

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

O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda

Artur Mamed Cândido
Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2011

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

O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda

Artur Mamed Cândido

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos Requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.
Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2011

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
PsiCC/PCL/IP/UnB

O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda

Artur Mamed Cândido

Banca Examinadora

Brasília, 16 de dezembro de 2011

Prof. Dr. Marcelo Tavares (Presidente)
PCL/UnB

Prof. Dra. Daniela Yglesias de Castro Prieto (Membro Externo)
IESB

Prof. Dra. Sheila Giardini Murta (Membro Interno)
PCL/UnB

Prof. Dr. Maurício da Silva Neubern (Suplente)
PCL/UnB

LAMENTO

Sono e morte, as tenebrosas águias
Rodeiam a noite inteira essa cabeça:
A imagem dourada do homem
Engolida pela onda fria
Da eternidade.

Em medonhos recifes
Despedaça-se o corpo purpúreo
E a voz escura lamenta
Sobre o mar.

Irmã de tempestuosa melancolia
Vê, um barco aflito afunda
Sob estrelas,
Sob o rosto calado da noite.

Georg Trakl, 1910

(Tradução de Alexandre Humell)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu orientador, por todas as coisas que me ensinou, pela confiança e por algumas das mais enriquecedoras lições que me acompanharão durante o meu caminho profissional e acadêmico.

Agradeço as parceiras Vanessa Seidler, Luciana Brasil, Elis Regina Lousado, pela ajuda efetiva e fundamental que prestaram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço aos amigos Maria Helena dos Santos, Mariana Bertelli Pagotto, Hugo de Almeida e Solange Rego pela ajuda e disponibilidade gentil.

Agradeço a Cristina Moura, cujo trabalho despertou meu interesse pelas vivências de luto, pela disponibilidade para trocas enriquecedoras.

Agradeço aos professores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, por terem introduzido e estimulado questionamentos e olhares que, mesmo eu estando longe, continuam se fazendo presentes no meu modo de pensar e fazer psicologia.

Agradeço aos meus sogros, Jussara e Fernando, por todo o suporte dado para que esse projeto de vida se concretizasse.

Agradeço, sobretudo, a Nanda e a Sofia, meus maiores objetos de vinculação e cuidado, meu fôlego, meu suspiro e minha base.

DEDICO ESSE TRABALHO

Aos meus pais Amaro e Ralime, a minha esposa Fernanda e minha filha Sofia - seja bem-vinda ao mundo querida!

Aos que colaboraram com este trabalho, compartilhando, muitas vezes em lágrimas, algumas das experiências mais dolorosas de suas vidas. Estou certo de que sua coragem foi o reflexo de sua generosidade e esperança. Faço voto de que a luz do entendimento, das orações e do amor apazigúe seus corações. Pois, na provisória cartografia de nossa alma, diante daquilo que nos é dado conhecer, apenas o entendimento, a fé e o amor podem, de fato, inundar certos abismos. Somente eles podem tornar a travessia realmente possível.

Índice

RESUMO.....	08
ABSTRACT.....	09
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: DO TRABALHO DE LUTO À RECONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADO: EVOLUÇÕES DA COMPREENSÃO DE LUTO DA PSICOLOGIA MODERNA À CONTEMPORÂNEA.....	18
1.1 - A psicanálise e a noção de trabalho de luto: Freud, Deutsch e Klein.....	20
1.1.a - O luto segundo Freud.....	20
1.1.b - Contribuições psicanalíticas posteriores: Helene Deutsch e Melanie Klein.....	23
1.1.c - O legado do pensamento psicanalítico para a compreensão do luto.....	28
1.2 - O Modelo Psiquiátrico do Luto: Lindemann e Caplan.....	29
1.2.a - Erich Lindemann: o luto enquanto uma síndrome.....	31
1.2.b - O luto enquanto matéria de interesse da psiquiatria.....	33
1.2.c - Gerald Caplan: o conceito de crise e suas relações com o luto.....	34
1.3 - Segunda Metade do Século XX e Primeira Década do Século XXI: da Teoria do Vínculo a Teoria da Reconstrução de Significado.....	37
1.3.a - John Bowlby e a Teoria do Vínculo.....	37
1.3.b - A premência da vinculação afetiva.....	38
1.3.c - O Luto na Teoria do Vínculo: Modelo das Fases do Luto.....	41
1.3.d - Outros modelos teóricos baseados em <i>fases</i> ou <i>estágios</i> de luto.....	43
1.3.e - A descrição dos fatores determinantes para a qualidade do luto.....	46
1.3.f - Parkes e a Teoria das Transições Psicossociais.....	48
1.3.g - As Perdas Traumáticas: a dissolução do mundo presumido.....	53
1.3.h - O Modelo do Processo Dual do Luto.....	56
1.3.i - Robert Neimeyer e a perspectiva construtivista do luto: para além dos sintomas, a busca pelo sentido.....	60
1.4 - Nossos dias: Iconoclastia e reintegração.....	65
CAPÍTULO 2: O SUICÍDIO E O SEU LEGADO: ASPECTOS DA MORTE AUTO-INFLINGIDA E DO PROCESSO DE LUTO DADO EM SUA CONSEQUÊNCIA	73
2.1 - O problema do suicídio e a questão dos sobreviventes de suicídio: a extensão do problema.....	78
2.1.a - Os Números do Suicídio.....	79
2.1.b - A questão dos sobreviventes de suicídio.....	80
2.1.c - Obstáculos comuns à pesquisa acerca do luto por suicídio.....	82
2.2 - A compreensão do suicídio.....	84
2.2.a - A compreensão do suicídio pelo viés epidemiológico.....	84
2.2.b - A compreensão do suicídio pelo viés da clínica psicológica: Freud e Menninger.....	87
2.2.c - A psicodinâmica do suicídio segundo Edwin Shneidman.....	91
2.2.d - O Suicídio pela perspectiva Sistêmica.....	94
2.3 - O legado emocional do suicídio: o enlutamento por suicídio.....	97
2.3.a - Estressores atribuíveis às peculiaridades da morte por suicídio.....	99
2.3.b - Os processos sociais que circundam os enlutados.....	103
2.3.c - O impacto do suicídio no sistema familiar.....	106
2.3.d - Padrões disfuncionais de interação familiar precedentes ao suicídio.....	106

2.3.e - Padrões disfuncionais de interação familiar posteriores ao suicídio.....	107
2.3.f - O aumentado risco de suicídio entre enlutados por suicídio.....	109
2.3.g - Os efeitos de uma morte por suicídio na coesão familiar.....	110
2.3.h - Os efeitos do suicídio no padrão de comunicação dos sistemas familiares.....	112
CAPÍTULO 3: A METODOLOGIA.....	112
3.1 - Do problema e da eleição do método.....	112
3.2 - Dos objetivos da pesquisa.....	115
3.3 - Dos participantes.....	116
3.4 - Do instrumento de coleta de informações e sua aplicação: da postura do entrevistador e do <i>setting</i> de aplicação.....	116
3.5 - Procedimentos de acesso aos entrevistados.....	118
3.6 - Cuidados Éticos.....	119
3.7 - O Método de Análise dos Dados.....	120
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	121
4.1 - Sobre a dificuldade em falar sobre a perda e sua influência na composição da amostra.....	122
Categoria 1 - Antecedentes da perda: contextos e vulnerabilidades.....	124
Categoria 2 - O luto por suicídio: experiências e elaborações.....	132
A. Suicídio: uma morte diferente que lança desafios maiores para os enlutados.....	133
B. Suicídio: uma morte inesperada, violenta e traumática.....	135
C. Momentos iniciais do luto: Negação, torpor e reações físicas.....	141
D. Raiva, desespero e o intenso desejo de reparar a presença da pessoa perdida.....	144
E. Culpa e acusação.....	146
F. Conflitos e questionamentos existenciais.....	148
G. Ambivalência entre o desejo de evitar e o desejo de recompor as memórias do falecido e dos eventos associados à morte.....	150
H. A retomada da própria vida e a saudade.....	152
I. Mudanças definitivas na visão de mundo e de si mesmo.....	155
Categoria 3 - O luto por suicídio: estratégias de enfrentamento e suporte psicossocial.....	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	181
ANEXOS.....	190

RESUMO

O luto representa um processo de transição *psicossocial* cujo impacto se faz sentir em amplas e variadas dimensões de nossas vidas. Uma perda pode nos lançar num estado de vulnerabilidade e risco psicossociais severos. Estes riscos justificam a relevância da busca por uma maior compreensão dos processos de luto pela clínica psicológica.

Estudos sugerem que a perda gerada em função de uma morte por suicídio figura como um caso especial. Embora não seja um consenso, este modo de morte vem sendo associado a riscos psicossociais mais significativos para os enlutados. Os enlutados por suicídio podem representar uma população suscetível a uma série de vivências mais intensas e complicadas que aquelas esperadas no processo de luto dito normal.

Buscamos contribuir para a compreensão clínica das experiências vividas por aqueles que perderam alguém afetivamente significativo em função de uma morte por suicídio. A partir da metodologia *clínico-qualitativa* e de uma *análise de conteúdo*, pudemos tecer reflexões pertinentes a respeito do profundo significado desta perda na vida de oito colaboradores.

O conhecimento angariando por uma ampla revisão teórica e a análise das informações coletadas a partir de uma entrevista semi-estruturada nos possibilitou tecer aproximações pertinentes em relação ao campo de experiências dos chamados “sobreviventes de suicídio”.

Empreendemos não só uma compreensão sobre os impactos e significados do suicídio na vida destas pessoas, mas também, reflexões sobre os recursos e estratégias de enfrentamento utilizados para adequar esta perda ao andamento de suas vidas.

Palavras-Chave: enlutamento por suicídio, transição psicossocial, estratégias de enfrentamento, reconstituição de significados

ABSTRACT

Grief represents a psychosocial transition process that reflects in the wide and varied dimensions of our lives. The complex set of reactions that takes place due to a significant loss can place us into a state of severe psychosocial vulnerability and risk. These risks justify the relevance of establishing an understanding of the mourning processes by clinical psychology.

Studies point loss generated due to a death suicide appears as a special case. This way of death may be associated to psychosocial risks that are more significant to the bereaved. This population is susceptible to a variety of more intense and complicated reactions than those expected in normal grieving.

In this work we aim to contribute to the understanding of clinical experiences lived by those people who lost someone affectively significant by suicide. From the *clinical qualitative* methodology and from a careful analysis of content, we could pertinently reflect upon the deep significance of this loss in the lives of eight employees.

Through the knowledge raised by a broad literature review and information collected on the application and analysis of a semi-directed interview, it could be established relevant approaches to the experiences lived by the “survivors of suicide”. We did not study only the understanding of suicide impacts in the lives of these people, but we also researched the resources and coping strategies used to adjust this loss at the progress of their lives.

Key-words: bereavement by suicide, psychosocial transition, coping strategies, assumptive world

INTRODUÇÃO

O equilíbrio emocional do ser humano depende, em grande parte, do jogo dinâmico de perdas e aquisições de objetos investidos de significado afetivo. Nosso próprio desenvolvimento pressupõe o exercício constante da capacidade de lidarmos com as mudanças sucessivas que se apresentam no decurso de nossas vidas. Podemos definir as crises psicológicas como um conjunto de vivências dadas em função de situações novas e potencialmente transformadoras, que nos impulsionam a adquirir mecanismos de enfrentamento que não possuímos (Simon, 1984).

Tais situações geram insegurança, ansiedade e a necessidade de nos reestruturarmos. Uma crise pode encontrar seu desfecho tanto no desenvolvimento de um novo repertório de respostas adaptativas, quanto no acúmulo das vulnerabilidades geradas por respostas inadequadas. No primeiro caso, há uma sensação de crescimento e o indivíduo se vê fortalecido, no segundo, ele se sente fracassado e incapaz para enfrentar novos desafios. Sente-se mesmo como se houvesse uma estagnação em sua vida. Isto explica porque o desfecho inadequado de uma crise é capaz de lançar os indivíduos em uma condição de vulnerabilidade psicossocial.

Face às instabilidades geradas por aquisições como o nascimento de um filho ou um novo emprego, o enfrentamento de situações de perda como a morte, a separação ou o abandono, representa um desafio maior e mais importante. Certamente, aprendemos muito com aquilo que a vida nos oferece de novo, mas a perda nos cobra um aprendizado mais profundo. Este aprendizado sugere a aceitação de nossos limites, a aceitação das contradições e das rupturas inerentes à nossa própria condição. Ela nos cobra o desenvolvimento de um repertório de respostas novas, capazes de promover a retomada paulatina da vida e a restauração do equilíbrio perdido.

Desde o seu primeiro momento, a vida nos impõe uma sucessão de perdas de grande variedade de objetos concretos e abstratos. Porém, dentre todas as perdas que podemos experimentar, aquelas provocadas pela morte de alguém amado são as que têm o potencial de gerar os impactos mais severos. Nossa existência é tanto caracterizada pela transitoriedade, como pela premência do estabelecimento de vínculos afetivos. Ao passo em que estes elementos se fundem na definição daquilo que somos eles também fazem da perda uma experiência inevitável e um dos mais significativos desafios que podemos enfrentar.

Chamamos de luto “todo o conjunto complexo das reações fisiológicas, psicológicas, comportamentais e sociais dadas em função da perda de uma pessoa (geralmente por morte) ou coisa significativa” (Dunne, Dunne-Maxin & McIntosh, 1987, citado por Cvinar, 2005, pg.1). Durante o período de luto, vivemos um verdadeiro processo de *transição psicossocial*. Com a morte de alguém afetivamente importante, geralmente se inicia um processo complexo de mudanças que altera vastas dimensões de nossas vidas. O luto representa um processo de crise que exige um grande investimento emocional no processo de sua resolução. A magnitude desta crise e os riscos a ela associados explicam sua relevância na prática da clínica psicológica. Eles revelam a considerável influência que o luto exerce nos processos que culminam em estados de sofrimento psíquico grave (Parkes, 1998).

Porém, na mesma medida em que a vivência da perda oferece riscos, o seu enfrentamento integra a oportunidade e a necessidade de estabelecermos novas crenças e atitudes. O luto nos força a assumir novos papéis e posicionamentos frente a aspectos variados de nossas vidas. Dão-se mesmo, através do processo de luto, mudanças profundas no nosso sentido de identidade e *self*. De tal modo, mesmo sendo uma experiência traumática, o luto não deve ser considerado um processo patológico. Ele é, antes, um conjunto amplo de reações normais e esperadas, que se desenrolam em consequência do profundo impacto que a morte de alguém afetivamente importante traz (Parkes, 1998).

É fato inegável, entretanto, que o luto é um elemento sempre presente na clínica médica e psicológica. O luto é um dos grandes responsáveis pelo afluxo de pacientes aos consultórios e clínicas. Sabemos hoje, que muitas das pessoas que buscam serviços dos profissionais de saúde, podem estar apresentando queixas que, numa escuta mais atenta, revelam-se associadas às reações geradas por uma perda recente. Do mesmo modo, psicólogos, médicos e terapeutas sabem que o processo de luto pode seguir tanto um rumo que o leve a uma “resolução saudável”, como pode enveredar por caminhos mais tortuosos. Sabemos também, que muitos daqueles que atravessam processos complicados de luto, podem precisar de suporte terapêutico especializado (Parkes, 1998).

Ainda há muita discussão sobre o que, exatamente, pode ser definido como luto normal e luto complicado. Mesmo assim, os estudos que avaliam os fatores que condicionarão o rumo do processo de luto apontam para o fato de que dentre as variáveis que podem exercer influência mais significativa situam-se chamadas “causas e circunstâncias da morte”. Estas variáveis sugerem que o modo e as circunstâncias da morte são considerados fatores relevantes para o caminho que os enlutados seguirão no processo de enfrentamento da perda, definindo se o seu luto será complicado ou não (Bowlby, 1985).

Entre os diversos modos de morte capazes de tornar o luto complicado, figura um caso especial; trata-se da morte por suicídio. Não sem contestação, parte considerável da literatura especializada tem nos oferecido meios para afirmar que enlutados por suicídio estão suscetíveis a uma variedade de riscos mais significativos em termos de saúde mental. Vários autores defendem que algumas peculiaridades da morte por suicídio estão associadas à vivências que se somam e intensificam as experiências esperadas no luto dito “normal”. Algumas vivências próprias aos enlutados por suicídio podem estar associadas a maiores dificuldades no enfrentamento da perda, o que aumenta a possibilidade de viverem o chamado “luto complicado”.

Emoções como o desespero, a culpa, a raiva e as atitudes de acusações que parecem ser muito comuns no luto provocado por suicídio, estão relacionados a um elevado potencial de risco à saúde mental dos indivíduos. Por isso, Bowlby (1982) nos chama atenção para a impressionante esteira de psicopatologia que a morte por suicídio provoca. Para este autor, os impactos de uma morte por suicídio podem representar um legado funesto, capaz de se estender não só aos sobreviventes imediatos, mas também aos seus descendentes.

Stephen. E. Brock (2003) nos diz que as reações complicadas do luto dado em função de um suicídio podem incluir: desorientação, raiva do falecido, tendência a imputar responsabilidades, desinteresse pelo trabalho, desesperança, alterações no sono e de apetite, culpa, tendência ao isolamento, vergonha, depressão, ideação suicida, abuso de substâncias e estresse pós-traumático. Percebe-se que é comum que os indivíduos de uma família de enlutados por suicídio não suportem o peso das acusações mutuamente infligidas, e que o sistema familiar se desintegre frente às pressões intoleráveis dos afetos relacionados. Sendo comum evidenciarmos nestas famílias o acirramento de conflitos e os padrões disfuncionais de interação preexistentes à morte.

A respeito do impacto da morte auto-infligida na vida dos enlutados, a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002) define experiências desta população como “uma jornada que pode ser acompanhada por uma dor excruciante, devastadora e traumática” (pg.5). Neste mesmo documento, esta agência pontua que tabus sociais, religiosos e culturais costumam cercar a vida destes enlutados, podendo tornar ainda mais difícil para eles atravessarem os desafios deste processo. Em muitas sociedades, a morte por suicídio ainda é amplamente percebida como decorrente de falhas, tanto da vítima como de seus familiares, cônjuges e amigos. Historicamente, o suicídio sempre foi objeto de preconceitos e estigmas. As arraigadas representações sociais do suicídio concorrem para o fato de que a perda de alguém querido acabe sendo vivida como um verdadeiro estigma social, uma pesada imputação de

culpa que lhes impede acessar o suporte social necessário no decurso de seu processo de luto. Enfim, estamos falando de um conjunto de vivências de um grupo de indivíduos que tem se tornado cada vez maior (OMS, 2000).

É para aqueles que viveram a perda de alguém querido por suicídio que este trabalho volta seu olhar. Buscamos estabelecer uma maior familiaridade com a complexidade de fatores inerentes às experiências dos que perdem um familiar, um cônjuge ou um amigo por suicídio. Visamos, assim, contribuir para a compreensão clínica das vivências desta população, de modo a suscitar reflexões a respeito do profundo significado desta perda em suas vidas. Num plano prático, entendemos que esta tarefa se expressa tanto na compreensão do modo como eles percebem os impactos deste modo de perda, como na identificação dos recursos e estratégias de enfrentamento utilizadas para ajustar estes impactos ao andamento de suas vidas. Partimos do entendimento de que a compreensão destas vivências é o mais fundamental dos requisitos para a construção de estratégias eficazes em ajudar os indivíduos desta população e embasar reflexões a respeito do melhor manejo psicoterapêutico e suporte psicossocial.

Nosso propósito requer, portanto, a articulação de três grandes complexidades: a complexidade do luto, a complexidade do suicídio e a complexidade da clínica psicológica. Esta articulação integra e condiciona o corpo de cada um dos capítulos que se seguem.

No primeiro capítulo, intitulado “Do Trabalho de Luto à Reconstrução de Significado: Evoluções da compreensão de luto da psicologia moderna à contemporânea” buscamos desdobrar um panorama histórico e crítico dos principais conceitos psicológicos referentes à vivência do luto. Nesta revisão teórica, nosso percurso seguirá desde a abordagem intrapsíquica introduzida por Sigmund Freud com *Luto e Melancolia* (1917/1996), até as noções contemporâneas que abordam o luto enquanto um processo de *transição psicossocial* e de *reconstrução de significados*. Acompanharemos como, neste movimento, a difundida

tônica conferida à caracterização do luto como um conjunto definido de *reações* e *sintomas* foi, aos poucos, cedendo lugar para a emergência de um olhar que o define enquanto um processo complexo de reconstrução subjetiva.

Neste primeiro capítulo, daremos ênfase em especial a algumas das leituras contemporâneas do luto. Nosso trajeto desenhará um panorama cronológico, cujos pontos de articulação serão as noções de luto saudável, luto patológico e as modalidades terapêuticas fundamentadas nestas noções. Ao final desta seção, propomos reflexões a respeito da necessidade de uma abordagem do luto enquanto fenômeno multidimensional, o que exige uma visão complexa e capaz de integrar e articular as contribuições de uma grande diversidade de teorias nascentes.

Em nosso segundo capítulo, intitulado “O suicídio e o seu legado: aspectos da morte auto-inflingida e do processo de luto dado em sua consequência”, buscamos tecer um maior entendimento dos fatores comuns às experiências daqueles que perderam um familiar, um cônjuge ou um amigo por suicídio. O objeto de nossas investigações situa-se justamente na intersecção entre duas das complexidades citadas: a do suicídio e a do luto. Nossas reflexões serão balizadas pelo conhecimento estabelecido por estudiosos de diversas linhas que tentaram lançar luzes sobre o significado destas experiências. Serão abordados alguns métodos e tentativas de explicação desse fenômeno. Nele, apresentamos também, uma visão panorâmica da extensão do problema do suicídio no Brasil e no mundo. Nossa expectativa é oferecer ao leitor a exata noção do tamanho do problema em questão.

Entendemos que num plano prático, a tarefa de tecer uma caracterização do impacto da morte por suicídio na vida de familiares, amigos e cônjuges, deve contemplar mais do que uma simples descrição das *reações* e *sintomas* que compõem o processo de luto. Não podemos nos privar do diálogo sobre a própria questão dos significados atribuídos à perda por suicídio. Se partirmos de uma definição do luto enquanto um *processo complexo de*

reconstrução subjetiva, nos cabe enfatizar as mudanças que se processam ao nível do universo de concepções dos enlutados, e ao modo como eles conferem sentido às suas experiências. Esta tarefa, por consequência, nos leva a uma série de outras questões que tornam imprescindível uma reflexão profunda sobre os meandros da afetividade e da perda.

O terceiro capítulo deste trabalho consiste na exposição de nossa metodologia empírica. Foi conduzida neste estudo, a partir da *metodologia clínico-qualitativa* e da *análise temática de conteúdo*, uma criteriosa e detalhada análise de oito entrevistas clínicas com enlutados por suicídio. Os temas focados nestas entrevistas tiveram a função de evocar e colher, em seu *statu nascendi*, as mais amplas e relevantes construções de sentido sobre os significados atribuídos pelos sobreviventes às suas vivências. Estes procedimentos serviram ao nosso propósito de estabelecer um nível de compreensão das vivências subjetivas e das representações que envolvem a perda por suicídio.

Em nosso terceiro capítulo, portanto, elencamos os objetivos desta pesquisa, justificando a escolha do nosso método. Apresentamos o nosso instrumento de pesquisa, nossas considerações éticas e metodológicas quanto a sua aplicação e descrevemos, em detalhes, cada um dos procedimentos empíricos realizados.

No quarto capítulo, intitulado “Resultados e discussões”, destacamos a terceira das grandes complexidades citadas: a complexidade da *clínica psicológica*. Apresentamos os resultados, as discussões, a interpretação e algumas propostas inferenciais sobre o conteúdo identificado nas falas dos entrevistados. Neste capítulo, desenrola-se a discussão das categorias temáticas que emergiram em nossa análise.

Tendo como mote as falas dos entrevistados, conduziremos as propostas de reflexão que justificam os esforços no desenvolvimento de nosso trabalho. Ao relacionar estas falas ao conhecimento angariado em nossa revisão teórica, iremos propor reflexões sobre os impactos do suicídio e sobre os recursos de enfrentamento utilizados pelos enlutados. Buscaremos

também tecer reflexões sobre o papel da rede de apoio em fornecer o suporte necessário aos enlutados.

Fechamos nosso trabalho com o quinto e último capítulo, dedicado às considerações finais. Fazemos um resumo dos principais resultados de nossa pesquisa, discutimos sua relevância no campo da clínica e do suporte social aos enlutados por suicídio. Neste capítulo concluímos nosso empreendimento, certos de termos contemplado cada um dos objetivos inicialmente propostos. É preciso ressaltar que nossas expectativas em relação à conclusão deste trabalho envolveram mais do que propriamente uma proposta de reflexão sobre os significados da perda por suicídio. Elas envolveram também uma proposta à reflexão sobre o próprio *fazer clínico* e sua importância como instrumento de apoio aos indivíduos que atravessarem períodos de grande crise e transição em suas vidas.

CAPÍTULO 1 -

DO TRABALHO DE LUTO À RECONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADO: EVOLUÇÕES DA
COMPREENSÃO DE LUTO DA PSICOLOGIA MODERNA À CONTEMPORÂNEA

A formação e a manutenção de vínculos afetivos seguros é parte importante de nossa vida psicológica, mas, paradoxalmente, nossa existência é profundamente marcada pela impermanência e pela transitoriedade. Em um ou mais momentos de nossas vidas, nos confrontamos com a dor gerada pela facticidade de perdermos as pessoas que mais amamos. A vinculação e o compromisso que tornam possível a nossa existência, e que conferem sentido e valor às nossas relações, parecem cobrar como preço o fato de sermos todos vulneráveis ao sofrimento da perda (Parkes, 2009). A experiência do luto, por isso, parece ser um elemento universal e inerente à nossa própria condição, uma parte daquilo que nos constitui enquanto humanos (Bonanno, 2009).

Datam do início do século XX, os primeiros esforços no sentido de descrever e explicar - nos moldes da ciência e do debate teórico - as reações e vivências subjetivas daqueles que perdem alguém afetivamente importante. A partir deste período, evidenciou-se o desenvolvimento de modelos explicativos que alimentaram debates e moldaram grande parte da visão que temos hoje do luto. Vinculadas a estes modelos, surgiram também definições diversas sobre as fronteiras que separavam o dito *luto normal* do chamado *luto complicado*, além de uma série de propostas terapêuticas que pretendiam ajudar os enlutados a atravessar satisfatoriamente este processo.

As pesquisas empíricas, sem exceção, mostraram que uma grande variedade de fatores tem influência no modo como o processo de luto se expressa na vida de cada pessoa. No atual panorama dos estudos sobre o luto, sabemos que mesmo tomadas em conjunto, os modelos explicativos disponíveis ainda não foram capazes de abarcar toda complexidade de elementos

que compõem o processo de luto. Cada modelo que surge lança luz a um aspecto diferenciado do luto, sendo preciso, para apreciarmos a devida complexidade deste fenômeno, partir de um olhar capaz de integrar em si uma grande variedade de teorias. Uma possibilidade, no sentido de tecermos uma compreensão mais ampla do fenômeno do luto, pode ser a de considerarmos as principais teorias propostas, a partir de uma perspectiva histórica.

Neste trabalho, portanto, buscamos desdobrar um panorama dos processos de construção, estabelecimento, confrontação e sobreposição dos principais conceitos referentes à vivência do luto no campo da psicologia. Revisaremos o percurso traçado pelas principais linhas e modelos explicativos, ressaltando suas respectivas contribuições para a formação do entendimento que temos hoje deste processo.

Como poderemos acompanhar, os estudiosos do luto foram testemunhas de mudanças que seguiram o próprio desenvolvimento da psicologia enquanto corpo de conhecimento. Uma sucessão de mudanças paradigmáticas que trouxeram repercussões, tanto no que diz respeito aos seus métodos de abordagem, como na própria eleição dos seus objetos de reflexão.

Da abordagem intrapsíquica introduzida por Sigmund Freud com *Luto e Melancolia* (1917/1996), até as noções contemporâneas que percebem o luto enquanto um processo de *transição psicossocial* e de *reconstrução de significados*, vários modelos explicativos se sucederam. Neste movimento, a tônica tradicionalmente conferida à caracterização do luto como um conjunto definido de *reações* e *sintomas* foi, aos poucos, cedendo lugar à emergência de um olhar que o define enquanto um *processo complexo de reconstrução subjetiva*. Este novo olhar enfatiza as mudanças que se processam ao nível das concepções que conferem sentido, regularidade e um senso de segurança à nossa existência. Ele integra, em si, a percepção da complexidade e da magnitude das construções que formam nossos *modelos mentais de mundo*. Em outros termos, trata-se de uma abordagem que privilegia uma

visão do ser humano enquanto um *ser produtor de concepções sobre o mundo* e sobre a sua realidade.

A expressão “luto” é comumente usada na psicologia em referência às reações complexas que se processam em função dos mais variados tipos de perda. Ela pode ser usada em situações tão diversas como para definir a perda de um objeto, de um ideal, de uma pessoa, de um *status*, ou mesmo de uma abstração. Reconhecemos a pertinência de uma visão capaz de compreender o luto como um fenômeno mais amplo e inerente a própria vida. Entretanto, para os fins de conferir clareza aos objetivos deste trabalho, valorizaremos as teorias que abordam a compreensão do luto enquanto o conjunto de reações complexas geradas em decorrência da *perda por morte* de uma pessoa - em especial, de uma pessoa amada. Esta definição deve incluir em si a totalidade das reações fisiológicas, sociais e psicológicas, que definem os processos e as vivências subjetivas que se iniciam no momento da perda e que culminam na recuperação dos enlutados. Por “recuperação”, compreende-se aqui um maior ou menor nível de adequação dos impactos da perda ao curso da vida dos enlutados.

1.1 - A psicanálise e a noção de trabalho de luto: Freud, Deutsch e Klein

1.1. a - O luto segundo Freud

O artigo *Luto e Melancolia*, publicado em 1917 por Sigmund Freud (1856 - 1939), é considerado o marco inaugural dos debates sobre o luto no campo das ciências. Antes dele, a maioria dos escritos sobre o luto era de cunho filosófico ou religioso. Embora, a intenção de Freud em *Luto e Melancolia* fosse oferecer contribuições para a compreensão dos estados melancólicos, essa obra acabou por exercer influência considerável nas construções teóricas sobre o luto até os nossos dias (Bonanno & Kaltman, 1999). Trata-se de um trabalho seminal,

na medida em que tornou definitivamente o luto um tema de estudo da psicologia, lançando as bases das modernas teorias sobre o luto.

O maior legado de *Luto e Melancolia*, para as teorias modernas do luto foi a introdução do conceito de *trabalho de luto* e de uma primeira diferenciação, entre o que seria uma reação saudável à perda e o caminho patológico desta reação. A diferenciação que Freud tece entre *trabalho de luto* e *trabalho de melancolia* está na raiz das definições posteriores de luto normal e luto complicado.

O *trabalho de luto* é definido por Freud como um processo psicológico cujo objetivo é a retirada da libido que foi investida em um objeto que se tornou inexistente. Este processo se configura pela repetição dos testes de realidade que, paulatinamente, vão liberando o ego do investimento libidinal vinculado a um objeto que deixou de existir. Para Freud (1917/1996), a natureza dolorosa deste processo se deve à dificuldade com que as pessoas abandonam uma posição libidinal estabelecida. Esta resistência é muitas vezes tão grande, que dá lugar ao que Freud chamou de “*psicose alucinatória carregada de desejo*”, uma tentativa do psiquismo para preservar a posição libidinal que o objeto ocupava (Freud, 1917/1996).

Freud afirmou também, que durante o período em que se realiza o trabalho de luto, os enlutados tornam-se profundamente desinteressados pelo mundo externo, sendo tomados pelo desânimo e inibição de toda e qualquer atividade. Então, gradualmente e à custa de grande dispêndio de energia, prevalece o respeito pela realidade e os sujeitos retomam o mesmo nível do funcionamento anterior, podendo reinvestir sua energia libidinal em novos objetos.

Freud defendia que, durante o *trabalho de luto*, a pessoa enlutada deveria retirar o investimento libidinal do objeto que se tornou inexistente, e direcionar sua energia em outras áreas da vida. O luto é um processo geralmente longo e doloroso, que acaba por se resolver na medida em que o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido. Para Freud, na grande maioria das vezes, o *trabalho de luto* não chega a ser completo. Porém, mesmo

diante do reconhecimento do comprometimento temporário que afasta os enlutados de suas atividades normais, Freud foi claro ao defender que, de modo algum, o luto pode ser considerado um processo patológico. O *trabalho de luto*, segundo Freud, é um processo normal que tende a se dissipar com o tempo e não requer tratamento médico ou qualquer tipo de intervenção profissional. Para Freud, qualquer intervenção no processo de luto, além de inútil, poderia ser danosa (Freud, 1917/1996).

Por outro lado, o *trabalho de melancolia* representava uma modalidade de reação à perda - alternativa ao trabalho de luto - cuja natureza era da ordem das patologias. Freud via a melancolia como uma espécie de vicissitude malfadada da vivência de uma perda. Este caminho subjetivo estaria, primordialmente, associado a uma estruturação psicológica específica do sujeito por ela acometido.

Em 1917, Freud percebia como patológica a manutenção prolongada da relação emocional com um objeto inexistente, uma característica fundamental dos estados melancólicos. Para ele, isto se explica uma vez que na melancolia existe a emergência de uma intensa ambivalência em relação ao objeto perdido. A relação com o objeto é complicada por um profundo conflito inconsciente, que se dá na medida em que o ódio e o amor pelo mesmo objeto se contrapõem. Enquanto o ódio procura separar a libido do objeto, o amor a este objeto procura defender a posição da libido contra este assédio. Esta ambivalência inconsciente impede a retirada do investimento libidinal do objeto perdido e, por consequência, a retomada do investimento de energia em outras áreas da vida (Freud, 1917/1996).

Freud explica que a chave para o entendimento deste processo era indicada pelo fato de que as auto-recriminações, tão frequentes na melancolia, na verdade poderiam ser interpretadas como recriminações feitas ao objeto amado e perdido. De algum modo, na melancolia, *a sombra do objeto perdido* recaiu sobre o ego do melancólico. Estas

recriminações foram deslocadas do objeto para o ego do próprio paciente por um processo conhecido como *identificação* - um mecanismo de defesa característico nas escolhas objetivas de ordem narcísica (Freud, 1917/1996).

Deste modo, enquanto o *trabalho de luto* consiste num processo de desligamento da libido que foi investida em um objeto que se perdeu, no *trabalho de melancolia* este processo se torna complicado em função da forte ambivalência e da identificação que o ego deposita neste objeto. De um modo sucinto, podemos dizer que para Freud, é mais difícil renunciarmos aos objetos quando uma parte de nós mesmos se vê perdida nele, e quando alimentamos fortes sentimentos ambivalentes por ele.

No campo dos estudos psicológicos do luto, o conceito de *trabalho de luto* introduzido por Freud tornou-se um verdadeiro paradigma. Traduzia a noção de que o luto é um processo normal, que cumpre uma função psíquica específica. Em *Luto e Melancolia*, Freud mostrava-se fiel a uma idéia expressa quatro anos antes, quando, em *Totem e Tabu* (1913/ 1996), ele defendia a noção de que o luto tinha a função de “desligar dos mortos as lembranças e esperanças dos sobreviventes” (Freud, 1913/1996, p.87). Este conceito ganhou várias releituras na evolução posterior das diversas noções que identificaram no luto saudável uma tarefa, um trabalho, um curso ou um objetivo específico a ser alcançado.

1.1.b - Contribuições psicanalíticas posteriores: Helene Deutsch e Melanie Klein

Nas duas décadas seguintes, as referências a *Luto e Melancolia* mantiveram-se dominantes no campo de estudos sobre o luto. Freud nunca expandiu suas afirmações sobre o conceito de *trabalho de luto*, nem tornou a tratar sobre o tema de modo tão direto (Bonanno, 2009, p.18). Apesar disso, a noção de *trabalho de luto* perdurou, sendo levada a frente pelos seus seguidores. Outros trabalhos importantes advindos da psicanálise na primeira metade do século passado foram o de Helene Deutsch (1884-1982) intitulado *A Ausência de*

Luto (1937), e o de Melanie Klein (1882-1960) chamado *O Luto e suas Relações com Estados Maníaco-depressivos* (1940).

Vinte anos depois de Freud ter descrito o *trabalho de melancolia* como um caminho mal-fadado de reação à perda, Deutsch defendeu um viés de interpretação do luto que resultou na inserção da noção de *luto patológico* no campo dos estudos sobre luto.

De fato, Deutsch foi a primeira a tratar de alguns aspectos do luto nos termos de uma patologia (Granek, 2010). Em seu ensaio intitulado “*A Ausência de Luto*” de 1937, ela afirma ser “um fato conhecido que o trabalho de luto nem sempre segue um curso normal” (Deutsch, 1937, p.12). Assim, ela sugere ser uma noção amplamente compartilhada que o trabalho de luto poderia seguir um caminho excessivamente intenso, violento ou prolongado, a ponto da cronicidade. Nem mesmo Freud, em 1917, até aquele momento defendera tão categoricamente que o luto poderia ter uma expressão patológica (Bonanno, 2009).

Em seus estudos, Deutsch se concentrou na descrição de um estado psicológico que considerava como patológico a ausência de reações de luto. Baseando-se em observações clínicas de quatro pacientes com quadros sintomáticos diversos, percebeu que alguns dos sintomas apresentados por eles tinham sua origem em dificuldades pregressas em concluir o *trabalho de luto*. Estas dificuldades eram explicadas, segundo Deutsch (1937), pela incapacidade destes indivíduos vivenciarem o processo de luto e de levá-lo ao seu devido termo. O ego destas pessoas não estaria suficientemente desenvolvido para suportar tal processo. Sendo assim, para elas, o luto acabava por tomar desvios, podendo ser mascarado, adiado ou mesmo podendo apresentar-se em condutas aberrantes ou mal-adaptadas.

Deutsch introduziu, com suas reflexões sobre os efeitos da ausência de luto, uma percepção fundamental que perdura até os nossos dias. Ela introduziu a noção de que é importante para o curso saudável do luto, que os enlutados possam expressar e entrar em contato com seus sentimentos. Está implícita aí, a visão do *trabalho de luto* como uma

necessidade psicológica. Um processo doloroso que precisa ser vivido por completo, e que exige dos enlutados um grau de amadurecimento psicológico para realizar-se.

