gerar ações de prevenção e posvenção do suicídio.

Sabemos da urgente necessidade de capacitação dos profissionais da linha de frente do cuidado, estudos são necessários para verificarmos os possíveis efeitos iatrogênicos do cuidado inadequado com pessoas com comportamento suicida.

Sugestões de pesquisas baseadas nesse trabalho incluem:

- Como transformar os dados desse estudo em ações possíveis de serem desenvolvidas no contexto brasileiro;
- Entrevistar pessoas que tentaram suicídios, os chamados sobreviventes de tentativas, pessoas com ideação suicida, além de pessoas que não tiveram experiência direta com suicídio, publicitários, especialistas e profissionais de áreas afins com relação ao aumento da consciência;
- Desenvolver a tríade da mudança (Consciência, Competência e Diálogo) e os 6Cs (Consciência, Campanhas, Capacitação, Competência, Conversa, Conexão) para o aumento da consciência.

Refletindo sobre pesquisa, os seus vários níveis de dados, nos perguntamos: Como conscientizar a sociedade sobre uma situação que não quer ser vista? Como mostrar uma realidade penosa e promover engajamento, sensibilização e cuidado? Acreditamos que as propostas desse estudo guardam possibilidades de respostas a essas inquietações. Para nós, a

complexidade do suicídio reflete a complexidade da vida e das intervenções necessárias para sua prevenção.

A relevância do presente estudo trata de um tema atual, que atinge muitas pessoas e por trazer diversas reflexões e sugestões relacionadas a um assunto interdito de uma morte escancarada. Algumas das propostas originais do estudo foram a tríade da mudança, os 6Cs e a utilização das caixas de medicamento como veículo do aumento de consciência.

Acreditamos que muito pode ser feito a partir da conscientização, desde a sensibilização das pessoas, o empoderamento dos sobreviventes, a formação de comunidades de apoio e pertencimento, a mudança de atitudes e crenças de uma sociedade, o desenvolvimento de uma força de ação conjunta que tenha a capacidade de promover empatia, gerando engajamento e entendimento dos direitos dos cidadãos e das pessoas com transtornos mentais em relação ao acesso ao tratamento e aos deveres do Estado, em relação à proteção dos cidadãos vulneráveis e no acesso aos *hotspots*. Como diz Schopenhauer “A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

Como finalização desse trabalho, lançamos um desafio para o leitor desse estudo, o convidamos para refletir a respeito do que fazer para lidar com o interdito, estigma, tabu e o silenciamento sobre o tema do suicídio. Como mudar essa realidade? Se ***o suicídio é um problema de todos***, quais as soluções para o aumento da consciência, a prevenção e posvenção do suicídio? Como se pode unir a CONSCIENTIZA-AÇÃO? São perguntas complexas que demandam respostas aprofundadas, qualquer tentativa de simplificação poderá incorrer em erro.

Como tudo de ruim nessa vida, a gente acha que com a gente não vai acontecer, sempre com os outros. Eu, por exemplo, eu tive um câncer e achava ‘imagine comigo não vai acontecer’ ... ter um suicídio na família jamais ... minha família é tão bem estruturada, tudo lindo maravilhoso, isso nunca vai acontecer. Então, você vê um filme você fala ‘é uma ficção, não existe na vida real, comigo jamais vai acontecer’. Até que a hora que acontece, que você ... eu me descobri mortal, eu me descobri a coisa mais absurda que poderia ter acontecido na minha vida seria um suicídio e, no entanto, aconteceu ... e hoje em dia ... não está preparada nunca para que uma coisa dessas aconteça, doença até a gente sabe que pode acontecer, mas suicídio ... Nunca! (Colaboradora 3).

REFERÊNCIAS⁴⁶

- ABP. (2006). *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. Recuperado de http://www.adpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf
- Acosta, J., Ramchand, R., & Becker, A. (2017). Best Practices for Suicide Prevention Messaging and Evaluating California's "Know the Signs" Media Campaign. *Crisis*, 38(5), 287-299. doi:10.1027/0227-5910/a000446
- AFSP. (2011). *After a Suicide: A Toolkit for Schools* Newton, MA: Educational Development Center, Inc. Recuperado de <http://www.afsp.org/files/Surviving/toolkit.pdf>.
- AFSP (Diretor). (2014). *The Journey*. [DVD]. New York, NY: American Foundation for Suicide Prevention
- AFSP. (2016a). Issue Brief. In AFSP (Ed.), *Federal advocacy*. Washington: AFSP Public Policy Office. Recuperado de <https://afsp.org/our-work/advocacy/>
- AFSP. (2016b). Suicide Statistics. *About Suicide*. Recuperado de <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
- AFSP. (2017). Create a campaign. Recuperado de <https://afsp.donordrive.com/index.cfm?fuseaction=cms.page&id=1264&eventID=1824>
- Aguirre, R. T., & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. *Death Stud*, 34(6), 529-540.
- Andriessen, K. (2005). Media award for responsible portrayal of suicide and survivors. *Pogled*, III(1-2), 66-70. doi: 10.1186/1752-4458-5-15
- Andriessen, K. (2009). The role of volunteer organizations in suicide prevention. In D. Wasserman & A. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (pp. 745-748). Oxford: Oxford University Press.
- Andriessen, K., & Kryszynska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health*, 9(1), 24-32. doi:10.3390/ijerph9010024
- Andriessen, K., Kryszynska, K., & Grad, O. T. (2017). *Postvention in Action: The International Handbook of Bereavement Support*. Boston, EUA: Hogrefe.
- Ansa. (2018, 10/01/2018). Suicídio de garota-propaganda após bullying choca Austrália. *Exame*. Recuperado de <https://exame.abril.com.br/mundo/suicidio-de-garota-propaganda-apos-bullying-choca-australia/>
- Arendt, F., & Scherr, S. (2017a). The Impact of a Highly Publicized Celebrity Suicide on Suicide-Related Online Information Seeking. *Crisis*, 38(3), 207-209. doi:10.1027/0227-5910/a000455

⁴⁶ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*)