Tornava-se comum, a partir deste ponto, a idéia de que um luto não vivido ou reprimido pode emergir na forma de manifestações patológicas. A idéia de que, enquanto afetos reprimidos de natureza agressiva ou amorosa estiverem vinculados ao objeto perdido, e impedirem a fluência do luto *trabalho de luto*, este permanecerá incompleto. É necessário, portanto, que a vinculação afetiva com o morto seja resolvida. A noção de ausência de luto será base de modalidades terapêuticas que buscarão incentivar e dirigir processos de expressão, contato, ou mesmo de uma “revivência” de sentimentos entre aqueles que vivem o luto patológico. Deutsch (1937) acreditava que a psicanálise clássica poderia ser benéfica, na medida em que era capaz de oportunizar espaços privilegiados de expressão, onde os sujeitos poderiam trazer à tona os seus sentimentos encobertos e não vividos em completude.

Outra noção, que aparentemente deriva desta idéia, é a de que o processo de luto pode ser interrompido por determinados fatores ou circunstâncias externas, e que esta interrupção pode ser capaz de acarretar dificuldades futuras para os enlutados. A interrupção do trabalho de luto pode trazer consequências como a vivência adiada do luto, ou mesmo certa impressão de que a morte não ocorreu. Dentre as circunstâncias mais comuns, podemos citar o adiamento ou a não participação no enterro, uma doença ou a preocupação com algum familiar doente ou idoso, uma segunda morte na família.

Joan Didion (2005) cita uma explicação do doutor dada por Vamik D. Volkan, professor de psiquiatria da Universidade de Virginia, para o que ele e o seu grupo de pesquisa chamam de “*terapia de revivência de luto*”, uma técnica desenvolvida naquela universidade para o tratamento de pessoas em processo de “luto patológico”. Citamos esta passagem do livro *O Ano do Pensamento Mágico* de Joan Didion, para ilustrar a noção acima exposta. A respeito da terapia de revivência de luto, o doutor Volkan escreveu:

Auxiliamos o paciente a rever as circunstâncias da morte: como ocorreu, a reação do paciente ao ver o corpo, o desenrolar do sepultamento ou da cremação, a missa, a cerimônia fúnebre etc. Se a terapia estiver indo bem, a raiva geralmente aparece; de início, meio difusa, depois direcionada ao outro e, por fim, direcionada ao falecido. A *catarse* através das *ab-reações*, o que é chamado de *revivência emocional* pode ocorrer e demonstrar ao paciente a realidade de seus impulsos reprimidos. Utilizando o nosso conhecimento da psicodinâmica da necessidade que o paciente tem de manter vivo o ente querido que se foi, poderemos então explicar e interpretar o relacionamento que existiu entre o paciente e o falecido. (Volkan (s.d.), citado por Didion, 2005, pg 57)

Outra concepção importante, também atribuída à Deutsch, relaciona-se ao fato dela ter defendido que, devido à imaturidade do seu desenvolvimento psíquico, as crianças não estavam capacitadas à vivência completa de um trabalho de luto. A perda que era experimentada por elas restringia-se apenas ao nível da ansiedade de separação – um conceito usado desde Freud para designar a ansiedade, muito evidente em crianças, de perder ou separar-se de alguém amado (Bowlby, 1960).

Em 1940, com *O Luto e suas Relações com Estados Maníaco-depressivos*, Melanie Klein partia de um ponto de vista radicalmente diferente do de Deutsch. Dizia ela, que as crianças não apenas estavam capacitadas ao luto, mas também o faziam (Bowlby, 1982).

Neste trabalho, escrito enquanto a própria Klein vivenciava o luto pela morte de seu filho mais velho, ela sugere que, diante de uma perda, os adultos revivem experiências remotas de perdas e ansiedades psicóticas infantis. A morte de Hans a fez atravessar um período profundo de luto, lançando-a num estado de introspecção e isolamento em que ela

pôde entrar em contato com experiências remotas de sua própria história (Cintra & Figueiredo, 2008).

Dentro de uma compreensão psicanalítica da dualidade saúde-doença como pontos complementares de um mesmo *continuum*, Klein percebia o luto como uma espécie de *patologia temporária*. Em função do curso normal da vida, ela entendia à época, que o luto representava um momento propício ao aprofundamento das relações do sujeito com seus objetos internos. Para ela, os indivíduos vivenciam o luto como o despedaçamento de seu mundo, com uma sensação de caos interno, mas, que desse caos, também pode brotar um sujeito mais forte e amadurecido (Cintra & Figueiredo, 2008).

Klein (1940) compreendia que a perda de uma pessoa amada sempre reativa a *posição depressiva* infantil - um estado do desenvolvimento no qual o bebê começa a ter condições de reconhecer as imagens de *mãe boa e mãe má*, como referentes à mesma pessoa. Na raiz da vivência de um luto, ela acreditava estar à qualidade da resolução da *posição depressiva* infantil. Para Klein, todo luto representa uma reedição, uma regressão a um luto arcaico e é fundamentalmente associado ao momento da perda do seio da mãe na infância, cujo clímax é vivido no período do desmame.

Klein (1940) acreditava que as perdas trazem uma reativação da culpa vivida na *posição depressiva*, incitando os indivíduos a entrar em contato com os seus objetos internos constituídos na infância. Ao contrário do período de desmame, Klein (1940) defendia que no luto, a mãe real não mais se encontrará presente para ajudar o enlutado a consolidar e reforçar os objetos internos bons. Resta, por isso, a eles transformar a dor em algo positivo, buscando objetos capazes de substituir o que foi perdido, ou uma espécie de sublimação da dor.

Klein (1940) via o luto como uma vivência potencialmente benéfica, sobretudo quando era sólida a *internalização de objetos bons*. Ela não propôs, de um modo tão claro quanto Deutsch, a necessidade de intervenções psicanalíticas para ajudar os enlutados a

atravessarem as agruras deste processo. Entretanto, é importante frisar que o luto não era o tema central de suas observações, à época Klein estava mais interessada na questão do desenvolvimento infantil do que no luto propriamente dito.

1.1.c - O legado do pensamento psicanalítico para a compreensão do luto

Os pensamentos de Freud, Deutsch e Klein inauguraram a noção de que o luto tem uma função específica a desempenhar no curso do desenvolvimento psíquico. Freud, em particular, define esta função como o *desinvestimento (descatexia)* e a *sublimação* da energia libidinal vinculada a um objeto que deixou de existir. Embora Freud nunca tenha tentado abordar o luto enquanto uma patologia, o conceito de *trabalho de luto* acabou por engendrar uma grande influência na maior parte das teorias que se seguiram. Resultam deste conceito, inclusive as diversas visões que descrevem o luto complicado e o associam às patologias psiquiátricas (Parkes, 2010).

É atribuído aos autores associados à psicanálise, o mérito de terem propagado a noção de que a qualidade das vivências de luto está relacionada à história do desenvolvimento emocional dos indivíduos, e aos processos de estruturação de seu universo subjetivo. Além disso, eles foram os primeiros a defender que, embora não haja um padrão de normalidade claramente definido, os caminhos patológicos do luto são representados pela cronificação, pela intensidade ou mesmo pela ausência das respostas emocionais relativas ao *trabalho de luto*. Nasceu, então, com a psicanálise, a noção de que os destinos possíveis do luto estão vinculados a afetos cuja origem pode se encontrar arraigada na história afetiva dos indivíduos. Sentimentos como a raiva, a culpa e a ambivalência em relação aos objetos perdidos e internalizados seriam subjacentes ao próprio modo como o trabalho de luto se desenrolaria.

O destino e a qualidade do processo de luto emergem da interação dos estressores atuais com experiências infantis remotas. Os afetos que nascem desta interação deverão ser

elaborados pelos indivíduos, na medida de suas possibilidades. Cabe então, a uma delicada conjunção entre a intensidade destes afetos e a força egóica dos indivíduos, o próprio destino subjetivo do luto. Trata-se, portanto, de uma perspectiva que associa o devir do processo de luto à própria história e qualidade da constituição da vida subjetiva dos indivíduos.

1. 2 - O Modelo Psiquiátrico do Luto: Lindemann e Caplan

Bowlby (1982) nos chamou atenção para o fato de que, mesmo oriundas de uma base metodológica comum, as proposições teóricas de Klein e Deutsch sobre o luto infantil chegaram a conclusões opostas. Ele nos lembrava que ambas as autoras partem de inferências sobre as fases iniciais do desenvolvimento psicológico, realizadas através da análise de indivíduos adultos e emocionalmente perturbados. Lembrava-nos, também, que nenhuma das duas teorias foi verificada pela observação direta do modo como as crianças comuns respondem à perda.

Com estas observações, Bowlby (1982) pretendia denunciar o que, segundo ele, seria a ausência de uma base de dados empiricamente fundamentados, capazes de conferir valor científico aos constructos de então. De fato, as duas primeiras décadas de abordagem científica do luto, foram marcadas por elaborações psicanalíticas construídas pelas observações e interpretações clínicas de um número muito limitado de sujeitos. Porém, a partir da década de 40, o influxo de novos modelos advindos de linhas teóricas diversas da psicanálise se fez notar. As contribuições de diversos campos do saber destituíram da psicanálise a exclusividade que vinha desfrutando no entendimento do luto, e acabaram por impor um diálogo que marcou a segunda metade do século XX e início do século XXI.

Se por um lado, a Freud atribui-se o mérito de ter inserido o luto no mapa dos estudos psicológicos, a Erich Lindemann (1900-1974) é conferido o mérito de ter descrito detalhadamente a “cartografia” deste novo território. Embora seja reconhecida a grande

influência da psicanálise nas contribuições de Lindemann, a “cartografia do luto” que ele inaugura é fruto de observações sistemáticas das reações de luto, submetidas aos parâmetros da pesquisa científica objetiva. Seu modo pioneiro de abordagem do luto foi representativo do modelo psiquiátrico, que evidenciou um grande crescimento nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial. Seus estudos ofereceram uma nova perspectiva de compreensão do luto à, então, hegemônica, abordagem psicanalítica. Com Lindemann, o luto deixava de ser apenas objeto de reflexão da psicanálise, passando a um objeto de estudo da psiquiatria também. Isso significou a introdução dos métodos típicos desta disciplina, como - os métodos quantitativos e experimentais - nos estudos do luto (Graneck, 2010).

A visão de Lindemann sobre luto é fruto de uma geração de psiquiatras que procurou expandir o domínio de sua disciplina, saindo do, então, restritivo universo dos hospitais psiquiátricos para abarcar o universo da saúde e do bem-estar coletivo. Estes profissionais viam a necessidade de categorizar as doenças mentais e estabelecer métodos diagnósticos eficazes e empiricamente fundamentados. Os esforços iniciados pelos psiquiatras desta geração culminaram na criação do Manual de Diagnósticos Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM, como um dos principais artefatos de organização desta disciplina em sua busca pela legitimação de seu *status* de ciência (Graneck, 2010).

Através do DSM, a psiquiatria buscava descrever e listar as mais variadas afecções e transtornos de ordem mental. E “desde que foi publicada a primeira edição deste manual em 1972, a Associação Americana de Psiquiatria inclui o luto no grupo de ‘outras condições que podem ser foco de atenção clínica’” (Parkes, 1998, pg. 22). A circunscrição do luto nesta categoria, ao mesmo tempo em que ressalta sua importância como um foco de atenção na prática clínica, isenta-o de representar uma categoria diagnóstica por si só.

1.2.a - Erich Lindemann: o luto enquanto uma síndrome

Em 1942, Lindemann trabalhava como chefe da psiquiatria no Hospital Geral de Massachusetts em Boston. Neste ano, o incêndio da boate *Coaconut Groove*, uma tragédia de grandes proporções, possibilitou-lhe realizar um extensivo e sistemático estudo com familiares de muitos dos quase quinhentos jovens que perderam suas vidas neste episódio repentino. A estes indivíduos, somaram-se muitos outros que foram tecendo uma rede de relatos sobre as vivências dos enlutados. As observações de Lindemann, ancoradas numa abordagem médica, concentraram-se nos efeitos traumáticos da tragédia, nos processos de crise e enfrentamento gerados pelas perdas vividas e na descrição das reações emocionais comuns aos enlutados.

Em seu trabalho de 1944, intitulado *Symptomatology and Management of Acute Grief*, Lindemann sintetizou o resultado de suas pesquisas. Este é considerado o primeiro estudo a apresentar uma pesquisa pautada nos princípios da cientificidade e da objetividade, com um número considerado de pacientes enlutados (101 indivíduos).

Lindemann defende que o luto agudo representava um quadro “notavelmente uniforme”, uma síndrome com sintomatologia composta de elementos somáticos e psicológicos. Ele descreve pela primeira vez, em detalhes, uma lista de reações que comumente se seguem a uma perda:

Comumente, no luto agudo, o enlutado experimenta uma sensação de tristeza somatizada que ocorrem em ondas, com duração de vinte minutos a uma hora a cada vez, sensação de aperto na garganta, de falta de ar por causa da respiração curta, necessidade de suspirar e uma sensação de vazio no abdome, falta de energia muscular e uma intensa tristeza descrita como tensão ou sofrimento mental. (Lindemann, 1944, pg.145)

Lindemann (1944) também identificou em alguns casos outras reações como insônia, falta de concentração, falha de memória, comportamentos extremamente repetitivos. Estes

sintomas pareciam mais frequentes entre os enlutados por morte repentina. Não era incomum que pessoas vivendo a fase aguda do luto expressassem preocupação com seu estado mental, achando que estavam ficando loucas ou que seu sofrimento apenas ficaria pior. Lindemann (1944) também pontuou que os enlutados adoeciam com mais frequência, e que o luto representava uma “porta aberta” para os mais diversos problemas de saúde.

Dentre algumas das reações psicológicas comuns ao luto, Lindemann (1944) elencou as preocupações com a imagem do falecido, a culpa, reações de intensa hostilidade, alterações nos padrões de comportamento e despersonalização - experiência na qual os enlutados sentiam a si mesmos e aos acontecimentos ao redor como algo irreal. Para este autor, devido à intensa irritabilidade, é comum que o enlutado evite contatos sociais, e que ocorram grandes alterações no convívio com amigos e familiares. Lindemann identificou também, em alguns enlutados, a presença de tensão, agitação, insônia, sentimentos de inutilidade e auto-acusação. Além disso, ele frisou que, em decorrência de sentimentos intensos de auto-acusação, poderia surgir no enlutado um forte desejo de punição que, por sua vez, poderia ser associado à intensificação de ideação suicida entre alguns enlutados (Moura, 2006).

Ao descrever sua lista de sintomas comuns ao processo de luto, Lindemann acaba por lançar critérios para a identificação do luto complicado. Autores como Parkes (1998) e Bonanno (2008) lembram que o pensamento de Lindemann (1944) foi fortemente influenciado pelos achados psicanalíticos sobre o luto. Bonanno (2008) chegou a afirmar que, se não fosse pela obra de Lindemann (1944), possivelmente o conceito de *ausência de luto* introduzido por Helene Deutsch teria sumido do mapa. Segundo Bonanno (2008), Lindemann foi o responsável pelo resgate da obra de Deutsch. Lindemann defendia que o luto representa uma síndrome capaz de se apresentar de um modo adiado, exagerado ou aparentemente ausente; como se os sintomas que formam a “síndrome típica” pudessem se reconfigurar num quadro distorcido: o luto complicado ou patológico (Moura, 2006).

Logo nas primeiras sentenças de *Symptomatology and Management of Acute Grief*, Lindemann (1944) expõem suas razões para considerar o luto como um objeto de investigação da psiquiatria. Questiona a postura dos seus colegas que, à época, negligenciavam a relevância deste tema como objeto de interesse da psiquiatria. Seus argumentos são os seguintes:

Num primeiro olhar, o luto não se parece com uma desordem médica ou psiquiátrica, no sentido estrito da palavra, mas, uma reação normal a uma situação estressante. Não obstante, o entendimento de reações às situações traumáticas, mesmo que não estas sejam claramente definidas como neuroses, tem se tornado foco de interesse crescente para a psiquiatria. (Lindemann, 1944, pg.01)

1.2.b - O luto enquanto matéria de interesse da psiquiatria

Além de uma descrição dos sintomas do luto, talvez, o aspecto mais relevante da obra de Lindemann tenha sido a introdução do tema do luto enquanto matéria de interesse da psiquiatria. O modelo médico de abordagem do luto inaugurado por Lindemann o autorizava a defender o pleno envolvimento dos psiquiatras no tratamento dos enlutados. Os psiquiatras eram os únicos que dispunham das melhores ferramentas para o manejo clínico do trabalho de luto, tanto em suas dimensões somáticas, quanto em seus aspectos psicológicos (Granek, 2010).

Lindemann defendia que a intervenção de profissionais da psiquiatria seria um fator decisivo no rumo e na duração de um processo de luto. Para ele, o manejo adequado das reações de luto era uma atitude capaz de prevenir possíveis alterações no ajustamento social do paciente, bem como evitar potenciais complicações em seu estado clínico geral. A principal tarefa dos psiquiatras no cuidado com os enlutados era a de fornecer ajuda,

encorajando seus pacientes a compartilhar sua dor, desvincular-se da ligação do falecido e encontrar novas e gratificantes interações. Ele defendia que esta tarefa poderia se realizar num período aproximado de 8 a 10 consultas (Parkes, 2010).

Os psiquiatras, segundo Lindemann, eram os profissionais mais competentes para intervir no processo de luto, aliviando os sintomas físicos, orientando seus pacientes nos processos de: desvinculação afetiva, adequação à sua nova realidade e formação de novos laços afetivos. Os psiquiatras teriam a competência de monitorar se o *trabalho de luto* seguia um curso normal ou não. Outros profissionais e cuidadores não-psiquiatras como padres, psicólogos, assistentes sociais, poderiam, em certa medida, desempenhar este papel. Mas Lindemann dava aos psiquiatras uma posição de destaque (Granek, 2010).

Parkes (1998) aponta que o trabalho de Lindemann, mesmo priorizando uma intervenção médica, gerou um grande interesse no tema do luto e lançou as sementes para o surgimento de várias formas de terapias. Em consequência, muitos terapeutas, psiquiatras e não-psiquiatras, entusiasmaram-se adotando interpretações, por vezes um tanto simplistas, de que a *terapia do luto* consistiria basicamente em encorajar os enlutados a expressar a sua dor, ou realizar o seu *trabalho de luto*. Parkes (2006) nos lembra que, hoje em dia, muitos estudos têm mostrado que a grande maioria dos enlutados não necessita e não obtêm nenhum tipo de benefício com qualquer modalidade de terapia. No entanto, estes estudos também revelam que uma minoria de enlutados, os que de fato apresentam riscos maiores, pode sim obter ajuda destas modalidades terapêuticas (Currier, Holland, & Neimeyer, 2007; Forte, Hill, Pazder, & Feudtner, 2004; Schut, Stroebe, van den Bout, & Terheggen, 2001, citado por Parkes, 2010).

1.2. c - Gerald Caplan: o conceito de crise e suas relações com o luto

Além das contribuições ao entendimento das vivências de luto, o trabalho de Lindemann exerceu grande influência na consolidação da psiquiatria comunitária nos EUA,

sendo seminal para a construção da *Teoria das Crises* e da *Intervenção em Crise*. Os serviços criados por ele, e que eram originalmente direcionados a pessoas em luto agudo, estenderam-se. Além de enlutados, sua equipe do Hospital Geral de Massachusetts, passou a atender outros tipos de pessoas. Pessoas que atravessavam várias situações diferentes de crises. Foi, em continuidade ao trabalho de Lindemann e por sua inspiração, que um de seus colegas, o eminente psiquiatra Gerald Caplan, levou à frente relevantes contribuições à formulação de sua *Teoria das Crises* (Aguar in. Cordioli, 1998).

Lindemann e Caplan foram os principais responsáveis pelo estabelecimento de um quadro teórico referencial voltado a conceitualização e o entendimento das crises psicológicas. Com eles, nascia um campo relativamente novo dentro da psicologia: a *Teoria das Crises*. Seus trabalhos trouxeram contribuições relevantes ao entendimento e à abordagem dos processos de crise psicológica, e dos períodos de grande estresse, mudanças e trauma.

Como objeto privilegiado de investigação da *Teoria das Crises*, o entendimento das situações de estresse como as que se evidenciam no *luto* avançou muito. Esse avanço, em grande parte deriva do trabalho de Gerald Caplan e seus colegas do *Laboratório de Psiquiatria Comunitária*, na *Escola de Medicina de Harvard*. Atualmente, a *Teoria das Crises* é um dos pilares das pesquisas sobre luto (Parkes, 1998).

No contexto destas pesquisas, o termo “crise” é usado para designar situações importantes de estresse, de duração limitada, que colocam em risco a saúde mental dos indivíduos. Crises são vivências que alteram o modo habitual de comportamento das pessoas envolvidas, bem como suas circunstâncias e seus planos, levando-os à necessidade de um trabalho psicológico que requer tempo e energia para o seu desfecho.

Na mesma medida em que situações de crise representam riscos, também oferecem às pessoas a oportunidade - e a obrigação - de abandonarem as suas velhas concepções sobre o mundo. A sucessão das crises ao longo do processo vital tem, portanto, o potencial de

impulsionar os indivíduos na descoberta de novas concepções, num verdadeiro movimento de reposicionamento ininterrupto frente à vida. As crises representam, portanto, grandes desafios pessoais e parte fundamental do próprio desenvolvimento psicológico humano (Parkes, 1998).

Porém, quando a tensão exercida por determinada situação-problema excede certo patamar de gravidade, há rebaixamento no nível de funcionamento e um decréscimo na capacidade de enfrentamento dos indivíduos. Em certas circunstâncias de crise, o nível de tensão pode fazer com que o problema exceda a capacidade do indivíduo de oferecer uma resposta adequada, além disso, muitos indivíduos apresentam vulnerabilidades adquiridas ao longo da vida, que por si só, reduzem ainda mais esta capacidade. É daí que surgem as respostas mal-adaptadas, os afetos e os sintomas psicopatológicos. As respostas que as pessoas encontram para enfrentar situações de crise envolvem atitudes de enfrentamento e afastamento e, muitas vezes, elementos de ambas. Pode-se dizer que cada indivíduo desenvolve um limite próprio de tolerância à ansiedade. Como forma de defesa, os indivíduos muitas vezes se afastam psicologicamente de situações estressoras (Parkes, 1998).

Este modelo de compreensão e abordagem das crises nasceu, originalmente, nos estudos de Lindemann sobre luto. No decurso de sua consolidação, foi sendo configurado para explicar uma ampla gama de outras situações de vida para além do luto. Hoje, representa um campo emancipado de estudos, que engloba o fenômeno do processo de luto, que em seu contexto, passa a ser definido nos termos de um período de crise e vulnerabilidade psicológica severa. As contribuições da *Teoria das Crises*, desenvolvidas por Lindemann e Caplan no contexto da psiquiatria norte-americana das décadas de 40 e 50 são, atualmente, elementos imprescindíveis para a visão contemporânea do processo de luto e de muitas outras formas de crise psicológica.

1.3 - Segunda Metade do Século XX e Primeira Década do Século XXI: da Teoria do Vínculo a Teoria da Reconstrução de Significado

As evoluções do pensamento sobre o luto, a partir da segunda metade de século XX, tornam-se marcadas por intenso diálogo interdisciplinar. Este diálogo culminou na construção de modelos explicativos que assimilaram os elementos da Psiquiatria, da Psicanálise e da Teoria do Apego, além de elementos oriundos da evolução em outras áreas do conhecimento. O debate acalorado e a sinergia entre estas linhas teóricas passaram a marcar o pensamento sobre o luto, deste momento até os nossos dias.

1.3.a - John Bowlby e a Teoria do Vínculo

A segunda metade do século XX foi um período fértil em que se tornou cada vez mais difícil abordar o fenômeno do luto negligenciando seu caráter de multidimensionalidade e complexidade. Esta transformação se deu, em grande parte, em função das proposições introduzidas pelos teóricos associados à chamada Teoria do Vínculo.

Na década de 50, a colaboração do psicanalista, psiquiatra e psicólogo inglês John Bowlby (1907-1990) com outros proeminentes pesquisadores, deu origem a um dos mais influentes e completos modelos explicativos do luto no século passado. Este modelo, hoje chamado de Teoria do Vínculo ou Teoria do Apego, nasceu com o objetivo precípuo de conceituar a propensão dos seres humanos ao estabelecimento de fortes vínculos afetivos entre si. Sua evolução trouxe explicações para múltiplas formas de transtornos emocionais e de personalidade, além de fenômenos como a ansiedade, a raiva, a depressão e o desligamento emocional que a separação e a perda involuntária dão origem (Bowlby, 1982).

Entre as décadas de 50 e 70, a Teoria do Vínculo foi ganhando maturidade e aceitação, na medida em que pesquisadores dos mais diversos campos chegaram a resultados compatíveis e capazes de fomentar uma base consensual, significativa a sua consolidação

enquanto corpo teórico. Hoje ela tem o *status* de um corpo teórico amplo, formado por conceitos oriundos da etologia, da cibernética, da teoria do processamento da informação, da psicologia do desenvolvimento. Ao longo de sua existência, ela vem enriquecendo a visão sobre os laços afetivos entre mãe e bebê, a visão sobre as reações emocionais provocadas por uma separação involuntária, sobre os efeitos da privação afetiva e sobre o processo de luto (Bowlby, 1982).

Para Bowlby (1982), a Teoria do Vínculo incorpora muitos elementos da psicanálise, divergindo dela, entretanto, por adotar novos elementos advindos de ciências diversas e por dispensar alguns de seus conceitos, como energia psíquica e impulso. É conferido, portanto, a esta teoria, o mérito de ser pautada em conceitos que, embora psicológicos, são compatíveis com os achados da neurofisiologia e da biologia do desenvolvimento. Além disso, os estudiosos a ela associados têm como propósito fomentar uma maior proximidade com os métodos habituais de uma disciplina científica (Bowlby, 1982).

1.3.b - A premência da vinculação afetiva

A Teoria do Vínculo sugere que a vida afetiva do ser humano, desde o nascimento, é fundamentalmente caracterizada pela premência do estabelecimento e manutenção dos vínculos afetivos. Estudos comparando o comportamento de crianças e animais sociais - notadamente primatas - permitiram aos seus teóricos definir a formação dos *vínculos afetivos* como o processo de estabelecimento de um elo entre a criança e o cuidador, cuja função primeira é garantir a segurança e a sobrevivência da criança.

A vinculação afetiva se expressa no *comportamento de ligação* que, em suma, é qualquer forma de comportamento - como choro, procura ou chamamento - que resulte no estabelecimento e manutenção da proximidade com algum outro indivíduo diferenciado e preferido, usualmente, alguém que forneça cuidados, proteção ou zelo (Bowlby, 1982).

O comportamento de ligação é mais forte nos primeiros meses de vida, mas perdura por todo o ciclo de vida humano, podendo sofrer variações no seu objeto. Desenvolve-se a partir de padrões mais ou menos simples, como o choro e o chamamento na infância, até modos mais complexos de interação na vida adulta. No bebê, ele é mediado por repostas organizadas segundo linhas bastante simples. Num primeiro momento, o bebê busca um estado físico alcançado pela proximidade com a mãe/cuidador. Por volta do final do primeiro ano este objetivo evolui para finalidades afetivas mais complexas. Aos poucos, o comportamento de ligação passa a ser mediado por sistemas comportamentais cada vez mais refinados, que vão sendo organizados ciberneticamente, incorporando modelos representacionais do meio ambiente e do *self* (Bowlby, 1982).

Este processo de organização e refinamento culmina no estabelecimento de interações e relações afetivas complexas na vida adulta. A qualidade do cuidado oferecido à criança será crucial na formação de *modelos internos de relacionamento* que, em última instância, fundamentarão a base das expectativas e experiências afetivas nas relações com outras pessoas durante a vida adulta (Bowlby, 1982).

Bowlby (1982) nos lembra que, para a grande maioria das pessoas, a manutenção de um vínculo é experimentada como a maior fonte de felicidade e prazer, enquanto a perda de alguém amado representa a mais profunda das dores. Deste modo, cotidianamente, designamos a formação de um novo vínculo afetivo com expressões como “apaixonar-se por alguém”; a manutenção deste vínculo como “amar alguém” e nos referimos à perda de um objeto de afeto como “sofrer por alguém”. A ameaça da perda de alguém a quem somos apegados produz ansiedade, enquanto que a perda real desta pessoa gera um estado de desespero e imensa tristeza. Do mesmo modo, a manutenção inalterada de um vínculo é sentida como uma fonte de segurança, e a renovação desse vínculo como uma grande fonte de alegria (Bowlby, 1982).

Para a Teoria do Vínculo, o fundamento da ligação afetiva entre os seres humanos encontra suas raízes profundas na *história filogenética* desta espécie. Chorar e buscar são comportamentos inatos no bebê, mas logo são afetados pela aprendizagem, permanecendo como parte significativa das reações comportamentais que se apresentam no luto. Um dos primeiros a perceber isso foi Charles Darwin, que no livro *The expressions of emotions in mans and animals* (1987) chamou atenção para as semelhanças na expressão da tristeza. E não apenas entre bebês humanos e adultos, mas também entre outras espécies de animais sociais (Parkes, 2009, pg.41)

Assim, a natureza dotou certos animais, sobretudo os de natureza social, como os mamíferos, de uma predisposição natural ao estabelecimento de vínculos afetivos. Estes vínculos foram - e são ainda - a garantia da sobrevivência dos indivíduos destas espécies. Nós, humanos, também herdamos um aparato de estruturas neurológicas e de padrões comportamentais, que nos tornaram predispostos a desempenhar um repertório específico de respostas frente à ameaça ou concretização da perda de nossos vínculos. De um modo simples, é por essa razão que, por exemplo, poucas emoções causam tanta repercussão em nosso universo afetivo, quanto à angústia mediada pela consciência de que nós e as pessoas que amamos um dia morreremos.

No que tange aos muitos tipos de perdas possíveis, a morte de alguém que amamos é sem dúvida a experiência mais extrema que podemos vivenciar. A consciência de que um dia perderemos as pessoas que amamos, e elas a nós na mesma medida que nos aproxima delas, intensificando o sentido de sua importância para as nossas vidas, traz à tona uma espécie de consternação tão apavorante que acabamos por desenvolver subterfúgios psicológicos para não entramos em contato com esta realidade (Parkes, 2009).

1.3.c - O Luto na Teoria do Vínculo: Modelo das Fases do Luto

Para Parkes (2009), nenhuma definição de luto pode ser satisfatória se negligenciar os dois componentes mais essenciais desta experiência: a experiência da perda e uma *reação de anseio intenso pelo objeto perdido*.

Do mesmo modo que a ansiedade é uma resposta emocional intensa a uma ameaça ou a algum outro risco de perda, os pesquisadores da *Teoria do Apego* chamam de luto: o processo de reações cognitivas e emocionais que se estabelece em função de uma perda ocorrida. Quando um *objeto de ligação* está ausente, seja por morte, distanciamento involuntário ou abandono, são eliciadas fortes respostas derivadas do *comportamento de ligação*. Estas respostas incluem o choro, a procura e o chamamento da pessoa perdida. Elas encontram sua base em mecanismos evolutivos cuja função principal é a *restauração do objeto de vinculação* perdido e *manutenção da vinculação* afetiva com este objeto. Tais respostas se mantêm ativas por algum tempo, até que, paulatinamente, se esmorecem, de modo que a pessoa pode reencontrar novos objetos de vinculação ajustando-se à realidade da perda.

Pesquisadores associados à Teoria do Vínculo, notadamente John Bowlby e Colin Murray Parkes, afirmam que o desenvolvimento dos estudos sistemáticos do luto em pessoas sadias aponta para a existência de uma sequência de respostas sucessivas, que podem ser agrupadas em termos de certas fases ou estágios. Estas *fases* ou *estágios de luto* são marcados por grupos de respostas, com características mais ou menos delineadas, e se desenrolam em função de períodos variáveis. Para estes pesquisadores são quatro as *fases do luto*.

Imediatamente após a notícia da morte, o enlutado vive a *fase de entorpecimento*. Esta fase é marcada pelo choque e pela incapacidade da pessoa de aceitar a notícia da perda, sendo comum que a pessoa negue a própria realidade da morte. Muitas vezes, os recém enlutados falam com o corpo do morto, pedindo para que ele se levante ou acorde. É frequentemente

relatada uma sensação de *entorpecimento* ou de *irrealidade*, que faz com que os eventos imediatos à perda sejam comparados à experiência de um sonho ou de um pesadelo. Este entorpecimento pode ser interpretado como uma forma de defesa, ou uma espécie de anestesia, que protege os enlutados de um sofrimento intenso e que elicia, entre os familiares e amigos, as repostas sociais de apoio que ele irá precisar (Bowlby, 1981).

Em geral, essa fase é breve, com duração de algumas horas a alguns poucos dias. Após ela, surge a *fase de anseio e busca pela pessoa perdida*. É quando o enlutado vivencia sentimentos da presença concreta do ente falecido, e pode sentir raiva e frustração por não conseguir restabelecer sua presença. Esta fase é marcada por uma espécie de predisposição, ou sensibilidade perceptual do indivíduo a qualquer sinal capaz de evidenciar a presença da pessoa perdida. O enlutado pode sonhar insistentemente com esta pessoa, sentir o seu cheiro, se assustar ao ver alguém parecido na rua, confundir-se achando que o barulho da maçaneta pode ser que a pessoa está chegando em casa depois do trabalho. É comum, que nessa fase o enlutado interprete fenômenos casuais, como uma música que toca na rádio, como o sinal da presença da pessoa ou do seu espírito. Ela atravessa, portanto, por um período marcado pela tendência de perceber e interpretar qualquer sinal, como indicativo da presença da pessoa perdida. Esta tendência é explicada pelo *desejo intenso de restauração* da pessoa perdida que a subjaz (Bowlby, 1981).

Porém, a despeito dos anseios dos enlutados, a realidade da perda inexorável e repetidamente se impõe. Isto traz consigo um forte sentimento de frustração. Mesmo que, racionalmente, os enlutados saibam da irreversibilidade da morte, chega o momento em que eles finalmente se deparam com as consequências emocionais de perceberem que a pessoa perdida não voltará. Esta é a *fase do desespero e da desorganização*. Neste período, a culpa e a raiva se apresentam como os afetos mais intensos. É comum que os enlutados comecem a responsabilizar alguém pela perda, ou que se sintam culpados tanto pelo que

fizeram, como pelo o que não fizeram pelo falecido para evitar a sua morte. A apatia, a raiva e a culpa se intercalam. Os enlutados se *desesperam* por se perceberem incapazes de recuperar a pessoa perdida, e este sentimento vem associado a consequências profundas em toda a sua rede de relações, uma vez que é comum que o enlutado passe a responder com irritação e evitação às tentativas de aproximação e ajuda (Bowlby, 1981).

A intensa dor e tristeza que marcam esta fase, aos poucos se desvanecem. Elas são paulatinamente substituídas por um impulso crescente para o restabelecimento do equilíbrio perdido. A força deste impulso é o que faz o enlutado entrar na última das fases do luto, *a fase da reorganização*. Um processo que é vivido de um modo diferenciado por cada enlutado, uma vez que sua resolução é diferente de pessoa para pessoa. Ao seu final, cada enlutado pode apresentar maior ou menor grau de sucesso e adaptação no curso da vida que passa a seguir sem aquela pessoa amada. *A fase da reorganização* é marcada pela aceitação gradual da perda, pela percepção, por parte do enlutado, de que é necessário reconstruir a sua própria vida (Bowlby, 1981).

1.3.d - Outros modelos teóricos baseados em *fases* ou *estágios* de luto

Ao longo dos estudos sobre luto, outros teóricos também lançaram mão de modelos que partiam da definição *de fases* ou *estágio* específicos para descrever o processo de luto. Um dos modelos mais populares foi o da psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross.

O modelo das cinco fases do luto de Kübler-Ross foi desenvolvido a partir de observações e entrevistas feitas por ela e seus alunos com pacientes terminais, acompanhados ao longo de muitos anos. Este modelo encontrou suporte empírico num exame subsequente de Maciejewski *et al.* (2007).

Ao relatar as atitudes com as quais seus pacientes se confrontavam com sua própria morte, esta pesquisadora propôs um modelo para descrever o modo como as pessoas lidavam

não só com a iminência da própria finitude, mas, com diversos eventos trágicos e mudanças indesejáveis. Este modelo foi aplicado em situações tão diferentes de perda, como: ser diagnosticado com uma doença terminal, passar por um processo de divórcio ou perder alguém amado (Kübler-Ross, 1973).

Os quatro estágios descritos por Kübler-Ross neste modelo são: a *negação*, a *barganha*, a *depressão* e a *aceitação*. A teoria sustenta que a vivência destes estágios é parte importante do processo de adequação a uma perda significativa. É um modo como as pessoas processam a perda e aprendem a viver sem aquilo que perderam. Foi atribuído à Klüber-Ross o mérito de ter oferecido aos leigos e profissionais, uma ferramenta para compreenderem melhor e ajudar seus pacientes, identificando o que uma pessoa que sofreu uma perda trágica pode estar sentindo. Outro ponto relevante desta teoria é a noção de que os estágios não necessariamente ocorrem de um modo linear, nem todo mundo passa por todos os estágios, e eles não ocorrem necessariamente numa ordem prescrita.

Outro teórico que lançou mão de um modelo descritivo das reações de luto foi o psicólogo americano Willian J. Worden. Worden (1982) desenvolveu um modelo semelhante à *teoria dos estágios* que chamou de modelo de *tarefas do luto*. Este autor preferia a expressão *tarefa* às expressões *estágio* ou *fase*, pois, defendia que estas palavras eram compreendidas de um modo muito literal por profissionais de saúde e familiares, que acabavam por esperar que o luto se desenvolvesse numa espécie de “compartimentação” em fases determinadas. Estas interpretações simplistas resultavam na expectativa de que manifestações patológicas ou complicadas do luto se apresentassem enquanto deformações significativas das respostas esperadas, para cada um dos estágios descritos.

Segundo este autor, a proposta de *tarefas de luto* era superior à proposta dos estágios de Bowlby, na medida em que apresentava uma idéia de que o luto era um fenômeno mais fluido e dinâmico. Seu modelo compreendia quatro *tarefas de luto* que se desenrolavam sem

uma ordem específica, sendo muitas vezes “revisitadas” pelo enlutado ao longo do tempo. Estas quatro tarefas culminavam no desligamento emocional dos enlutados ao falecido.