- Arendt, F. & Scherr, S. (2017b). Optimizing Online Suicide Prevention: A Search Engine-Based Tailored Approach. *Health Commun*, 32(11), 1403-1408. doi:10.1080/10410236.2016.1224451
- Aschidamini, I. M., & Saupe, R. (2004). Grupo Focal - Estratégia Metodológica Qualitativa: Um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 9-14. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700>
- ASEC. (2014a). Amigos do Zippy. Recuperado de <http://www.amigosdozippy.org.br/>
- ASEC. (2014b). Passaporte: Habilidades para a vida. Recuperado de <http://www.asecbrasil.org.br/passaporte-habilidades-para-a-vida.php>
- Austrália. (2014). *National Suicide Prevention Strategy*. Australian Government Recuperado de <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/suicide-prevention-activities-evaluation~background~national-suicide-prevention-strategy>.
- Autry, A. E., & Monteggia, L. M. (2009). Epigenetics in Suicide and Depression. [Epigenética no Suicídio e na Depressão]. *Biol Psychiatry*, 9(66), 812-813. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.08.033
- Azevedo, E. G. (2012). *A Abordagem do Suicídio no SUS*. (Especialista em Saúde Pública. Monografia), Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
- Bailey, E., Spittal, M. J., Pirkis, J., Gould, M., & Robinson, J. (2017). Universal Suicide Prevention in Young People. *Crisis*, 38(5), 300-308. doi:10.1027/0227-5910/a000465
- Baleia Rosa (2017). Baleia Rosa. Recuperado de <http://baleiarosa.com.br/>
- Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125(0), 355-373. doi: 10.1192/bjp.125.4.355
- Barros, A. J. d. S., & Lehfeld, N. A. d. S. (2007). *Fundamentos de metodologia científica* (3a. ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013a). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide Life Threat Behav*, 43(4), 406-417. doi:10.1111/sltb.12026
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013b). The Stigma of Suicide Scale. Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*, 34(1), 13-21. doi:10.1027/0227-5910/a000156
- BBC. (2016, 27 de julho de 2016). Gene Ligado a doença de Stephen Hawking é descoberto graças a desafio do balde de gelo. *BBC Brasil*. Recuperado de <http://www.bbc.com/portuguese/geral-36907648>
- BBC. (2018, 8 de fevereiro de 2018). Suicídios aumentaram nos EUA logo após Robin Williams se matar, mostra levantamento. *BBC Brasil*. Retrieved from http://www.bbc.com/portuguese/geral-42988493?ocid=socialflow_twitter

- Beam, R. A., John, S. L., & Yaqub, M. M. (2017). "We Don't Cover Suicide ... (Except When We Do Cover Suicide)". *Journalism Studies*, 1-19. doi:10.1080/1461670X.2017.1279563
- Beautrais, A. L. (2004). *Suicide Postvention: Support for families, Whanau and significant others after a suicide - A Literature review and synthesis of evidence*. Wellington: Ministry of Youth Development. Recuperado de <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bereavedbysuicide-litreview.pdf>
- Berman, L. (2009). The American Association of Suicidology. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention - A Global Perspective* (pp. 739 - 74). Washington: Oxford University Press.
- Berthoud, C. M. E. (2003). *"Re-significando a Parentalidade" Os desafios de ser pais na atualidade*. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Bertolote, J. M. (2004). Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry*, 3(3), 147-151. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414695/>
- Bertolote, J. M. (2012). *O Suicídio e sua Prevenção*. Sao Paulo: Editora Unesp.
- Bertolote, J. M. (2013). Suicídio: território do livre-arbítrio ou da doença mental? *Rev. Simbio-Logias*, 6(8), 122-128. Recuperado de http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/suicidio_territorio_do_livre-arbitrio.pdf
- Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N., & Gunnell, D. (2008). Suicide and the internet. *BMJ*, 336(7648), 800-802. doi:10.1136/bmj.39525.442674.AD
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interacionism: perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456-468.
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1). Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/34752/1/S1516-44462007000100004.pdf>
- Botega, N. J. (2010). Comportamento Suicida em Números *Debates - Psiquiatria Hoje*, 2, 11-15. Recuperado de http://www.abp.org.br/download/Debates_SetOut2010.pdf
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida - avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Mauro, M. L. F., & Cais, C. F. d. S. (2004). Estudo Multicêntrico de intervenção no comportamento suicida - Supre-Miss - Organização Mundial da Saúde. In B. G. Werlang & N. J. Botega (Eds.), *Comportamento Suicida* (pp. 177-182). Porto Alegre: Artmed.

- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Cais, C. F. d. S. (2012). Comportamento suicida. In N. J. Botega (Ed.), *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral - interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Silveira, I. U., & Mauro, M. L. F. (2010). *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: ABP Editora.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry*, 55(1), 221-231. doi:10.1016/j.comppsy.2013.06.005
- Brasil. (2005). *Portaria n. 2.542, de 22 de dezembro de 2005* Brasília: Ministério da Saúde Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.
- Brasil. (2006a). *Manual de Prevenção do Suicídio*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006b). *Portaria n. 1.876/GM, de 14 de agosto de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.
- Brasil. (2006c). *Prevenção ao Suicídio - Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *CID 10*. Brasília: Ministério da saúde. Recuperado de http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60_x84.htm.
- Brasil. (2014). *Portaria n° 1.271, de 6 de junho de 2014*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html.
- Brasil. (2017a). *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017-2020* Brasília: Ministério da Saúde Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>
- Brasil. (2017b). *Suicídio. Saber, agir e prevenir*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Burnap, P., Colombo, G., Amery, R., Hodorog, A., & Scourfield, J. (2017). Multi-class machine classification of suicide-related communication on Twitter. *Online Soc Netw Media*, 2, 32-44. doi:10.1016/j.osnem.2017.08.001
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. *Rand Health Q*, 5(1), 16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158249/>
- Cacciacarro, M. F. (2016). *Educar para crescer: valores para a vida. O papel da família na transmissão de valores na primeira infância*. (Dissertação de Mestrado), Pontifícia Universidade Católica São Paulo (PUC), São Paulo, SP.
- Camus, A. (1989). *O mito de Sísifo* (3a. edição ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.

- Camus, A. (1991). Return to Tipasa (E. C. Kennedy, Trans.). In P. Thody (Ed.), *Lyrical and Critical Essays*. United Kingdom: Vintage.
- Carvalho, A. X., Cerqueira, D. R. C., Rodrigues, R. I., & Lobão, W. J. A. (2007). *Custos das Mortes por Causas Externas no Brasil*. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisa Economica Aplicada Recuperado de http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1268.pdf.
- Carvalho, V. D., Borges, L. O., & Rego, D. P. (2010). Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(1), 146-161.
- Cassorla, R. M. S. (2003). Prefácio. In E. R. Turato (Ed.), *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cassorla, R. M. S. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In B. G. Werlang & N. J. Botega (Ed.), *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- CDC (Produtor). (2009, 19 de janeiro de 2018). Podcasts at CDC: Suicide. Recuperado de <https://www2c.cdc.gov/podcasts/>
- CDC. (2011). Strategic direction for the prevention of suicidal behavior: Promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior. Recuperado de https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_Strategic_Direction_Full_Version-a.pdf
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38-44. doi: 10.1027/0227-5910.29.1.38
- Cestari, M. E. W., & Zago, M. M. F. (2005). A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o Século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 218-221. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200018>.
- Chan, W. I., Batterham, P., Christensen, H., & Galletly, C. (2014). Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australas Psychiatry*, 22(2), 132-139. doi:10.1177/1039856214522528
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *BMJ*, 328(7454), 1470. doi:10.1136/bmj.38111.639734.7C
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Guia prático para a análise quantitativa* (J. E. Costa, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Charon, J. M. (2006). *Symbolic Interacionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Chhabra, N., & Bryant, S. M. (2016). Snapchat Toxicology: Social Media and Suicide. *Ann Emerg Med*, 68(4), 527. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.05.031

- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*: American Psychiatric Publishing.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424. doi:10.1016/S2215-0366(16)30024-4
- Colucci, E. (2013a). Cultural Meaning(s) of Suicide: A Cross-Cultural Study. In E. Colucci & D. Lester (Eds.), *Suicide and culture: understanding the context* (pp. 93-196). Massachusetts, EUA: Hogrefe.
- Colucci, E. (2013b). Culture, cultural meaning(s) and suicide. In E. Colucci & D. Lester (Eds.), *Suicide and culture: understanding the context* (pp. 25-46). Massachusetts, EUA: Hogrefe.
- Cornejo, E. R. S. P. U., Cescon, L., & Scavacini, K. (2018). A posvenção do suicídio e o cuidado com os enlutados. Em I. Gonçalves (Ed.), *Suicídio: prevenção, posvenção e direito à vida* (Vol. 3, pp. 37-48). João Pessoa/PB: CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional.
- Correa, H., & Barrero, S. P. (2006a). As pesquisas em biologia do suicídio: aspectos históricos. Em Correa, H. & Barrero, S. P. (Eds.), *Suicídio - uma morte evitável*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Correa, H., & Barrero, S. P. (2006b). As teorias do suicídio. In H. Correa, H. & S. P. Barrero, (Eds.), *Suicídio - Uma morte evitável* (pp. 37-44). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Corrigan, P., & Gelb, B. (2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv*, 57(3), 393-398. doi:10.1176/appi.ps.57.3.393
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*, 15(2), 37-70. doi:10.1177/1529100614531398
- Corrigan, P. W., Gause, M., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., & Larson, J. E. (2015). The California Assessment of Stigma Change: A Short Battery to Measure Improvements in the Public Stigma of Mental Illness. *Community Ment Health J*, 51(6), 635-640. doi:10.1007/s10597-014-9797-5
- Corrigan, P. W., Sheehan, L., Al-Khouja, M. A., & Stigma of Suicide Research, T. (2017). Making Sense of the Public Stigma of Suicide. *Crisis*, 38(5), 351-359. doi:10.1027/0227-5910/a000456
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. London: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Cutcliffe, J., & Ball, P. B. (2009). Suicide survivors and the suicidology academe: reconciliation and reciprocity. *Crisis*, 30(4), 208-214. doi:C137671375W60554 [pii] 10.1027/0227-5910.30.4.208
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*, 41(1), 14-21. doi: 10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x
- D'Oliveira, C. F. A. (2014). *Estratégia nacional de prevenção do suicídio: suas diretrizes*. Recuperado de <http://www.rebraps.com.br/2014/09/estrategia-nacional-de-prevencao-do.html>
- D'Oliveira, C. F. A. (2015). *A prevenção do suicídio e as diretrizes da estratégia brasileira*. Palestra apresentada durante o III Seminário de Prevenção e Promoção da Saúde, Rio Branco. Recuperado de <http://www.rebraps.com.br/2015/10/iii-seminario-de-prevencao-e-promocao.html>
- Dahlgren, L., Emmelin, M., & Winkvist, A. (2007). *Qualitative Methodology for International Public Health*. Umea: Print och Media, Umea University.
- De Leo, D. (2004). Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry*, 3(3), 155-156. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414698/>
- De Leo, D., & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Gottingen: Hogrefe e Huber.
- De Silva, E., Bowerman, L., & Zimitat, C. (2015). A suicide awareness and intervention program for health professional students. *Educ Health (Abingdon)*, 28(3), 201-204. doi:10.4103/1357-6283.178597
- Domino, G., & Groth, M. (1997). Attitudes toward suicide: German and US Nationals. *Omega*, 35(3), 309-319. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2190/H1CB-YFJD-W51B-P741>
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: Estudo de sociologia* (M. Stahel, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Durkheim, E. (2010). *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Else-Quest, N. M., LoConte, N. K., Schiller, J. H., & Hyde, J. S. (2009). Perceived stigma, self-blame, and adjustment among lung, breast and prostate cancer patients. *Psychol Health*, 24(8), 949-964. doi:10.1080/08870440802074664
- Entercom. (2017). I'm Listening. Recuperado de <http://www.imlistening.org/>
- Escócia. (2006). *Evaluation of the first phase of Choose Life: The National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*. Scottish . Recuperado de <http://www.gov.scot/Publications/2006/09/06094657/18>.
- EUA. (2010) *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington: U. S. Department of Health and Human Services Recuperado de <https://health.gov/communication/initiatives/health-literacy-action-plan.asp>