Worden argumentava que seu modelo era mais útil à intervenção clínica com indivíduos e famílias enlutadas. Na década de 80, a terapêutica por ele desenvolvida com base neste modelo, ajudou a propagar ainda mais a noção de que o sucesso do trabalho de luto dependia do desenrolar, mais ou menos linear de tarefas ou estágios, e que a intervenção de profissionais de saúde mental poderia ajudar os enlutados a concluir devidamente este processo. O seu livro mais popular, *A Terapia do Luto* de 1982, tornou-se um clássico sendo utilizado em larga escala por terapeutas especializados em luto, e por programas de saúde pública.

Um terceiro modelo de grande relevância, que também se fundamenta na noção de tarefas de luto, é advindo da teoria familiar sistêmica. Referimo-nos ao modelo proposto por Walsh e McGoldrick (2004), psicólogos que tinham especial preocupação no modo como os sistemas familiares eram abalados por uma perda. Eles desenvolveram uma teoria sobre o processo de enfrentamento familiar de uma perda que incluía quatro grandes tarefas de adaptação para as famílias enlutadas. Walsh e McGoldrick visavam oferecer orientações gerais sobre o processo de enfrentamento da perda no sistema familiar, sem que para isso fosse necessário impor expectativas e limites fixos. Outro objetivo destes autores era o de evitar qualquer noção patologizante das experiências dos indivíduos enlutados (Granek, 2010).

Para o reestabelecimento da *homeostase* perdida do sistema familiar, os autores incentivam a comunicação aberta entre os familiares enlutados, o compartilhamento do sofrimento, o envolvimento em rituais funerários e de luto e a livre expressão dos sentimentos. Para Walsh e McGoldrick (2004), o reequilíbrio do sistema familiar se dá quando este sistema pode responder a perda sem abalar a sua coesão. É necessário, para isso,

que o sistema desenvolva um grau de flexibilidade para integrar a realidade da perda. O processo de adequação do sistema familiar à perda se completa quando os familiares tornam-se capazes de retomar a energia vinculada ao morto a reinvestindo em outras dimensões da vida.

1.3.e - A descrição dos fatores determinantes para a qualidade do luto

A proposição de *fases ou estágios do luto* é a mais difundida e uma das maiores contribuições da Teoria do Vínculo para o campo dos estudos do luto. Ela marcou definitivamente a compreensão dos processos de luto, tornando-se bastante popular, mesmo no meio não científico. Parkes (1998) defende que tal popularidade infelizmente trouxe à tona uma série de interpretações simplistas que acabaram por reduzir esta teoria a uma espécie de “prescrição” do que deveria ser um luto saudável. É importante frisar que, para além do popular modelo *das fases de luto*, os teóricos influenciados pela Teoria do Vínculo consolidaram outras noções tão ou mais importantes para o entendimento destes processos.

Frisamos que, dentre as mais importantes contribuições destes pesquisadores, também, podemos citar a noção de que o modo como cada indivíduo vivencia a perda e o tempo que seu sofrimento perdura, podem ser atribuídos à interação de muitos fatores complexos. Em outros termos, os fatores que determinarão se o curso de um luto será normal ou complicado, estão relacionados à interação de muitas variáveis que exercem sua influência isolada ou conjuntamente. Em meio a este universo de variáveis, Parkes afirma que as pesquisas sobre os fatores de risco associados ao luto complicado apontam para alguns eixos de investigação que se destacam por sua relevância (Parkes, 1998, 2009).

Em primeiro lugar, elas apontam para a importância da influência das vulnerabilidades pessoais dos enlutados. Algumas das vulnerabilidades mais relevantes para condicionar o curso do luto são: o caráter de dependência afetiva que o enlutado tinha em relação ao falecido e vice-versa, a presença de fortes sentimentos ambivalentes pelo falecido,

comprometimentos de auto-estima, as dificuldade do enlutado de estabelecer confiança nos outros e um histórico prévio de problemas psicológicos (Parkes, 2009).

Em segundo lugar, outro importante grupo de fatores de risco para o luto complicado é o *modo* e as *circunstâncias* como a morte se deu. Entre alguns fatores associados a este eixo de investigação, podemos citar o caso da morte repentina ou inesperada, que ocorre sem um preparo prévio dos enlutados; o caso de mortes múltiplas, quando várias pessoas afetivamente importantes morrem no mesmo momento ou num curto espaço de tempo; mortes violentas ou de caráter aterrorizante; perdas na quais o próprio enlutado se sente responsabilizado pela morte; perdas nas quais, outras pessoas - inclusive o próprio morto - podem ser responsabilizadas pela morte; *lutos não autorizados*, ou seja, quando o indivíduo não pode reconhecer e prantear publicamente uma perda, por essa não ser socialmente validada. O luto não autorizado pode acontecer, por exemplo, com um homem perde a amante; ou com as crianças muito pequenas, cujo impacto emocional da perda, muitas vezes, não recebe o devido reconhecimento dos adultos (Parkes, 2009).

Outro grupo importante de fatores que poderão influir no luto, diz respeito ao suporte social conferido aos enlutados após a morte e as outras condições que ele encontrará. Neste grupo de fatores, podemos citar, por exemplo, o caso de indivíduos cuja família se faz total ou parcialmente ausente, ou que oferece continência afetiva insuficiente. Também é relevante a falta de suporte social para as dificuldades financeiras e outras privações que a ausência da pessoa falecida pode impor. Neste sentido percebe-se que o isolamento social e a desestruturação familiar são fatores potencialmente complicadores para a vivência do luto (Parkes, 2009).

A expressão destes grupos de fatores se ramifica em uma ampla gama de variáveis, o que nos obriga a compreender o luto como uma experiência única para cada indivíduo - o resultado complexo de uma combinação única de fatores de risco e proteção. Podemos dizer

que qualidade de uma vivência de luto vai depender do arranjo de fatores tão diversos quanto a idade e o sexo do enlutado e de quem morreu; o quanto os indivíduos estavam preparados para a perda; ao modo como o falecido encarou e sucumbiu à morte; as “ferramentas” internas de enfrentamento; as condições sociais do enlutado; o seu histórico psiquiátrico; o apoio que receberam de amigos e familiares; a importância que o falecido teve na em sua vida; a história pessoal de cada enlutado, sobretudo, a história de vinculações e perdas sofridas por cada pessoa ao longo de sua vida, etc.

Os pesquisadores da *Teoria do Vínculo* nos chamam atenção para a fundamental relevância que os componentes de personalidade do enlutado exercem. A personalidade do enlutado atua como um verdadeiro prisma que media e congregam todos os demais fatores relacionados. Para Bowlby (1981), o luto implica num doloroso processo de revisão dos *modelos representacionais internos* do indivíduo. Estando, por isso, diretamente associados da história emocional e à construção da personalidade dos indivíduos (Bowlby, 1981).

Os pesquisadores associados à Teoria do Vínculo defendem que, por ter sua base fundamentada na formação e manutenção dos vínculos afetivos, a nossa vida sentimental é atravessada pela forte influência de dois pólos complementares que são o amor e a perda. De um lado, a formação de vínculos afetivos é um mecanismo que garante a própria sobrevivência do homem, modelando o seu modo de ser e se relacionar; de outro, a perda gerada pelo abandono, distanciamento involuntário e morte, é para estes pesquisadores um fator de risco que deve ser objeto da atenção de médicos e profissionais de saúde mental.

1.3.f - Parkes e a Teoria das Transições Psicossociais

Parkes (2009), afirma que a relevância do luto na prática da clínica se evidencia em função da considerável carga que transformações que a morte de alguém amado acarreta na vida dos enlutados. Da interação entre as pressões exercidas por estas mudanças e as

vulnerabilidades construídas ao longo da vida dos indivíduos, podem surgir processos que contribuem para o surgimento de sofrimento psíquico grave. Parkes (1998) nos lembra que não é raro, por exemplo, que pessoas com quadros psicopatológicos diversos associem o início ou o agravamento de seus sintomas ao evento da perda de alguém importante em suas vidas.

Este autor (Parkes, 2006) defende que o luto é mais do que simplesmente um conjunto de sintomas que têm início após de uma perda e que aos poucos se desvanece. Para ele, o luto é um período no qual se evidencia um intenso processo de mudanças que afetam vastas dimensões da vida dos enlutados. Estas mudanças submetem os indivíduos à necessidade de estabelecerem novas crenças e atitudes, forçando-os a se reposicionarem frente as suas vidas.

O luto exige um grande investimento emocional dos indivíduos, que se vêm subjetivamente implicados no longo e paulatino processo de reposicionamento frente a dimensões variadas de sua existência. A morte geralmente abala de modo repentino o alicerce das verdades, expectativas e concepções que, em conjunto, configuram o que Parkes chama de *mundo presumido* dos enlutados. Isto explica as sensações que estes indivíduos vivenciam de mutilação, vazio e deslocamento entre o que o mundo é e o que o mundo deveria ser (Parkes, 1998).

Ao perdermos alguém afetivamente importante, somos forçados a avaliar da importância emocional daquilo que se perdeu, a elaborarmos as lembranças dolorosas a respeito da perda, a conferir a ela um sentido capaz de adequá-la dentro de um novo conjunto de crenças e a assumir novos papéis, de modo a compensar aqueles que eram associados ao morto. Este processo pode ser prejudicado por sentimentos de desamparo e desesperança que são acarretados pela depressão (Parkes, 1998).

Parkes (1998, 2006) discorre sobre este processo a partir da chamada *Teoria das Transições Psicossociais*. Esta teoria, segundo ele, diferencia-se por apresentar uma

interpretação dos fenômenos de luto capaz de integrar em si a percepção da complexidade e da magnitude das construções que formam os *modelos mentais de mundo*. A construção destes modelos é o que distingue os seres humanos enquanto espécie. Em outros termos, trata-se de uma abordagem que privilegia uma visão do ser humano enquanto um *ser produtor de concepções sobre o mundo* e sobre a sua realidade, e, por isso, Parkes encaixa esta teoria, no grupo das chamadas teorias *construtivistas* (Parkes, 2006).

Segundo esta perspectiva, desde a nossa primeira infância, nós produzimos concepções básicas para formação dos nossos julgamentos a respeito do mundo e de nós mesmos. A qualidade dos cuidados recebidos por figuras de vinculação ajudam a modular as nossas expectativas mais básicas quanto à ordem, regularidade e segurança do mundo. Estas concepções representam o resultado de mecanismos evolutivos que nos torna aptos a reconhecer experiências potencialmente ameaçadoras. Elas formam parte significativa dos mecanismos de proteção que atuam a favor de nossa sobrevivência. “Sua função básica é nos proteger das ameaças à nossa sobrevivência no ambiente do bebê” (Parkes, 2006, pp. 47).

Ao longo de nosso desenvolvimento, os *modelos mentais* básicos de representação do mundo evoluem para os modelos mais complexos que compõe o universo das crenças, expectativas e concepção sobre o mundo do adulto. O nosso *mundo presumido* passa então a englobar tudo aquilo que consideramos como garantia a respeito de nossa realidade. Estão incluídas aí as nossas concepções e expectativas sobre os nossos pais e sobre nós mesmos, as nossas concepções sobre as nossas habilidades para lidar com o perigo e sobre a proteção que podemos esperar dos outros. Em resumo, o nosso *modelo mental de mundo* acaba por ser composto pela soma das incontáveis representações que compõem a estrutura complexa de que depende o nosso senso básico de segurança, significado e propósito na vida (Parkes, 2006).

Segundo este Parkes (1996), quando alguém morre, uma série de concepções sobre o mundo que se apoiavam na existência da outra pessoa para garantir sua validade, de repente, passam a ficar sem essa validade. Hábitos de pensamento construídos ao longo de muitos anos precisam ser revistos e modificados. Este processo de transformação vai além das mudanças no mundo externo, englobando além das modificações de nossas crenças sobre o mundo, modificações do nosso próprio sentido de *self*. O enlutado vê-se obrigado, por exemplo, a assumir novas tarefas e papéis antes atribuídos ao falecido encontrando a resolução mais adequada para problemas que nunca estiveram ao seu cargo. Estas e outras mudanças obrigam os enlutados a se defrontar com novos desafios, o que por fim, acaba por colocar à prova muitas das suas concepções estabelecidas sobre si mesmo.

O processo de *transição psicossocial* ocorre não apenas no luto, mas se dá sempre que se torna necessário o estabelecimento de novas concepções sobre o mundo. Parkes (2009) cita como exemplo o caso das pessoas amputadas que se vêm repentinamente tendo que apreender a usar próteses, ou da pessoa que ficou cega e que necessita desenvolver novas formas de perceber o mundo. Ou seja, uma série de situações que forcem as pessoas a abandonarem antigos hábitos, desenvolvendo novos no lugar.

A *Teoria das Transições Psicossociais* aponta também para a importância psicológica da manutenção e continuidade das concepções que construímos sobre o mundo. De um modo análogo ao um programa de computador, nossas concepções sobre o mundo são construídas umas em cima das outras. Confiamos na consistência deste *modelo interno* para nos orientarmos no mundo e controlarmos nossas vidas. Quando alguma experiência nova abala a consistência de nossas concepções, passamos a ter necessidade de atualizar nossos *modelos representacionais*, de modo a incluir este dado novo num novo conjunto de crenças.

Mudanças pouco importantes não ameaçam nossas *concepções básicas*, podendo ser sentidas como algo que amplia nosso repertório de enfrentamento do mundo. Assim, a grande

maioria das modificações se dá num plano superficial e não exige alterações mais profundas no esteio de nosso universo presumido (Parkes, 1998). Porém, no caso em que as mudanças são grandes e representam importantes ameaças às concepções arraigadas mais profundamente, pode haver certo nível de dificuldade ou resistência.

A manutenção da consistência de nossas pressuposições é parte importante de nosso psiquismo. Nesse sentido, as pessoas que perdem a confiança no modelo interno de representações sobre o mundo, sentem-se subitamente inseguras e apresentam maior dificuldade de conferir sentido às suas experiências. Elas se tornam literalmente perdidas. Parkes (1998) cita o exemplo da pessoa recém amputada que pula da cama pela manhã para subitamente se vê caída no chão ou o da viúva que coloca dois lugares à mesa ou estende a mão para o marido a noite. Estes exemplos ilustram bem a resistência de nosso psiquismo em abandonar antigos modelos representacionais de mundo (Parkes, 1998).

Parkes (2009) sugere que todos os eventos que acarretam mudanças significativas na vida, sobretudo, os de natureza repentina e inesperada, desafiam a consistência de nosso mundo presumido, provocando uma crise durante a qual podemos ficar inquietos, tensos, ansiosos e indecisos até nos adaptemos às mudanças. Nossa resistência às mudanças reflete a importância psicológica de conservarmos a constância de nosso mundo, evitando o desnorteamento que decorre da dissolução repentina dos nossos modelos internos de representação deste mundo.

A reconstrução de nossos modelos internos após a perda de alguém afetivamente importante pode representar um verdadeiro trabalho de reaprendizado. Parkes sugere um paralelo entre este processo de reaprendizado e o processo que é tradicionalmente chamado de “trabalho de luto” (Parkes, 2006).

1.3.g - As Perdas Traumáticas: a dissolução do mundo presumido

Parkes (2009) observa que as pesquisas sobre as consequências psicológicas do luto têm demonstrado que as mortes súbitas, inesperadas e prematuras, têm maior probabilidade de originar problemas do que aquelas que tenham sido antecipadas, ou para as quais houve um preparo prévio. Ele observa também, que as pesquisas costumam apontar como relevantes fatores de risco para a saúde mental, eventos como testemunhar violência ou mutilação, mortes com um culpado (incluindo assassinato e suicídio) e mortes que não permitem a recuperação de um corpo intacto. Estas perdas são comumente chamadas de *perdas traumáticas*.

Estas observações de Parkes (2009) são confirmadas por estudos como os de Ludin (1984), que numa pesquisa com 32 participantes evidenciou que os índices de mortalidade entre os enlutados por mortes inesperadas e por suicídio eram bem mais altos do que aqueles observados entre os enlutados por mortes naturais e esperadas. Esse índice foi associado à significativa piora na qualidade geral da saúde mental e física destes enlutados após a morte (Ludin 1984, citado por Moura, 2006).

Para Parkes e sua equipe (2006), perdas prematuras e inesperadas estão associadas a comportamentos e experiências menos frequentes em pessoas que tiveram possibilidade de se preparar para a morte. As mortes prematuras ou imprevistas são associadas fatores como uma maior dificuldade para acreditar na morte, evitação do confronto como a realidade da perda, à sensação persistente de presença da pessoa falecida, à idéia de ter uma obrigação para com esta pessoa, um maior isolamento social, uma ansiedade mais duradoura, a maiores níveis de depressão e solidão, assim como, de auto-reprovação e uma verdadeira obsessão em compreender as circunstâncias e os detalhes da morte.

Muitos enlutados por mortes traumáticas vêm-se tomados por uma verdadeira necessidade consciente de “pôr em ordem” os fatos relacionados à morte. Isso mais do que

apenas de lembrar com perfeição do fato traumático, inclui a necessidade de dar “sentido” ao que aconteceu, explicar, classificar, comparar com outras situações, que fazem com que a morte se encaixe nas expectativas que a pessoa faz do mundo (Parkes, 2006).

Horowitz (1986) sugeriu que entorpecimento, descrença e fracasso em integrar a morte traumática ao arcabouço de crenças do indivíduo são defesas contra os avassaladores sentimentos de desamparo e insegurança que ameaçam irromper. Apesar das tentativas de evitação, os indivíduos traumatizados comumente experimentam intensa ansiedade, hipervigilância e reações de espanto, que podem ser desencadeadas por qualquer lembrança da perda (Horowitz, citado por Parkes, 2006).

Parkes (2009) pontua que reações semelhantes a estas são comumente encontradas em muitas situações nas quais, em curto período de tempo, os indivíduos se vêem repentinamente confrontados com situações extremamente estressoras. Ele também nos lembra que a combinação de hesitação e imagens intrusivas deu origem ao diagnóstico de *transtorno de estresse pós-traumático*. Cita um trabalho em que Janoff-Bulman (1992) postulou que, para uma situação traumática causar problemas duradouros, ela precisa, num curto espaço de tempo, destruir certas concepções básicas dos indivíduos sobre o mundo (Janoff-Bulman, citado por Parkes 2006).

Breslau et al.,1991 (citado por Gabbard, 2008) numa revisão com 2.181 pessoas na área de Detroit, apontou que o risco condicional de *transtorno de estresse pós-traumático* que se seguia a exposição a um trauma era de 9,2%. Este pesquisador aponta para o fato de que o evento desencadeante mais relatado pelas pessoas com TEPT foi a morte súbita e inesperada de uma pessoa amada. Este evento foi até mais relatado do que eventos violentos, assaltos, guerra ou estupros. Vítimas com trauma oscilam em negar o evento ou repeti-lo compulsivamente por meio de *flashbacks* ou pesadelos. Os pesquisadores acreditam que assim, a mente tenta organizar e processar o estímulo catastrófico.

Por muito tempo acreditou-se que a intensidade dos sintomas de um TEPT fosse diretamente proporcional à severidade do estressor, porém, como afirma Gabbard (2008), estudos empíricos vêm mostrando alguns indícios que condenam esta interpretação. Numa investigação prospectiva com 53 pacientes queimados, evidenciou que, mesmo quando apresentavam danos físicos menores, os indivíduos com apoio emocional menos explícito ou vivendo um período de maior estresse emocional, apresentavam maior intensidade e frequência de sintomas de TEPT. Em comparação a este fato, apenas a ocorrência de maiores danos físicos causadas pelas queimaduras não foi considerado um elemento suficiente para prever a incidência de TEPT (Perry, et al., 1992 citado por Gabbard, 2008).

Estes achados estão de acordo com a noção, cada vez mais aceita, de que o TEPT depende muito mais dos fatores subjetivos do que da severidade dos eventos estressores. Isso significa que a avaliação subjetiva da gravidade do trauma e seu significado para a vítima é preditiva do seu desenvolvimento posterior e da ocorrência do TEPT (Gabbard, 1998).

Para Parkes, alguns acontecimentos na vida trazem consequências tão profundas, que invalidam áreas inteiras de nosso *mundo presumido*. Elas destroem, de um modo súbito, o alicerce das concepções que nos oferecem a base e a orientação no mundo. Se o *mundo presumido* é uma fonte de segurança importante, qualquer coisa que o ameace de modo repentino representa também uma grande ameaça a nossa própria percepção de segurança. Por isso, a perda de uma pessoa amada em circunstância repentina, violenta ou tida como absurda e inaceitável, acarreta os maiores comprometimentos e a necessidade de revermos nosso *mundo presumido*. Devido à intensidade dos impactos que esta perda gera no arcabouço de nossas concepções básicas sobre o mundo e, devido aos sentimentos de angústia, desorganização e insegurança que irrompem, torna-se muito mais difícil processar as mudanças que se seguem (Parkes, 2006).

Porém, a despeito da dificuldade, estas experiências também podem ser adequadas dentro de um novo e reformulado universo de concepções. Mas, é claro que isso pode exigir um tempo bem maior, bem como, um investimento mais intenso no trabalho de *reconstrução de significados*. Uma revisão ampla de nosso *mundo presumido* é uma tarefa que leva tempo, especialmente se for imposta sobre nós de repente, evocando emoções fortes (como medo, desamparo e horror) que podem por sua vez interferir na tarefa cognitiva.

De modo independente da abordagem psicoterapêutica utilizada, faz-se necessário o devido balanço entre uma postura observadora e afastada, capaz de permitir ao paciente reter informações angustiantes e uma postura encorajadora e gentil, que o ajude a reconstruir um quadro completo do trauma. A confrontação com as experiências traumáticas deve ser dosada de acordo com observação criteriosa da capacidade particular de cada indivíduo. A integração da lembrança do trauma ao sentido do *self* pode ser um objetivo irreal, pois o paciente não deve ser forçado a avançar num ritmo que se tone uma sobrecarga, ou que seja desorganizador (Parkes 1996, 2009; Gabbard, 2008).

1.3.h - O Modelo do Processo Dual do Luto

Parkes (2009) nos chama atenção para emergência de uma interessante dicotomia em algumas das principais teorias contemporâneas do luto: Se de um lado, a *Teoria do Vínculo* evidencia a necessidade urgente dos enlutados chorarem e procurarem pela pessoa perdida, de outro lado, a *Teoria das Transições Psicossociais* aponta para a necessidade do enlutado pensar, planejar e reorganizar a sua vida diante das grandes transformações que se impõe. Diante desta interessante ambivalência e a título de se estabelecer um diálogo entre duas das mais relevantes concepções sobre o luto da atualidade, nos diz Parkes (2009); fez-se necessário um modelo explicativo capaz de compreender como estas duas tendências interagem na vida dos enlutados.

Uma possível resposta para este problema pode ser encontrada no chamado *Modelo de Processamento Dual de Luto*, formulado por Stroebe e Shut (1999), um modelo nascido, segundo os seus criadores, da necessidade de definir o *trabalho de luto* a partir de um referencial mais prático e coerente com as observações advindas da evolução da clínica e das pesquisas psicológicas.

Segundo Stroebe e Shut (1999), a hipótese de *trabalho de luto* introduzida por Freud (1917/1996) sempre foi falha, pois representava um conceito impreciso que não dava conta de explicar os muitos processos dinâmicos que eram associados ao luto. Stroebe e Shut entendiam que os defensores do conceito de clássico de *trabalho de luto* não dispunham de evidências empíricas capazes de validá-lo em períodos históricos e em culturas diferentes. Além disso, eles julgavam que este conceito se limitava a explicar o luto a partir de uma noção *intrapsíquica* que não era muito útil à aplicação no manejo da prática clínica (Stroebe & Shut, 2001).

O *Modelo do Processo Dual do Luto*, proposto por estes autores, reflete a percepção de que durante o processo de luto reações dos enlutados oscilam entre aquelas que refletem sua dolorosa necessidade de restaurar o objeto da vinculação perdido e a luta para se reorientar num mundo que se tornou repentinamente desprovido de sentido, retomando os planos em relação à sua própria vida. A partir deste modelo, Stroebe e Shut distinguem o que eles chamam de “*orientação para perda*” e o que chamam de “*orientação para a restauração*” como dois diferentes processos que têm a função de adequar paulatinamente o indivíduo a sua nova condição no mundo. Este processo de *transição psicossocial* ocorre sempre que a pessoa se defronta com situações ou eventos que invalidam grande parte de seu *mundo presumido*, não sendo restrito à explicação do luto. No decurso normal deste processo, as pessoas oscilam entre duas orientações necessárias à retomada do equilíbrio perdido. Em outras palavras, o luto é um processo de adaptação marcado pela constante oscilação entre

dois estressores ambivalentes, a “*orientação para perda*” e a “*orientação para a restauração*”. O enlutado deve processar elaborar estas duas tarefas que se impõem de modo concomitante (Stroebe & Shut, 2001).

A *orientação para perda* diz respeito à necessidade do enlutado se concentrar na elaboração dos aspectos e da perda em si, mais particularmente com o impacto da ausência e com o intenso desejo de restaurar a vinculação com a pessoa perdida. Em nome desta necessidade o enlutado passa a ter pensamentos de natureza “ruminativa” sobre o morto, sobre a vida em comum e sobre o período, os eventos e circunstâncias relacionados à morte. O enlutado então sente a necessidade de rever fotos, chorar, relembrar, imaginar como o falecido reagiria a determinada situação. A esta tendência, está associado um desejo premente de reaver a vinculação com a pessoa que se foi e se desenrola conforme o descrito no modelo das fases do luto, pelos autores da *Teoria do Vínculo* (Stroebe & Shut, 2001).

O segundo tipo de estressor descrito pelo *Modelo do Processamento Dual do Luto* diz respeito à *orientação para a restauração*. Os autores nos chamam atenção para o fato que os pesquisadores e profissionais que atuam no suporte aos enlutados não costumam dar a mesma ênfase a esta tendência, como a que dão à *orientação para a perda*. Eles também frisam que *orientação para a restauração* não representa uma fase possivelmente posterior do luto, mas uma necessidade que surge de modo concomitante à *orientação para a perda*. Ambas as tendências oscilam desde o primeiro momento nas experiências do enlutado (Stroebe & Shut, 2001).

Quando uma pessoa amada morre, não temos apenas que lidar com a sua perda, mas com uma grande quantidade de efeitos secundários desta. Esse é um estresse adicional que aumenta o nível de ansiedade dos enlutados. Esta pessoa então precisará desenvolver novas habilidades e tarefas para compensar aquelas que eram de responsabilidade do morto. Muitas

vezes é necessário lidar com os impactos financeiros, vendendo a casa, arranjando um novo emprego, etc.

No mesmo momento em que lida com a necessidade de ter de volta para si a pessoa amada, os enlutados vêem-se obrigados a lidar com a tarefa de reorganizar suas vidas e sua nova identidade - de esposa pra viúva, ou de pais de uma criança, para pais de uma criança que faleceu. Uma miríade de emoções está envolvida na tarefa de adaptação após uma perda. Elas podem envolver desde o alívio e o orgulho em se descobrir capaz de enfrentar novos desafios, até ansiedade e o medo gerado por uma tentativa mal sucedida. No decurso deste processo, o enlutado certamente precisará do suporte e da compreensão daqueles que compõe a sua rede de apoio (Stroebe & Shut, 2001).

O *Modelo do Processamento Dual do Luto* tem influenciado fortemente as concepções contemporâneas sobre os processos complicados de luto. Partindo-se deste modelo, o luto complicado pode ser interpretado como o resultado de um desequilíbrio entre as duas tendências ambivalentes. As pessoas que se focam apenas com a necessidade de preservar a vinculação com o que foi perdido, são incapazes ou não desejam olhar para o seu próprio futuro, tornam-se o que podemos chamar de *enlutados crônicos*. Por outro lado, os que evitam os sentimentos associado à perda e se dedicam exclusivamente à orientação para o futuro, tendem a sofrer os efeitos de um *luto adiado* ou *inibido* (Parkes, 2009).

No luto normal espera-se, como resultado da oscilação entre estas duas tendências, que o enlutado possa, ao final do processo, descobrir que muito do passado do relacionamento continua a ter importância no planejamento do futuro. Nos estágios iniciais do luto esta percepção não é clara e os enlutados sentem como se tivessem perdido tudo de bom que vinha com aquela pessoa que morreu. Com o tempo, os enlutados acabam por descobrir que isso não é verdade, que a pessoa continua viva em sua memória.

O que se espera, portanto, no luto normal, é que o próprio reconhecimento da continuidade do vínculo com o morto seja um dos elementos que possibilitem que a vida retome o seu rumo. Esse reconhecimento pode ser a base a partir da qual nasce a vontade de explorar novas possibilidades em sua vida, sem que, no entanto, seja necessário abdicar das lembranças significativas daqueles que se foram. Trata-se de um processo onde o enlutado pode ajustar o significado afetivo do que se perdeu no contexto das mudanças que se seguirão em sua vida (Parkes, 2006; Stroebe & Shut, 2001).

A resolução bem sucedida do processo de luto significa que o enlutado deve tanto ser capaz de se confrontar a extensão de suas perdas, como ser capaz de se lançar na busca de novos horizontes existenciais. Uma extensa gama de fatores concorrerá para o sucesso de ambas as tarefas. É importante frisar que é necessária certa ponderação e respeito às limitações pessoais na dosagem desse enfrentamento, pois, em diferentes momentos, frente à necessidade da realização de certas tarefas, níveis variáveis de ansiedade podem irromper. Uma das principais contribuições dos autores deste modelo reside na premissa de que terapeutas, familiares e todos os buscam oferecer ajuda aos enlutados, estejam sensíveis e entendem que o tempo necessário para a sua resolução do luto é único para cada indivíduo, devendo este tempo ser respeitado (Stroebe & Shut, 2001).

1.3.i - Robert Neimeyer e a perspectiva construtivista do luto: para além dos sintomas, a busca pelo sentido

O eminente professor de psicologia da Universidade do Memphis, EUA, Robert Neimeyer, afirma que o trabalho com pessoas enlutadas geralmente traz a pesquisadores e terapeutas a sensação de que a complexidade inerente à vivência de uma perda ultrapassa o que sugerem algumas das teorias mais tradicionais. Ele se refere às perspectivas que nos fazem crer, por exemplo, que luto se reduz a um processo meramente individual ou composto

por uma sequência previsível de transições emocionais que culminam no restabelecimento de um equilíbrio perdido. Este autor defende que a compreensão ocidental do luto foi marcada por uma visão demasiadamente *essencialista*, na qual este fenômeno foi reduzido a uma sequência de respostas naturais, previsíveis e universalizáveis de fases ou tarefas.

Neimeyer aponta para as grandes mudanças culturais e científicas que se expressam no período histórico da pós-modernidade, propondo uma abordagem de compreensão *construtivista* do luto. Em resumo, podemos definir as teorias *construtivistas*, como aquelas defendem que a natureza de nossa visão de mundo é essencialmente subjetiva. Sendo assim, Arvay (2001, pg 215-6 citado por Parkes, 2009, pg, 44) afirma: “A natureza da realidade é formulada em construções tanto individuais como coletivas, e que a realidade de cada pessoa é única, não existindo uma única verdade ou realidade conhecida”.

Para Neimeyer, a pós-modernidade insere na psicologia e outras áreas do saber uma nova postura frente à própria noção de cientificidade. Nela, é abandonada a pressuposição de que temos acesso às verdades internas dos seres humanos. Ele afirma que as terapias construtivistas tendem a ser mais colaborativas do que autoritárias, mais voltada para o desenvolvimento do que para o sintoma, mais orientadas para o processo do que centradas no conteúdo, e mais reflexivas do que psicoeducacionais. O papel do terapeuta é ajudar os enlutados a rever as *narrativas* e reconstruir significados que foram abalados com pela perda de alguém querido e outros eventos traumáticos. (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

Para Neimeyer o luto é uma experiência que se desenrola tanto a nível biológico quanto ao nível simbólico. É verdade que as experiências da perda refletem nossa evolução enquanto seres biológicos e sociais, consistindo numa herança que nos torna predispostos a apresentar determinadas respostas ao rompimento de laços essenciais à nossa sobrevivência. Mas também é verdade, defende Neimeyer, que no luto respondemos às perdas no nível das *construções de sentido*, atribuindo significado aos sintomas da separação que

experimentamos, assim como, às transformações que a morte de alguém significativo traz à nossa identidade.

Neimeyer nos lembra que a perda de uma relação de apego íntimo através da morte, mesmo quando esta não é traumática por critérios objetivos, impõem desafios profundos que podem ser sentidos imediatamente ou em longo prazo. Em parte, como expressão de uma herança evolutiva compartilhada com outros animais sociais, nós respondemos ao estresse da separação com um conjunto de reações específicas, passível de ser entendido como parte de um amplo padrão de *ativação simpática*. De modo paralelo, os efeitos de uma perda na vida humana só podem ser devidamente apreciados na medida em que damos igual consideração aos efeitos penetrantes de luto em níveis “exclusivamente humanos” de ruptura e adaptação. Estas reações incluem a atribuição de sentido e significado aquilo que é experimentado, assim como, a inclusão destas vivências ao *self narrativo* dos indivíduos. (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

A perspectiva da *reconstrução narrativa*, portanto, sugere um desvio de atenção das clássicas abordagens que buscaram descrever o luto a partir de seus sintomas, para uma compreensão do luto que abarque esferas psicológicas mais sutis e exclusivamente humanas. Dentro desta visão, os enlutados podem ser vistas como pessoas lutando para afirmar ou reconstruir os significados de seu mundo pessoal que foi abalado por uma perda. Esta é uma perspectiva do luto que destaca a tendência aparentemente onipresente dos seres humanos para organizar as experiências de forma *narrativa*, conferindo significado aos processos de intensa transição, adequando-os ao tecido de uma trama de significados que confere sentido ao mundo, à vida e à própria noção de identidade dos sujeitos (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

A chamada de *Teoria da Reconstrução de Significados* ou *Teoria da Reconstrução Narrativa* é fruto do trabalho de uma nova geração de teóricos que começou a questionar as

limitações dos modelos tradicionais de abordagem do luto, abrindo novas perspectiva para a pesquisa e para a prática de auxílio aos enlutados. Essa geração propõe que uma visão ampliada dos fenômenos associados ao luto requer a análises em termos sociológicos, psicológicos e psiquiátricos. Neimeyer, Prigerson e Davis (2002), argumentam que estas três perspectivas têm em comum a valorização crescente conferida à busca de sentido para a experiência da perda.

Ao nível social, os rituais comunitários e as práticas religiosas e culturais têm sido interpretados como tentativas de prover aos enlutados recursos capazes auxiliá-los na busca de integração do significado das perdas. Ao nível individual, os enlutados são vistos como pessoas que lutam para restaurar a segurança e a regularidade, bem como, assimilar a perda adequando-a a sua noção preexistente de um *self* narrativo que foi profundamente abalada.

Para Neimeyer, o novo foco das pesquisas sobre os processos afetivos e cognitivos envolvidos no luto aponta para a noção de que a capacidade do indivíduo de encontrar sentido nas experiências de perda é um elemento capaz de predizer a sua capacidade se adaptar às mudanças que com ela se impõem. Nestes termos, pessoas com boa capacidade e com condições favoráveis para encontrar sentido na perda, apresentam melhor nível de adaptação/recuperação. Por outro lado, pessoas que apresentam dificuldades persistentes em encontrar significado na perda, apresentam maior tendência a vivenciar formas de luto complicado, intensificado ou cronificado (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

O luto complicado pode ser visto, neste sentido, como o resultado da incapacidade de certos indivíduos de reconstruir sua realidade pessoal, principalmente quando os modelos internalizados de *self* são fragilizados. Além disso, determinadas perdas, segundo Neimeyer, podem minar nossos esforços para conferir uma *coerência narrativa* que se ajuste ao arcabouço de significados preexistente que alicerçam um sentido de segurança e previsibilidade às nossas vidas. Elas requerem revisões substanciais em nossa visão de

mundo e em nossos planos de vida em curto e longo prazo, abalando o arcabouço de expectativas tão caras ao sentido que atribuímos a nossa vida (Parkes, 2009).

O *self narrativo* é uma construção psicológica que é radicalmente abalada pela perda de alguém amado. Se, por um lado, o significado daquilo que somos parece o resultado de uma construção do passado, nascida a partir daquilo que construímos e fomos; quando o futuro que imaginávamos ao lado de alguém rapidamente desaparece, temos a sensação que o presente se rompe e se fragmenta tamanha é a desorientação que esta perda provoca. Muitas das pessoas próximas que perdemos foram testemunhas íntimas de nosso passado. A perda de nosso cônjuge, de nosso irmão, de nossos pais, ou mesmo a perda de nossos amigos próximos, traz impactos ao nosso sentido mais básico de identidade. Ninguém mais ocupará aquela posição especial e necessária para suscitar e validar o fundo único de memórias compartilhadas que sustenta parte significativa da percepção de quem fomos e temos sido. O luto, portanto, pressupõe a necessidade de reaprendermos sobre o mundo e sobre nós mesmos, diante da ausência do importante papel referencial que os falecidos exerceram em nossas vidas (Parkes, 2010).

Neimeyer nos lembra que as pesquisas com um grande número de pessoas comprovam que o luto dado em função de mortes violentas, como homicídios, suicídios, ou mortes que violam o que se supõem ser o curso natural da vida, como a morte de uma criança, estão associadas de um modo pertinente à incapacidade dos enlutados de conferirem sentido à perda. Este é, segundo Neimeyer, o fator que mais diferencia estas mortes de outras, consideradas esperadas, ou que se seguem a um longo processo de doença. As memórias de eventos ligados a perdas traumáticas ou violentas podem resistir por muitos anos à inclusão no *universo narrativo* dos indivíduos sendo, por isso, re-experimentadas num nível pré-simbólico. Para Neimeyer, este processo está associado, por exemplo, à sintomatologia do TEPT e depressão que comumente afetam a vida destes enlutados.

Neimeyer afirma que, apesar das grandes dificuldades, o processo *reconstrução de significado* posto em prática durante a terapia é capaz de integrar as experiências traumáticas ao universo narrativo do indivíduo, podendo mitigar estes sintomas e ajudar a fomentar a adaptação após a perda. Por isso, este autor propõe que, independente da linha teórica, a atitude do terapeuta possa favorecer um espaço de reflexão e construção conjunta, lembrando que a vulnerabilidade a perda iguala paciente e terapeuta no mesmo nível. Todos nós somos humanos e, por isso, somos igualmente vulneráveis frente à dor da perda. Assim, é muito importante que o terapeuta seja capaz de integrar suas próprias experiências de perda para poder ajudar seus pacientes enlutados (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

1.4 - Nossos dias: Iconoclastia e reintegração

Como pudemos observar, uma revisão das construções teóricas sobre luto nascidas no século XX e início do século XXI, nos autoriza a afirmar que a compreensão estabelecida neste período foi baseada numa série de premissas mais ou menos constantes. Nas últimas décadas, porém, as evoluções do pensamento teórico sobre o luto vêm sendo profundamente marcadas por críticas a algumas das principais premissas que foram construídas ao longo do século passado. Nesse tópico vamos apresentar um breve panorama das visões contemporâneas do luto, partindo da crítica atual aos pressupostos que formaram a base do entendimento sobre o luto.

É interessante notar, que muitos aspectos fundamentais das perspectivas que se tornaram dominantes na literatura sobre o luto vêm sendo denunciados por não terem sido confirmados empiricamente (Rothaupt & Becker, 2007). Em 1989, Wortman e Silver publicaram um artigo intitulado *The Myths of Coping with Loss* no qual identificaram um grande número de idéias sobre o luto que, a despeito da grande aceitação, não tinham qualquer comprovação empírica sólida. Dentre os conceitos denunciados como mitos neste

artigo estão: 1) a noção de que a depressão é inevitável depois de uma perda; 2) a noção de que a angústia precisa ser vivida pelos enlutados; 3) o conceito de que a ausência de reações aparentes de luto é indicativa de patologia; 4) a compreensão de que é necessário que o luto se realize “por completo”; 5) A noção de que os enlutados podem se recuperar e reajustar à vida de um modo satisfatório após uma perda (Wortman & Silver, 1989).

A crença de que o incentivo à expressão das emoções e sentimentos de luto representa o melhor meio para a promoção do restabelecimento equilíbrio perdido, também começou a ser repensada. Em 2002, Stroebe e Stroebe conduziram um estudo de dois anos de duração com 128 enlutados. Nenhuma evidência foi encontrada que confirmasse a tese de que a expressão das emoções por parte dos enlutados poderia facilitar o seu processo de reajustamento à vida. Tornou-se crescente a denuncia à falta de evidências científicas que confirmassem a suposta necessidade de expressão dos sentimentos e, por consequência, que justificasse a necessidade de qualquer modalidade terapêutica pautada neste princípio. Para a maior parte das pessoas, falar sobre os sentimentos de perda só é terapêutico, quando acontece como um gesto espontâneo e genuíno. De outro modo, há indícios de pode ser prejudicial, sobretudo, se a pessoa se sinta pressionada a se expressar, chorar e entrar em contato com seus sentimentos (Rothaupt & Becker, 2007).

Faz-se necessário destacar, que para os críticos, os “mitos” relacionados ao luto podem ter um efeito deletério para os enlutados. Na medida em que os profissionais de saúde mental e outros integrantes da rede de apoio se baseiam em noções irreais, certamente oferecerão ajuda insuficiente ou inadequada. Um grande risco, por exemplo, é o de que os pressupostos e expectativas irrealistas, feitas por estes profissionais, possam agravar desnecessariamente sentimentos de angústia do enlutados ao induzir uma percepção de que suas próprias respostas são anormais e inadequadas.

Bonanno (2009) nos lembra que não importa o quão rápido a vida dos enlutado volte ao normal e ele sinta bem; sempre haverá alguém para duvidar deles, alegando que seu luto não foi completo e que seu bem-estar é na verdade uma espécie de reação patológica. Sempre haverá profissionais que explorarão este tipo de dúvida em proveito próprio, criando, a partir dos mitos, um contexto onde, até que se prove o contrário, o enlutado é sempre vítima de sofrimento ou patologia.

Evidencia-se hoje, também, uma séria crítica ao pressuposto freudiano original de que o sucesso do *trabalho luto* requer necessariamente que os enlutados abandonem os investimentos afetivos em relação ao morto. Desde Freud, a chamada *descatexia* em relação ao morto é considerada um passo fundamental no trabalho de luto. Essa crítica se dá, sobretudo, em função do reconhecimento da importância da manutenção de uma espécie de vinculação simbólica que o enlutado pode cultivar com a pessoa que morreu.

Rando (1985,1986) foi um dos primeiros pesquisadores a desafiar o pensamento predominante que sustentava a crença na necessidade do desligamento emocional dos sobreviventes em relação ao morto. Numa pesquisa com pais que perderam seus filhos, ele descobriu que a manutenção da vinculação afetiva por longos períodos de tempo - amplamente associado a um luto não resolvido - era, na verdade, a experiência vivida pela grande maioria dos pais enlutados. Estes pais se entristeciam não só pela morte dos filhos, mas também pelas esperanças e sonhos que tinham nutrido ao longo dos anos e que se perdiam com a morte (Rando 1985,1986, citado por Routhaupt & Becker, 2007).

De modo recente, os pesquisadores se questionam sobre os potenciais danos e benefícios da manutenção de um senso de ligação com a pessoa que se foi. Bonanno, Field e Gaz-Oz (2003) conduziram um estudo que mostrou que os enlutados encontram grande satisfação na manutenção de uma relação afetiva com o falecido. Esta relação é transformada pelo reconhecimento da impossibilidade do estabelecimento de uma relação física com a

pessoa amada. Uma relação que não necessariamente contradiz a aceitação da realidade da perda e que pode plenamente ser condizente com a noção de luto saudável (Routhaupt & Becker, 2007).

Segundo Bonanno e Kaltman (1999), a noção de *trabalho de luto* foi tão dominante no campo de estudos do luto, que poucas visões alternativas foram desenvolvidas. Quando a crítica à ausência de suporte empírico deste modelo apareceu no final dos anos 80, surgiu um verdadeiro vácuo teórico. Na década seguinte, no entanto, os pesquisadores, parcialmente foram preenchendo este vazio através de estudos e pesquisas fundamentadas em perspectivas oriundas de diferentes áreas. De tal modo, nos últimos anos, este campo tornou-se testemunha do surgimento de novos conceitos e pesquisas que são fruto do rápido influxo de idéias advindas das mais diversas áreas do conhecimento.

O resultado final das críticas aos modelos tradicionais do luto é o surgimento de um novo e considerável corpo de pesquisas que, a princípio, guia-se por perspectivas teóricas elaboradas para abarcar a explicação de fenômenos psicológicos das mais diversas ordens. Hoje, a compreensão do fenômeno luto não pode ser descontextualizada ou isolada da compreensão de uma gama de outras experiências humanas como a alegria, a tristeza, a afetividade etc.

Bonanno e Kaltman (1999) afirmam que, dentre as linhas mais promissoras na atualidade dos debates sobre o luto, destacam-se: a Teoria do Estresse Cognitivo, a Teoria do Vínculo, a Teoria da Função Social das Emoções e a Teoria do Trauma. Hoje, mais do que nunca, o luto é visto como um processo complexo e multidimensional, vivido por cada indivíduo de modo único e pessoal. O atual estágio das pesquisas e a polifonia neste campo nos desautorizam a abordar o luto através de uma visão simplista e reducionista. Não há uma teoria única que abranja todas as consequências do luto por morte, menos ainda das outras perdas que sofremos (Parkes, 2009, pg.42).

Entretanto, uma leitura sintética das linhas e movimentos principais neste campo, nos permite afirmar que os teóricos estão cada vez mais propensos a ver o luto como uma experiência transformadora e dolorosa, e, ao mesmo tempo, atravessada de muitos aspectos positivos. Entre os pontos marcantes do atual estudo do luto, constam cada vez mais evidências de que, embora haja uma grande variação no modo como cada indivíduo enfrenta a morte de alguém amado, a maioria dos enlutados o atravessam de um modo satisfatório “sofrendo por um período muito menor e se recuperando com mais facilidade do que o que se acreditava” (Bonanno, 2009, pg7).

Ainda nos chama atenção a descoberta da capacidade, nos enlutados, de viver afetos genuinamente positivos como alegria e o alívio, nos períodos próximos à perda. Estas descobertas estão sendo associadas ao emergente conceito de *resiliência* que é francamente defendida por pesquisadores como Bonanno (2009). Os achados deste pesquisador o autorizam a afirmar que *resiliência* é um componente frequente no enfrentamento do luto e de outras situações traumáticas. Eles também demonstram que a ausência de reações de luto ou sintomas de trauma é uma resposta saudável e que não precisa ser como “algo a ser temido” como ainda o é pela maior parte dos terapeutas e pesquisadores.

Além disso, Bonanno (2009) afirma que as respostas de luto podem assumir muitas formas, incluindo o riso, a celebração, além de tristeza. Este autor cunhou a frase "enfrentamento feio" (*coping ugly*) para descrever a idéia de que algumas formas de lidar com a perda podem parecer contra-intuitivas, frustrando concepções preestabelecidas por pesquisadores e leigos. Bonanno defende que a *resiliência* é natural para os seres humanos, sugerindo que ele não pode ser "ensinado" através de programas especializados e que não há virtualmente nenhuma pesquisa ou projeto que pretenda promover ou ensinar as pessoas a serem *resilientes*.

Na interpretação deste pesquisador, a controversa noção de *ausência de luto*, por exemplo, deveria ser revista frente à possibilidade de certos indivíduos apresentarem, não uma condição patológica que os impeça de viver o luto em sua totalidade, mas, uma capacidade maior de enfrentamento e superação frente a esta e outras adversidades. A introdução do conceito de *resiliência* no campo de estudos também tem sido associada a uma crescente crítica à hegemonia do modelo das *fases de luto* de Kübler-Ross. Segundo este autor, uma vez que se não há sofrimento, não há porque os indivíduos atravessarem as fases propostas neste modelo teórico (Bonanno, 2009).

Embora, pareça cada vez menor o reconhecimento dado pela comunidade científica para a noção de *ausência de luto*, evidencia-se hoje um esforço coletivo no sentido de validar a noção de *luto prolongado*. Atualmente, à chamada *desordem de luto prolongado* (*Prolonged Grief Disorder*) não é conferido o reconhecimento de transtorno mental. Embora atenda aos requisitos de “outras condições que podem ser foco de atenção clínica” no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria de Transtornos Mentais, 4^a Edição (DSM-IV) e na Classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde Estatística de Doenças e Problemas de Saúde, 10^o Edição (CID-10).

Para que a *desordem luto prolongado* seja reconhecida como um transtorno mental e incluído no DSM-V e a CID-11, especialistas em saúde mental precisam concordar sobre critérios de padronização. Tais critérios devem ser capazes de permitir aos pesquisadores e clínicos identificar fatores de risco e para encontrar maneiras de prevenir *desordem luto prolongado*. Eles também devem servir para garantir que as pessoas com *desordem luto prolongado* possam obter tratamentos adequados, tais como psicoterapia, para ajudá-los a mudar sua maneira de pensar sobre sua perda e voltar a envolver com o mundo. Recentemente, um painel de especialistas concordaram com uma lista de consenso dos sintomas para o *desordem do luto prolongado*. Neste momento estão sendo realizados estudos

e testes de campo para desenvolver e avaliar algoritmos para o diagnóstico de *luto prolongado* com base nesses sintomas.

Para Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan, et al., (2009) este algoritmo especifica que uma pessoa enlutada com *desordem de luto prolongado* deve experimentar anseio (sofrimento físico ou emocional por causa de um desejo insatisfeito de reunião com o falecido) e pelo menos cinco dos nove sintomas adicionais. Estes sintomas - que incluem entorpecimento emocional, sentimento de que a vida é sem sentido e evitação da realidade da perda - devem persistir por pelo menos 6 meses após o luto e devem estar associados com insuficiência funcional. Os pesquisadores vêm percebendo que os indivíduos que receberam um diagnóstico de *desordem do luto prolongado* podem apresentar um maior risco subsequente de saúde mental e comprometimento funcional do que as pessoas não diagnosticadas.

Hoje, embora muitos respeitem as contribuições de Freud (1917/1996), poucos pesquisadores aceitam a teoria freudiana de *trabalho de luto* em sua forma original - que se insere na chamada *teoria freudiana da libido*. Para maioria dos pesquisadores contemporâneos, este conceito não parece útil ao pleno entendimento dos processos que compõem o luto, nem é visto como um conceito passível de aplicação à abordagem clínica. Como alternativa à noção original de *trabalho de luto*, as atuais colaborações têm em comum o fato de caracterizar as reações de luto como parte de um processo de amplo de *reconstrução*. A descrição deste processo por Parkes é chamada de *transição psicossocial*, à descrição feita por Tony Walter é chamada de *reconstrução biográfica*, Margareth Stroebe o chama de *processo de restauração*, já Richard e Dawson o designam por processo de *repensar a vida, os papéis e as relações* e Neimeyer e Arnar Arnarson por *reconstrução narrativa*. Cada um destes conceitos foca sua atenção para aspectos significativos do fenômeno em questão (Parkes, 2010).

Bonanno e Kaltman (1999) defendem que, em face das circunstâncias atuais dos estudos sobre luto, faz-se necessário o advento de uma nova perspectiva integradora, capaz de fornecer um mapeamento das complexas interações das muitas variáveis que compõe o processo de luto e capaz de integrar o imenso influxo de teorias advindas de diversas áreas do saber. A construção de uma perspectiva integradora capaz de unir todas as peças deste complexo “quebra-cabeça teórico” é considerada por Bonanno e Kaltman (1999) o maior desafio no campo de estudos do luto desta década.

Como em vários outros campos de estudo, na atualidade, o pensamento contemporâneo sobre o luto é órfão de um modelo explicativo que dê conta da totalidade dos fenômenos nele implicados. Não podemos prescindir, porém, do reconhecimento da enorme importância das construções que representam a base do pensamento atual sobre este fenômeno. Elas forjaram e são partes indissociáveis do modo como vemos hoje este processo. Não podemos prescindir do reconhecimento da contribuição de cada um destes modelos no esforço nutrido por muitas gerações, na maioria das sociedades, que é o esforço de oferecer apoio aqueles que vivenciam momentos de intensas transformações e crise. Além disso, não podemos, também, deixar de reconhecer as ferramentas capazes de auxiliar estes indivíduos a atravessarem alguns dos momentos mais críticos de suas vidas, possibilitando-os encontrar um maior suporte e apoio na clínica psicológica. Estas ferramentas são o legado precioso dos modelos explicativos do luto surgidos a partir do início do século XX e estamos muito longe de construirmos novos modelos teóricos, sem que neles pese a sua enorme influência.

CAPITULO 2 –

O SUICÍDIO E O SEU LEGADO: ASPECTOS DA MORTE AUTO-INFLINGIDA E DO
PROCESSO DE LUTO DADO EM SUA CONSEQUÊNCIA

*Que a vida vale a pena ser vivida é a mais necessária das pressuposições.
Se não fosse pressuposta, esta seria a mais impossível das conclusões.*

George Santayana

O suicídio é um problema complexo que atrai a atenção de filósofos, teólogos, médicos, psicólogos, sociólogos e artista ao longo dos séculos. O filósofo francês Albert Camus, em *O Mito de Sísifo, ensaio sobre o absurdo*, definiu a questão do suicídio como “o único problema filosófico realmente sério” (Camus, 1942/2002, p.13). Segundo Camus, o grande problema da humanidade consistiria exatamente em saber se a vida vale ou não a pena ser vivida.

Assim como Camus, muitos pensadores ao longo dos séculos se posicionaram frente ao ato suicida. Para muitos deles, o suicídio pode representar a maior das ameaças às bases de nossa relação com a existência. Ao negar a sua vida em particular, os suicidas ferem pressuposições que formam esteio de nossa relação com a vida. Diante de um ato suicida, somos todos implicitamente desafiados a reassumir nosso compromisso com nossa própria existência. (Solomon, 2001)

O psiquiatra e filósofo alemão Karl Jaspers (1883-1969) salientou que, ao colocar o suicídio na esfera objetiva do racional, os filósofos o despojaram da angustiante realidade cotidiana. O caráter envolvente das reflexões existenciais encontra forte contraste com a verdadeira tragédia humana que é confrontada diariamente nos corredores dos hospitais, clínicas e leitos psiquiátricos. O suicídio enquanto fato real nos expõe a uma série de experiências tão perturbadoras e aversivas que preferimos evitar qualquer contato (Werlang, 2000).

A tentativa de suicídio costuma ser justamente o fato que proporciona o primeiro contato do paciente com os profissionais, que devem lhe fornecer os cuidados biopsicossociais adequados. Nestas circunstâncias, o ato suicida pode ser interpretado como um pedido desesperado de ajuda de pessoas que se encontram num momento da vida, como se estivessem frente a um muro contra o qual batem sem esperanças. A ocasião do contato entre o paciente suicida e o seu médico, é um momento onde esta pessoa pode encontrar a ajuda necessária para efetivar mudanças significativas em sua vida. Porém, até mesmo nesta ocasião, o que ainda se revela é que o ato suicida acaba sendo visto como uma violação, uma afronta absurda aos valores que sustentam os esforços diários das equipes que lutam pela vida de seus pacientes. Isto acaba gerando, como que em resposta atitudes desatenciosas, negligentes e até mesmo hostis de muitos dos próprios profissionais de saúde. Se o ato suicida é um ato de negação à vida, é muito comum que as pessoas que tentam suicídio sejam, elas mesmas, também negadas e depreciadas em seu sofrimento.

Mas, como podemos compreender as motivações autodestrutivas destes indivíduos? Como podemos compreender os fatores que regem atitudes, a princípio, tão absurdas e contrárias a alguns dos mais altos valores e esforços humanos? Afinal “que forças misteriosas levam uma pessoa a violar a mais básica e sacralizada das características humanas, o instinto de sobrevivência?” (Beck & Weissman, 1974).

Poucas problemáticas humanas são tão intrigantes e enigmáticas quanto as que estão associadas à morte auto-infligida. O pensamento sobre suicídio nos remete, invariavelmente, a questões que estão no cerne da relação do homem com sua própria vida e com sua própria morte. O comportamento suicida - como todo comportamento humano - é claramente um fenômeno multidimensional, resultante da interação de fatores complexos. Sua compreensão exige o engajamento de abordagens multidisciplinares. De tal modo, o campo de conhecimento voltado à compreensão do suicídio, a *suicidologia*, é composto e alimentado

por áreas tão diversas quanto a bioquímica, a genética, a sociologia, a psiquiatria, a psicologia, etc.

O fundador da suicidologia moderna, Edwin S. Shneidman (1918-1999), após mais de quatro décadas estudando o suicídio, no final de sua carreira escreveu que “qualquer um que afirme haver respostas fáceis para esta complicada questão humana simplesmente não compreendeu a natureza do homem” (Shneidman, 1975, citado por Werlang 2000). Em 1993, ele afirmou que, o fato mais evidente a respeito da suicidologia e dos eventos relacionados ao suicídio, é sua natureza multidimensional, multifacetada e multidisciplinar; envolvendo, concomitantemente, fatores biológicos, sociológicos, psicológicos (interpessoais e intrapsíquicos), epidemiológicos e filosóficos (Shneidman, 1993).

Desta forma, sociólogos têm mostrado a variação das taxas de suicídio em função de fatores como desemprego e guerra; psicanalistas têm defendido que o suicídio é fruto de um intenso ódio que é deslocado de uma pessoa amada para o próprio indivíduo; psiquiatras o vêem como o resultado de um desequilíbrio neuroquímico, etc. Para Shneidman, nenhuma destas abordagens tem o privilégio da verdade. O fenômeno do suicídio contempla todas estas facetas e sua compreensão as transcende. Não se trata de decidirmos por uma verdade em detrimento de outra, mas de compreendermos a complexidade e multideterminação inerentes ao fenômeno em questão.

Assim como a questão do suicídio, o enfrentamento das situações de perda, como a morte, a separação ou o abandono, que também representam grandes desafios para o homem. Como vimos no primeiro capítulo, perdas cobram um aprendizado profundo que sugere o despojamento, a aceitação dos limites, das contradições e rupturas inerentes à nossa condição. Dentre todas as perdas que podemos experimentar, aquelas provocadas pela morte de alguém amado são as que têm o potencial de gerar os impactos mais severos. As vivências

relacionadas à perda por morte representam um dos mais significativos desafios que podemos enfrentar no decurso de nossas vidas.

Em resposta à morte de alguém querido, vivemos um verdadeiro processo de *crise*, marcado por uma profunda *transição psicossocial*. Inicia-se um processo complexo de mudanças que altera vastas dimensões de nossas vidas e que nos lança num estado de vulnerabilidade e risco psicológicos severos. A magnitude desta crise e os riscos a ela associados justificam sua relevância na prática da clínica psicológica. Revela-se aí, a considerável influência que o luto exerce nos processos que culminam em estados de sofrimento psíquico grave (Parkes, 1998).

É fato inegável que o luto é um elemento sempre presente na clínica médica e psicológica. Muitas das pessoas que afluem aos consultórios e clínicas, buscando serviços de médicos e psicólogos, apresentam queixas que numa escuta mais atenta revelam-se associadas às reações geradas por uma perda recente. Do mesmo modo, psicólogos, médicos e terapeutas sabem que o processo de luto pode seguir tanto um rumo que o leve a uma resolução saudável, como pode enveredar por caminhos mais tortuosos. Sabem também, que muitos daqueles que atravessam processos complicados de luto podem precisar de algum tipo de suporte psicossocial para atravessar este processo de uma maneira adequada (Parkes, 1998).

Ainda há muita discussão sobre o que, exatamente, pode ser definido como “*luto normal*” e o que pode ser o chamado de “*luto complicado*”. Mesmo assim, nos estudos que avaliam os numerosos fatores que condicionarão o rumo do processo de luto, entre as das variáveis apontadas como aquelas que podem exercer influência mais significativa, constam as chamadas “*causas e circunstâncias da morte*”.

Entre os diversos modos de morte que possivelmente tornarão o luto complicado, figura um caso especial; trata-se da morte por suicídio. Não sem contestação, parte da considerável literatura especializada tem nos oferecido meios para afirmar que os indivíduos

enlutados por suicídio estão suscetíveis a uma variedade de riscos mais significativos em termos de sua saúde mental. Vários autores defendem que algumas peculiaridades da morte por suicídio acarretam reações que se somam e intensificam as experiências esperadas no luto dito “normal”. Algumas vivências próprias aos enlutados por suicídio podem estar associadas a maiores dificuldades no enfrentamento da perda, o que aumenta a possibilidade de viverem o chamado “*luto complicado*”.

O próprio Shneidman foi um dos primeiros estudiosos a chamar atenção para o sofrimento psicológico de familiares e amigos, que perderam um ente querido por suicídio. Para este autor, o suicida deixa um legado funesto de questionamentos que ecoam sem respostas. Um legado que recai com maior intensidade sobre seus parentes, amigos e pessoas próximas. Ele nos chamou atenção para o fato de que a pessoa que comete suicídio “*coloca seu esqueleto emocional no armário dos enlutados*” sentenciando-os a uma grande diversidade de sentimentos negativos, sobretudo, a uma verdadeira obsessão sobre as motivações para o seu ato (Shneidman, 1969, citado por Werlang 2000).

Bowlby (1985) nos lembra: uma vez que o suicídio é uma morte considerada desnecessária, a tendência à atribuição de culpa é muito maior. Para este autor, o processo de luto provocado por suicídio traz, atrelado a si, uma sobrecarga de experiências negativas, que é responsável por um elevado potencial de risco à saúde mental e física dos indivíduos. Os sentimentos que sobrecarregariam o processo de luto seriam responsáveis pela impressionante esteira de psicopatologia associada à morte por suicídio, um legado capaz de se estender não só aos sobreviventes imediatos, mas também aos seus descendentes (Bowlby, 1985).

Enfim, estamos falando de um conjunto de vivências de um grupo de indivíduos que tem se tornado cada vez maior. É àqueles que viveram a perda de alguém por suicídio que voltamos o nosso olhar neste trabalho. Neste capítulo, buscamos tecer aproximações à complexidade de fatores comuns às experiências daqueles que perderam um familiar, um

cônjuge ou um amigo por suicídio. Visamos contribuir para a compreensão clínica das vivências desta população, suscitando reflexões a respeito do profundo significado desta perda em suas vidas. Entendemos que a compreensão das vivências comuns aos indivíduos desta população representa o mais fundamental dos requisitos na construção de estratégias eficazes em ajudá-los a desenvolver meios de enfrentamento adequados.

Entendemos que num plano prático, a tarefa de tecer uma caracterização do impacto da morte por suicídio na vida de familiares, amigos e cônjuges, deve contemplar mais do que uma simples descrição das *reações* e *sintomas* que compõe o processo de luto. Não podemos nos privar do diálogo sobre a própria questão dos significados atribuídos ao suicídio. Se, partimos de uma definição do luto enquanto um *processo complexo de reconstrução subjetiva*, nos cabe enfatizar as mudanças que se processam ao nível do universo de concepções dos enlutados e no modo como eles conferem sentido às suas experiências. Esta tarefa, por consequência, deve nos levar a uma série de outras questões que tornam imprescindível uma reflexão profunda sobre os meandros da afetividade e da perda. Nossas reflexões serão balizadas pelo conhecimento estabelecido por estudiosos de diversas linhas que tentaram lançar luzes sobre o significado destas experiências.

2.1 - O problema do suicídio e a questão dos sobreviventes de suicídio: a extensão do problema

Neste tópico, apresentaremos uma visão panorâmica do problema do suicídio e da questão dos sobreviventes de suicídio no Brasil e no mundo. Ao final, teceremos breves considerações a respeito dos problemas metodológicos comuns às pesquisas que buscam identificar peculiaridades do luto gerado em consequência deste tipo de morte. Intentamos traçar uma projeção da extensão do problema do suicídio em termos dos seus impactos

emocionais, sociais e econômicos na vida das pessoas que perdem alguém por esse tipo de morte.

2.1. a - Os Números do Suicídio

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o suicídio como o óbito que resulta de uma ação, ou omissão, iniciada com a intenção de causar a morte, e, com a expectativa desse desfecho (OMS, 2002). Cassorla (2004) define os comportamentos suicidas como um amplo contínuo de comportamentos que envolvem desde o pensamento, ideações e ameaças de autodestruição, até a concretização do ato fatal.

Os comportamentos suicidas e as mortes dadas em sua consequência não são fenômenos raros, na verdade, eles são espantosamente comuns. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (2002) nos informa que só no ano 2000, foram estimadas 815.000 mortes causadas por suicídio, ou seja, uma morte por suicídio a cada 40 segundos no mundo. Neste mesmo documento, a OMS (2002) estima que nos últimos 45 anos, a média anual destas mortes cresceu a uma taxa de 60%. Hoje, entre a população na faixa de 15 a 44 anos, o suicídio representa a quarta causa de morte, e as tentativas de suicídio formam a sexta causa de deficiências e outros problemas de saúde que necessitam de algum tipo de intervenção médica.

Dados atualizados dos relatórios de pesquisas que compuseram o chamado “Mapa da Violência 2011”, publicado pelo Instituto Sangari, indicam que entre os anos 1998 e 2008, o total de suicídios em nosso país passou de 6.985 a 9.328; o que representa um aumento de 33,5% em dez anos. O índice de aumento dos números do suicídio no Brasil superou o índice do aumento da população no mesmo período (17,8%), assim como o de homicídios (19,5%) e de óbitos por acidentes de transporte (26,5%). Com uma média de 4,9 suicídios por 100 mil habitantes, o Brasil ocupa a 73ª posição entre os 100 países pesquisados. Mas, na faixa de

idade entre 15 e 24 anos, a taxa é de 5,1 suicídios para cada 100 mil jovens, o que faz o Brasil ocupar a 60^a posição na taxa de mortes nessa população, uma situação intermediária no contexto internacional (Waiselfisz, 2010).

É importante lembrar que estes números não consideram o alto nível de subnotificação presente no nosso sistema de saúde, a exemplo do que acontece em grande parte dos países em desenvolvimento. Os estudos epidemiológicos do suicídio se mostram deficitários no Brasil. Isso ocorre, em grande parte, em função de fatores como o estigma que envolve o tema e das dificuldades em se caracterizar e notificar o fenômeno. No contexto da saúde pública brasileira, é muito comum, por exemplo, que tentativas de suicídio sejam registradas como meras intoxicações ou traumatismos, sem maiores especificações. Não obstante estas dificuldades, os dados disponíveis já são capazes de evidenciar que o suicídio representa um problema extremamente grave de saúde pública (Werlang, 2000).

2.1.b - A questão dos sobreviventes de suicídio

O grande problema de saúde pública que o suicídio representa está diretamente relacionado aos impactos que cada morte traz à vida de parentes e pessoas próximas. Cada morte auto-infligida tem o potencial de gerar efeitos duradouros na vida de todos os indivíduos que compunham a rede próxima de relações do falecido. Se a morte pode ser vista como o desfecho da história de um indivíduo específico, ela também pode representar o evento que marcará, talvez para sempre, a vida de um grande número de pessoas que lhe eram próximas. Em efeito e de modo proporcional ao crescimento do número de mortes provocadas por suicídio, também é crescente o número de pessoas cujas vidas são abaladas, emocional, social e economicamente a cada ano por estas mortes.

Seguindo uma estimativa amplamente difundida a OMS (2000) informa que, para cada morte por suicídio, de cinco a dez pessoas do círculo de contato próximo da vítima sofrerão

com o impacto da perda. Em países como os Estados Unidos, por exemplo, esse número representa uma população que pode chegar até 300.000 (trezentos mil) novos enlutados por suicídio ao ano. Alguns pesquisadores defendem que esse número pode ser muito maior, sobretudo, quando se leva em conta as mortes não registradas. Pelo estigma associado ao suicídio, tanto quem comete o ato, como seus familiares e as autoridades, podem querer esconder as reais causas da morte, deixando de reportá-la como tentativa de suicídio (Lukas & Seidin, 1997, citado por Knieper, 1999).

Devemos levar também em conta, a existência de estatísticas menos conservadoras que a defendida pela OMS. Citamos como exemplo a estatística que foi proposta pela pesquisadora Doris Bland (1994) do *Baton Roug Crises Intervention Center* (BRCI), que identificou dentre os 214 indivíduos que procuraram espontaneamente os serviços de apoio oferecidos pelo BRCI, uma grande variedade de graus de parentesco e outras modalidades de relação com o falecido. De pais, irmãos e amigos próximos, a colegas de trabalho, igreja e alunos, estas pessoas que se encaixavam em até 28 modalidades diferentes de relação com o falecido. Todas procuraram apoio psicológico para enfrentar as consequências e impactos da morte. Este dado permitiu que Bland propusesse a estimativa de que cada suicídio pode impactar a vida de até 28 pessoas diferentes (Bland, 1994, citado por Knieper, 1999).

A própria OMS (2000) atribui uma variedade de reações emocionais e comportamentais aos efeitos da perda por suicídio. Os riscos associados a estas reações justificam, segundo esta agência, a necessidade do provimento de ações amplas de suporte, intervenção em crise e assistência continuada à população em questão. A perda de alguém significativo por suicídio pode trazer consequências duradouras para os sobreviventes. Pesquisadores defendem ser comum entre estes enlutados a percepção de que seu suporte psicossocial é ausente ou inadequado. Enlutados por suicídio relatam que se sentem abandonados e isolados, muitos dizem vivenciarem intensos sentimentos como a solidão e a

vergonha. A OMS também nos lembra que é significativo entre os enlutados por suicídio o aumento da ideação suicida, da frequência de depressão, de doenças físicas, a presença de estresse pós-traumático, além da exacerbação de condutas preexistentes de abuso de substâncias e o aumento de problemas familiares (OMS 2008).

Representações sociais negativas costumam cercar a vida dos enlutados, podendo tornar ainda mais difícil a estes atravessarem os desafios do processo de luto. Historicamente, a morte auto-induzida sempre foi objeto de preconceitos e estigmas. As arraigadas representações sociais concorrem para o fato de que o suicídio acabe sendo sentido pelos sobreviventes, como um verdadeiro estigma social que lhes impede de acessar o suporte necessário no decurso de seu processo de luto (OMS, 2008).

2.1.c - Obstáculos comuns à pesquisa acerca do luto por suicídio

A despeito do grande número de defensores, a tese que versa sobre a necessidade de oferecer um suporte diferenciado aos enlutados por suicídio não é propriamente um consenso. Se para a maioria dos pesquisadores existe um claro corpo de evidências que sustentam esta tese, há também, os que afirmam serem mínimas as diferenças entre o luto por suicídio e outros modos de morte, sobretudo as mortes consideradas traumáticas.

Pesquisas voltadas à análise desta questão encontram dificuldades metodológicas que impedem o estabelecimento de afirmações conclusivas. Deste modo, embora muitos defendam, até mesmo com base em sua prática clínica, que o luto por suicídio apresente diferenças significativas do luto dado em função de mortes naturais ou acidentais, em termos de objetividade científica não é tão fácil comprovar esta hipótese.

Pesquisadores como Farberow, 1991; McIntosh, 1993; Ness & Pfeffer, 1990; Seguin et al., 1994; van der Wal, 1989 (citado por Ellenbogen & Gratton, 2001), apontam serem muitas as dificuldades metodológicas comuns a estas pesquisas. Estas dificuldades

resultariam, segundo eles, por nos impedir de tratar os resultados destas pesquisas como conclusivos ou generalizáveis. Dentre estes problemas, destacam-se o fato de que o luto raramente é estudado longitudinalmente; de que as populações estudadas geralmente são muito pequenas, e de que as teorias que baseiam os estudos nem sempre estão claramente explicitadas. A maioria expressiva destes estudos teve como participantes apenas viúvas caucasianas de classe média, sendo este um grupo super representado. Além do mais, por ser um tema de difícil verbalização, é grande o número de potenciais sujeitos que ao serem convidados, recusam-se a participar das pesquisas.

Parece virtualmente impossível dissociar as pesquisas do luto das dificuldades apresentadas. Sendo, sobretudo, uma grande dificuldade a obtenção de uma amostra completamente aleatória desta população. Pois, além de nem todos os casos de suicídio serem reportados, sabemos que parte significativa dos sujeitos convidados a colaborar com as pesquisas irá se recusar a fazê-lo. Em seu trabalho de revisão de literatura, Ellenbogen e Gratton (2001) afirmam que pesquisas com sobreviventes de suicídio costumam obter um máximo de 60% a 70% de colaboração.

Contudo, a maior dificuldade para traçar afirmações conclusivas sobre as peculiaridades do luto por suicídio é o fato de ser quase impossível estabelecer um controle de todas as variáveis capazes de alterar os resultados. Dimond (1981, citado por Faberow et al. 1992), por exemplo, sugere que qualquer pesquisa com enlutados deve considerar toda uma série de fatores que exercem clara influência na qualidade deste processo. Para Dimond, pesquisadores que desejam recrutar uma amostra uniforme de enlutados devem considerar a importância de variáveis como: o contexto social e o apoio encontrado pelo enlutado após a morte; o histórico de perdas e a possibilidade de perdas concomitantes à morte em questão e as estratégias de enfrentamento adotadas por cada integrante da amostra. Antonovsky (1979, citado por Faberow et al. 1992), defendeu a necessidade de se conferir uma maior importância

às características da personalidade de cada sujeito no sentido de se compor uma amostra uniforme.

2.2 - A compreensão do suicídio

Até agora, apresentamos uma explanação sobre a extensão da problemática do suicídio e dos sobreviventes de suicídio. Nesta seção, nos aprofundaremos em aspectos diversos do suicídio, abordando as tentativas de explicação desse fenômeno. Entendemos que a compreensão dos reais impactos da morte auto-infligida na vida dos familiares e pessoas próximas, não pode se privar do diálogo sobre a própria questão do significado do ato suicida. Por isso, a condução de nossa investigação parte de reflexões a respeito do tema suicídio, encontrando suporte no corpo do conhecimento estabelecido por estudiosos que se lançaram na tarefa de explicar este fenômeno em sua complexidade.

2. 2.a - A compreensão do suicídio pelo viés epidemiológico

Enquanto o estudo das distribuições dos fenômenos de saúde, doença e seus fatores correlacionados nas populações humanas, a epidemiologia nos propiciou um vasto conhecimento sobre fatores associados ao risco e à proteção do suicídio. Evidencia-se hoje a proliferação de estudos correlacionando taxas de incidência de suicídios com uma grande diversidade de fatores internos e externos aos indivíduos. O conhecimento, crescente e detalhado, das taxas de incidência do suicídio e de tentativa de suicídio impetrado pelos estudos comparativos sistemáticos, tornou possível a elaboração de estratégias preventivas e interventivas no campo da saúde coletiva. Atualmente, a medida do risco de um indivíduo apresentar comportamento suicida toma como base os indicadores específicos de natureza sociodemográfica, clínica e genética. Este grande conjunto de dados permitiu o

reconhecimento de populações vulneráveis, direcionando estratégias mais eficazes de prevenção (Prieto & Tavares, 2005).

Estudos comparativos atuais englobam eixos de investigação tão amplos e diversos que cobrem aspectos que vão desde questões culturais e econômicas, até questões genéticas e neuroquímicas. As estatísticas resultantes destes estudos apontam a uma gama proporcionalmente diversa de fatores associados ao risco e à proteção do suicídio.

Gunnell e Lewis (2005) esclarecem que, normalmente, são múltiplos os elementos influenciadores de um ato suicida. Dificilmente, a ideação suicida está vinculada a um único fator. Além disso, fatores de risco e de proteção atuam antagonicamente sobre as ideações suicidas de uma única pessoa. De um lado a presença de transtornos mentais, o uso de álcool ou outras drogas e a impulsividade representam fatores de risco; de outro, um casamento estável, o suporte de profissionais especializados e certas sanções religiosas atuam como fatores de proteção.

Dentre os fatores mais relevantes para a indicação do risco de suicídio apontados pela OMS, constam: a presença de certos transtornos mentais como a depressão e o alcoolismo; a vivência de perdas recentes, perdas de familiares na infância, problemas familiares, personalidade com traços de agressividade e impulsividade; circunstâncias clínicas específicas como doenças crônicas, incapacitantes e desfigurantes; e o acesso fácil a métodos letais. Fatores como o histórico de suicídio entre parentes de primeiro grau e o histórico de doenças psiquiátricas na família, também estão relacionados ao um risco aumentado para o comportamento suicida (Bertolote, Botega e Melo-Santos 2011).

A presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio, pois, em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio. Os transtornos do humor, em especial os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os portadores de doença mental

que cometeram suicídio. Segundo a OMS (2002), o diagnóstico de transtorno do humor pode ser feito entre 20,8% a 35,8% dos suicídios fatais. As comorbidades nas quais estão associados transtornos do humor e os transtornos por uso de substância são também muito frequentes.