- EUA. (2018). *Quick guide to health literacy: Fact Sheet*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services Recuperado de <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/factsbasic.htm> - one.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Stud*, 33(7), 591-608. doi:10.1080/07481180902979973
- Ferreira, A. B. H. (Ed.) (2010) *Mini Aurélio: O dicionário da língua portuguesa* (8 ed.). Curitiba: Positivo.
- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *J Health Soc Behav*, 41(1), 50-67. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/doi/10.2307/2676360>
- Fine, C. (1997). *No time to say goodbye: surviving the suicide of a loved one*. New York: Brodway Books.
- Fink, D. S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K. M. (2018). Increase in suicide the months after the death of Robin Williams in the US. *PLoS One*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191405>
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., & Kahan, J. P. (2001). *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. Recuperado de https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
- Fitzpatrick, S. J., & Kerridge, I. H. (2013). Challenges to a more open discussion of suicide. *Med J Aust*, 198(9), 470-471. doi: 10.5694/mja12.11540
- Flexhaug, M., & Yazganoglu, E. (2008). *Alberta Takes Action on Suicide - Best and Promising Practices in Suicide Bereavement Support Services: A Review of the Literature*. Canadá: Alberta Health Services Recuperado de <http://www.albertahealthservices.ca/MentalHealthWellness/hi-mhw-b-and-p-practices-in-suicide-bereavement-support-serv.pdf>.
- Fontanelle, P. (2008). *Suicídio: O futuro interrompido: Guia para sobreviventes*. São Paulo: Geração Editorial.
- Foxit. (2018). MAXQDA Standard 2018 (Version 18.0.3). Berlin: VERBI GmbH Berlin. Recuperado de <http://www.maxqda.com/>
- Framework. (2014). Action Alliance Framework for Successful Messaging. Recuperado de <http://suicidepreventionmessaging.org/>
- Franco, M. H. P. (2005). Apresentação. In M. H. P. Franco (Ed.), *Nada sobre mim sem mim: Estudos sobre Vida e Morte* (pp. 13 - 17). Campinas: Livro Pleno.
- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Ed.), *Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade* (pp. 17 - 42). São Paulo: Summus.
- Freire, P. (1980). *Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez e Moraes.

- Freire, P. (2000). *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP.
- Furlong, P. Parent Project Muscular Distrophy. Recuperado de <http://www.parentprojectmd.org/>
- Gaúcha ZH. (2017). Com mudança no protocolo, registro de tentativas de suicídio aumenta 910% este ano em Pelotas. *Gaúcha ZH*. Recuperado de <https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2017/12/com-mudanca-no-protocolo-registro-de-tentativas-de-suicidio-aumenta-910-este-ano-em-pelotas-cjbidutmc02r101lszbimgkr3.html>
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (5a. ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Goethe, J. W. (2001). *Os sofrimentos do Joven Werther*. Porto Alegre: L&PM Editores.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gomes, B. M. A. (2015). *Políticas Públicas de Turismo: Interação Empresários-setor público em Curitiba sob a ótica institucional*. (Tese de doutorado), Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Gomes, J. O., Baptista, M. N., Carneiro, A. M., & Cardoso, H. F. (2014). Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 63 - 73. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000100008>.
- Gonçalves, L. R. C., Gonçalves, E., & Oliveira Júnior, L. B. (2011). Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*, 21(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>
- Grad, O. T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide Life Threat Behav*, 27(4), 379-386. doi: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00517.x
- Grad, O., de Leo, D., Dyregrov, K., Andriessen, K., & Cimitan, A. (2014). Postvention: How to Organize it. In D. D. Leo, A. Cimitan, K. Dyregrov, O. Grad, & K. Andriessen (Eds.), *Bereavement after traumatic death* (pp. 115-124). Boston, EUA: Hogrefe Publishing.
- Guardian. (2014). Ice bucket challenge: what are the lessons for marketers? *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/media-network/media-network-blog/2014/aug/27/ice-bucket-challenge-lessons-marketing>
- Guidry, J., Zhang, Y., Jin, Y., & Parrish, C. (2016). Portrayals of depression on pinterest and why public relations practioners should care. *Public Relations Review*(42), 232-236. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.pubrev.2015.09.002>

- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., . . . Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*, 58(1), 10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038
- Haas, A. P., Gebbia, R., & Clayton, P. J. (2009). The American Foundation for Suicide Prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention - A Global Perspective* (pp. 741 - 742). Washington: Oxford University Press.
- Haim, M., Arendt, F., & Scherr, S. (2017). Abyss or Shelter? On the Relevance of Web Search Engines' Search Results When People Google for Suicide. *Health Commun*, 32(2), 253-258. doi:10.1080/10410236.2015.1113484
- Hegerl, U., Dietrich, S., Pfeiffer-Gerschel, T., Wittenburg, L., & Althaus, D. (2008). Education and Awareness Programs for Adults: Selected and multilevel approaches in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (pp. 495-500). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet*, 373(9679), 1928-1930. doi:10.1016/S0140-6736(09)61046-1
- HHS. (2012). *Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention*. Washington, DC: ment of Health and Human Services. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- Hines, K. (2013). *Cracked not Broken: Surviving and Thriving After a Suicide Attempt*. Maryland, USA: Rowman & Littlefield Publisher.
- Hjelmeland, H. (2013). Suicide Research and Prevention: The importance of culture in "Biological Times". In E. Colucci & D. Lester (Eds.), *Suicide and culture: understanding the context* (pp. 3-24). Massachusetts, EUA: Hogrefe.
- Houaiss, (Ed.) (2012) O Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. UOL. Recuperado de <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#0>
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*, 61(2), 173-190. doi:10.1016/j.pec.2005.05.004
- Hoven, C. W. (2004). *Expanding Awareness of Mental Health in Childhood and Adolescence: The Awareness Program Manual*. New York. Recuperado de [https://www.icafe.org/pdfs/Expanding Awareness of Mental Health in Childhood and Adolescence.pdf](https://www.icafe.org/pdfs/Expanding_Awareness_of_Mental_Health_in_Childhood_and_Adolescence.pdf).
- Hoven, C. W., Tyano, S., & Mandell, D. J. (2009). Suicide Awareness and Mental health among Youth in the Community. In D. Wasserman & A. Wasserman (Eds.), *The Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*: Oxford University Press.