Outros indicadores clínicos são claramente correlacionados à tentativa de suicídio, podemos citar o baixo nível de controle de impulso, a presença de afetos intoleráveis ou de um histórico de tentativas de suicídio anterior. Pesquisas apontam para a correlação entre as tentativas de suicídio e a vivência de experiências fortemente estressoras durante o desenvolvimento dos indivíduos. Entre estas vivências estressoras, destacam-se o histórico de violência física e sexual (Prieto & Tavares, 2005).

É importante lembrar que estes dados não implicam necessariamente numa relação de causalidade determinista. Mesmo com o grande volume de informações disponíveis, ainda somos incapazes de prever com exatidão se um indivíduo desenvolverá comportamentos suicidas dentro de uma determinada população de risco. Estas informações não nos permitiram compreender porque, ainda, enquanto alguns indivíduos escolhem a morte autoinfligida por situações aparentemente banais; outros, submetidos a condições extremamente adversas, demonstram atitudes resilientes.

Hoje, apesar dos crescentes avanços em nossa capacidade de reconhecer os indivíduos suscetíveis ao risco de suicídio, continua sendo difícil compreender as características individuais dos sujeitos que realmente cometem suicídio. Uma vez que estes indivíduos não são passíveis de avaliação direta, ainda é difícil prever quais sujeitos potencialmente suicidas vão transformar suas fantasias e/ou ideações em atos concretos (Werlang, 2000).

Deste modo, existe um limite nas respostas fornecidas pelos estudos estatísticos sobre as reais razões que levam uma pessoa à autodestruição. Torna-se necessária uma perspectiva complementar, capaz de integrar esta enorme quantidade de dados num todo coerente. Faz

necessária a compreensão de como os fatores de risco e proteção, confluem e interagem na vivência subjetiva e peculiar de cada indivíduo.

2.2.b- A compreensões do suicídio pelo viés da clínica psicológica: Freud e Menninger

Neste sentido, as contribuições angariadas por outra via de investigação podem ser capazes de juntar algumas das peças deste enorme quebra-cabeça. A perspectiva da clínica psicológica representa uma ferramenta que se destaca pela proposta de entrar em contato com o universo de vivências subjetivas de cada indivíduo, e se pauta na valorização da totalidade e da singularidade de cada sujeito. Enquanto o enfoque epidemiológico trata dos fenômenos relacionados à saúde e a doenças numa perspectiva coletiva, o enfoque clínico se distingue por abordá-los em sua perspectiva individual. As investigações das experiências subjetivas e das dinâmicas inconscientes lançam uma perspectiva complementar à compreensão alçada pela perspectiva epidemiológica, na medida em que valoriza o acesso ao fenômeno em sua expressão humana e individual.

A compreensão clínica do suicídio nasce das elaborações teóricas advindas de estudos de caso, de relatos de experiência de psicólogos, psicanalistas e psiquiatras a respeito de seus pacientes suicidas e de seus familiares. Os esforços para a compreensão clínica do suicídio foram contextualizados, a princípio, por estudos oriundos da psicanálise, resultando em modelos psicodinâmicos que integram um corpo de explicação deste fenômeno. Desde Freud, diversos modelos psicodinâmicos foram propostos para explicar como forças internas e externas interagem, concorrendo para a expressão do comportamento autodestrutivo ao longo do desenvolvimento dos indivíduos.

Mesmo Freud foi reticente quanto a este tema. Este autor nunca sintetizou seu pensamento sobre o suicídio em um artigo específico. Todas as inferências feitas posteriormente no sentido vislumbrarmos o que poderia ter sido sua visão sobre suicídio,

foram sugeridas por artigos que discutiam outros temas (Shneiman, Farberow & Litman, 1970).

Se partirmos da noção freudiana de *trauma*, introduzida em 1885, podemos inferir que a medida da intencionalidade implícita a uma tentativa de suicídio, evidencia a intensidade da dor psíquica que a subjaz. Tentativas de suicídio interpretadas à luz desta teoria são expressões de uma dor intolerável que excede a capacidade do sujeito representá-la e, conseqüentemente, de responder a um modo adequado. Ao longo do desenvolvimento dos indivíduos a incidência de situações traumáticas acarretaria efeitos patogênicos duradouros na sua organização psíquica, gerando uma série de vulnerabilidades (Werlang & Macedo, 2007).

O trauma está associado a uma dor que ultrapassa a capacidade de elaboração do sujeito. A quantidade de tensão que irrompe no psiquismo buscará uma forma imediata de descarga. Deste modo, na situação da tentativa de suicídio, a violência desta tensão dirige-se contra a própria pessoa no ato imediato e inadiável de buscar a própria morte como forma de por fim a sua dor psíquica (Werlang & Macedo, 2007).

Em 1917, com *Luto e Melancolia* (1917/1996), Freud fala sobre como as defesas narcísicas se fazem presente na base da experiência de culpa e auto-reprovação comuns aos pacientes melancólicos. Por meio de mecanismos regressivos como a *cisão* e a *identificação*, sentimentos hostis direcionados ao objeto ausente retornariam ao *self*. Nascia aí a noção de que, impulsos destrutivos direcionados aos outros poderiam se voltar contra o próprio *self*. O suicídio, segundo esta interpretação, seria então, uma espécie de assassinato em 180° (Solomon, 2001).

Na virada teórica de 1920, no artigo *Além do Princípio do Prazer*, Freud teorizou sobre a dualidade básica das pulsões pela qual nossa vida psíquica é regida e sobre o constante interjogo entre as pulsões de vida e de morte. As pulsões de vida impulsionariam a

renovação da vida e as pulsões de morte corresponderiam à tendência de todos os seres vivos à autodestruição.

O argumento para defender a hipótese da existência de uma tendência do psiquismo à autodestruição baseou-se nas observações freudianas daquilo que ele chamou de *compulsão à repetição*. Para Freud (1920/1996), quando ocorre um trauma, o aparelho psíquico não consegue mobilizar suas energias e se torna inoperante em sua capacidade de vincular as sobrecargas de excitação que nele ingressam às representações capazes de lhes conferir significado. Realiza-se então um trabalho de repetição com o intuito de dar conta desse excesso de excitação e elaborar as experiências. O psiquismo efetua um verdadeiro processo de regressão, que ajuda a plasmar uma série de comprometimentos e vulnerabilidades que vão se somando ao longo da vida dos indivíduos. Esse trabalho de repetição busca retomar o equilíbrio anterior perdido na economia psíquica, no processo que Freud chamou de *compulsão à repetição*.

Ao apresentar o conceito de compulsão à repetição enquanto a tendência do psiquismo a retomar um estado anterior de equilíbrio e ausência de tensão, Freud (1920/1996) propôs a existência de um *continuum*, uma tendência do psiquismo a buscar a ausência total de tensão cujo ápice só é encontrado na matéria inorgânica. Ele escreveu que, se “Tudo o que vive morre por razões internas e se torna mais uma vez inorgânico. Seremos então compelidos a dizer que o objetivo de toda a vida é a morte” (Freud, 1920/1996, p. 49).

Freud (1920) apresentava sua controversa noção de *pulsão de morte* que logo iria encontrar posição de destaque no pensamento psicanalítico por representar um contraponto a então estabelecida noção de pulsão erótica. Ele teorizava sobre como a atuação simultânea e mutuamente oposta das pulsões de vida e morte regiam a diversidade de fenômenos de nossa vida psíquica. A partir de então, a teoria psicanalítica passou a considerar e a valorizar, além

da influência das pulsões sexuais, também, a influência das pulsões de morte, que encontrariam sua expressão na agressividade e nos seus derivativos.

O equilíbrio delicado entre a pulsão de vida e a pulsão de morte se tornaria objeto de reflexão permanente da psicanálise. Deste ponto em diante, a *formulação dicotômica das pulsões*, junto à descrição do fenômeno do *narcisismo*, possibilitaram os principais vislumbres a respeito do que poderia vir a ser uma leitura freudiana do suicídio (Werlang, 2000).

Posteriormente, o psicanalista americano Karl Menninger (1893-1990) se baseou nas noções freudianas de *pulsão de morte* e *narcisismo* ao tecer importantes aproximações da teoria psicanalítica com a problemática do suicídio. Em 1933, ele escreveu um artigo intitulado “*Os Aspectos Psicanalíticos do Suicídio*”, onde reforçou a idéia do suicídio enquanto fruto da agressividade homicida que, por influência de mecanismos regressivos narcisistas acabava por se tornar autodirigida. Para Menninger, qualquer atitude autolesiva como a automutilação, por exemplo, estaria inserida em maior ou menor grau na mesma dinâmica psíquica responsável pelo suicídio (Menninger, 1933).

Ganhava força a noção de que os suicídios seriam o fruto de uma agressividade assassina de uma pessoa contra a outra, desferida pela a própria pessoa contra si mesma. Para Menninger (1933) o suicídio enquanto *o assassinato de si mesmo* requer a confluência de três desejos básicos que habitam as fantasias inconscientes dos suicidas. Estes seriam “*o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer*”. O desejo de matar estaria associado a fortes sentimentos agressivos dirigidos aos outros. O desejo de ser morto seria a resposta de um superego sádico, pautada pela necessidade de punição e por sentimentos de culpa ou submissão masoquista. O terceiro desejo - que resulta na expressão impulso suicida - seria produto da necessidade do psiquismo de reduzir a tensão psíquica oriunda do conflito instalado, retomando assim, um estado anterior de tranquilidade. Em função desta necessidade

é que estariam envolvidas no momento do impulso suicida fantasias como as de retorno ao ventre materno ou renascimento (Menninger, 1933; Solomon, 2001).

É importante frisar, que para autores como Werlang (2000), a experiência clínica reiteradamente confirma que o suicídio frequentemente tem a função de destruir a vida de pessoas próximas e familiares. Pacientes deprimidos, muitas vezes, acham que o suicídio é a única forma de vingança satisfatória contra seus desafetos. Este fato poderia ser interpretado com a confirmação de que o suicídio representa uma espécie de assassinato em 180°.

Outros modelos psicodinâmicos se seguiram tendo como base a noção de que o acúmulo de tensão psíquica estaria na origem do comportamento autodestrutivo. Freud e Karl Menninger continuam sendo as bases para as explicações psicodinâmicas do suicídio e a agressividade autodirigida continua sendo um fator nodal para qualquer explicação do suicídio (Werlang, 2000).

2.2.c - A psicodinâmica do suicídio segundo Edwin Shneidman

Ao final de sua carreira, num artigo intitulado *Suicide as Psychache*, o iminente suicidologista Edwin Shneidman (1993) afirmou que após mais de quatro décadas de estudos, poderia resumir todas as suas descobertas numa única frase com cinco palavras. Essa frase então seria: “*Suicide is caused by psychache*” (O suicídio é causado por *psychache*). O termo *psychache* é um neologismo criado por este autor partir das palavras em inglês para designar “psiquismo” e “dor” e pode ser traduzido como “dor psíquica intolerável”.

Inicialmente inspirado nas teorias da personalidade de Henry Murray e em sua compreensão das necessidades psicológicas básicas do ser humano, Shneidman considerava o suicídio como o resultado final da confluência de um máximo de dor, perturbação e pressão. A dor psicológica seria resultante da frustração das necessidades psicológicas mais básicas do ser humano, sendo o componente central do suicídio. O fator de perturbação refere-se a

qualquer distúrbio, como os transtornos e os déficits mentais construídos ao longo da vida, e que tornam os sujeitos mais vulneráveis. A pressão estaria relacionada com aos estressores como eventos adversos de vida capazes de precipitar as crises suicidas agudas. Podemos citar como exemplos um diagnóstico recente de câncer, a descoberta de uma traição conjugal, o término de uma relação, a morte de alguém querido ou o mesmo o endividamento excessivo.

Segundo Shneidman, o suicídio é o fruto da confluência e da interação das vulnerabilidades individuais, dos estressores situacionais e da vivência de um sofrimento psíquico sentido como intolerável por quem o vive (Leenaars, 1999).

Dentre estes elementos, porém, Shneidman defende que o elemento mais importante à ocorrência do suicídio era a vivência de um sofrimento tido como intolerável pelo indivíduo. Esta vivência é comumente reportada em notas e cartas suicidas, impondo uma força tão esmagadora na vida destes indivíduos, que arrasta junto consigo tudo ao redor. Shneidman (1993) a descreve como algo que lhes parece interminável e intolerável, tornando-os desesperados e incapazes de encontrar qualquer outra solução para o seu problema em vida. Pela pressão que esta dor impõe, o suicídio passa a ser compreendido pelos indivíduos como a melhor solução encontrada para o alívio da tensão.

Shneidman (1993) nos lembra que todos os esforços para correlacionar o suicídio a variáveis não psicológicas e simplistas (como o sexo, a idade, a raça, o nível socioeconômico), correlacioná-lo aos eventos adversos de vida, ou mesmo, às categorias psiquiátricas (inclusive a depressão), geralmente são imprecisos. Para ele, esta imprecisão se dá na medida em que a maioria destes esforços costuma ignorar a variável a mais relevante dentre todas, tanto pela sua recorrência como pela centralidade com que surge nas investigações clínicas. Para Shneidman (1993), o sofrimento psíquico intolerável é o elemento chave para a explicação do comportamento suicida e todos os demais fatores só são relevantes

quando estão em associação a esta vivência. Shneidman chegou mesmo a afirmar que sem *psychache* não há suicídio (Shneidman, 1993).

O *psychache* tem muitas faces, pois se correlaciona com um amplo espectro de afetos tidos como intoleráveis. Ele pode encarnar sentimentos como a vergonha, o medo, a angústia, a humilhação, desesperança, a solidão ou o que seja. Esta dor está relacionada às necessidades psicológicas frustradas e torna-se mais perigosa na medida em que ela encontra em seu caminho, eventos críticos de vida e fragilidades psicológicas. Shneidman frisa, entretanto, que cada indivíduo apresenta um limite próprio do que pode ser considerado suportável. Cada sujeito desenvolve ao longo de sua história pessoal uma disposição idiossincrática, que reflete aquilo o faz se apegar à vida e o que o torna vulnerável ao suicídio (Shneidman, 1993).

Partindo desta compreensão e de diversos estudos empíricos, Shneidman (1993) tece algumas importantes pontuações sobre o suicídio e sobre a dinâmica da crise suicida. Em primeiro lugar, ele pontua que as crises suicidas em sua fase aguda, os períodos de grande risco e letalidade, ocorrem geralmente em intervalos de relativamente curta duração. O pico de autodestruição de um indivíduo pode ser contado em períodos de horas ou dias, ele nunca dura meses ou anos. Entretanto, apesar da impossibilidade de se viver na crise aguda por mais do que alguns dias, pode-se manter um estado crônico de autodestruição e alimentar atitudes autolesivas por anos a fio (Leenaars, 1999).

Para Shneidman, a melhor caracterização do indivíduo suicida é aquela da pessoa que “quer e não quer”, o protótipo da pessoa que corta a garganta e grita por ajuda ao mesmo tempo. Mesmo no momento mais crítico da crise, o suicida não está certo de sua intenção de morrer, pois se fazem presentes neste momento tanto o desejo de viver quanto o desejo de por termo à vida. Neste sentido, Shneidman nos chama atenção para o importante papel da ambivalência na crise suicida (Leenaars, 1999).

Uma terceira pontuação importante de Shneidman é o fato de que o suicídio é sempre um evento interrelacional. A dimensão interrelacional do suicídio é relevante em duas fases da abordagem do contexto suicida: na fase da prevenção e na fase da posvenção. Na prevenção, é necessário levar em conta e abordar a influência exercida por outras pessoas que, por alguma razão, são significativas para o desencadeamento da crise suicida em um determinado indivíduo. Na segunda fase, a fase da posvenção, se torna necessário lidar com os impactos que a morte por suicídio acarreta na vida das pessoas próximas da vítima. Embora seja óbvio que a tragédia do suicídio é tecida na cabeça de quem se mata, é também verdade, que a maior parte dos suicídios ocorre com uma resposta a severas *tensões interrelacionais* entre duas pessoas, como o marido e a esposa, um pai e um filho, etc (Leenaars, 1999).

Para Shneidman, o propósito comum a todo suicídio é a busca de solução e o alívio para o fluxo de uma dor psicológica tida como intolerável. Esta busca geralmente por meio da cessação da consciência. No auge de uma crise suicida, os indivíduos vivenciam um estado emocional fortemente marcado pela desesperança e pela ambivalência quanto ao sentido de seu ato. Geralmente, estes indivíduos apresentam um quadro de restrição perceptiva e tentam fugir de um modo abrupto e imediatista. Muitas vezes, eles conferem ao seu ato um caráter de comunicação interpessoal e ele passa então a ter o valor de uma mensagem a ser interpretada por pessoas próximas. Shneidman define como os elementos mais constantes ao longo da vida de um indivíduo suicida o baixo nível de tolerância e de pouca capacidade enfrentamento de situações adversas (Leenaars, 1999).

2.2.d - O Suicídio pela perspectiva Sistêmica

Cabe acrescentar, como sugere Blanca Werlang (2000), que as principais visões psicodinâmicas do suicídio estiveram, por muito tempo, circunscritas dentro de uma

perspectiva de cientificidade que fixava a sua atenção sobre os traços particulares dos fenômenos, dividindo-os para tratar separadamente as partes. A partir século XX, na medida em que os estudiosos sentiram a necessidade de abordar os fenômenos humanos sob uma perspectiva interrelacional, as metodologias que fundamentaram as explicações psicodinâmicas de então, tornariam-se insuficientes. O *pensamento sistêmico* nascia deste contexto, como uma contraposição às explicações do comportamento humano que se pautava pela valorização do universo intrapsíquico individual, que passariam a serem consideradas explicações reducionistas e mecanicistas (Werlang, 2000).

A partir do início do século XX, fez-se sentir a necessidade de uma nova perspectiva, o valor conferido à descrição exaustiva do fenômeno em sua perspectiva individual e intrapsíquica acabou por ceder seu lugar ao crescente estudo das relações de cada sujeito com os outros. Em detrimento da abordagem clássica dos fenômenos intrapsíquicos, tornou-se importante a compreensão dos sistemas, das organizações, ou seja, da totalidade de contextos nos quais os indivíduos estavam inseridos. Tanto a família, quanto a sociedade passaram a ser vistas como sistemas de interações complexas, tornando-se objeto privilegiado de investigação dos fenômenos psicológicos. O indivíduo torna-se então, um elemento de um grupo em interação emocional intensa com os outros membros. Assim, o indivíduo identificado como entidade isolada, portadora de sintomatologia, deixava de ter interesse conceitual, passando a ser apenas um dos elos de sistemas disfuncionais mais amplos. Eles passariam a ser abordados como partes integrantes de sistemas complexos com a família e a sociedade, cuja configuração e o modo de funcionamento transcenderiam a mera soma de seus indivíduos (Werlang, 2000).

Nesta perspectiva, os indivíduos suicidas não poderiam mais ser vistos fora de seus sistemas familiares e sociais. A família passaria a ser vista um *sistema aberto*, interagindo com sistemas mais amplos da sociedade e mantendo a sua coesão a partir de normas e padrões

constituídos historicamente para regular o comportamento de seus integrantes. O ato suicida então passaria a ser explicado como reação psicótica, resultado de um comportamento individual, em grande parte, induzido pela coletividade e por padrões disfuncionais no processo de regulação dos sistemas familiares e sociais (Werlang, 2000).

Pesquisadores há muito perceberam que determinados grupos familiares apresentam certa recorrência de comportamento suicidas. Isto se explica dentro da perspectiva sistêmica pela presença de modelos de regulação e padrões sócio-familiares disfuncionais. Estes padrões e modelos são transmitidos através das gerações e acabam por impor forte influência no surgimento das condutas autodestrutivas dos indivíduos do grupo. A transmissão transgeracional de modelos disfuncionais representa um verdadeiro legado de vulnerabilidades constituídas ao longo da história destes sistemas. Este legado pode desembocar na repetição de conflitos e dificuldades individuais como o suicídio, a violência, a depressão e o alcoolismo dentro de um mesmo grupo familiar. Nesta perspectiva, o homem que se mata o faz por influência de condicionamentos prévios induzidos pelas sociedades e por intermédio do grupo familiar (Kalina, et al. 1983, citado por Werlang 2000).

Se, numa perspectiva imediatista, a presença de comportamentos suicidas na família pode ser percebida como uma questão pontual, decorrente de um fator desencadeante como o emprego perdido ou o rompimento com a namorada. Numa perspectiva sistêmica, percebe-se que as tentativas de suicídio dizem respeito a todo o sistema de interações afetivas no qual este indivíduo está imerso. Elas dizem respeito às pressões e vulnerabilidades constituídas transgeracionalmente por estes sistemas, bem como, ao modo como eles exercem sua força, atuando de uma forma única em cada um dos membros que os integram. O empirismo clínico tem mostrado que, perante um suicida ou um *parassuicida*, é frequente a existência de uma família-problema ou disfuncional.

Este fenômeno se estende, para além da família, a todo o universo de afinidade do indivíduo. Sabemos hoje, que impacto emocional de um ato suicida reverbera de um modo intenso em toda a rede de afinidades do sujeito. Dados demográficos mostram que um suicídio tem o potencial de lançar a todos os indivíduos próximos num grupo de risco onde é maior a incidência de outros suicídios. Não seria exagero, portanto, dizer que um suicídio gera outros suicídios, uma regra que parece especialmente verdadeira entre os adolescentes.

Em decorrência de uma tentativa de suicídio na família ou círculo próximo de amizades, muitas pessoas passam a se questionar sobre o valor e as razões de se manter a própria vida. Outros ainda, seja por um gesto de identificação, aliança ou lealdade à vítima, acabam se sentindo impelidos a imitar o ato suicida. Nestas mortes é comum que os mesmos locais e métodos sejam usados, ressaltando um caráter de comunicação referencial, que pode vincular um ato suicida a outro ato que lhe precedeu (Solomon, 2001; Werlang & Kruger, 2010).

A crise desencadeada por uma tentativa de suicídio é vivida por todo o sistema de relações dos indivíduos, mas, sobretudo, os familiares vivem a crise de um modo mais intenso. Isto se explica na medida em que eles se vêem inseridos e desempenhando papéis diferentes numa mesma dinâmica de relações pautadas por padrões disfuncionais. É frequente também que eles estejam submetidos a pressões iguais ou maiores do que as que indivíduo suicida estava submetido. Talvez, o já conhecido risco aumentado de suicídio entre os amigos e familiares da vítima seja o principal reflexo deste fato (Werlang & Krüger, 2010).

2.3 - O legado emocional do suicídio: o enlutamento por suicídio

Pesquisas vêm reforçando a percepção compartilhada, tanto por estudiosos, como por leigos, de que a perda por suicídio é potencialmente mais difícil e pesada do que as perdas resultantes de mortes dadas em outras circunstâncias. Porém, mesmo face aos argumentos

como os acima expostos, a atual compreensão dos aspectos subjetivos correlacionados ao luto por suicídio ainda está longe de ser um campo isento de críticas e divergências. Seja pelo que diz respeito aos fundamentos metodológicos, seja pelo que diz respeito ao teor dos seus achados; torna-se evidente que este ainda é um campo de investigação incipiente, que pode e precisa ser melhor e mais profundamente explorado (Moura, 2006; Ellenbogen & Gratton, 2001).

Pesquisadores e clínicos vêm associando determinadas vivências e complicações psicológica ao luto dado em função da morte por suicídio. Dentre os afetos considerados como exclusivos ou mais intensos neste processo de luto, constam sentimentos de culpa, vergonha, raiva, sensação de angústia ou falta de sentido existencial, sentimento de estigmatização, de falta de apoio ou compreensão dos outros, assim como uma maior tendência ao isolamento. Algumas pesquisas sugerem que enlutados por suicídio estariam mais propensos a apresentar transtornos ansiosos e depressivos, assim como tendência a ideações e ao comportamento suicida. Além disso, pesquisas vêm confirmando a tese de que os sistemas familiares inseridos no contexto suicida apresentam mais dificuldades *psicossociais* antes do falecimento. Estas famílias apresentariam maior incidência de conflitos interpessoais, transtornos mentais e uso de substâncias (Gould & Kramer, 2003; Moura, 2006; Adam, 1981; Séguin, Lesage, & Kiely, 1995, citado por Ellenbogen & Gratton, 2001).

A fim de tecer nossa exploração sobre as peculiaridades desta vivência de um modo mais didático, a organizaremos a partir de um modelo inspirado numa proposta de John R. Jordan (2001). Este autor sugere que os principais estressores e impactos que caracterizam e diferenciam o luto gerado por uma morte por suicídio se dividem em três dimensões básicas. Agruparemos os elementos de nossa reflexão, portanto, a partir do que poderíamos chamar de estressores passíveis de serem agrupados nas três grandes dimensões propostos por Jordan. São eles: 1) Os estressores atribuíveis às peculiaridades do modo de morte; 2) os estressores

que dizem respeito aos processos sociais que circundam o enlutado; 3) os estressores do suicídio relacionados à dimensão do sistema familiar. Estas três dimensões se somam e se intercomunicam na experiência dos enlutados, de modo que os estressores citados se sobrepõem e se sucedem durante seu processo de luto.

2.3.a - Estressores atribuíveis às peculiaridades da morte por suicídio

Todos as perdas são traumáticas, mas algumas são mais traumáticas do que outras (Parkes, 2009). Se experiências traumáticas contribuem para causar problemas psicológicos, então, podemos esperar mais sofrimento emocional entre as pessoas que perderam alguém de um modo traumático do que entre aquelas cujas perdas se deram em situações tidas como aceitáveis.

O ato suicida é um gesto que viola radicalmente a própria noção de autopreservação que é um dos pressupostos mais básicos e valorizados no *universo de concepções* que construímos e compartilhamos socialmente. Em função desta característica, tornamo-nos propensos a acreditar que este modo de morte é mais traumático, uma vez que os enlutados possivelmente encontrarão maior dificuldade para integrar o seu significado ao arcabouço de seu *mundo presumido*.

Se os enlutados, de um modo geral, são pessoas em luta para preservar e reconstruir seu *universo de concepções* ameaçado; em função de uma morte causada por suicídio eles parecem encontrar um desafio ainda maior.

Muitos pesquisadores defendem que um dos fatores determinantes no impacto da morte por suicídio é que neste modo de morte a própria pessoa tirou a sua vida. O caráter deliberativo conferido à morte por suicídio, por si só, torna o enlutamento mais difícil em pelo menos três aspectos: 1) Os sobreviventes de suicídio são mais propensos a desenvolver questionamentos dolorosos sobre os motivos que levaram a pessoa ao auto-extermínio; neste

sentido, eles se perguntam “por que ela fez isso?” 2) Os sobreviventes apresentam maiores índices de culpa e acusação que os outros enlutados, e se perguntam “por que não evitei que isso acontecesse?”; 3) Eles apresentam forte tendência a se sentirem abandonados e rejeitados; o que acaba por acarretar grande raiva pelo morto. Neste sentido eles se perguntam “como ele foi capaz de fazer isso comigo?” (Jordan, 2001).

Hoje sabemos que, embora, haja muitos sinais que antecedem essa morte, como, tentativas de suicídio fracassadas, comunicações da intenção suicida ou evidente piora no estado emocional da pessoa; a morte por suicídio quase sempre é sentida como algo inesperado e absurdo. Os sobreviventes de suicídio costumam relatar que, a despeito da existência de diversos sinais antecipatórios, não haviam pensado na concretização do ato como uma possibilidade real. De tal modo, ao saberem da morte, muitos reagem com a mesma surpresa e descrença que se percebe em mortes acidentais repentinas (Grad & Zavasnik, 1996; Silverman, Range, & Overholser, 1994–1995; Smith, Range, & Ulmer, 1991–1992; van der Wal 1989–1990, citado por Jordan 2001).

Imediatamente após surpresa, os enlutados por suicídio se sentem sufocados por questionamentos a respeito dos significados e das circunstâncias que rondaram a morte. A natureza deliberativa do suicídio faz com que eles passem muito tempo se questionando sobre os significados e intenções subjacentes a este ato. Eles se perguntam sobre as motivações e outros condicionantes do ato, tornando-se mesmo “obcecados” por estes questionamentos, que geralmente são acompanhados por reações emocionais intensas como angústia e a raiva (Bolwby, 1985; Ellenogen & Gatton, 2001 & Moura, 2006).

Em certa medida, podemos dizer que durante o processo de luto, os sobreviventes de suicídio terão que integrar ao seu *universo de concepções*, a realidade de um ato que, independente do nível de intencionalidade ou consciência do seu executor, viola de modo

radical um dos pressupostos que estão na base daquilo o que confere sentido de valor à própria vida.

Além disso, é comum que familiares e amigos sejam testemunhas do ato suicida. O comportamento suicida muitas vezes é motivado por questões interrelacionais. Alguns indivíduos em desespero podem ser movidos por desejo de punir as pessoas que eles julgam responsáveis pelo seu sofrimento, conferindo um caráter de comunicação ao seu ato, chegando mesmo expor “terceiros significativos” ao trauma de presenciarem sua morte. Além desta exposição intencional ao ato suicida, é comum que suicídios aconteçam dentro ou nas cercanias da casa, e que familiares sejam os primeiros a ter contato com a cena e o com o corpo do suicida. Por isso, é frequente, entre os sobreviventes, a presença de quadros sintomáticos associados ao Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT).

Callahan (2000, citado por Cvinar, 2005) está entre aqueles que afirmam serem poucas as diferenças entre o luto dado por uma morte natural e o luto causado por suicídio. Numa pesquisa com 210 sobreviventes, este autor conclui que o chamado *enlutamento por suicídio* é na verdade uma combinação de reações de luto e de transtorno de estresse pós-traumático, minimizando a importância conferida a fatores como o estigma social.

Sabemos hoje, que pessoa com TEPT podem passar até vinte anos com a sintomatologia ativa, o que quase sempre acarreta grandes prejuízos emocionais e funcionais (Gabbard, 1998). Deste modo, enlutados podem ser tomados pela revivência involuntária dos eventos, como se voltassem a experimentá-los através de imagens intrusivas que surgem como *flashs* em suas mentes e em pesadelos. Para evitar a angústia gerada por essas memórias, passam a evitar estímulos que lembrem o evento traumático. É comum que durante muitos anos, sobreviventes tentem evitar qualquer referência que lhes remetam aos eventos associados à morte. Eles evitando tocar no assunto, desfazem-se de objetos, fotos, muitas vezes mudam de casa ou mesmo cidade (Knieper, 1999).

As idéias de auto-acusação e a culpa são componentes comuns a todo o processo de luto, mas, parecem intensificadas no caso da morte por suicídio. No luto de um modo geral, é comum que ela se apresente em formas leves de auto-reprovação leve, como no caso de uma viúva que sente que poderia ter feito mais pelo marido quando este estava doente ou à beira da morte. Porém quando a pessoa se sente convencida de que é diretamente responsável pela morte, essa acusação pode representar um componente complicador do luto. Parkes relata uma pesquisa com quatorze pacientes que foram internados em função de reações de luto em que mais da metade (oito pacientes) expressaram fortes idéias de auto-acusação (Parkes, 1998).

Muitas pesquisas afirmam que os sobreviventes de suicídio mostram níveis mais altos de culpa, acusação e responsabilização que outros enlutados. Enlutados por suicídio se perguntam com muita frequência: “Porque não fiz nada para evitar a morte?” É comum, por exemplo, que se sintam os responsáveis diretos pelo suicídio, por não terem oferecido atenção suficiente aos sinais que anunciavam o ato, ou por terem abandonado a pessoa nos momentos próximos à morte. O mais frequente, porém, é que eles se acusam por não terem antecipado ou prevenido o ato suicida (Cleiren, 1993; Demi, 1984; Kovarsky, 1989; McNeil, Hatcher, & Reubin, 1988; Miles & Demi, 1991–1992; Reed & Greenwald, 1991; Silverman et al., 1994–1995, citado por Jordan, 2001).

Raphael e Maddison (1976, citado por Bolwby, 1985) relatam um caso de uma mulher que, poucas semanas antes da morte do marido havia se separado dele, mandando-o embora, dizendo-lhe que se matasse - foi o que ele fez, usando o escapamento do carro para se matar com gás carbônico. Como este, inúmeros relatos mostram o quanto é comum que alegações ou atitudes tomadas por uma pessoa antes de se suicidar acabam por ser interpretadas como uma mensagem de que alguém foi o responsável, induzindo tal atitude. Estes gestos exacerbam entre os enlutados a já pesada carga de culpa e acusação comuns ao luto, mesmo

nos casos em que estas alegações sejam evidentemente de cunho fantasioso. Não podemos esquecer que há também a possibilidade do suicida agir de um modo deliberadamente destrutivo, com a intenção de causar danos a quem ele entenda possa ter lhe, de algum modo, ofendido. Neste sentido, parece ser verdade a frase atribuída a Vicent Van Gogh, que diz que “o suicida faz com que seus familiares e amigos se sintam seus assassinos” (Bowlby, 1985).

A natureza deliberativa da morte por suicídio a torna passível de ser interpretada e sentida pelos enlutadas, como, mais do que um gesto de desespero ou desistência, um gesto um abandono e rejeição. Vários estudos têm indicado que o os enlutados por suicídio experimentam intensos sentimentos de rejeição e abandono. Em resposta, os enlutados tendem a viver uma grande raiva do falecido e de si mesmos. Eles se perguntam “Como ele pode ter feito isso comigo?” ou mesmo “O que eu fiz para merecer que ele fizesse isso comigo?” (Barrett & Scott, 1990; Reed, 1998; Reed & Greenwald, 1991; Silverman et al., 1994–1995; van der Wal, 1989–1990, citado por Jordan, 2001).

Cain (1972, citado por Bolwby, 1981), chama atenção para o fato de que, sobretudo, crianças que se tornam órfãs em decorrência do suicídio, são vulneráveis ao sentimento de culpa e abandono. Elas são particularmente propensas a interpretar o suicídio como uma rejeição, associando este ato à idéia que são, de algum modo, culpadas, não foram boas, ou não se comportaram o suficiente para merecer o amor de seus pais. Segundo Cain (1972) a crença, mesmo que fantasiosa, de uma criança na sua culpa pelo abandono de um dos pais pode repercutir em consequências duradouras no desenvolvimento de sua auto-estima.

2.3.b - Os processos sociais que circundam os enlutados

Outra dimensão importante do luto por suicídio diz respeito ao modo como esta morte e como aqueles que têm suas vidas afetadas por ela são encarados pela sociedade. Há um considerável corpo de evidências que sugerem que os enlutados por suicídio se sentem mais

isolados e estigmatizados que outros enlutados. Há também, estudos que sugerem que eles são de fato representados de um modo mais negativo pelos que lhe rodeiam (Jordan, 2001).

Knieper (1999) defende que o estigma social e o isolamento são desafios comumente encontrados por aqueles que perdem alguém por suicídio. Ele também aponta para o fato de que estes processos são fruto de uma interação complexa entre as respostas sociais reais e as projeções dos sentimentos de rejeição dos sobreviventes. Segundo ele, existe uma evidente discrepância entre o suporte social oferecido aos sobreviventes, e o suporte social percebido pelos sobreviventes (Knieper, 1999, citado por Cvinar 2005).

Pesquisas buscaram comparar o modo como pessoas não enlutadas representavam o sofrimento vivido por enlutados em decorrência de modos diversos de morte. Nelas ficou comprovado que os indivíduos tendem a manter uma percepção menos favorável do grupo de enlutados por suicídio. Os indivíduos deste grupo, em geral, são percebidos como pessoas mais vulneráveis a sentimentos como vergonha, uma vez que podem ser responsabilizados pela perda. Eles também são representados socialmente, como pessoas que sofrem por períodos maiores de depressão e tristeza que os outros enlutados (Allen, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 1993; Gordon, Range, & Edwards, 1987; Rudestam & Imbroll, 1983, citado por Ellenbogen & Gratton, 2001).

Segundo Jordan (2001), as representações sociais negativas que vêm sendo associadas aos suicidas na maior parte das culturas acabam “transbordando” e afetando as pessoas próximas, afetando sobremaneira, as pessoas de seu grupo familiar. Isto não quer dizer, porém, que as atitudes negativas frente ao suicídio venham necessariamente a se traduzir numa falta ou insuficiência de suporte aos enlutados. Muitas pessoas da comunidade parecem genuinamente interessadas em ajudá-los. Para este autor, é mais provável, que a carga de estigmatização acabe por se expressar numa espécie de “incomodo”, na medida em que as pessoas acreditam não saber como oferecer ajuda adequada aos sobreviventes. É bem provável que este incômodo seja percebido pelos enlutados, que o sentem como uma espécie

de rejeição (Calhoun, Selby, & Abernathy, 1986; Dunn & Morrish-Vidners, 1987–1988, Range, 1998, citado por Jordan, 2001).

Estes dados sugerem que, para além do modo como os sobreviventes de suicídio são representados pela sociedade é necessário voltarmos a nossa atenção para o modo como os próprios sobreviventes se percebem e se sentem percebidos. É bastante plausível que a visão negativa que as pessoas possuem sobre suicídio, reverbere de algum modo nas concepções dos próprios sobreviventes. Por se estarem preocupados com o julgamento dos outros, eles podem se sentir mais inibidos em aceitar ajuda. Dunn e Morrish-Vidners (1987, citado por Jordan, 2001) referem-se a este processo com o termo “*self-stigmatization*” (auto-estigmatização).

A auto-estigmatização é corroborada por pesquisas como as de Range e Calhoun (1990, citado por Jordan, 2001), que descobriram que os enlutados por suicídio sentem-se mais pressionados que os outros enlutados a mentir ou omitir as reais causas da morte. Em sua pesquisa, quase metade dos enlutados por suicídio afirmou já ter sentido necessidade de mentir as reais causas da morte, seja por vergonha, seja para evitar constrangimento de seus interlocutores.

Em resumo, podemos afirmar que há um considerável corpo de evidências que aponta para o fato de que os sobreviventes de suicídios são vistos de um modo mais negativo pelos outros e por si mesmos. Isso se reflete na percepção da qualidade do suporte oferecido. Tomadas em conjunto, as pesquisas sugerem que as interações sociais e a qualidade do suporte social aos enlutados por suicídio é mais problemática do que aquela oferecida aos enlutados por outros modos de morte. A julgarmos a importância do suporte social encontrado pelos enlutados, como um fator determinante para a qualidade de suas vivências, podemos inferir que enlutados por suicídio podem ser mais vulneráveis a complicações em seu processo de luto.

2.3.c - O impacto do suicídio no sistema familiar

A perda de um membro da família invariavelmente traz grandes impactos no funcionamento dos sistemas familiares. Cada morte é vivida de um modo único pela família e por cada integrante deste sistema. Porém, ainda são escassos os estudos voltados à compreensão do modo como as famílias reagem aos modos específicos de perdas. Ainda não compreendemos totalmente a correlação entre os diversos modos de morte e a diversidade de reações apresentadas por estes sistemas. Autores como McNiel e colaboradores (1988, citado por Jordan, 2001), afirmam que temas como o impacto da morte e do modo de morte na qualidade e nos níveis de comunicação familiar, nos processos de resolução de conflitos, de coesão e das relações intergeracionais familiares, ainda são largamente negligenciados.

A despeito destas dificuldades, há um emergente corpo de evidências clínicas que sugerem que a morte por suicídio está relacionada a maiores dificuldades para a família que a morte por causas naturais. Estas evidências baseiam-se, sobretudo, nas observações de que os padrões preexistentes de interação de uma família onde ocorre o suicídio costumam ser mais problemáticos; e que o suicídio por si só parece contribuir com a dinâmica de padrões disfuncionais destes sistemas.

2.3.d - Padrões disfuncionais de interação familiar precedentes ao suicídio

Embora, não possa ser considerada uma regra, há evidência que sugerem que as famílias cujos históricos contam com vários casos de suicídio, apresentam padrões disfuncionais de interação preexistentes. Esta correlação parece ser particularmente pertinente entre as famílias onde são numerosos os casos de suicídios de crianças e adolescentes. Brent e colaboradores (1995) comprovaram um maior índice histórico, tanto pessoal, quanto familiar, de transtornos mentais e depressão associada a suicídios de adolescentes. Esta tendência

parece se refletir até entre o grupo de amigos e conhecidos das vítimas (Brent, 1995; McIntosh, 1987; Moscicki, 1995; Samy, 1995, citado por Jordan, 2001).

Seguin, Kiely e Lesage (1994, citado por Moura, 2006) defendem que famílias de sobreviventes de suicídio costumam estar cercadas por uma miríade de dificuldades que antecedem a morte. Estas famílias, comumente, apresentam relações conflituosas, histórico de problemas mentais e adição em álcool e outras drogas. Neste sentido, parece ser justificada a expectativa de que os sobreviventes de suicídio sofram mais. Esta expectativa está, sobretudo, associada à preexistência de dificuldades que resultam por predispor a vivência do chamado “luto complicado”.

Estudos como os de Adam (1990, citado por Jordan, 2001) e Blumenthal (1990, citado por Jordan, 2001) revelam entre a população dos adultos com tentativas de suicídio, há um maior índice de históricos de abuso sexual, abandono e perdas parentais precoces. Os achados destes autores oferecem evidências que os padrões disfuncionais de relações nos sistemas familiares podem tanto operar como fatores predisponentes, como fatores precipitadores do suicídio. Ou seja, as patologias familiares atuam na origem e no desenvolvimento das vulnerabilidades psicossociais que desembocam no suicídio, como podem exercer um papel relevante como motivador no momento da morte em si.

2.3.e - Padrões disfuncionais de interação familiar posteriores ao suicídio

Os dados expostos chamam atenção para o fato de que as famílias de sobreviventes de suicídio tendem a apresentar uma série de dificuldades e riscos psicossociais mais severos que antecedem e mesmo condicionam a morte. É, portanto, plausível que estas famílias continuem a apresentar as mesmas dinâmicas disfuncionais, ou mesmo, que passem a apresentar dificuldades e riscos psicossociais ainda maiores após a morte.

2.3.f - O aumentado risco de suicídio entre enlutados por suicídio

Hoje sabemos que mesmo entre aquelas famílias que não apresentam dinâmicas disfuncionais de relação evidentes, uma morte por suicídio pode contribuir para o desenvolvimento de uma série de problemas psiquiátricos entre os seus membros. Sabemos, por exemplo, que entre os familiares de um suicida, a chance de um suicídio subsequente é muito grande. Este dado sugere que perda de alguém amado por suicídio pode elevar o risco dos enlutados apresentarem comportamento suicida, ou mesmo de cometerem suicídio (Blumenthal, 1990; Cleiren, 1993; Fekete & Schmidtke, 1996; Lester, 1994; Moscicki, 1995; Ness & Pfeffer, 1990; Roy, 1992, citado por Jordan, 2001).

Há pelo menos duas possibilidades de explicação para este fato. A primeira, diz respeito ao fato de que as vivências de perdas ou rompimentos de laços afetivos, seja ou não por morte, é, por si só, um fator que aumenta o risco de suicídio. Perdas interpessoais parecem acarretar um impacto mais severo, sobretudo, em pessoas com histórico de abuso de substâncias e adultos que perderam um dos pais precocemente (Brent, 1995). Elas atuam tanto como fator predisponente do risco suicídio, criando ou exacerbando estados de sofrimento grave, quanto, como um fator precipitante da morte por suicídio.

A segunda possibilidade de explicação sugere que aumentado risco de suicídio entre sobreviventes esteja ligado a fatores genéticos e ambientais que contribuem no sentido de predispor um maior risco de suicídio no sistema familiar como um todo. Há evidências de que transtornos psiquiátricos, claramente associados ao aumentado risco de suicídio, como os transtornos de humor, tenham uma causa genética cuja herança possa ser compartilhada entre vários indivíduos de um mesmo grupo familiar (Kety, 1990; Mosicki, 1995, citado por Jordan, 2001). Além disso, padrões patológicos de interação familiar podem exercer um papel importante aumentando as chances de suicídio entre os seus membros (Brent, 1996; Roy, 1992, citado por Jordan, 2001).

Algumas dinâmicas familiares estão relacionadas ao que poderíamos chamar de “contextos familiares suicidogênicos”. Sobremaneira, dinâmicas interrelacionais em que certos indivíduos são usados como bode-expiatório, fortemente marcadas por sentimentos como culpa e hostilidade contribuem para um eventual aumento do risco de suicídio (Samy, 1995, citado por Jordan, 2001).

Além disso, é provável que uma morte por suicídio introduza no contexto familiar a noção de que o suicídio seja uma saída ou uma solução aceitável para os problemas, o que pode facilitar a emergência de processos psicológicos como a imitação. Este processo tem como pano de fundo a identificação entre uma potencial vítima e a pessoa que faleceu e parece mais comum entre as crianças e os jovens e entre os adultos expostos precocemente ao suicídio de seus irmãos mais velhos ou pais (Jordan, 2001).

2.3.g - Os efeitos de uma morte por suicídio na coesão familiar

Num estudo qualitativo, Dunn e Morrish-Vidners (1987- 1988, citado por Jordan, 2001) dois terços do enlutados por suicídio entrevistados reportaram a percepção de que suas famílias e amigos se tornaram mais distantes após o suicídio. Esta proporção é duas vezes maior do que a proporção de enlutados por outras causas de morte, que relataram a mesma percepção. A minoria, ou seja, o terço restante dos sobreviventes deste estudo, afirmou que após a morte a família respondeu com uma maior aproximação de seus membros.

Estes dados estão de acordo com a percepção de que, em reposta a uma morte traumática, enquanto algumas famílias parecem se orientar no sentido de preservar a sua unidade, atravessando a crise inicial com uma atitude de afirmação da coesão grupal, outros sistemas familiares podem responder se desfazendo. Nelas ocorre a cisão total ou parcial das relações entre seus integrantes. Este processo acontece, sobretudo, quando uma morte trágica

lança o grupo familiar num clima de raiva, culpa e acusações mútuas (Jordan, Kraus e Ware, 1993).

Bowlby (1985) compreendia que, se de um lado a pessoa morta pode ser responsabilizada por ter abandonado deliberadamente os sobreviventes; de outro, um ou mais dos parentes podem ser considerados responsáveis por ter lhe induzido ou pressionado a tomar esta atitude. Frequentemente, a culpa é lançada sobre parentes próximos, particularmente o cônjuge sobrevivente. Outros implicados podem ser os pais, especialmente no caso de suicídio de uma criança ou adolescente e, às vezes, até um filho que pode ser responsabilizado por um dos pais pela morte do outro. Entre os que fazem acusações incluem-se provavelmente parentes e vizinhos; não é raro que o cônjuge sobrevivente se acuse, talvez por não tiver feito o bastante para impedir o suicídio ou mesmo por tê-lo encorajado. Não sendo raro, por isso, que a coesão familiar acabe cedendo ao peso das acusações mutuamente infligidas (Bowlby, 1985).

2.3.h - Os efeitos do suicídio no padrão de comunicação dos sistemas familiares

A experiência clínica, reiteradamente demonstra que um dos fatores mais preditivos para a boa recuperação de uma família após a perda de um de seus membros, é o fato de seus integrantes sentirem-se livres para compartilhar suas emoções e concepções a respeito da perda. Famílias com padrão de enfrentamento satisfatório são aquelas capazes de encorajar seus membros a falar sobre sua tristeza e seu pesar, respeitando as diferenças no estilo individual de luto de cada integrante.

Em contraste, hoje sabemos que é comum que famílias com padrões disfuncionais de interação sufoquem a expressão individual do luto ou alienem um ou vários de seus membros da livre comunicação com o resto do grupo. Este comportamento está associado, sobremaneira, a modos de morte que carregam consigo elementos que a fazem ser

considerada um tema *tabu*. Quando o padrão de comunicação familiar é marcado pelo tabu, os indivíduos se sentem proibidos de compartilhar ou confrontar sentimentos relevantes, permitindo-se apenas a tocar superficialmente determinados temas. Estabelece-se então, um clima de repressão que acaba sendo internalizado na vida emocional da família, tornando-se mesmo, um legado indesejável para as futuras gerações (Jordan, Kraus & Ware, 1993).

Dunn e Morrish-Vidners, (1987-1988, citado, por Jordan, 2001) afirmam que os efeitos transgeracionais de uma morte traumática como o suicídio têm recebido pouca atenção dos pesquisadores, mesmo que estes possam representar uma das dimensões mais importantes no sentido de diferenciar os efeitos de uma morte por suicídio, dos efeitos de outros modos de morte.

CAPÍTULO 3 - A METODOLOGIA

A natureza se explica, a vida da alma se compreende.

W. Dilthey

3.1 - Do problema e da eleição do método

Como visto no primeiro capítulo, nas últimas décadas, as recentes evoluções nas teorias do luto evidenciam um importante deslocamento de foco. Elas partiram de uma abordagem tradicionalmente marcada pela caracterização do luto enquanto um conjunto definido de *reações* e *sintomas*, para um olhar que o percebe como um *processo de reconstrução subjetiva* e de *transição psicossocial*. Neste sentido, a atual perspectiva dos estudos sobre o luto sugere um olhar capaz de integrar à abordagem descritiva tradicional, a percepção da complexidade e da magnitude das construções que formam nossos *modelos mentais de mundo*.

Em consonância com Parkes (2009), autores como Neimeyer, Prigerson e Davis (2002) defendem que o luto é uma experiência que se desenrola tanto a nível biológico quanto ao nível simbólico. Se, é verdade que o luto se evidencia como um conjunto padronizado de reações observáveis que refletem nossa evolução enquanto seres biológicos e sociais, também é verdade que respondemos às perdas no nível das *construções de sentido*. Se o luto pode ser compreendido como a expressão de uma herança evolutiva compartilhada com outros animais sociais, ele também é experimentado por cada indivíduo de um modo único e diferenciado.

Entende-se, portanto, que o total significado de uma perda na vida humana só pode ser devidamente apreciado na medida em que damos igual consideração aos efeitos penetrantes de luto em níveis *exclusivamente humanos* de ruptura e adaptação. Estes efeitos incluem a atribuição de sentido e significado às respostas emocionais experimentadas, assim como, a inclusão destas vivências ao *self narrativo* dos indivíduos. Neste sentido, a perspectiva atual

dos estudos sobre o luto reafirma e valoriza uma compreensão do ser humano como um *ser produtor de concepções* sobre o mundo, sobre si mesmo e sobre as suas experiências (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

Seguindo este modelo conceitual e com o objetivo de contribuir para a compreensão clínica das vivências comuns aos que perderam alguém próximo por suicídio, nossa pesquisa busca ir além da descrição das reações e sintomas de luto. Interessa-nos, sobretudo, compreender o modo como cada indivíduo atribui significado ao que foi vivido, integrando a realidade e as transformações decorrentes desta perda e ao andamento de sua vida. Elegemos neste estudo, portanto, a adoção do chamado método *clínico-qualitativo* como modalidade norteadora de acesso ao relato das vivências dos sobreviventes de suicídio.

Turato (2000) define a metodologia *clínico-qualitativa* como um refinamento da genérica metodologia qualitativa. Em suas palavras a metodologia a *clínico-qualitativa* representa:

“[...] o estudo teórico - e seu uso correspondente em investigação - de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os sentidos e os significados atribuídos aos fenômenos e relacionados à vida dos indivíduos - seja eles pacientes, ou qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (parentes, membros da equipe profissional e da comunidade) (Turato, 2000, pg.3)”

Para Turato e Campos, a aplicação deste método se funda em três pilares que são: “A milenar atitude clínica de voltar o olhar a quem porta a dor, a secular atitude psicanalista de inclinar a escuta a quem vivencia conflitos emocionais e a clássica atitude existencialista de reflexão sobre as angústias humanas” (Turato & Campos, 2009 pg.1)

Turato (2005) nos explica, que dentre os construtos valorizados nas pesquisas qualitativas nas áreas da saúde, podemos elencar o tema das *vivências e experiências de vida*. Neste sentido, o método clínico-qualitativo valoriza o estudo sobre o percebido e o lembrado do que se viveu (experimentou e pensou) e sobre as significações não ditas dos conhecimentos adquiridos e acumulados historicamente pelas pessoas ou grupos.

Esta metodologia visualiza o indivíduo num ambiente em que pode reproduzir o *setting* de escuta clínica, onde o pesquisador pode entrar em contato com a emergência dos significados e representações dos indivíduos sobre um tema ou vivência específica. Tal como na prática clínica, o pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades dos indivíduos em estudo. Por isso, este método se mostra particularmente útil nos casos em que tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro pessoal e íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil, sendo um dos mais apropriados para os objetivos desta pesquisa.

Em se tratando do contexto que faz parte de nossas reflexões - o *setting* da clínica psicológica - buscamos procedimentos de pesquisa capazes de preservar seus traços peculiares, evitando situações artificiais que possam se distanciar da realidade comum a este *setting*.

Entendemos que a escuta clínica pressupõe uma relação capaz de acessar as vivências dos participantes por meio da relação intersubjetiva que se tece neste fazer. O trabalho de escuta e a busca pela compreensão que se estabelecem, torna a experiência relatada contextualizada e vívida. Este processo torna o pesquisador não só um coletor de dados, mas um *instrumento* através do qual os dados são interpretados no momento mesmo de sua coleta, podendo criar, deliberadamente, espaços para o aparecimento de conteúdos e aspectos não previstos inicialmente no projeto. Tal atitude também se justifica pelo intento de

favorecermos um olhar capaz de perceber a emergência das representações em dimensões novas e imprevistas.

Pretendemos, portanto, ter acesso às representações dos enlutados por suicídio através de uma escuta clínica e compreensiva. Estamos falando de um método que valoriza o conhecimento do modo como as pessoas vivenciam e representam suas experiências.

Trata-se de uma atitude que, embora não negligencie a importância do conhecimento construído, está menos interessada nas *explicações* dos fenômenos e mais voltada para as *significações* que estes fenômenos ganham na vida de cada indivíduo. Acreditamos que, embora haja elementos parecidos nas experiências de cada indivíduo da amostra, cada um deles é único na sua forma de interpretar e viver as experiências. Por isso, no que diz respeito a nossa expectativa quanto à qualidade das conclusões, nossa metodologia apresenta seu fortalecimento no princípio da *validade interna*, ou seja, no grau em que um procedimento gera um resultado correto, coerente e representativo da realidade empírica em questão. Sendo assim, a qualidade dos resultados esperado em nosso trabalho terá como medida o nível de reconhecimento e aceitação dado pela comunidade científica à pertinência de nossas conclusões no campo deste fazer (Turato, Fontanella & Campos, 2006).

3.2 - Do objetivo da pesquisa

Amparados por uma ampla e crítica revisão teórica do conhecimento construído sobre o tema abordado (capítulos I e II) e no desenrolar de um estudo empiricamente fundamentado na abordagem *clínico-qualitativa*, este trabalho visa:

- Contribuir para uma compreensão clínica das vivências comuns aos que perderam alguém próximo por suicídio, abordando os significados que estes indivíduos atribuem às suas vivências, e identificando fatores relevantes para condicionar qualidade do seu processo de luto.

3.3 - Dos participantes

A amostra deste estudo foi composta por oito indivíduos adultos voluntários, com idade entre 25 e 51 anos, sendo 5 mulheres e 3 homens. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Anexo IV).

O critério que determinou a inserção destes sujeitos na pesquisa foi o fato de todos terem vivenciado a perda de alguém querido em decorrência de uma morte provocada por suicídio. Delimitamos nossa amostra aos familiares, cônjuges e amigos próximos. Esta escolha deu-se em função da percepção de que a proximidade afetiva que define estes três níveis de relação sugere a possibilidade de vivências mais intensas de luto, assim como, outros impactos psicossociais mais amplos.

No que diz respeito ao grau de relação dos sobreviventes com a vítima do suicídio, temos então: três irmãs, um filho, uma esposa, uma prima, um cunhado e um amigo.

3.4 - Do instrumento de coleta de informações e sua aplicação: da postura do entrevistador e do *setting* de aplicação

Para os fins desta pesquisa, foi utilizado o método de entrevista semi-estruturada. Esta ferramenta permite aos entrevistados falarem sobre os significados que eles atribuem às suas experiências. É importante frisarmos que na pesquisa qualitativa, as entrevistas são instrumentos interativos e complexos em que o pesquisador, mais do que autorizado, tem o dever de não tentar controlar as variáveis emocionais, cognitivas e comportamentais dos entrevistados. Além disso, a postura do investigador durante a entrevista não deve buscar confirmar ou refutar hipóteses pré-estabelecidas. Isso se deve ao fato de que esta modalidade de pesquisa, mesmo ao considerar o viés subjetivo implícito na natureza de qualquer observação, é fiel ao conceito de que os resultados devem preceder à construção de modelos teóricos e não o contrário (Turato, Fontanella & Campos, 2006).

Para Turato, Fontanella e Campos (2006), duas características definem uma entrevista clínico-qualitativa: seu *intento exploratório* e seu *caráter de assimetria*. Para tanto, quanto menos dirigidas as entrevistas puderem ser, mais eficientes elas se apresentarão. Isso não significa que as entrevistas sejam simples conversas, já que devem ser conduzidas de modo metodologicamente acurado pelo investigador. A *assimetria* faz com que a conversação nas entrevistas não seja a interação recíproca de dois parceiros iguais. Nelas, a *assimetria* apresenta-se no fato do entrevistador definir a situação, introduzir os tópicos da conversação e, através de perguntas sucessivas, guiar o curso da entrevista. Cada conduta tomada durante a entrevista é usada na exploração daquilo a que se propôs. As intervenções do pesquisador fornecem maior ou menor grau de diretividade, criando desse modo um *continuum* de possibilidades entre duas extremidades - a entrevista informal e a entrevista padronizada.

Como instrumento de coleta de informações, foi confeccionado um *roteiro de entrevista semidirigida* (Anexo II) que aborda questões cuja relevância é justificada por uma extensa revisão teórica (feita nos Capítulos I e II). A proposta quanto à aplicação deste roteiro, é que ela seja altamente dinâmica. Neste sentido, pontuamos que ele nos serviu somente como uma tentativa de esquematizar o acesso às questões consideradas mais pertinentes.

Seguindo os preceitos do método *clínico-qualitativo* de adequarmos a aplicação da entrevista à realidade do cotidiano da saúde, a aplicação das entrevistas realizou-se respeitando a mesma postura relacional e ética, observada no *setting* da clínica psicológica.

Os colaboradores foram entrevistados num *setting* capaz de reproduzir as condições comumente encontradas na clínica psicológica, ou seja, em salas de clínicas onde é realizado o atendimento psicoterapêutico da Universidade de Brasília UnB e de numa clínica particular localizada na Asa Sul (Brasília-DF).

As entrevistas tiveram uma duração média de duas horas. Todos os participantes foram informados que elas seriam gravadas em áudio e que eles teriam direito a solicitar a

interrupção tanto da entrevista, como da gravação, a qualquer momento. Apenas uma participante (part. 5) solicitou a interrupção temporária da gravação e seu pedido foi aceito sem nenhum tipo de retaliação. Quando julgou necessário, após as entrevistas, o entrevistador dispensou algum tempo, para oferecer suporte emocional aos entrevistados que se mostraram mais emocionados. Os encontros só chegavam ao fim, quando o entrevistador se certificava de que os colaboradores estavam se sentindo calmos emocionalmente seguros. Também foram feitas orientações ou encaminhamentos a serviços psicológicos e de saúde quando necessário.

3.5 - Procedimentos de acesso aos participantes

A identificação e o convite à participação na pesquisa deram-se pelo contato direto do pesquisador com o entrevistado, ou pela mediação de psicólogos, colegas do entrevistador. Estes mediadores foram solicitados e orientados a favorecer o primeiro contato entre o entrevistador e o possível entrevistado.

Por ser um tema de natureza delicada, o contato mediado por um profissional psicólogo foi uma estratégia mais adequada no sentido de preservar a privacidade e o bem estar dos colaboradores. A mediação deste voluntário consistiu apenas em apresentar a proposta básica da pesquisa aos possíveis participantes, explicar a importância de sua colaboração e solicitar deles uma autorização verbal para que o pesquisador entrasse em contato por telefone ou e-mail (ver roteiro em Anexo III). O contato com o entrevistador só se realizou na medida em que os potenciais colaboradores sinalizaram sua disponibilidade para tal, autorizando-o verbalmente.

Neste primeiro contato por e-mail ou telefone, o pesquisador informou aos possíveis colaboradores a respeito dos objetivos e da natureza da pesquisa, confirmado seu interesse e disponibilidade em participar. Em caso positivo, era marcado um encontro para a realização

da entrevista, sendo oferecida ao colaborador a possibilidade de escolher, conforme sua preferência, que esse encontro ocorresse no Centro de Atenção e Estudos Psicológicos – CAEP, que faz parte do Instituto de Psicologia da UNB, ou na Clínica Serena de Psicologia LDTA.

Ao todo, foram convidados aproximadamente 25 sobreviventes, dos quais, doze manifestaram aceitação ao convite e, destes, apenas oito, de fato compareceram à entrevista. Estes números refletem a esperada resistência dos sujeitos que, em sua maioria, não se sentem dispostos ou preparados para relatar suas experiências de perda.

3.6 - Cuidados Éticos

A postura cuidadosa, acolhedora e a ética inerente à prática clínica fizeram-se presentes durante a própria coleta de dados e representaram elementos fundamentais da própria motivação e interesse do pesquisador. Em todos os momentos da pesquisa foram observados o bem-estar e a integridade dos colaboradores, aos moldes da clínica psicológica.

O próprio roteiro de entrevista (Anexo III) possui questões (todo o eixo II e questões 1, 2 e 101 do eixo III) que possibilitaram ao entrevistador monitorar o estado mental e emocional dos entrevistados. Evitou-se o enfrentamento direto de defesas e a abordagem de temas que trouxessem a tona questões demasiadamente ansiogênicas.

Foram respeitados, conforme expresso no Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Anexo IV), o direito dos entrevistados a não responderem qualquer questão, assim como a interromper a entrevista a qualquer momento. Ao final da entrevista, quando necessário, foram feitas sugestões, ou mesmo encaminhamentos dos entrevistados para serviços de psicoterapia e/ou outras formas de cuidado de seu interesse.

No que diz respeito ao momento do acesso aos sujeitos, foi respeitado um período de diferença de no mínimo seis meses entre a data da morte e a data do primeiro contato. Este

cuidado se justificou pela nossa preocupação ética com o bem-estar dos participantes, uma vez que sabemos serem os períodos imediatos à perda os mais difíceis e confusos para os recém-enlutados.

3.7 - O Método de Análise dos Dados

As informações colhidas nas entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Este material foi submetido à análise a partir do método de *análise temática de conteúdo* proposta por Minayo (2004). Ao relacionarmos os conteúdos que emergiram das falas ao conhecimento angariado em nossa revisão teórica (Capítulos I e II), pudemos organizar o conteúdo expresso nas entrevistas em categorias de análise temática. Assim pudemos conduzir as reflexões que justificam os esforços no desenvolvimento de nosso trabalho.

De acordo com Minayo (2004), a *análise temática conteúdo* consiste em descobrir núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja presença ou ausência signifiquem alguma coisa para os objetivos analíticos visados. Deste modo, a análise temática se desenvolverá em três etapas.

A primeira, a pré-análise, constitui na própria transcrição das entrevistas, concomitante a necessária leitura flutuante do material. Desta leitura, um conjunto das informações acabou por se tornar mais sugestivos e a desorganização inicial das informações aos pouco foi substituída pela identificação de palavras e frases que sugeririam a identificação de linhas temáticas principais. Depois de relidas à exaustão, estas linhas temáticas em destaque acabaram por evidenciar a formação de grandes categorias de análise teórica. Este representa o segundo passo da análise de dados, onde ocorre a agregação dos dados e a escolha das categorias teóricas que organizarão a especificação dos temas. Na última etapa da análise, temos a discussão dos dados, e se realiza a interpretação e são propostas inferências sobre os resultados (Minayo, 2004).

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, apresentamos os resultados, as discussões, a interpretação e algumas propostas inferências sobre o conteúdo identificado nas falas dos entrevistados. Em relação à exposição de nossos resultados, decidimos por uma exposição detalhada e entrecortada com a fala dos próprios entrevistados. Acreditamos que esta forma de apresentação nos possibilita contextualizarmos melhor os fatos e vivências relatadas, oferecendo ao leitor uma forma de aproximação mais vívida e fiel ao conteúdo destes relatos.

A diante, temos a discussão das categorias temáticas que emergiram em nossa análise. Para cada uma destas categorias, apresentamos uma ampla discussão, fazendo sempre referência aos Capítulos I e II. Nela, também indicamos a frequência com que cada conteúdo surge nos relatos, dando idéia de sua relevância para a compreensão do tema abordado.

Caso o leitor sinta a necessidade de uma melhor visualização do perfil sociodemográfico, do contexto, ou dos eventos vividos por cada um dos entrevistados, ele pode recorrer ao Anexo I, intitulado “Os enlutados e seus relatos”. Além destas informações, lá podem ser encontradas considerações críticas a respeito da relevância e do modo como os conteúdos discutidos se apresentam e se articulam na vida dos entrevistados individualmente.

A análise das entrevistas resultou em três categorias temáticas principais. A primeira delas é intitulada, “Antecedentes da perda: contextos e vulnerabilidades”. Nela apontamos para o pano de fundo de cada uma das experiências relatadas. Abordamos a importância de acessarmos e compreendermos a percepção dos enlutados sobre a complexa interação de fatores, contextos e eventos que, ao longo da história de vida das vítimas e familiares foram concorrendo para o surgimento dos seus comportamentos suicidas. Interessa-nos, sobretudo, o modo como cada indivíduo percebe-se implicado em relação a estes contextos e vulnerabilidades e como estas implicações repercutiram em seu processo de luto.

Na segunda parte de nossa análise categorial, abordaremos o tema “O luto por suicídio: experiências e elaborações”. Nela tecemos uma série de análises a respeito da descrição feita pelos próprios enlutados do seu processo de luto. Esta seção reflete a importância que conferimos a uma compreensão do impacto da perda capaz de ir além da mera descrição das reações de luto, para acessar o universo de concepções e elaborações individuais de cada enlutado sobre o significado de sua perda.

Já, a terceira categoria, intitulada “O luto por suicídio: estratégias de enfrentamento e suporte psicossocial” esta associada à percepção dos enlutados sobre seu processo de recuperação, ou seja, ao modo como eles puderam adequar a realidade da perda ao andamento de suas vidas. Isto inclui suas percepções a respeito das diversas estratégias de enfrentamento utilizadas e do suporte psicossocial a oferecido pelos integrantes de sua rede de apoio.

Então, a partir de uma análise do conteúdo expresso nas entrevistas, e tendo como pano de fundo a revisão teórica, pudemos dar destaque às categorias temáticas de análise expressas no quadro abaixo:

1. Antecedentes da perda: contextos e vulnerabilidades
2. O luto por suicídio: experiências e elaborações
3. O luto por suicídio: estratégias de enfrentamento e suporte psicossocial

4.1 - Sobre a dificuldade em falar sobre a perda e sua influência na composição da amostra

A princípio, é importante frisar que todos os entrevistados foram solicitados a expandir o convite a participação da entrevista a amigos e familiares cujas vidas foram impactadas pelas mortes relatadas. Todos foram claros ao afirmar que sua atitude e disponibilidade em falar sobre a perda representavam uma exceção nestes grupos. Todos

foram capazes de identificar entre seus parentes ou amigos, pessoas que se negaram ou se negariam prontamente a participar desta entrevista.

Embora poucos entrevistados reconhecessem qualquer necessidade pessoal de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, todos eles puderam indicar indivíduos que precisaram ou ainda precisam de acompanhamento para lidar com o impacto da perda. Sete dos oito entrevistados identificaram os pais das vítimas de suicídio como os indivíduos que sofreram os impactos mais severos com a morte. É interessante notar, que, mesmo que alguns pais tenham sido convidados, chama atenção a ausência de representantes deste grupo entre os entrevistados.

Vários participantes também compartilharam a percepção de que, entre os maiores impactados com a morte, estariam as pessoas que, por alguma razão, sentiam-se direta ou indiretamente responsabilizadas. Quase todos os entrevistados puderam apontar entre os seus familiares e amigos, pessoas que se sentiram culpadas pela morte. Quase todos também, revelaram que, em algum momento do seu processo de luto se sentiram culpados. Chama atenção, porém, que no momento da entrevista, nenhum dos oito entrevistados afirmou se sentir atualmente culpado ou responsabilizado.

Nem todos os entrevistados relevaram angústia ou incomodo ao falar sobre os eventos associados à sua perda, mas, todos afirmaram que provavelmente recusariam a participar da entrevista caso o convite fosse feito em períodos anteriores e mais críticos de seu processo de luto. Duas entrevistadas revelaram sentir grande incômodo em relembrar fatos que, com muito esforço, buscaram esquecer. Uma delas chegou a afirmar que, desde o contato telefônico com o entrevistador, viu-se tomada por ansiedade e tristeza, mas, mesmo assim, continuou resoluta quanto à importância de sua participação.

Todos os participantes afirmaram que a capacidade de falar abertamente sobre sua perda e de tolerar a angústia ou a tristeza geralmente invocada por este ato foi algo alcançado

algum tempo depois dos eventos relatados. Uma das entrevistadas disse que foram necessários dez anos para conseguir falar abertamente sobre a morte do irmão. Deste modo, não é de se estranhar que entre os participantes o menor intervalo entre a data da morte e a data da entrevista foi de cinco anos. A maior parte dos entrevistados, disse que se recusaria a participar da pesquisa, caso fossem abordados nos dois primeiros anos após a morte.

Estes dados sugerem, portanto, que, ao nos decidirmos por compor uma amostra com voluntários dispostos a falar sobre suas experiências, acabamos por restringir a sua representatividade. Ela deixa de ser representativa da totalidade dos enlutados e passa a ser representativa daquele grupo menor de enlutados que, por alguma razão, adquiriram tolerância frente ao incômodo e à angústia de falar abertamente sobre sua perda. Podemos presumir a existência de uma grande parcela de pessoas cujas dificuldades seriam maiores que as apresentadas pelos nossos entrevistados e que, por isso mesmo, talvez necessitem de uma atenção especial. Como vimos na primeira parte do Capítulo II, este obstáculo deve ser previsto em pesquisas cuja amostra conta com participação voluntária de enlutados por suicídio.

A maioria dos participantes afirmou que a motivação para compartilhar suas experiências era nutrida pela expectativa de poder ajudar pessoas que viveram ou viverão situações semelhantes à suas. Eles se declararam movidos pelo desejo altruísta de colaborar com a criação de estratégias de suporte psicossocial direcionada aos enlutados por suicídio.

Categoria Temática 1 - Antecedentes da perda: contextos e vulnerabilidades

Considerando a influência do contexto e das vulnerabilidades preexistentes no processo de luto, esta categoria de análise aborda a percepção dos enlutados sobre os antecedentes de uma morte por suicídio. Nela abordamos a percepção dos enlutados a respeito

de contextos e das vulnerabilidades anteriores à morte e sua respectiva influência na qualidade do processo de luto.

Como vimos no Capítulo II, embora não possamos considerar uma regra, os padrões de interação encontrados numa família onde ocorrem mortes por suicídios costumam ser mais problemáticos. É muito comum que estas famílias estejam cercadas por uma miríade de dificuldades, cuja existência precede ou mesmo condiciona esta morte. A observação clínica aponta para problemas familiares como intensos conflitos interpessoais, histórico de problemas mentais e adição em álcool e outras drogas.

Pesquisadores de diversas áreas há muito chamam atenção para o fato de que determinadas famílias e grupos sociais apresentam uma maior frequência de comportamento suicidas. Há evidências de que entre as famílias cujo histórico constam vários casos de suicídio é muito comum a preexistência de padrões disfuncionais de interação como violência, depressão e alcoolismo. Esta tendência parece não se restringir apenas aos grupos familiares, refletindo-se também entre o grupo de amigo e conhecido das vítimas (Jordan, 2001).

A prática clínica vem mostrando repetidamente que, frente a um caso de suicídio, quase sempre somos remetidos à existência de uma *família-problema*. Em função desta correlação entre contexto familiar e modo de morte, torna-se evidente o que os indivíduos suicidas não podem ser vistos de modo isolado de seus contextos interrelacionais.

A recorrência de casos de suicídio em certas famílias tem sido explicada partir da influência de padrões disfuncionais de interação preexistentes nestes sistemas. Estes padrões podem ser transmitidos através das gerações, dando ensejo a contextos propícios ao surgimento de vulnerabilidades psicossociais e condutas autodestrutivas entre os integrantes destes sistemas.

Se algumas dinâmicas de interação familiares podem dar ensejo ao surgimento de verdadeiros “contextos familiares suicidogênicos” (Samy, 1995, citado por Jordan, 2001), também é verdade que os atos suicidas, em si, têm o potencial de contribuir para agravamento dos problemas preexistentes nestes sistemas. A pertinência desta observação aponta para existência de uma espécie de relação recursiva entre suicídio e padrões de relação familiares disfuncionais (Kalina, et al. 1983, citado por Werlang 2000).

A crise desencadeada por um suicídio reverbera em todo universo de interações afetivas no qual o indivíduo estava imerso. Ela pode ser vivida por todos os elementos de sua rede de afinidades e, de um modo especial, entre eles, aqueles que se percebem inseridos ou vítimas da mesma dinâmica de relações problemáticas que concorreram para aquela morte, ou seja, os familiares e cônjuges do suicida.

É importante lembrar que alguns indivíduos suicidas podem estar realmente motivados a infligir danos à vida de seus desafetos, lançando-os propositalmente num contexto de culpa, remorso, suspeitas e acusações. Além disso, mesmo que a morte seja simplesmente o resultado de uma atitude impulsiva ou motivada por fatores externos, ela quase sempre acaba lançando questionamentos sobre possíveis culpados e gerando um clima de acusações veladas ou explícitas entre os familiares, cônjuges e amigos das vítimas.

As atitudes de acusação mutuamente dirigidas trazem impactos nocivos aos sobreviventes. Citamos como exemplo, o caso da esposa (participante 5), que, apenas um dia após pedir a separação, recebeu a notícia de que seu marido havia se jogado na frente de um carro; ou da mãe, que foi veladamente acusada por familiares de ter induzido o filho à morte, ao sugerir, meses antes, que ele se matasse, durante uma intensa discussão (participante 3). Se a história de um suicídio costuma ser desenhada aos poucos e acúmulo insidioso de vulnerabilidades que desemboca neste ato pode se remeter a períodos remotos da história dos

indivíduos; também é verdade que conflitos interpessoais estão entre os fatores mais frequentemente relacionados como condicionantes ou precipitadores deste modo de morte.

Em função de um histórico de problemas psicossociais no contexto familiar, é bem provável que os enlutados encontrem um ambiente desfavorável em que o importante papel do suporte que deveria ser exercido pela sua família seja inexistente ou insuficiente. Esta questão se revela particularmente grave na medida em que os padrões disfuncionais de interação permanecem ativos ou, muitas vezes, se agravam depois da morte de um dos integrantes destes sistemas.

Dos oitos entrevistados de nossa pesquisa, apenas um (participante 8) reconheceu que a sua família conseguiu manter sua coesão, organizando-se de um modo saudável para enfrentar a crise gerada pela morte de um dos seus membros. Dentre os casos relatados, o mais comum foram famílias que se viram aos pedaços, ou nas quais o suicídio se tornou um tema proibido.

A grande maioria dos entrevistados entende o suicídio de seu ente querido como o resultado final de um conjunto de dificuldades e vulnerabilidades acumuladas ao longo da vida. Eles representam a emergência destas vulnerabilidades como o resultado direto de padrões de interações familiares disfuncionais.

Seis dos oito entrevistados referiram-se diretamente à influência nociva de contextos familiares disfuncionais como o mais relevante fator condicionante da morte em questão. O participante 1 - o único que não fazia parte da família da vítima - alegou não possuir elementos suficientes para julgar a influência do contexto familiar no desenvolvimento das vulnerabilidades que culminaram na morte de sua amiga. O participante 8, foi o único a negar qualquer influência do contexto familiares para o desenvolvimento do comportamento suicida. Ele atribuiu o suicídio à influência de estressores inerentes ao contexto social, ao uso abusivo de drogas e ao histórico de transtorno mental da vítima. Porém, é importante lembrar

que, em determinado momento da entrevista, ele se recorde que a vítima comumente se queixava do modo rígido como ela era tratada por seu pai.