- Hoven, C. W., Wasserman, D., Wasserman, C., & Mandell, D. J. (2009). Awareness in nine countries: a public health approach to suicide prevention. *Leg Med (Tokyo)*, *11 Suppl 1*, S13-17. doi:10.1016/j.legalmed.2009.01.106
- I-Produkts. (2018). iMindQ 8.0 (Version 8.1.1). Macedonia: Produkts Doeel. Recuperado de <http://www.imindq.com/>
- IHME. (2013). GBD Compare, Global, All Ages, DALYs. Recuperado de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- IPEA. (2007). *Custo da violência para o sistema público de saúde no Brasil*. Texto para discussão no 1295. Brasília: Instituto de Pesquisas e Estudos Aplicados. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1295.pdf
- Irlanda. (2015). *Conecting for life: Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020*. Dublin: Department of health. Recuperado de <https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HME00945.pdf>.
- Jacob, N., Scourfield, J., & Evans, R. (2014). Suicide prevention via the Internet: a descriptive review. *Crisis*, *35*(4), 261-267. doi:10.1027/0227-5910/a000254
- Jamison, K. R. (2010). *Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio* (2 ed. ed.). Rio de Janeiro: Gryphus.
- Jaques, J. D. (2000). Surviving Suicide: The Impact on the Family. *The Family Journal*, *8*(4), 376-379. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1066480700084007>
- JM Notícia. (2017). Pastora tira a própria vida em SC; é o quarto caso entre líderes religiosos este mês. *JM Notícia*. Recuperado de <http://www.jmnoticia.com.br/2017/12/29/pastora-tira-a-propria-vida-em-sc-e-o-quarto-caso-entre-lideres-religiosos-este-mes/>
- John, A., Hawton, K., Lloyd, K., Luce, A., Platt, S., Scourfield, J., . . . Dennis, M. S. (2014). PRINTQUAL - a measure for assessing the quality of newspaper reporting of suicide. *Crisis*, *35*(6), 431-435. doi:10.1027/0227-5910/a000276
- Jordan, J. R. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*(1), 91-103.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, *177*, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- King, K. A., Strunk, C. M., & Sorter, M. T. (2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens (R) suicide prevention and depression awareness program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *J Sch Health*, *81*(9), 581-590. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00630.x
- Klempner, T. A., Ernst, C., Deleva, V., Labonte, B., & Turecki, G. (2009). Characterization of QKI gene expression, genetics, and epigenetics in suicide victims with major depressive disorder. *Biol Psychiatry*, *66*(9), 824-831. doi:10.1016/j.biopsych.2009.05.010

- Koburger, N., Mergl, R., Rummel-Kluge, C., Ibelshauer, A., Meise, U., Postuvan, V., . . . Hegerl, U. (2015). Celebrity suicide on the railway network: Can one case trigger international effects? *J Affect Disord*, *185*, 38-46. doi:10.1016/j.jad.2015.06.037
- Koch, D. B., & Oliveira, P. R. M. (2015). As políticas públicas para prevenção de suicídios. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, *2*(2), 161-172. doi: 10.14210/rbts.v2.n2.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicologia: teoria e Prática*, *15*(3). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300005
- Lara, S. (2017, Nov/2017). Quando o fardo pesa. *Revista Cães e Gatos VET FOOD*, Ano 33. Sorocaba, SP: Ciasulli Editores.
- Larrobla, C., & Botega, N. J. (2001). Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *36*(5), 256-259. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s001270170057>
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community: An Epidemiologic Approach*. London: McGraw-Hill Book Company.
- Leite, J. L., da Silva, L. J., Oliveira, R. M. P., & Stipp, M. A. C. (2012). Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*(3). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300033>
- Lester, D. (2013). Culture and suicide. In E. Colucci & D. Lester (Eds.), *Suicide and Culture: Understanding the Context* (pp. 59-90). Cambridge, MA: Hogrefe.
- Lester, D., & Walker, R. L. (2006). The stigma for attempting suicide and the loss to suicide prevention efforts. *Crisis*, *27*(3), 147-148. doi:10.1027/0227-5910.27.3.147
- Lifeline. (2009). *Practice Handbook - Suicide Bereavement Support Group Facilitation* Lifeline Australia (Ed.) Recuperado de <http://www.lifeline.org.au/Find-Help/Preventing-suicide/Support-after-a-loss-by-suicide/Support-after-a-loss-by-suicide/default.aspx>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications.
- Linden, S. V. D. (2017). The nature of viral altruism and how to make it stick. *Nature Human Behavior*(0041). doi:10.1038/s41562-016-0041
- Lockwood, L. E., Su, S., & Youssef, N. A. (2015). The role of epigenetics in depression and suicide: A platform for gene-environment interactions. *Psychiatry Res*, *228*(3), 235-242. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.071
- Loureiro, P. R. A., Moreira, T. B., & Sachsida, A. (2013). *Os efeitos da mídia sobre o suicídio: Uma análise empírica para os estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (IPEA). Recuperado de http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2264/1/TD_1851.pdf

- Ludke, M., & André, M. E. D. (1986). *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, SP: EPU.
- Luxton, D. D., June, J. D., & Fairall, J. M. (2012). Social media and suicide: a public health perspective. *Am J Public Health, 102 Suppl 2*, S195-200. doi:10.2105/AJPH.2011.300608
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007). Tentativa de suicídio: o traumático via atorador. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23(2)*, 185-194. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n2/a09v23n2.pdf>
- Machado, A. (1946). Proverbios y cantares XXXIX. In A. Machado (Ed.), *Poesias completas* (pp. 172). Buenos Aires: Lozada.
- Machado, M., Leite, C., & Bando, D. (2014). Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Gestão e Políticas Públicas, 4(2)*, 334-356. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/114406/112268>
- Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às lesões autoprovocadas nas emergências. *Ciencia e saúde coletiva, 14(5)*, 1741-1750. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500015>.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nature reviews neuroscience, 4*, 819-828. doi: 10.1038/nrn1220
- Marquetti, F. C., Kawauchi, K. T., & Pleffken, C. (2015). O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. *Revista Brasileira de Psicologia, 2(1)*. Recuperado de <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Marquetti-Kawauchi-Pleffken-2015-O-suic%C3%ADdio-interditos-tabus-e-consequ%C3%ADncias-nas-estrat%C3%A9gias-de-preven%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Matos, M. (2018). *O vento que varre a casa*. São Paulo, SP: Editora Patuá.
- Maytree. (2013). Suicide Respite Centre. London: The Maytree Respite Centre. Recuperado de <http://www.maytree.org.uk/>
- McDermott, E., Roen, K., & Scourfield, J. (2008). Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex, 10(8)*, 815-829. doi:10.1080/13691050802380974
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav, 38(4)*, 375-389. doi:10.1521/suli.2008.38.4.375 [pii]
- Medeiros, S. M., & Guimarães, J. (2002). Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciencia e saúde coletiva, 7(3)*, 571-579.
- Mehlum, L. (2009). The International Association for Suicide Prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention - A Global Perspective* (pp. 729 - 731). Washington: Oxford University Press.