Salvo estas duas exceções, a maior parte dos entrevistados relacionou o desenvolvimento de comportamentos suicidas das vítimas à influência nociva de contextos familiares disfuncionais. Vulnerabilidades pessoais da vítima - como o alcoolismo, a impulsividade, os transtornos de humor, o autoconceito negativo - foram, em grande parte, atribuídas à influência nociva de contextos familiares disfuncionais. A julgar pelos relatos dos entrevistados, o histórico da maior parte das famílias foi fortemente marcado por problemas como suicídio e tentativas de suicídios (participantes 6, 4 e 7), ressentimentos e conflitos interpessoais (participantes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), alcoolismo e uso de substâncias (participantes, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Para ilustrar o modo como os entrevistados associaram a construção paulatina de vulnerabilidades da vítima à influência nociva do contexto familiar, expomos abaixo uma fala da participante 3. Ela se refere a sua percepção sobre o contexto familiar e a construção das vulnerabilidades que culminaram na morte de seu primo. Ela diz: "Ele tinha uma auto-estima muito baixa. Acho que os pais dele foram os responsáveis por isso. A mãe dele em especial foi muito ruim e o pai era conivente e passivo. Quando a gente era criança, ela o fazia deixar a calça com a barra dobrada pra fora bem grandona e a mochila dele vivia sempre rasgada. Aquilo o envergonhava na escola, entendeu? Então ele sempre falava que tinha um rancor muito grande da mãe e dessa coisa de se sentir sempre diminuído por ela, entendeu? Ele era uma pessoa que precisava muito de amor. Quando ele faleceu a gente achou caixas na casa dele, com cartas da mãe, assim... dizendo horrores, coisas como 'odeio você, você não vale nada', ou coisas como 'é melhor você morrer, você não vale nada'. A última vez que ele encontrou a mãe foi em Março, ele faleceu em Dezembro. O porteiro contou que nesse dia eles brigaram e que ele desceu e ela chegou ao topo da escada do prédio e gritou assim: 'faz

um favor pra todo mundo? Dá um tiro na sua cabeça e morre! '. A relação dele com o pai e a mãe era um negócio muito pesado” - participante 3.

Os afetos intoleráveis como a raiva, a culpa, o remorso, o arrependimento, a tristeza e a desesperança, que os entrevistados acreditam terem sido vividos pelos suicidas nos momentos próximo a sua morte, foram considerados meramente o estopim do ato suicida fatal. Estas vivências, em geral foram consideradas apenas os precipitadores de uma tragédia desenhada durante anos, em grande parte, pela influência de modelos de relações familiares problemáticas.

Embora a maior parte dos enlutados reconheça que a tragédia do suicídio foi sendo tecida pela confluência de inúmeros fatores ao longo da vida das vítimas, todos, de um modo ou de outro, também reconhecem nela uma espécie de resposta às severas tensões interrelacionais entre pessoas de um mesmo contexto problemático. Todos os entrevistados revelaram a existência de intensos conflitos interpessoais precedendo e, supostamente, motivando a morte. Em todos eles, a ocorrência destes conflitos acabou por se refletir numa maior frequência de fenômenos como a culpa e acusações a “terceiros significativos”.

Chama atenção o fato de que, justamente, as três entrevistadas que relataram sofrer intensificação de ideação suicida após a morte eram oriundas ou ainda estavam inseridas no mesmo contexto familiar da vítima. Em seus relatos, as entrevistadas 4, 6 e 7, relacionam a influência nociva de contextos familiares disfuncionais, não só a emergência de vulnerabilidades da vítima, mas a emergência de suas próprias vulnerabilidades. Em seus relatos, as citadas participantes, por várias vezes, correlacionaram e sobrepuseram à história das influências que concorreram para o suicídio de seus familiares, a história da construção de suas próprias vulnerabilidades pessoais.

Podemos ilustrar o modo como alguns sobreviventes podem se reconhecer herdeiros de um contexto suicidogênico a partir do emblemático caso relatado pela participante 7. Ela

relata que durante a primeira infância perdeu a mãe por suicídio. Poucos anos depois, ainda criança, ela e seus irmãos foram expostos ao trauma de presenciar uma tentativa de suicídio de seu pai. Durante toda a adolescência ela tentou, por várias vezes, cometer suicídio, só abandonando as ideias após se casar e se converter ao protestantismo. Na idade adulta o seu irmão de se suicidou. Não, por acaso, como ela relata, sua maior dificuldade após a morte deste irmão foi aceitar o fato dele ter cedido ao apelo de ideias das quais, por anos a fio, ela lutou para se afastar.

Outro caso emblemático neste sentido é o da participante 6. Ela relata uma série de fatores que acabaram por tornar seu contexto familiar particularmente problemático. Há muitos anos, o alcoolismo de seu pai e de dois de seus irmãos já vinha desestruturando a sua família. Por ocasião dos suicídios de dois de seus irmãos, ocorridos num intervalo de apenas sete meses, a estrutura familiar ficou aos pedaços. A participante 6 diz que tanto o histórico familiar problemático, como a morte de seus irmãos, acabaram concorrendo para que, anos depois, ela mesma viesse a apresentar depressão e fortes ideias suicidas. Até hoje, 16 anos depois das mortes de seus irmãos, ela diz precisar de suporte para lidar com uma depressão recorrente.

A partir do exposto, podemos perceber a importância clínica de considerarmos os contextos relacionais e as vulnerabilidades psicossociais que antecederam, ou mesmo, condicionaram cada história de suicídio. É necessário considerar a natureza recursiva da relação entre os padrões disfuncionais de interação familiar e a ocorrência de mortes por suicídio. Se padrões disfuncionais de interação propiciam comportamentos autodestrutivos, a tendência é que estes comportamentos, por sua vez, acirrem os problemas preexistentes. A escuta clínica sensível a estes antecedentes representa uma estratégia necessária no sentido de apreciarmos a verdadeira extensão dos impactos psicossociais de uma morte por suicídio.

O suicídio pode ser interpretado como uma resposta a intensos conflitos interpessoais ou o resultado final do acúmulo progressivo de vulnerabilidades constituídas em função da influência nociva de contextos familiares disfuncionais. Nestes termos, torna-se evidente que a reconstituição atenciosa dos fatos pode apontar para a existência de pessoas que poderão se sentir particularmente responsabilizadas pela morte. No seu processo de luto, estas pessoas provavelmente terão que lidar com uma carga extra de culpa e acusações, elementos devastadores, que costumam tornar ainda mais difícil o já pesado processo de enfrentamento da perda.

Podemos supor também que os sobreviventes possam se sentir remanescentes, herdeiros da influência nociva do mesmo contexto familiar suicidogênico. Eles podem se identificar como portadores de vulnerabilidades semelhantes e igualmente constituídas ao longo da história de seu grupo familiar. É, por isso, muito importante, que os profissionais da rede de apoio estejam particularmente atentos à presença ou à intensificação de ideação suicida entre estes membros remanescentes da família.

Por último, e não menos relevante: percebemos que todos os entrevistados afirmaram ser de grande relevância para o andamento do processo de luto o entendimento das causas e motivações subjacentes à atitude suicida da vítima. Como veremos adiante, desde o primeiro instante, o luto dos sobreviventes de suicídio parece peculiarmente atravessado pela necessidade premente de reconstituir as condições, os significados e as motivações do ato suicida. Qualquer elemento da rede de apoio destes indivíduos deve estar sensível a esta necessidade e ser capaz de acessar e recompor os contextos e vulnerabilidades condicionantes do suicídio. Pois, como, sugere as palavras da participante 3, isso pode trazer alívio a tendência natural de algumas pessoas a se culpar ou procurar culpados, favorecendo uma visão mais ampla e realista dos fatos: “Se a gente não estabelece uma compreensão das causas e motivos que explicam a morte, a gente pode se culpar muito. Então, de repente, pode ser

legal para te ajudar a desvincular um pouco da sua culpa. Eu acho que deve ser uma culpa algo meio recorrente, sempre que alguém se mata. Sentimos culpa tanto por termos dado o motivo, como por não termos evitado. Hoje eu entendo que, na medida em que você estabelece uma compreensão sobre os motivos e responsabilidades, você é mais capaz de diminuir sua própria culpa. Por exemplo, só hoje eu consigo ver que não, que ele tinha seus motivos e que os motivos dele eram fortes o suficiente. Hoje eu sei que o telefonema que eu deveria ter feito no dia anterior, talvez não mudasse a decisão dele” – participante 3.

Em função de todos estes motivos, não acreditamos ser plausível vislumbrarmos devidamente a amplitude dos impactos de uma morte por suicídio se desconsiderarmos a percepção dos enlutados a respeito da interação de fatores que antecederam sua perda. Faz-se necessário abordarmos o modo como os sobreviventes significam a qualidade da rede de interações interpessoais no complexo jogo de influências condicionantes desta morte. É muito importante investigarmos o modo como eles se percebem implicados no mesmo contexto patológico que contribuiu para o estabelecimento das vulnerabilidades pessoais da vítima. Ao desconsiderarmos estas implicações, poderemos incorrer no risco de negligenciarmos a possibilidade real de evitarmos suicídios subsequentes.

Categoria Temática 2 - O luto por suicídio: experiências e elaborações

A partir da análise do conteúdo expresso nas falas dos oito entrevistados, buscamos sintetizar nesta seção o entendimento das vivências comuns ao processo de luto decorrente das mortes por suicídio. Teceremos um panorama destas experiências e elaborações desde o momento em que os entrevistados souberam da morte, até o momento da realização da entrevista. Tanto em função da revisão teórica (Capítulos I e II), como, em função da análise das entrevistas, elegemos uma aproximação a fim de contemplar como cada indivíduo atribuiu significado ao que foi vivido. É importante frisar que os entrevistados não falaram

apenas em primeira pessoa. Mais do que a descrição de experiências individuais, seus relatos transbordam e representam um testemunho do processo de luto de seus familiares e amigos. As observações sobre o processo de luto de seus familiares e amigos dos enlutados serão inclusas nas considerações que se seguem.

A. Suicídio: uma morte diferente que lança desafios maiores para os enlutados

Destacou-se nas entrevistas a concepção dos enlutados de que a morte por suicídio representa uma morte diferente e, por isso mesmo, capaz de gerar um processo de luto diferenciado. Todos os entrevistados, de um modo ou de outro, compartilharam este ponto de vista.

Solicitados a comparar as vivências advindas de uma perda por suicídio com outras experiências de luto que, por ventura tenham experimentado, os entrevistados foram unânimes e em afirmar que a experiência do luto gerada pelo suicídio foi muito mais traumática. Todos afirmaram acreditar que os sobreviventes de suicídio, de fato, necessitam de uma atenção especial, uma vez que estariam sujeito a experimentar reações mais intensas e complicadas do que aquelas que se dão no luto em função de outros modos de morte.

Para os oito entrevistados, algumas peculiaridades associadas a esta perda aumentam seu potencial de lançar os sobreviventes numa condição de vulnerabilidade e riscos psicossociais severos. Eles afirmaram que se este processo não for devidamente “acompanhado (participante 1)”, “orientado” (participante 6) ou “cuidado” (participante 8), os enlutados podem apresentar uma série de problemas de ordem psicológica. E, de fato, como detalharemos melhor à frente, todos os entrevistados revelaram reconhecer em si ou em terceiros uma série de efeitos nocivos total ou parcialmente atribuídos a esta perda.

Podemos inferir os efeitos nocivos de uma perda por suicídio, a partir do relato de experiência e sinais que sugerem vivências complicadas do luto entre os entrevistados e seus

familiares. Alguns das vivências descritas apontam para quadros sugestivos de transtornos como o estresse pós-traumático, a depressão, a ansiedade. Pudemos identificar também o surgimento de doenças psicossomáticas, o aumento do uso abusivo de álcool de problemas familiares e o surgimento ou o a intensificação de ideações e tentativas de suicídio, particularmente, nos primeiros anos após a morte.

Segundo um dos entrevistados, o processo de luto dado em decorrência de uma morte auto infligida é “terrível! Pois, é como se sua base, seu alicerce, sumisse dos seus pés. Por um bom período e, se você não tomar cuidado, você pode até se descontrolar e até fazer uma besteira também” (participante 8).

Outra participante revela que a morte do irmão coincidiu e veio reforçar um processo de crise psicológica que ela já vinha atravessando. A morte de seu irmão aconteceu durante sua primeira gravidez, no mesmo momento em que havia descoberto uma traição do marido e estava em pleno processo de separação conjugal. Ela diz: “Eu já vinha com pensamentos e vontade de morrer antes do suicídio do meu irmão, estes pensamentos ficaram piores depois, pois aconteceu bem na época das dificuldades que eu tive no meu casamento.” (participante 4)

Os entrevistados definem o suicídio como uma morte que “traz mais dor e culpa que as demais” (participante 3), uma morte que “nos deixa com a sensação de termos sido abandonados” (participante 4), “uma interrupção abrupta e egoísta da vida” (participante 7), “uma morte plenamente desnecessária e evitável” (participante 7), um “insulto agressivo ao bom senso e às certezas que cultivamos na vida” (participante 1) e uma “morte traumática, inesperada e muito violenta” (participante 6).

Eles relacionaram vários fatores que, em seu ponto de vista, teriam o potencial de tornar o luto dos sobreviventes de suicídio mais complicado. Todos citam como o principal elemento responsável por tornar este luto mais complicado, justamente o fator que confere particularidade a este modo de morte: para todos os oito entrevistados, o fato da morte por

suicídio estar associada a uma escolha de sua vítima lança um desafio maior aos que ficam. Parece muito mais difícil para os enlutados compreender e aceitar uma morte quando ela é resultante de uma escolha da própria vítima. Sem exceção, todos eles fizeram referência à natureza deliberativa do suicídio, como o elemento mais pertinente no sentido de dificultar o próprio processo de luto.

Um dos entrevistados definiu a escolha que sua cunhada fez pela morte como uma “agressão”. Em seu relato ele diz: “a escolha de uma pessoa pelo suicídio altera todas as crenças que nós criamos sobre o que achamos ser o comum e o esperado da vida. Afinal, nós não acreditamos que o certo é que as pessoas deveriam ter medo da dor e deveriam lutar com todas as suas forças pela vida?” - participante 8.

Outro participante define: “A gente não foi preparado pra isso. Os meios de comunicação escondem e as religiões impõem um tabu. Ninguém nos prepara para reagir diante de uma morte que é resultado de uma ação da própria pessoa. De certo modo, o tabu que foi criado sobre o suicídio faz hoje parecer ser muito mais fácil as pessoas compreenderem um assassinato brutal do que um ‘auto-assassinato’” – participante 2.

Então, seja em função da culpa que induz, em função do tabu que representa do seu caráter deliberativo, ou do fato de ser um gesto inaceitável que subverte a concepção arraigadas sobre a ordem natural da vida; a morte por suicídio é vista como uma morte diferente que lança maiores desafios aos enlutados. Todos os entrevistados, de um modo ou de outro, concordam com este fato e defendem a necessidade de um suporte psicossocial diferenciado para os enlutados por suicídio.

B. Suicídio: uma morte inesperada, violenta e traumática

Como vimos no Capítulo I, Parkes (2006) observa, que as pesquisas sobre as consequências psicológicas do luto têm demonstrado que as mortes súbitas, inesperadas e

prematuras, têm maior probabilidade de originar problemas do que as que tenham sido antecipadas, ou para as quais houve um preparo prévio. Ele observa também que estas pesquisas costumam apontar como relevantes fatores de risco para a saúde mental, eventos como testemunhar violência ou mutilação, mortes com um culpado (incluindo assassinato e suicídio) e mortes que não permitem a recuperação de um corpo intacto. Estas perdas são comumente chamadas de *perdas traumáticas*.

O relato de dois entrevistados (participantes 6 e 8) reflete a atenção que deve ser dispensada ao aumentado risco que sofrem os sobreviventes de serem expostos a estímulos objetivamente traumáticos. Eles relataram experiências pessoais e de terceiros que foram testemunhas da morte ou foram os primeiros a encontrar o corpo da vítima na cena da morte. O participante 8 relata sua luta para evitar que seus familiares, incluindo três crianças, fossem expostos, como ele, à visão do corpo desfigurado de sua cunhada que acabara de precipitar do oitavo andar. Era um dia comum, as crianças estavam na sala e, se olhassem pela janela, elas poderiam ver o corpo ensanguentado de sua mãe. Ele diz: “Antes de descer, eu dei uma ordem para que ninguém da sala descesse ou tentassem olhar na janela. Isso foi algo intuitivo, minha principal intenção foi a de preservar que minha família, sobretudo, as crianças, do trauma de ver a imagem dela ali, espatifada no chão. Ainda no elevador eu liguei para o corpo de bombeiros, depois foi até onde estava o corpo. O que eu vi foi uma cena que chocaria qualquer pessoa! Mesmo eu, um sargento do exército com treinamento e prática em primeiros socorros, fiquei impressionado com aquele corpo desfigurado na minha frente.” - participante 8.

A participante 6 relata como um grupo de crianças e sua irmã foram os primeiros a encontrar o corpo de seu irmão que se matou por estrangulamento numa árvore, no quintal de sua casa. Neste caso, algumas atitudes tomadas pelo suicida, pouco antes da morte, foram segundo esta participante, sugestivos que ele intencionava que seu corpo fosse encontrado por

terceiros: na manhã do dia em que se matou, ele combinou com um grupo de crianças um jogo de futebol no terreno de sua casa. Depois disso, ele tentou visitar sua irmã mais nova, voltou para casa, escreveu uma carta suicida e se enforcou na árvore em frente ao campo. Mais tarde, quando as crianças foram encontrá-lo, conforme combinado, elas se depararam com seu corpo dependurado numa mangueira em frente ao campo, também puderam encontrar a carta e uma Bíblia, aberta no mesmo galho em que ele amarrou a corda.

Porém, a despeito de apenas estes dois entrevistados terem relatado experiências de contato com estímulos objetivamente traumáticos, a totalidade dos entrevistados definiu o impacto da perda por suicídio nos termos de um trauma. Todos eles atribuíram a este caráter traumático uma significativa piora na qualidade geral de sua saúde mental e física de si próprios ou de outros enlutados após a morte.

Um dos conteúdos mais frequentemente reportados na fala dos entrevistados reproduz a idéia de que uma morte por suicídio é quase sempre sentida como inesperada e imprevisível. Apesar da existência de toda uma gama de sinais potencialmente preditivos do risco, todos os entrevistados revelaram-se profundamente surpresos ao saberem da morte de seu familiar ou amigo. Sinais e eventos passíveis de serem considerados objetivamente indicativos da presença de risco de suicídio foram francamente negligenciados ou subestimados. Mesmo diante da evidente deterioração do quadro psicológico geral da vítima ou da verbalização de intenção suicida por parte de pessoas com histórico anterior de tentativas, os entrevistados afirmam que, em nenhum momento, chegaram a perceber ou considerar o real risco de suicídio. Muitas vezes, apenas após a morte, é que eles foram capazes de remontar a existência de toda uma constelação de sinais preditivos. Nestes casos, só por intermédio de uma reconstituição posterior dos eventos é que ficou evidente, para eles, a preexistência dos sinais indicativos do risco de suicídio.

Uma das entrevistadas revela a surpresa de familiares e amigos ao remontarem os eventos que antecederam à morte. Só através desta análise retrospectiva que eles puderam perceber a existência de vários sinais preexistentes do risco de suicídio. Ela diz: “Ninguém acreditava que ele pudesse fazer o que fez. Todos esses sinais que eu to te falando, foi tudo a gente ficou sabendo depois da morte. A gente foi remontando e foi percebendo aos poucos, que ele mostrava uma coisa aqui, dias depois, outra ali. Por isso que antes da morte, cada um de nós percebia como uma coisa ou outra bem espaçada" (participante 3.)

A negligência ou a incapacidade de perceber os sinais preditivos do suicídio de alguém querido acabou sendo vista por alguns enlutados como uma falha imperdoável. Uma das entrevistadas se refere às palavras que ouviu de sua irmã mais nova ao lhe desabafar uma culpa que lhe atormentara por muitos anos: "ela me dizia chorando: ‘como é que eu não entendi que aquilo [uma visita inesperada do irmão] era uma despedida?! ’” (participante 7). Outro participante (participante 8) afirma acreditar que a depressão que sua esposa sofreu por muitos anos estava relacionada à culpa de ser psicóloga e ter subestimado os riscos e sinais preditivos da morte de sua irmã.

Estes fatos evidenciam o quanto os efeitos de uma morte por suicídio pode ser comparada com o efeito das mortes inesperadas, para a qual os enlutados não tiveram tempo de se preparar. Contudo, o trauma de uma morte por suicídio não pode ser reduzido apenas ao seu caráter inesperado. Os entrevistados 1, 2 e 8 fizeram referência também ao caráter violento desta morte. De um modo geral, todos os participantes se referiram ao fato dela comumente trazer à tona uma série de questões sobre culpa e responsabilidade.

Além disso, a idéia do suicídio enquanto um ato que ofende a própria coerência das concepções preestabelecidas sobre o mundo e sobre a vida, surge de uma forma ou de outra na fala de todos os entrevistados. Não é só a natureza deliberativa desta morte que lhe confere um caráter ofensivo. Outras características, como o fato dela geralmente ceifar a vida de

peças jovens, subvertendo o que se presume ser a ordem “natural da vida”, ou mesmo “os planos que Deus traçou para as nossas vidas” (participante 4), também contribui para esta percepção.

Uma das entrevistadas disse: “Todas as mortes são ruins, só que quando é uma morte que é por Deus a gente sofre, mas acaba compreendendo que chegou a hora. Quando é uma morte que você não espera é pior. Ainda mais quando foi uma escolha da própria pessoa.” (participante 5).

O participante 8 comparou o modo como se sentiu no enterro de seu avô de 90 anos ao modo como se sentiu no velório de sua cunhada de 24: “Quando meu avô morreu, eu fui ao velório e até me senti alegre, pois ele viveu 90 anos e foi um ser humano feliz. Ele cuidou dos filhos, dos netos, foi um homem honrado e... ele envelheceu. A morte talvez tenha sido até um alívio para ele e os familiares, por isso, você vai ao velório e consegue até ficar feliz. Isso é totalmente diferente de você viajar pra sepultar uma pessoa que ceifou sua vida do nada aos 24 anos. É um sentimento de impotência mesmo, você não consegue entender. Talvez seja melhor até nem tentar, pois simplesmente não tem lógica” (participante 8)´.

Sobretudo, a escolha do suicida pela morte repercute de um modo mais intenso entre algumas pessoas que podem se sentir abandonadas. O sentimento de abandono parece minar ainda mais o senso de segurança destas pessoas. Nas palavras de uma das entrevistadas: “Se a pessoa escolheu te deixar, então é abandono, não é? É o abandono! É por isso eu acho que é mais difícil, porque as outras mortes não são um abandono. Nelas, a pessoa simplesmente morreu, ela não te abandonou. Por exemplo, meu avô não me abandonou! Meu avô ficou doente e morreu. Ele teve que ir embora, coitadinho!” (participante 3).

Em síntese, a escuta apurada das falas dos entrevistados evidencia uma representação que as atravessa de um modo consistente sempre que eles tentam explicar ou definir o que entendem ser o caráter traumático de uma perda por suicídio. De um modo ou de outro, todos

eles se referem ao fato deste modo de morte ofender uma série de concepções e crenças que conferem um senso fundamental de segurança, sentido e regularidade à vida.

Mesmo não tendo sido expostos a estímulos objetivamente traumáticos, alguns dos efeitos associados pelos enlutados ao trauma experimentado com sua perda, de fato, coincidem com os transtornos ansiosos tipicamente vividos por pessoas em situação de estresse grave. Todos os entrevistados relataram apresentar um padrão persistente de evitação do confronto com a realidade da perda, expresso pela evitação de objetos, lugares e atitude que remetam à própria lembrança do falecido ou de sua morte. Eles também relataram sentimentos persistentes de insegurança e ansiedade marcados por insônia, irritabilidade e hipervigilância.

De modo ilustrativo, a participante 5 relata o sentimento constante de insegurança e ansiedade que lhe incomodou durante todo o primeiro ano após a morte de seu marido. Embora ela não tenha sido exposta a nenhum tipo de estímulo traumático, seu relato reflete o modo como uma perda por suicídio é capaz de minar o próprio senso de segurança dos enlutados. Ela disse: “No início, eu fiquei tão assustada, que de noite, eu que nunca gostei de luz acesa, passei a só conseguir dormir com ela acesa. Às vezes, por conta do meu medo, eu tentava dormir com os meus meninos, muitas vezes, eu passava a noite todinha acordada. Eu não cheguei a ver nada, mas no meio da noite eu sentia uma coisa, um frio, uma coisa ruim. Sentia que ele estava ali, sentia a respiração dele perto de mim. Durante o dia eu pensava assim: ah! A minha família, qualquer hora pode acontecer com alguém da minha família. Eu estou aqui e posso de repente receber um telefonema em que alguém chega e fala ‘olha, aconteceu isso’. Durante um bom tempo eu fiquei meio que nervosa, quando eu trabalhava, sempre que estava no meu serviço e meus irmãos chegavam lá sem avisar, eu já ficava nervosa e eu toda afobada e perguntava: ‘o que foi? O que aconteceu?’ Porque eu pensava que era notícia ruim pra mim, eu ficava nervosa e começava a me tremer.” (participante 5)

Sobre o impacto do trauma e sobre o sentimento persistente de insegurança que ele gera, outro participante relata: "Não tem explicação. É como se o chão desaparecesse, você se sente assim um nada. Porque uma hora está tudo bem, é um dia comum e, de repente, tudo muda! Você está fazendo planos para o seu dia, tá tudo projetado certinho e aí vem este negócio e é instantâneo: como se tudo se transformasse num segundo da água pro vinho, em um minuto você tá diante de uma situação de desespero, de angústia. Esta insegurança foi o que mais me incomodou durante meses" (participante 8).

Como vimos no Capítulo II, para Parkes, alguns acontecimentos na vida trazem consequências tão profundas, que invalidam áreas inteiras de nosso *mundo presumido*. Elas destroem, de um modo súbito o alicerce das concepções que nos oferecem a base e a orientação no mundo. Se o *mundo presumido* é uma fonte de segurança importante, qualquer coisa que o ameace de modo repentino representa também uma grande ameaça a nossa própria percepção de segurança.

Por isso, a perda de uma pessoa amada em circunstância repentina, violenta ou tida como absurda e inaceitável, acarreta os maiores comprometimentos e a necessidade revertermos nosso *mundo presumido*. Devido à intensidade dos sentimentos de angústia, desorganização e insegurança que irrompem, torna-se muito mais difícil processar as mudanças que se seguem (Parkes, 2006).

C. Momentos iniciais do luto: negação, torpor e reações físicas

Os relatos dos entrevistados deixam perceber como os primeiros momentos após a notícia morte costumam ser caracterizados pela atitude de negação, por um estado de grande entorpecimento e por reações físicas associadas a um padrão neurofisiológico de ativação simpática. Entre os entrevistados, estas reações duraram períodos variáveis de tempo de, no mínimo 2 horas e no máximo alguns poucos dias.

Imediatamente ao ser informado da morte, a reação mais frequente dos enlutados foi a de descrença. É emblemático o caso da participante 3, que se sentiu ofendida ao receber a notícia de uma amigo que ligou para ela no meio da noite. Por algum tempo, ela simplesmente acreditou que estivesse fazendo uma brincadeira de mau gosto: "Eu acordei assustada, não acreditei que fosse verdade. Eu falei: 'ah que mentira! Deixa de brincadeira, isso não tem graça!'" (participante 3).

Pelo menos seis entrevistados reportaram a vivência pessoal de um estado de confusão e torpor. Segundo seus relatos, os momentos imediatos após uma perda foram sentidos como se a realidade se transmutasse. Uma das entrevistadas chegou a afirmar que no período entre a notícia da morte e final do velório "parece que tudo aconteceu como se fosse um sonho" (participante 7).

Neste estado crepuscular o enlutado "simplesmente não consegue acreditar no que está acontecendo" (participante 5). A participante 4 afirmou que seu torpor foi tão grande que, até hoje, ela não consegue se recordar de nada do que aconteceu no dia em que recebeu a notícia da morte do irmão. Ela se lembra apenas que só conseguiu chorar dias depois da notícia da morte.

Em aparente contraste com a tendência inicial de negar a morte, dois entrevistados relataram em determinado momento, perceberam a importância e o desejo de se ter contato com o corpo da vítima ou participar dos ritos funerários. O participante 2 falou que, ainda hoje, mais de uma década após a morte, sente-se prejudicado pelo familiares que não o deixaram participar do velório de sua mãe. Ele disse: "eu sinto como se não tivesse sido privado da oportunidade de materializar a morte da minha mãe. Imagina, sua mãe viaja e nunca mais volta!...". O participante 8 relata o pedido de sua sogra de ir até o IML, "para ter certeza de que iria enterrar o corpo da filha". Em ambos os casos, os enlutados, na verdade parecem expressar a necessidade de reagir ao entorpecimento inicial, indo além dele, para

terem a chance de “materializar” a realidade da morte, ou seja: certificarem-se da perda que sofreram.

A participante 7 destacou um experiência um pouco diferente dos demais. Sua primeira reação ao saber da morte do irmão não foi o torpor ou a negação. Embora num segundo momento tenha sido tomada por um estado de entorpecimento, sua primeira reação foi uma dor física muito grande e indescritível. Ela disse: “no início... no dia em que aconteceu... eu senti uma dor muito grande, uma dor física que eu jamais senti. Essa dor era mais forte no estômago, mas eu sentia no meu corpo inteiro. Tive vômitos. Era uma coisa que era visceral, não dá pra explicar como que era aquela sensação" (participante 7).

Ela assegurou que em nenhuma situação de perda vivenciada antes ou depois da morte deste irmão - nem mesmo a morte de seu pai - sentira de modo tão “visceral” o luto. Em seu relato podemos inferir que a presença de fortes sensações físicas marca a diferença entre o que pode ser uma fase inicial e aguda e uma fase posterior e menos intensa do luto. A participante 3 também reporta a presença de fortes reações físicas no que ela chama de “momentos iniciais” do luto.

Apenas um único participante afirmou não reconhecer ter vivido nenhuma das experiências iniciais do luto descritas acima. O participante 1, disse ter se percebido calmo e orientado em todos os momentos. Ele afirmou ter sido capaz de oferecer orientação e ajuda aos demais e atribui esta calma às sua crença religiosa que lhe proporcionou um entendimento maior da morte e do suicídio. Talvez o fato de ele ter sido o único dos entrevistados a não fazer parte da família da vítima possa também ter sido significativo para determinar esta diferença.

D. Raiva, desespero e o intenso desejo de reaver a presença da pessoa perdida

Segundo os entrevistados, ainda no primeiro dia, a negação e o entorpecimento foram cedendo lugar ou dividindo seu espaço com algumas outras reações particularmente intensas. Três entrevistados reportaram que, na medida em que o torpor desaparecia e a realidade da perda se impunha, eles se sentiam tomados por sentimentos intensos de desespero e tristeza. Um participante (participante 8) revelou um forte sentimento de impotência, outra, um sentimento intenso de pena (participante 6) e uma terceira (participante 3) reportou que, após o torpor, se percebeu sendo tomada por uma grande variedade de sentimentos concomitantes.

Contudo, passado o torpor inicial, seis dos oito entrevistados se perceberam tomados por algum tipo de sentimento hostil em relação à vítima de suicídio. Estes mesmo entrevistados destacaram o sentimento de raiva como afeto mais frequente, intenso e duradouro após a morte. Num *continuum* que foi do ódio intenso ao mero desapontamento, todos os entrevistados relataram que, em algum momento de seu processo de luto, vivenciaram experiências envolvendo sentimentos hostis em relação à pessoa que se matou.

A participante 7 relata como se sentiu assim que chegou no velório do irmão: “Eu senti uma revolta muito grande. Tanto é, que quando eu cheguei lá, tava todo mundo chorando, aquele desespero, e eu não chorei. Eu briguei com ele! Eu cheguei e abri as pupilas dele, olhei pra ele como se ele pudesse me ver e me responder. Eu olhei dentro dos olhos dele briguei com ele. Aquilo foi uma forma de descarregar aquela minha revolta pelo que ele havia feito com todas aquelas pessoas que estavam ali.” (participante 7).

O participante 1, um amigo próximo da vítima, revela uma forma mais sutil de raiva que ele define como “desapontamento” e que foi sentido por uma intensa tristeza: "eu senti uma espécie de desapontamento e muita tristeza. A gente pensa assim: "Poxa, porque que você não acreditou que era um pouco mais? Que faria falta, que tinha tantas pessoas que se

importavam contigo? Você foi quase que motivo de vida de algumas das pessoas que estavam agora chorando a sua morte. Como você não acreditou que você era importante?"

A participante 3 justifica a raiva que sentiu do falecido, uma vez que interpretou sua decisão de morrer como um gesto de abandono. Ela diz: "Eu sentia muita raiva, eu me perguntava: 'Ai! Como você pôde ter feito isso comigo?' Era raiva por ele ter me abandonado, claro! Era ao mesmo tempo raiva e um sentimento de abandono, me senti abandonada por ele. Sentia essa falta dele, essa necessidade...".

Alguns entrevistados vivenciaram ou perceberam em alguns familiares uma raiva persistente da vítima. A participante 5 revelou um sentimento duradouro de raiva direcionada ao marido que se matou após uma discussão intensa. Quase treze anos após a morte ela disse, "Quando eu lembro daquilo que ele fez aí me volta uma raiva.". O participante 2 revela que seu pai guardou por muitos anos uma mágoa persistente de sua esposa. Ele não conseguia aceitar o fato dela não ter buscado ajuda ou confiado nele.

Em ambos os casos, a raiva persistente em relação ao falecido foram associados pelos entrevistados ao aparecimento de problemas de ordem psicossomática. O participante 2 relata: "A mágoa dele era tanta que acho que ele somatizou mesmo. Além disso, logo depois da morte da mamãe o pai dele faleceu. Neste ano ele teve um problema no fígado, uma doença crônica. Depois a gente foi ver que era puramente emocional puro".

A participante 5 revela: "meu médico dermatologista me disse que o que estas manchas que apareceram depois da morte dele eram comuns em pessoas que haviam passado por traumas. Ele me perguntou se eu havia tido algum trauma recente e me aconselhou fazer terapia".

Três entrevistados relataram que, ainda nos primeiros momentos do luto, a intensa raiva que sentiam pelo falecido só era igualada a um profundo desejo de reparar a pessoa perdida, um desejo quase infantil de reverter os efeitos da morte. Em relação a esse desejo,

uma das entrevistadas revela: "Em alguns momentos eu chegava a esquecer da raiva, né? Aquilo pra mim... ai meu Deus do céu! Eu pensava que se ele voltasse a viver, eu iria até esquecer aquilo que ele havia feito e tentaria viver bem com ele".

Em vários momentos, a impossibilidade de reaver a presença da pessoa perdida e a própria impossibilidade de reverter a ausência imposta pela morte gera frustração e desespero. Como vários entrevistados afirmaram, o desejo que irrompe intensamente nos primeiros momentos após a morte torna-se, assim como a raiva, um sentimento persistente, que pode se continuar presente, mesmo decorridos vários anos após a morte. Um caso emblemático do desejo persistente do enlutado reaver a presença da pessoa falecida em sua vida é o da participante 3. Durante os dois primeiros anos após a morte, ela rezava todas as noites para que Deus permitisse que seu primo viesse lhe contar, em sonhos, como ele estava. Ela se sentia frustrada por nunca sonhar com ele. Sempre que sentia saudades dele, ela ouvia repetidamente os recados com a voz dele armazenados nos seu celular. Ela diz: "Como eu não tinha mais telefone pra ligar pra ele, eu tinha uma ligação no meu celular, três recados que ele deixou no meu aparelho. Eu ouvia aqueles recados, sempre que queria sentir ele perto de mim".

E. Culpa e acusação

A culpa e as atitudes de acusação veladas ou explícitas também encontraram um lugar destaque na fala dos entrevistados. A natureza traumática e o fato do suicídio ser associado a conflitos interpessoais tornam a culpa e a acusação elementos pertinentes para a compreensão das vivências dos enlutados.

Sete entrevistados (a exceção do participante 1) relevaram sentir, em algum momento do seu processo de luto, culpa ou algum tipo de questionamento sobre a possibilidade de uma eventual responsabilidade em relação à morte. Todos puderam apontar entre familiares e

amigos, pessoas que se sentiram de algum modo culpadas ou foram acusadas por terceiro, seja pelo que fizeram, seja pelo que deixaram de fazer.

Junto com a raiva e a não aceitação da morte, o sentimento persistente de a culpa foi associado a uma série de respostas mais intensas ou prolongadas de luto. Os enlutados culpavam a si mesmos por motivos tão diversos como não ter percebido os sinais do risco de suicídio, não ter intervindo a tempo, não ter sido atenciosos ou carinhosos com o a vítima. Um dos entrevistados chegou a avaliar sua responsabilidade por não ter comprado telas de proteção para o apartamento antes de receber sua cunhada (participante 8). Outra (participante 3) se culpou por ter adiado uma ligação que faria para seu primo no dia anterior a sua morte.

Eles também acusaram e foram acusados por terceiros. As acusações mais frequentes foram direcionadas a indivíduos que entraram em conflito com as vítimas, disseram ou fizeram algo que supostamente motivou ou precipitou a morte. O mais comum, entretanto, foram acusações veladas. São emblemáticos neste sentido, o caso da participante 5, que revelou acreditar que a família de seu ex-marido lhe responsabilizava veladamente por sua morte, e o caso da participante a 3, que depois da morte de seu primo, rompeu relações com seus tios, que ela acredita serem, em grande parte, responsáveis pela morte.

Algumas pessoas pareceram ser particularmente vulneráveis ao sentimento de culpa. As falas de alguns sujeitos apontam para pessoas que aparentemente apresentaram dificuldades maiores para abandonar este sentimento, mesmo que, racionalmente, soubessem que não tiveram qualquer participação na morte. A participante 7, por exemplo, reporta a dificuldade de sua irmã de se livrar de um sentimento de culpa que já perdura a 13 anos. O participante 8, relata que a sua esposa passou quase dois anos para abandonar um sentimento persistente de culpa. Em ambos os casos, elas precisaram de acompanhamento psiquiátrico para lidar com sintomas ansiosos e abandonar a culpa de não ter percebido os sinais de risco ou evitado a morte.

F. Conflitos e questionamentos existenciais

A morte por suicídio, como outras mortes traumáticas fere de uma maneira tão violenta o universo de concepções dos enlutados, que afetos como o desespero, a culpa, a raiva e a insegurança acabam se refletindo em questionamentos de natureza religiosa ou existencial. Além disso, por ser resultante de uma ação deliberada de sua vítima, ela parece trazer preocupações mais intensas com o destino espiritual da vítima.