- Meindl, J. N., & Ivy, J. W. (2017). Mass Shootings: The Role of the Media in Promoting Generalized Imitation. *Am J Public Health, 107*(3), 368-370. doi:10.2105/AJPH.2016.303611
- Meleiro, A. M. A. S. (2013). Atendimento de pacientes com comportamento suicida na prática médica. *Neuropsiquiatria, 70*(4), 22-27. Recuperado de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5659
- Merriam-Webster. (Ed.) (2017) *Merriam-Webster Dictionary*. Recuperado de <https://www.merriam-webster.com>
- Michaelis. (Ed.) (2018) *Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Melhoramentos . Recuperado de <http://michaelis.uol.com.br>
- Minayo, M. C. S. (1998). Violência auto inflingida: objeto da sociológica e problema para a saúde pública. *Cad Saude Publica, 14*(2), 421-428.
- Minayo, M. C. S. (2013). O desafio da pesquisa social. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & M. R. Gomes (Eds.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (33a. ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Minayo, M. C. S., Figueiredo, A. E. B., & Silva, R. M. (2016). *Comportamento Suicida de Idosos*. Fortaleza/CE: Edições UFC.
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2016). The legal status of suicide: A global review. *Int J Law Psychiatry, 44*, 54-74. doi:10.1016/j.ijlp.2015.08.032
- Munhoz, D. M. (2006). *Manual de abordagem técnica a tentativas de suicídio*. Matrícula Biblioteca Nacional N. 9779/17. Brasília: Fundação Biblioteca Nacional. Ministério da Cultura
- Munhoz, D. M. (2018). (comunicação pessoal, 16 de janeiro de 2018).
- NASP. (2011). SEYLE - Saving and Empowering Young Lives in Europe. Sweden: National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health. Recuperado de <http://ki.se/en/nasp/seyle-saving-and-empowering-young-lives-in-europe>
- Necchi, V. (2017). Imprensa deve tratar suicídio como fenômeno de saúde pública. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos - IHU ON-LINE, 515*, 46-48.
- Neiva, T. S., Vianna, L. G., & Moraes, C. F. (2015). Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 6*(2), 1418-1427. doi: <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v6i2.22477>
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., . . . Sonneck, G. (2010). Media and suicide. Papageno v Werther effect. *BMJ, 341*, c5841. doi:10.1136/bmj.c5841
- Notredame, C. E. (2016). Papageno program: When learners collaborate for a safer coverage of suicide. *European Psychiatry, 33*(Supplement), S29. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.851>

- Nova S/B. (2017). Dossiê sobre suicídio. São Paulo: Agência Nova S/B. Recuperado de <http://www.comunicaquemuda.com.br/dossie-sobre-suicidio/>
- Noyes, R., Jr. (1968). The taboo of suicide. *Psychiatry*, 31(2), 173-183. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00332747.1968.11023545>
- O Globo. (2018, 11 de janeiro de 2018). Youtube corta laços com Logan Paul após polêmica com vídeo de suicídio. *O Globo*. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/cultura/youtube-corta-lacos-com-logan-paul-apos-polemica-com-video-de-suicidio-22276856>
- O'Dea, B., Larsen, M. E., Batterham, P. J., Callear, A. L., & Christensen, H. (2017). A Linguistic Analysis of Suicide-Related Twitter Posts. *Crisis*, 38(5), 319-329. doi:10.1027/0227-5910/a000443
- Oliveira, V. M. (2011). *Competência em saúde mental (Mental Health Literacy): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil*. (Dissertação de Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- OMS. (2000a). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/7/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf
- OMS. (2000b). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da mídia*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf
- OMS. (2000c). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf
- OMS. (2008). *CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde* (7a. ed.). São Paulo, SP: EDUSP.
- OMS. (2015). *Global Burden of Disease*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/
- Orestano, F. (1913). *Pensieri. Um libro per tutti*. Italy: Edizioni Optima.
- Osafo, J. (2012). *Attitudes towards suicide: exploring the cultural meaning(s) of suicide in Guana*. (Tese de doutorado). Noruega: Norwegian University of Science and Technology. Recuperado de <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267883>
- Park, J., Choi, N., Kim, S. J., Kim, S., An, H., Lee, H. J., & Lee, Y. J. (2016). The Impact of Celebrity Suicide on Subsequent Suicide Rates in the General Population of Korea from 1990 to 2010. *J Korean Med Sci*, 31(4), 598-603. doi:10.3346/jkms.2016.31.4.598
- Parkes, C. M. (1998). *Luto*. São Paulo: Summus Editorial.
- Pauwels, N., & Notredame, C. E. (2015). From Weather to Papageno: a french student-based program of sensitization to the importance of responsible coverage of suicide. Recuperado de <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11645.pdf>

- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). 'People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *Int J Ment Health Nurs*, 25(3), 251-257. doi:10.1111/inm.12210
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications fo the Werther. *American Sociological Review*, 39, 340-354. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/doi/10.2307/2094294>
- Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., & Skehans, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27(2), 82-87. doi:10.1027/0227-5910.27.2.82
- Pirkis, J., Dare, A., Blood, R. W., Rankin, B., Williamson, M., Burgess, P., & Jolley, D. (2009). Changes in media reporting of suicide in Australia between 2000/01 and 2006/07. *Crisis*, 30(1), 25-33. doi:10.1027/0227-5910.30.1.25
- Pirkis, J., Mok, K., Robinson, J., & Nordentoft, M. (2016). Media influences on suicidal thoughts and behaviors. In R. C. O'Connor & J. Pirkis (Eds.), *The international handbook of suicide prevention* (2a. ed., pp. 743-757). West Sussex, UK: Willey Blackwell.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *J Psychosom Res*, 87, 22-29. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
- Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1994). Suicide risk: amplifiers and attenuators. In H. N. J. Pollone (Ed.), *The psychobiology of agression*. Binghamtom, NY: Haworth Press.
- Pomerleau, J., & McKee, M. (2005). *Issues in Public Health*. Berkshire, EN: Open University Press.
- Pompili, M., Mancinelli, I., & Tatarelli, R. (2003). Stigma as a cause of suicide. *Br J Psychiatry*, 183, 173-174. doi: 10.1192/bjp.183.2.173-a
- Pouliot, L., Mishara, B. L., & Labelle, R. (2011). The Werther effect reconsidered in light of psychological vulnerabilities: results of a pilot study. *J Affect Disord*, 134(1-3), 488-496. doi:10.1016/j.jad.2011.04.050
- Prado, A. (2011). *A duração do dia*. São Paulo: Editora Record. (2a. ed)
- Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. R. (2000). Adults mourning suicide: self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Stud*, 24(1), 1-19. doi: 10.1080/074811800200667
- QPR. (2013). Question Persuade Refer. QPR Institute. Recuperado de <https://qprinstitute.com>
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciencia e saúde coletiva*, 9(4), 1067-1078. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a27v9n4.pdf>
- REBRAPS. (2015). *Artigos: A prevenção do suicídio e as diretrizes da estratégia brasileira*. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio. Recuperado de <http://www.rebraps.com.br/2015/10/artigos.html>

- Retterstol, N., & Mehlum, L. (2001). Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow up. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: an unnecessary death* (pp. 125 - 131). London: Martin Dunitz.
- Reuters. (2018). Youtube remove parceria com Logan Paul após vídeo de suicida. *Exame*. Recuperado de <https://exame.abril.com.br/estilo-de-vida/youtube-remove-parceria-com-logan-paul-apos-video-de-suicida/>
- Rey, G., & Luis, F. (2011). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios* (M. A. F. Silva, Trans.). São Paulo: Cengage Learning.
- Rigo, S. C. (2017). *O suicídio e a (des)ordem médica*. Palestra apresentada durante o V Seminário de Prevenção do Suicídio no ES. Vitória. Recuperado de [http://www.sauesp.org.br/sps005/soraya-carvalho-rigo-o-suic%C3%ADdio-e-a-\(des\)ordem-medica.pdf](http://www.sauesp.org.br/sps005/soraya-carvalho-rigo-o-suic%C3%ADdio-e-a-(des)ordem-medica.pdf)
- Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S., & Herrman, H. (2016). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry*, *10*(2), 103-121. doi:10.1111/eip.12229
- Rockett, I. R. (2010). Counting suicides and making suicide count as a public health problem. *Crisis*, *31*(5), 227-230. doi:10.1027/0227-5910/a000071
- Rogers, J. R., & Lester, D. (2010). *Understanding Suicide: Why we don't and how we might*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Rukavina, T. V., Nawka, A., Brborovic, O., Jovanovic, N., Kuzman, M. R., Nawkova, L., . . . Lattova, Z. (2012). Development of the PICMIN (picture of mental illness in newspapers): instrument to assess mental illness stigma in print media. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *47*(7), 1131-1144. doi:10.1007/s00127-011-0419-z
- Runeson, B., & Asberg, M. (2003). Family History of Suicide Among Suicide Victims. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1525-1526.
- Rusch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv*, *57*(3), 399-402. doi:10.1176/appi.ps.57.3.399
- Sand, E., Gordon, K. H., & Bresin, K. (2013). The impact of specifying suicide as the cause of death in an obituary. *Crisis*, *34*(1), 63-66. doi:10.1027/0227-5910/a000154
- Saraceno, B. (2009). The World health Organization's role in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention - A Global Perspective* (pp. 723-725). Washington: Oxford University Press.
- SAVE. (2018). Suicide awareness voices of education. Recuperado de <http://www.save.org/>
- Scavacini, K. (2011). *Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities - The availability of services and an interventions plan in Brazil*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública), Karolinska Institutet, Stockholm.

- Scavacini, K. (2017a). Brazil - The Development of Suicide Postvention. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. T. Grad (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 271-276). Boston, EUA: Hogrefe.
- Scavacini, K. (2017b). Nas veredas da morte: o paciente com comportamento suicida. In F. S. R. Almendra (Ed.), *Psicologia em unidade de terapia intensiva: intervenções em situações de urgência subjetiva* (pp. 127-137). Rio de Janeiro, RJ: Atheneu.
- Schafer, M., & Quiring, O. (2015). The Press Coverage of Celebrity Suicide and the Development of Suicide Frequencies in Germany. *Health Commun, 30*(11), 1149-1158. doi:10.1080/10410236.2014.923273
- Schikaneder, E. (1990). *The Magic Flute: Libretto*. Metropolitan Opera Guild.
- Scocco, P., Castriotta, C., Toffol, E., & Preti, A. (2012). Stigma of Suicide Attempt (STOSA) scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) scale: two new assessment tools. *Psychiatry Res, 200*(2-3), 872-878. doi:10.1016/j.psychres.2012.06.033
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *J Psychosom Res, 94*, 39-46. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.12.016
- Scutti, S. (2018, 19 de Janeiro de 2018). Michael Phelps: "I am extremely thankful that I did not take my life". *CNN*. Recuperado de <http://edition.cnn.com/2018/01/19/health/michael-phelps-depression/index.html>
- Sherman, C., & Wedge, D. (2017). *The ice bucket challenge: Pete Frates and the fight against ALS* (2a. ed.). New England: ForeEdge.
- Shneidman, E. (1969). Fifty-eight years. In E. Shneidman (Ed.), *On the nature of suicide* (pp. 1-30). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shneidman, E. (1973). *Deaths of a man*. New York: Quadrangle.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, INC.
- Shneidman, E. (1987). A psychological approach to suicide. In G. Vandebos & B. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-182). Washington: American Psychological Association.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A clinical Approach to self-destructive behavior*. New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Silva, D. R. (2009). *E a vida continua... o processo de luto dos pais após o suicídio de um filho*. (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, D. R. (2015). Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In G. Casellato (Ed.), *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido* (pp. 111-128). São Paulo: Summus Editorial.

- Silverman, Y., Smith, F., & Burns, M. (2013). Coming together in pain and joy: A multicultural and arts-based suicide awareness project. *The arts in psychotherapy*, 40(2), 216-223. doi:10.1016/j.aip.2013.02.003
- Siqueira, R., & Cardoso, H. (2011). O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, 2(1). Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/127032>
- SPA (Produtor). (2014, 19 de janeiro de 2018). The Official Suicide Prevention Australia AudioBoom Channel. Recuperado de <https://itunes.apple.com/au/podcast/suicide-prevention-australia/id1076488619?mt=2>
- SPRC. (2001). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action - Risk and Protective Factors for Suicide*. Newton, MA: Suicide Prevention Resource Center
- SPRC. (2017). *Effective Suicide Prevention*. Suicide Prevention Resource Centre Recuperado de <https://www.sprc.org/effective-suicide-prevention>
- SPRC. (2018a). *Promote Social Connectedness and Support*. Suicide Prevention Resource Centre Recuperado de <http://www.sprc.org/comprehensive-approach/social-connectedness>
- SPRC. (2018b). *Strategic Planning*. Suicide Prevention Resource Centre. Recuperado de <http://www.sprc.org/effective-prevention/strategic-planning>
- Stack, S. (1987). Celebrities and suicide: a taxonomy and analysis, 1948-1983. *Am Sociol Rev*, 52(3), 401-412. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11613886>
- Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health*, 57(4), 238-240. Recuperado de <http://jech.bmj.com/content/jech/57/4/238.full.pdf>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2a edição ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*, 32(2), 136-142. doi:10.1176/appi.ap.32.2.136
- Suécia. (2014). *Policies and programmes for suicide prevention*. Stockholm: Karolinska Institutet. Recuperado de <http://ki.se/en/nasp/policies-and-programmes-for-suicide-prevention>.
- Sueki, H. (2015). The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: a cross-sectional study of young internet users in Japan. *J Affect Disord*, 170, 155-160. doi:10.1016/j.jad.2014.08.047
- Tam, J., Tang, W. S., & Fernando, D. J. (2007). The internet and suicide: A double-edged tool. *Eur J Intern Med*, 18(6), 453-455. doi:10.1016/j.ejim.2007.04.009
- Tarozzi, M. (2011). *O que é grounded theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados* (C. Lussi, Trans.): Vozes.

- Taylor, S. J., Kingdom, D., & Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatr Scand*, 95(6), 457-463.
- Thorson, J., & Öberg, P.-A. (2003). Was there a suicide epidemic after Goethe's Werther? *Archives of Suicide*, 7(1), 69-72. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/doi/10.1080/13811110301568>
- Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*, 337, a2205. doi:10.1136/bmj.a2205
- Todd, C. (2017). Amanda Todd Legacy. Recuperado de <http://www.amandatoddlegacy.org/>
- Toro, G. V. R. (2016). *Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia), USP, São Paulo.
- Tousignant, M., Mishara, B. L., Caillaud, A., Fortin, V., & St-Laurent, D. (2005). The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter: the case of Gaetan Girouard. *Soc Sci Med*, 60(9), 1919-1926. doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.054
- Tuffani, M. (2018). De onde vem o dinheiro para pesquisas das universidades dos EUA? *Direto da ciência*. Recuperado de <http://www.diretodaciencia.com/2018/01/27/de-onde-vem-o-dinheiro-para-pesquisa-das-universidades-dos-eua/>
- Turato, E. R. (2003). *Psicologia da saúde: Estudos Clínico-Qualitativos*. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (3a edição ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- TUSP. (2015). Uma ciranda de nomes com estórias a se entrecruzar. Recuperado de <http://www.usp.br/tusp/?portfolio=uma-ciranda-de-nomes-com-estorias-se-entrecruzar>
- Tzeng, W. C., & Lipson, J. G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qual Health Res*, 14(3), 345-358. doi:10.1177/1049732303262057
- UN. (1996). *Prevention of suicide guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations.
- Valle, T. G. R., & Kovács, M. J. (2014). Análise do conteúdo de sites que abordam o suicídio. *Boletim de Psicologia*, 64(140). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432014000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21(2), 108-104. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>
- Vieira, E. M., & Ximenes, V. M. (2008). Conscientização: Em que interessa esse conceito à psicologia. *Psicologia Argum.*, 26(52), 23 - 33.

- Vincent, T. (2013). Raising awareness, generating hope. *Michigan Bar Journal*(July). Recuperado de <https://www.michbar.org/file/journal/pdf/pdf4article2236.pdf>
- Von Dem Knesebeck, O., Mnich, E., Angermeyer, M. C., Kofahl, C., & Makowski, A. (2015). Changes in depression stigma after the Germanwings crash - Findings from German population surveys. *J Affect Disord*, *186*, 261-265. doi:10.1016/j.jad.2015.07.029
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da Violência: Os Jovens do Brasil*. Brasília: Flacso Brasil Recuperado de http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf.
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi, S., . . . Postuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, *12*, 776. doi:10.1186/1471-2458-12-776
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: An unnecessary death*: Ed Martins Dunits.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., . . . Hoven, C. W. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *10*, 192. doi:10.1186/1471-2458-10-192
- Wasserman, D., & Mann, J. J. (2009). The International Academy of Suicide Research. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention - A Global Perspective* (pp. 733 - 734). Washington: Oxford University Press.
- Wasserman, D., & Wasserman, C. (2009). *Oxford textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*: Ed Oxford Press.
- Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Westerlund, M., Hadlaczky, G., & Wasserman, D. (2012). The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res*, *14*(5), e122. doi:10.2196/jmir.1979
- WHO. (2008). *Preventing Suicide: How to start a survivors group*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2010). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- WHO. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Switzerland: WHO Press Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.
- WHO. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Luxemburg: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

- WHO. (2017). Suicide rates (per 100 00 population). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
- Wikipedia. (2018). Podcasting *Wikipedia*. Recuperado de <https://pt.wikipedia.org/wiki/Podcasting>
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Asberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scand J Caring Sci*, 17(3), 293-300. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x
- Williams, C. K. (1997). Vilanela da mãe suicida. (C. Machado Trad.) Recuperado de <http://www.elenafilme.com/livro/vilanela-da-mae-suicida/>
- Williams, C. L., Cero, I., Gauthier, J. M., & Witte, T. (2018). An examination of the latent factor structure and construct validity of the stigma of suicide scale-short form. *Death Stud*. doi:10.1080/07481187.2017.1416431
- Wilson, A., & Clark, S. (2005). *South Australian Suicide Postvention Project*. Adelaide: Department of Health. Recuperado de https://hekyll.services.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/24871/1/South_Australian_Suicide_Postvention_Report.pdf
- Xavier, C. (1995). *Nosso Lar*. São Paulo, SP: Feb.
- Yontef, G. (1998). *Processo, diálogo e awareness: ensaios em Gestalt Terapia*. São Paulo, SP: Summus Editorial.
- Zucchi, E. M., Paiva, V. S. F., & Junior, F. I. (2013). Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma intervenção crítica. *Temas em Psicologia*, 21(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>

ANEXOS

Os ANEXOS encontram-se em formato digital, no CD que acompanha o estudo, divididos na seguinte ordem:

- Anexo A – Roteiro Norteador do Grupo Focal
- Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Anexo C – Transcrição do Grupo Focal encontro 1
- Anexo D - Transcrição do Grupo Focal encontro 2
- Anexo E – Roteiro de Perguntas C1
- Anexo F – Roteiro de Perguntas C9
- Anexo G – Transcrição da entrevista piloto para qualificação
- Anexo H – Relato da Observadora
- Anexo I – Codificação Grupo Focal 1
- Anexo J – Codificação Grupo Focal 2
- Anexo K – Codificação Roteiro de Perguntas C1
- Anexo L – Codificação Roteiro de Perguntas C9
- Anexo M – Visão Geral das Anotações (*memos*)
- Anexo N – Tabela dos Códigos
- Anexo O – Diário de Bordo
- Anexo P – Segmentos Codificados
- Anexo Q – Colaboradores
- Anexo R - Parecer Consubstanciado do CEP