É emblemático o caso da participante 7. Ela afirma que sua revolta com a morte do irmão era tão grande que, em determinado momento, ela passou a questionar sua relação de confiança com Deus. Ela diz: “eu comecei a cobrar de Deus, eu comecei a perguntar pra Deus porque que Ele não tinha evitado a morte do meu irmão: ‘porque que o Senhor não o livrou por amor a mim?’ Eu sempre tive experiências incríveis de me sentir amada e protegida por Deus. Sempre senti Ele próximo de mim. Minha ligação com Ele foi muito importante para que eu mesma abandonasse as ideias suicidas que me perseguiram por toda a adolescência. Eu usei a Bíblia como um alicerce pra a minha vida e senti raiva por saber que meu irmão, ao se matar, grifou um trecho da Bíblia para justificar sua escolha pela morte” - participante 7.

Sete dos oito entrevistados revelaram alguma espécie de preocupação com o destino espiritual da vítima após o suicídio. Como sabemos, a maior parte das religiões condena o suicídio como um pecado mortal ou uma falta grave. Parece fundamental considerarmos o universo de crenças e o importante papel de suporte psicossocial exercido pela comunidade religiosa. Segundo o relato de todos os participantes, os membros de igrejas e conselheiros espirituais atuaram de modo decisivo no suporte psicossocial oferecido a eles e suas famílias. Foi muito mais comum que os enlutados procurassem o suporte de padres e pastores do que o fornecido por psicólogos, médicos, terapeutas ou psiquiatras.

A partir dos relatos, acreditamos que não seria exagero afirmar que o modo como as religiões representam o suicídio parece determinante para definir a própria atitude dos enlutados frente à morte. A maior parte dos entrevistados acredita que a alma ou o espírito do falecido encontrou alguma espécie de punição após a morte. Os entrevistados 1, 3 e 6 - seguidores da doutrina espírita - buscaram direcionar preces ao espírito do falecido para ajudar a aliviar o seu sofrimento e guiá-lo no plano espiritual. Os demais, católicos e evangélicos, dividiram-se entre aqueles que acreditam que as vítimas receberam punição eterna por seu pecado mortal (entrevistados 4 e 5) e aqueles que acreditam que ela receberam um julgamento misericordioso após a morte (entrevistados 2 e 7). O participante 8, evangélico, não fez qualquer menção ao destino espiritual da vítima.

É interessante notar que os entrevistados representaram a possibilidade do perdão de Deus como um dos elementos mais significativos para definir o curso do luto. As duas entrevistadas que disserem acreditar na punição eterna, demonstraram dificuldade muito semelhante de falar sobre morte. As duas atribuíram parte desta dificuldade à tristeza de pensar que o espírito da vítima estava em sofrimento eterno.

Duas participantes relatam que seus conflitos existenciais se refletiam até mesmo em pesadelos recorrentes com a vítima. Uma delas (participante 7) relata que acordava de seus pesadelos e com a sensação de que havia participado de uma luta física com alguém. Por um longo período ela sonhou que seu irmão estava perdido, perambulando com a cabeça separada do corpo e longe do perdão divino. Ela chega a afirmar que só conseguiu se restabelecer do luto, depois de ter um sonho, em que uma voz lhe dizia que seu irmão seria julgado de um modo misericordioso por Deus. A participante 6 também relata a presença de sonhos recorrentes com o falecido. Nestes sonhos ela tentava orientar o espírito do irmão na procura por Deus.

Ambas procuraram a orientação de membros de suas comunidades religiosas. Segundo elas, a atitude flexível e compreensiva destes membros lhe fez retomar as esperanças na salvação espiritual dos falecidos. Após estas orientações, as duas entrevistadas se referem a sonhos apaziguadores que marcam o final de seus conflitos. Como se tivessem, enfim, recebido uma resposta para seus questionamentos.

G. Ambivalência entre o desejo de evitar e o desejo de recompor as memórias do falecido e dos eventos associados à morte

Seis dos oito entrevistados expressaram uma atitude que oscilava entre a evitação e a vontade de recompor a sequência dos eventos traumáticos que viveram. Esta atitude talvez denuncie uma ambivalência entre o desejo de evitar lembranças ansiogênicas e a necessidade de recompor a importância da pessoa que e compreender as razões de sua morte.

Entendemos que a própria atitude dos entrevistados frente à participação na pesquisa reproduz este conflito. Vários entrevistados relataram terem sido tomados por um sentimento de ansiedade no momento em que receberam o convite a participação na entrevista. Todos afirmaram que dificilmente participariam da pesquisa caso este convite fosse realizado em momentos anteriores e mais próximos ao evento da morte.

Todos os entrevistados afirmaram que a capacidade de falar abertamente sobre sua perda e tolerar a angústia e invocada por este ato, foi algo alcançado algum tempo depois dos eventos relatados. Uma das entrevistadas disse que foram necessários dez anos para conseguir falar abertamente sobre a morte do irmão. Podemos supor que transcorrido algum tempo após a morte, os enlutados que aceitaram falar sobre suas vivências se deslocam afetivamente da necessidade de evitar as lembranças ansiogênicas e se aproximaram da necessidade de recompor as memórias e o significado pessoal da perda. Neste sentido, podemos dizer que durante a evolução do processo de luto pode haver um tempo em que é necessário esquecer e

um tempo é preciso relembrar, e que uma mesma pessoa pode apresentar atitudes de enfrentamento diferentes em momentos diversos deste processo.

A fala da participante 5 - uma das mais hesitantes durante a entrevista - reflete sua ambivalência entre o desejo de esquecer e o reconhecimento da importância de recompor as memórias do falecido. Embora reconheça a importância das lembranças, ela parece mais pendente a uma postura de evitação. Ela diz: "É muito difícil falar sobre coisas que lutei por muito tempo para esquecer. Por muito tempo eu guardei um foto dele aí. Um amigo tirou uma foto dele no velório pra gente ter como recordação, uma foto dele no caixão. Volta e meia eu olhava esta foto, no meio de um álbum que tinha só de fotos dele. Aí, um dia me deu uma angústia que eu rasguei aquela foto. Eu guardava para me lembrar do homem que foi o meu primeiro amor e o pai dos meus filhos. Mas passou! Eu sofri, mas decidi que já passou. No dia que eu rasguei a foto eu pensei que se ele não tivesse morrido e me pedisse para voltar eu não ia querer ele comigo, porque aquilo acabou. Eu ia preferir viver só a voltar com ele depois do que ele fez comigo." (participante 5).

A participante a 3, por sua vez, já apresenta uma postura de enfrentamento diferenciado. Sua postura sugere uma maior valorização das memórias do falecido e da preservação do seu significado emocional. Ela disse: "Não eu não concordo com a ideia que temos que esquecer para superar. Muito pelo contrário. Eu já cansei de me perceber dizendo para mim mesma: 'caramba, faz duas semanas que eu não falo dele. Pára! Eu não vou esquecer meu primo', sabe? Eu começo a ficar cultuando, eu tinha muita foto dele, já não tenho mais, eu tinha em casa, eu ficava cultuando... Eu acho que não seja legal até por uma questão pela minha religião. Mas, se eu me percebo sem pensar nele, sem falar nele, eu me incomodo. Às vezes, quando eu me pego sem falar nele muito tempo eu penso 'nossa, eu não posso parar de falar nele, que horror, não posso deixar ele sumir da minha vida. Isso me incomoda, quando eu percebo que o esqueci." (participante 3).

A dificuldade de falar sobre o falecido e sobre os eventos relacionados à morte é presente não só em indivíduos isoladamente, mas se reproduz e pode ser experimentada por toda a família do suicida. É certo que dentro de uma mesma família, indivíduos diferentes, reagem de modo diferenciado à morte. Nem todos os indivíduos de uma família alcançam um estado em que falar sobre estes temas seja algo natural. Para evitar o sofrimento de algumas pessoas mais sensíveis, a morte e as lembranças do suicida passam a se tornar temas proibidos mesmo entre aqueles que desejam abordá-lo. Esta proibição acaba sendo reproduzida por gerações, criando uma espécie de segredo de família.

A percepção desta ambivalência é fundamental para o sucesso do suporte psicológico oferecido aos enlutados. Independente da abordagem psicoterapêutica utilizada faz-se necessário o devido balanço entre uma postura observadora e afastada, que permita ao paciente reter informações angustiantes, e uma postura encorajadora e gentil, que o ajude a reconstruir um quadro completo do seu trauma. A confrontação com as experiências traumáticas deve ser dosada de acordo com a observação criteriosa da capacidade particular de cada indivíduo. Falar sobre a morte e sobre os eventos relacionados só é terapêutico na medida em que o enlutado se sente confiante em fazê-lo. A integração da lembrança do trauma ao sentido do *self* pode ser um objetivo irreal para muitos indivíduos. O paciente não deve ser forçado a avançar num ritmo que se torne uma sobrecarga, ou que seja desorganizador (Parkes 1998, 2009; Gabbard, 2008)

H. A retomada da própria vida e a saudade

Alguns meses após a perda alguns dos entrevistados começaram a orientar suas preocupações para restabelecimento do curso de sua própria vida. Frente à confrontação da realidade e do caráter irreversível da morte, o desejo de reaver a vinculação com a pessoa

perdida começa a ceder. Então, em ritmos diferentes para cada pessoa, fica cada vez mais clara a necessidade de se voltar para a vida que continua acontecendo sem a pessoa que se foi.

Muitas vezes, em função da ausência súbita do falecido, os enlutados são lançados em uma situação de privação econômica que os impele a um verdadeiro amadurecimento forçado. Por esse motivo, pessoas que dependiam economicamente do falecido apresentam dificuldades maiores.

A orientação para a restauração da própria vida não significa necessariamente um esquecimento daquela pessoa, significa apenas que o enlutado se distancia do desejo de reavê-la na medida em que se impõe o interesse ou a necessidade de recompor a própria vida. Uma das entrevistadas disse: "Eu nunca tive vontade de esquecê-lo para poder ir em frente. Não vejo isso como um desejo, como uma coisa separada. É mais uma coisa que vai acontecendo, é como um grande amigo que você vai se afastando. Você pára de conversar com ele, não vai para o seu aniversário, você não vai pro casamento dele... É como se fosse isso, um grande amigo que foi andando para um lado e você fosse seguindo aos poucos para outro." (participante 3)

O trabalho e a preocupação com a sobrevivência exercem um importante papel neste processo. Segundo a participante 6: "O trabalho e a necessidade de lutar pela vida oferece um pouco o esquecimento da dor. As necessidades, a labuta do dia-a-dia, são o melhor remédio quando a gente entende que é necessário se reerguer." .

Esta fase de restauração também é caracterizada pelo interesse ou maior disponibilidade para novas trocas afetivas. Neste momento de abertura, os enlutados podem encontrar novos vínculos afetivos significativos, capazes de suprir, em parte, a falta que sentiam da pessoa que se foi. Elas percebem que, embora aquela pessoa perdida seja única, é possível encontrar em novas relações, experiências igualmente gratificantes e significativas. A participante 3 relata este processo: "um ano depois que ele morreu, eu conheci o homem com

quem vim a me casar. Ele era muito companheiro, amigo, então isso foi uma forma de entender que podia encontrar outras pessoas que tivessem o mesmo papel do meu primo. Parece que eu pensava assim: 'tá vendo, eu vou poder ter outras pessoas, não na mesma intensidade e não na mesma medida. Guardada as devidas proporções, ele era... inimaginavelmente maior, mas sabe? Isso me ajudou a ver que outras pessoas podiam me dar esses suportezinhos. Então, eu que antes eu acreditava que era só ele, percebi que ele o se dividiu em 50 mil outras pessoas me dando o apoio." (participante 3)

Com a continuidade da vida, os enlutados passam a lembrar dos falecidos em momentos especiais como aniversários ou datas comemorativas. Quando foram capazes de se lembrar do falecido sem raiva ou angústia eles, enfim, começaram a sentir saudade. Três entrevistados relataram que só conseguiram sentir saudades do falecido passados meses ou anos após a sua morte. Em contraste, os entrevistados que relataram sentimentos mais intensos e persistentes de raiva (participante 5), não fizeram referência qualquer ao sentimento de saudade. A entrevistada 7 descreve: "Foi apenas depois de uns seis meses que me bateu a saudade. Eu passei a lembrar de nossa infância. Lembrava de quando eu tinha seis e ele tinha oito anos. Eu me escondia atrás das palmeiras até chegar num ponto que ele não pudesse mais voltar. Ele me procurava e dizia: 'eu vou te matar!'. Quando ele me encontrava, ele dava um monte de soco na barriga, me pegava no colo e me levava de volta. Eu ia chorando, carregada por ele. Lembrava de quando tínhamos que voltar por um corregozinho, ele me botava no colo pra atravessar. Eu comecei a lembrar de muitas coisas, de quando a gente ia comer milho no quintal e eu, sem juízo nenhum, tirava o vestido e fazia um saco pra milho. Todas essas coisas nós dois fazíamos juntos. Eu comecei a lembrar da intimidade que nós dois tínhamos. E aí começou a me dar a saudade." (participante 7)

Como vimos no Capítulo I, a perda de pessoas afetivamente importantes trazem impactos ao nosso sentido mais básico de identidade. Ninguém mais ocupará aquela posição

especial e necessária para suscitar e validar o fundo único de memórias compartilhadas que sustenta parte significativa da percepção de quem fomos e temos sido. Afetos como a raiva e a culpa impedem o acesso dos enlutados a uma parte significativa de si mesmos. O luto, portanto, pressupõe a necessidade dos enlutados reaprenderem sobre o mundo e sobre eles mesmos, a partir da ausência do importante papel referencial que os falecidos exerceram.

O relato da participante 7 sugere que, apenas quando os enlutados toleram a angústia, a raiva ou a tristeza que as lembranças trazem é que eles se tornam capazes de acessar o total significado e importância da pessoa que se perdeu. A saudade que o enlutados então passam a sentir sinaliza que eles podem estar prontos para avaliar a amplitude da perda que viveram, reconstituindo a narrativa completa de suas vidas, sem o peso de uma angústia desorganizadora. Como vimos, em função do trauma do suicídio, mesmo 13 anos após a morte, nem todos os entrevistados alcançaram este estado “ideal” em seu processo de luto.

I. Mudanças definitivas na visão de mundo e de si mesmo

O luto representa um processo de intensa transição, através do qual os indivíduos se vêem obrigado a rever uma série de conceitos estabelecidos sobre si mesmo e sobre o mundo. Também no luto que se desenrola em função de uma morte por suicídio, os enlutados vêem-se lançados num universo de experiências novas e desafiadoras. Como resultado, é natural que os indivíduos desenvolvam um renovado corpo de representações sobre si mesmos e sobre o mundo. Nesta seção abordaremos como os entrevistados representaram estas transformações.

Podemos perceber que, em função de fatores diversos como o grau de relação com o falecido e as condições financeiras no momento da perda, a maior parte dos entrevistados não mantinha nenhum tipo de dependência financeira do falecido. Como abordamos no tópico anterior, é comum que os enlutados se percebam obrigados a desempenhar papéis e tarefas que eram de obrigação do falecidos. Uma única participante de nossa amostra vivenciou esta

problemática que parece muito comum entre os enlutados de um modo geral. Por ocasião de sua perda, ela cuidava de dois filhos pequenos, nunca havia trabalhado e dependia economicamente de seu marido. Ela expressa como a morte do marido lhe obrigou a desempenhar novos papéis, o que deu ensejo ao surgimento de concepções e atitudes renovadas sobre si mesma. Ela disse: "Depois que ele faleceu que eu vim poder sair, trabalhar. Acho que antes eu ficava todo tempo dentro de casa, não sabia fazer mais nada além de cuidar de casa. Sair pra fora, pra trabalhar, foi algo que só aconteceu depois que ele morreu. No início, foi muito difícil, mas hoje o que eu mais quero é arrumar um novo serviço pra poder trabalhar, porque a gente ficando em casa a gente pensa muita coisa que não presta, e trabalhando você não tem tempo pra ficar pensando besteira. Hoje eu não sei como eu consegui ficar tanto tempo só dentro de casa." (participante 5). Para ela que se casou aos 14 anos, o processo de luto foi marcado pela obrigação de um amadurecimento forçado. No início ela se desesperava em saber que, daquele momento em diante, seria a única responsável pelos dois filhos pequenos. Não, sem motivos, ela que tinha apenas 19 anos quando perdeu o marido, revela ter apresentado dificuldade em retomar a própria vida.

As mudanças repentinas e indesejáveis que a perda impõe obrigam os enlutados a mudar de planos, a rever uma série de conceitos sedimentados e mesmo, a assumir uma nova identidade. Embora, posteriormente, alguns entrevistados reconheçam um grande crescimento pessoal, frente a mudanças tão profundas, é natural a emergência de sentimentos como revolta, insegurança e resistência. Em relação a esta resistência a participante 5 disse: "Eu pensava assim: Deus, eu quero casar, eu quero ter meu marido e jamais quero ficar viúva. E hoje, em certas situações, quando eu preciso dizer meu estado civil, eu tenho muita dificuldade pra dizer que sou viúva. Até hoje, treze anos depois, eu ainda não mudei meus documentos, ainda tenho o sobrenome dele e tudo"(participante 5).

Assim como essa participante, os outros entrevistados relataram que ao final de seu processo de luto, muitas mudanças se efetivaram em suas vidas. Estas mudanças compreendem aspectos diversos de suas vidas, como suas relações interpessoais e familiares e o valor conferido à própria vida. Os participante 6 e 8 fizeram referência a uma maior preocupação com a criação dos filhos, com a coesão e com os valores familiares. Por acreditarem que a qualidade das relações familiares está na base dos comprometimentos que levaram seus parentes ao suicídio, eles voltaram suas atenções à construção de uma relação mais saudável e amigável com seus filhos. Os entrevistados 1, 2, 3 e 8 disseram terem saído do luto muito mais sensíveis e atentos aos problemas alheios. Os entrevistados 1 e 2 revelam que as experiências que viveram foram fundamentais para definir qualidade de sua atuação como psicólogos, a participante 3 relata que se tornou voluntária no CVV pelo desejo de ajudar as pessoas e evitar outras mortes semelhantes as do seu primo.

O participante 2 define como a morte de sua mãe foi decisiva para sua escolha profissional: “Aí que eu acho que entra a psicologia, de eu ser mais sensível às causas humanas, essas questões de mesmo poder ajudar, de acolher... não só acolher, mas fazer mais coisas pelo ser humano, talvez eu pense isso assim. Entrei nessa área e me questioneei bastante porque eu escolhi isso. Quem sabe, talvez salvando outras pessoas na verdade eu estaria salvando a minha mãe?” (participante 2)

Outro psicólogo, o participante 1 reflete: "Um coisa importante que ficou foi a questão da atenção aos outros. É... acho que na vida, aquela velha frase: ‘nenhum homem é uma ilha’. Acho que a gente vive muito numa história de 'meus problemas eu resolvo', a gente tem que entender que nossos problemas não são só nossos, são de todo mundo. E quanto mais a gente quer resolver as coisas sozinhos, acho que pior fica pra resolver esses problemas. O próprio suicídio tem a ver com esta atitude egoísta. É como se fosse uma gigantesca teia de aranha

que, em algum momento fez um nó, e ao invés da pessoa tentar desatar o nó, é como se ela apertasse tudo junto e fizesse vários outros nós.” (participante 1)

A partir do momento em que puderam avaliar melhor o conjunto de motivações e condições que culminou na morte de seus parentes e amigos, muitos enlutados passaram a assumir uma postura mais flexível e compreensiva frente às pessoas que recorrem ao suicídio. A participante 3 revelou: “Antes eu pensava: 'só um covarde faz isso'. Hoje esta é uma forma de pensar que eu odeio. Acho que é um ato de muito desespero, de muita dor, num momento muito difícil. Sinto muito mais pena do que sentimento de reprovação. Nunca tive uma atitude de reprovação, mas hoje entendo o suicídio como o resultado de um sofrimento intenso, uma dor muito grande. Eu tenho hoje muito mais pena do que eu já tive.” (participante 3).

Duas entrevistadas (participantes 4 e 5), no entanto, mantiveram por anos uma postura de condenação em relação à vítima. Elas apresentaram pouca flexibilidade em seu julgamento. Neste caso, fatores como a crença na condenação divina e uma avaliação negativa das motivações do ato, parecem contribuir com esta rigidez. O fato de a vítima não ter mostrado arrependimento e ter reafirmado seu desejo suicida antes da morte parece determinante neste caso. A participante 4, disse: "antes de morrer ele teve a oportunidade de pedir desculpas a Deus, pedir perdão. Mas ele não fez, ele falou que se os médicos o salvassem ele tentaria de novo, ele que queria mesmo morrer. Hoje é difícil falar dele porque eu sei que ele não está num lugar bom ." (participante 4)

Enquanto alguns entrevistados revelaram serem tomados por fortes ideações suicidas nos anos seguintes à morte (participante 4, 5 e 6) o resultado final da crise, pode ser o abandono da ideação suicida, sobretudo entre aqueles que encontram apoio adequado. Terem sentido na própria pele o que o choque provocado pela perda faz com que algumas pessoas avaliem mais cuidadosamente a gravidade do impacto do suicídio. A participante 3 revelou: “Eu nunca na minha vida pensei em me matar efetivamente, eu nunca reconheci em mim um

traço suicida. Mas eu penso que, se algum dia eu viesse a ter, depois da morte dele eu tenho certeza que isso jamais vai acontecer, em hipótese alguma. Pois eu pude ver o tamanho da dor das pessoas que ficam. Entendeu? Então o que mudou pra mim com a morte dele? Hoje eu tenho a certeza de nunca na minha vida teria coragem de fazer uma coisa dessas, nunca! Seja qual fosse o tamanho do sofrimento que eu tivesse, entendeu? Por ter passado pela dor que é perder.” (participante 3)

O participante 1 resume: "(...) já tinha tido ideações suicidas, eu me projetei um pouco no ato dela. Isso me permitiu concretizar as consequências do suicídio e, através do suicídio dela, eu consegui me colocar um pouco no lugar de alguém que se mata. Acho que contribuiu pra acabar um pouco com a minha própria ideação suicida." (participante 1) O próprio participante 1 revela que a morte de sua amiga o fez desenvolver uma visão mais realista da vida. A partir deste evento, e com a ajuda da terapia, ele passou a refletir e valorizar mais a própria vida. Ele disse: “eu comecei a terapia pouco antes da morte dela, estava vivendo um término de uma relação importante para mim. Todos esses episódios juntos acabaram contribuindo com a mudança que foi muito positiva, foi um momento em que eu pude de certa forma morrer e nascer de novo, ressignificar bastante da minha vida. Eu acho que o que morreu com ela foram as ilusões, aquela parte iludida... acho que ela levou as ilusões. É... foi um pouco assim, um final de adolescência e início de fase adulta, é como se você vivesse sempre naquela ilusão de presença, de vida contínua, de ordem, que tudo segue uma coisa lógica, mesmo a morte se dá dentro de uma ordem, como se a pessoa antes pra morrer tivesse que adoecer e passar por todo um problema... O suicídio vem quebrar muito isso, ele quebra ilusões, ele arranca isso de você. Ele te mostra ‘não, a vida pode mudar radicalmente da noite pro dia’” (participante 1).

Ainda para este participante, a crise gerada pelo suicídio de alguém querido traz reflexões importantes sobre o próprio exercício da liberdade e da responsabilidade. Ele disse:

“Eu vivia minha vida como se você tivesse aquele roteiro: você tem que ir pra faculdade, você tem que fazer tal coisa, você tem que ser bom filho, e tal... E o suicídio dela abriu a possibilidade de dizer: ‘olha, não tem que ser absolutamente nada disso, não quero nada disso e eu posso ser diferente’. Embora eu não concorde com a ação em si, mas essa possibilidade de você dizer não, se tornou pela primeira vez clara pra mim. Eu passei a ter outra relação com a minha liberdade de ser” (participante 1).

Sobre a responsabilidade e a culpa a participante 3 revelou: “Ninguém é culpado por isso assim. Ninguém é culpado! É uma escolha da pessoa, não é assim? Cada um é responsável pela sua escolha? Eu levei tempo para me livrar da minha culpa, mas no final eu entendo perfeitamente que a escolha foi dele, não foi minha e foi isso que me libertou”.

Categoria 3 - O luto por suicídio: estratégias de enfrentamento e suporte psicossocial

Nesta terceira seção abordaremos os processos de recuperação, ou seja, o modo como enlutados puderam adequar a realidade da perda ao andamento de suas vidas. Isto inclui suas percepções sobre as diversas estratégias de enfrentamento utilizadas e sobre a qualidade do suporte psicossocial oferecido pelos integrantes de sua rede de apoio.

Embora, todos os entrevistados admitam que eles ou seus familiares pudessem ter sido ajudados por profissionais como médicos e psicólogos, uma minoria recorreu à ajuda de profissionais especializados. Na verdade, a exceção da participante 6, nenhum dos entrevistados buscou suporte profissional espontaneamente para tratar especificamente das reações associadas ao processo de luto. O participante 1 já estava em terapia no momento da morte de sua amiga e a participante a 5 foi encaminhada por seu médico ao psicólogo, mas não deu continuidade ao tratamento. A exceção dos participantes 1 e 2 (ambos psicólogo), todos alegaram desconhecer os potenciais benefícios de procurarem ajuda profissional de um psicólogo.

Em seus relatos, porém, os entrevistados apontam entre familiares e amigos, terceiros que buscaram acompanhamento de profissionais para tratar especificamente de reações associadas ao trauma da perda. Neste caso, o profissional mais frequentemente procurado foi o psiquiatra, sobretudo para o tratamento dos sintomas persistentes de ansiedade ou depressão.

Dentre as alternativas de suporte eleitas pelos entrevistados em seu processo de luto, destaca-se claramente o suporte oferecido pelos membros da comunidade religiosa da qual eles faziam parte nos momentos mais difíceis do luto. Todos, de um modo ou de outro, atribuíram grande importância às práticas religiosas e a intervenção dos indivíduos destas comunidades. Na verdade, todos se beneficiaram de uma combinação de religião e outras formas de suporte, como a família, grupos de ajuda mútua, os amigos e o trabalho.

Os entrevistados justificaram de muitas formas a sua escolha pela religião. A participante 3 afirma que frequentar a comunhão espírita foi uma forma de sentir mais perto de seu primo. Ela disse, em tom de brincadeira, que suporte e o entendimento que recebeu frequentando o centro espírita lhe salvaram de se enlouquecer. Ela se acalmava nas sessões de passe e afirma que o entendimento que obteve através do espiritismo a ajudou a aceitar a morte. Não fosse a religião, ela falou em tom de brincadeira, certamente poderia ter mergulhado nas drogas ou enlouquecido.

A participante 4, afirmou que não via problemas em alguém procurar um psicólogo, mas apenas nos cultos evangélicos e em suas orações ela encontrou uma forma de aplacar a sua ansiedade. Ela diz, “Deus é o meu psicólogo”. Em seu relato ela afirma que só através religião, consegue acessar a tranquilidade e segurança que lhe faltam no dia-a-dia.

O participante 2 também fez referência à religião como uma maneira de se sentir próximo de sua mãe. A religião lhe deu esperanças num reencontro após a morte. Esta esperança foi ressaltada em sua infância pelo fato de frequentar a mesma igreja que ela. Ele, disse: “E se ela morreu naquela religião e, estando lá, talvez eu desfrutasse das mesmas

esperanças que ela. Ela morreu acreditando que ressuscitaria e que ia para o paraíso e, assim, eu também iria com ela. Depois eu questioneei isso, mas eu acho que naquele momento a religião foi muito útil. Talvez esse luto fosse bem mais complicado se não fosse o suporte da religião." (participante 2)

Todos os entrevistados se referiram a pessoas importantes que ofereceram suporte afetivo. Algumas destas pessoas eram líderes religiosos, integrantes de grupos de ajuda mútua, colegas de trabalho, familiares e amigos. Os entrevistados definiram algumas características pessoais dos integrantes da rede de apoio como fundamentais no estabelecimento de uma boa relação de ajuda. Atitudes sinceras de altruísmo, postura genuinamente atenciosa e preocupada, fala positiva, capacidade de transmitir esperança, de assegurar o caráter passageiro da dor e do desespero, postura flexível e isenta de julgamento, atitude naturalmente calma, capacidade de avaliar os fatos sem julgar ou inculpar culpa. Estas foram algumas das características mais pertinentes entre os cuidadores segundo os enlutados.

Assim como existem características consideradas positivas, algumas pessoas nas redes dos enlutados apresentam características pessoais que atrapalham a relação de ajuda. A participante 5, por exemplo, citou o negativismo, atitudes excessivamente dramáticas e o desrespeito às necessidades de isolamento do enlutado, como algumas das posturas mais prejudiciais.

Os entrevistados 1, 2, 4 e 5 relataram desconforto persistente em revelar o real motivo da morte. Eles evitam revelar a causa da morte e chegam mesmo a mentir para terceiros que perguntam sobre estes motivos. Esta atitude parece ser reforçada por experiências repetitivas nas quais eles perceberam o desconcerto dos interlocutores ao saberem da causa da morte. Uma das entrevistadas revela: "Não, acho que exista estigma ou preconceito com as pessoas que perderam alguém por suicídio. Até porque eu tenho essa coisa, minha postura pessoal diante dos fatos. Isso fez com que não me detivesse frente a estes obstáculos. Só que às vezes,

eu percebo que quando eu comento do suicídio dele, as pessoas ficam desconcertadas, né?” (participante 3)

Em relação à existência de um possível estigma envolvendo os enlutados, as opiniões dos entrevistados divergem entre aquele que acreditam na existência de uma estigmatização real e aquele que acreditam numa interação entre o medo de rejeição projetado pelos enlutados e a real postura dos outros. Este fato é relevante, na medida em que os enlutados por suicídio se sentem particularmente mais isolados e distanciados do apoio psicossocial dispensado a outros enlutados.

O participante 2 disse: “Parece que se cria uma imagem em cima de nós: ‘a mãe se suicidou e eles também podem se matar. Por qualquer conflito ou frustração eles podem também fazer isso’. Parece algo muito diferente você ter alguém na família que morreu por um acidente, por... quando toca no suicídio parece que isso tá cristalizado em você também: ‘nossa a mãe dele é assim, ele também deve ser...’” (participante 2).

Num ponto de vista diferente, a participante 5 revelou: “Eu não digo que exista discriminação do outro. A gente é que se sente diferente. O preconceito não vem de fora. Ele começa na gente e se reflete nas pessoas” (participante 5).

Para alguns dos entrevistados, vencer o preconceito e a angústia e encontrar um espaço ou pessoas com quem se possa falar livremente sobre o luto é um passo fundamental. Três entrevistados disseram que, a despeito de reconhecerem a tendência dos enlutados ao isolamento, eles acreditam que é impossível superar a perda sem a ajuda de terceiros. É importante, entretanto que estas pessoas mostrem-se disponíveis, mas não invadam os limites de enfrentamento pessoal que precisam ser respeitados. Muitas vezes, a melhor ajuda é simplesmente não tocar no assunto e levar pessoa para passear, encontrar alguma distração é importante. Os amigos são particularmente importantes para oferecer distração ao enlutado.

Para cinco entrevistados, ter a oportunidade de falar sobre o que aconteceu parece a melhor forma de lidar com a dor da perda. Mas isso só deve acontecer na medida em que o enlutado se sente confiante neste processo. Uma participante a disse: “entendo as pessoas que não falam pra evitar sofrer, mas falar é sempre melhor. Falar é uma forma de aumentar o entendimento sobre o que aconteceu” (participante 7).

Para vários entrevistados, falar sobre a perda é uma ferramenta poderosa que confere aos enlutados a rica possibilidade de expandir sua compreensão dos motivos e condições relacionados ao ato suicida. Embora três entrevistados priorizassem o estabelecimento de um maior entendimento sobre a morte como um passo fundamental para a sua recuperação, nem todos concordam totalmente com esta afirmação. Os participantes 8 e 2 propuseram que apesar de considerarem a compreensão importante, para eles, a postura de aceitação foi muito mais significativa.

Segundo estes entrevistados, a aceitação, é uma postura de enfrentamento da realidade que precede, dispensa e transcende a necessidade de entendimento ou a compreensão dos fatos. Nas palavras do participante 1: “Por incrível que pareça, não acho que o entendimento seja o mais necessário. Eu acho que as pessoas tem uma necessidade muito grande de entender pra tentar justificar algo na razão. E aí as pessoas entram numas buscas de querer saber porque, como quando, o que foi que passou pela cabeça. Particularmente eu acho que isso atrapalha, na verdade a pessoa continua vivenciando isso, ela fica congelada no momento do suicídio. Claro que nessa tentativa de criar significados, algo positivo pode vir a tona. Particularmente, porém, eu acho que o que mais ajuda é a aceitação. Não importa saber os motivos, a questão é que a pessoa se suicidou, não vai fazer diferença se foi por causa do namorado ou dos pais, ou porque ele tava solitário. O fato é que ele se suicidou e você têm que aceitar isso”.

No entendimento deste participante, a aceitação também pressupõe a capacidade de reconhecer o tamanho da perda e a importância de tudo o que se perdeu. Ele disse: “Pra superar qualquer perda você deve partir sempre de uma aceitação, quando a pessoa se vai, seja ela um familiar ou amigo, principalmente por suicídio, querendo ou não ela leva um pedaço de você. E é possível superar a perda, desde que você aceite que não é só a pessoa que foi embora, mas que esse pedaço de você também se foi, essa parte de você também não vai estar mais lá, e quando você consegue aceitar essa verdade, acho que você consegue construir novas coisas mais bonitas na sua vida” (participante 1).

Além de uma postura de aceitação, o participante 8 sugere a importância de reparar os danos provocados pela morte. O caminho que ele encontrou para fazer isso foi adotar os dois filhos de sua cunhada que tinham 6 e 7 anos no momento da morte da mãe. Ele disse: “eu tentei me apegar a isso aí, a deixar a vida levar, a contribuir com o crescimento dos filhos dela. Eles foram o fruto que ela deixou de bom aqui na terra, as duas crianças, hoje um já tem 12, 13 anos e o outro 11” (participante 8).

O reconhecimento da importância de reparar os danos causados pela morte encontrou eco na fala de pelo menos dois participantes: A participante 3 revelou um sentimento de preocupação com a filha de seu primo. Ela afirma ter oferecido, após o suicídio dele, uma maior atenção às necessidades da recém órfã. O participante 8, em uma atitude semelhante, adotou os dois filhos de sua cunhada. Em ambos os casos, reparar o dano do impacto do suicídio na vida de terceiros prejudicado- em ambos os casos crianças pequenas- foi visto pelos enlutados como um dos passos mais importantes para a recuperação pessoal.

De um modo ou de outro, quatro participantes (1, 2, 3, 6) se engajaram em formas diferentes de ajudar pessoas a superarem problemas parecidos aos seus. Os participantes 5 e 8 revelaram desejo e disponibilidade de se engajar em atividades com fins semelhantes. Este desejo de ajudar pessoas que experimentaram situação semelhantes se reflete na fala do

participante 2 que, após a morte da mãe, se tornou psicólogo e diz que se sente satisfeito sempre que pode ajudar alguém com ideações suicidas ou depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, pudemos perceber o quanto a vivência do luto - assim como todas as vivências fundamentais da existência humana - resiste incólume aos esforços que visam reduzi-la a qualquer modelo explicativo único. Ao assumir a tarefa de tecer apreciações sobre o modo como esta vivência se expressa no contexto da clínica psicológica, os pesquisadores perceberão a verdade daquela máxima que prega não existir fenômenos simples, mas sim, atitudes simplificadoras frente aos fenômenos.

Se a teorização científica dos estudos do luto ainda permite ou exige uma postura de redução e categorização, a experiência da clínica psicológica pressupõe, inversamente, uma atitude de respeito e reverência à complexidade inerente a esta vivência. Em se tratando, especialmente, do luto decorrente de uma morte causada por suicídio, os clínicos e pesquisadores devem estar cientes de que terão diante de si um fenômeno que se expressa na confluência de, ao menos, três grandes complexidades: a do luto, do suicídio e da clínica psicológica. Deste modo, não seria exagero dizer que atitudes reducionistas só denunciariam o desconhecimento e a inaptidão frente à abordagem do fenômeno em questão.

Os estudos dos processos de luto quase sempre nos remetem ao caráter fundamental dos vínculos afetivos e sua importância para a nossa sobrevivência enquanto seres sociais. Não faríamos justiça a uma contemplação satisfatória deste fenômeno se não reconhecêssemos o quanto ele está implicado no cerne das relações de afeto e cuidado que marcam a existência humana. As vivências de luto refletem o quanto, ao longo da sua evolução, a natureza humana foi sendo moldada pela premência do estabelecimento e da manutenção de vinculações afetivas seguras. Ao nível fisiológico, respondemos à simples ameaça da perda de alguém amado com um padrão de ansiedade e estresse muito semelhante aquele que se apresenta em momentos que a nossa própria vida se encontra sob grande

ameaça. Isto evidencia o quão arraigado e presente se faz, em nossa natureza, a necessidade de estabelecermos e mantermos vínculos seguros.

Numa perspectiva individual, os estudos clínicos do processo de luto, apontam para a influência da história de perdas e vinculações que moldam a qualidade de nossa vida afetiva. O modo como enfrentamos o estresse de uma perda relaciona-se com o nosso histórico de vinculações afetivas e com as marcas que elas deixaram em nosso universo afetivo. Desde Freud, vários autores têm defendido a tese que versa sobre como os padrões de resposta à perda estão associados à própria formação de nosso universo subjetivo. Essa perspectiva nos obriga a lançar um olhar sobre enorme influência moduladora dos cuidados parentais recebidos no início da vida. Ela aponta para a importância estruturante do compromisso e da constância dispensados pelas primeiras figuras de cuidado e objetos de vinculação.

Os estudiosos do luto também se defrontam com a notável tendência dos seres humanos a experimentar a realidade e conferir significados únicos às suas experiências. Este processo de representação da realidade resulta por dar ensejo à emergência de um conjunto de modelos representacionais, que ordenam e dão sentido à nossa existência. Estamos sempre experimentando a realidade e incorporando o significado de novas experiências aos nossos modelos representacionais de mundo e de *self*. Estamos constantemente criando e atualizando modelos, simulações internas, mais ou menos estáveis da realidade. Este conjunto de concepções e expectativas básicas sobre o mundo forma a matriz de nosso *mundo presumido*. Assim como a estabilidade dos nossos vínculos afetivos, a consistência e a coerência de nosso *mundo presumido* são o esteio de nosso senso de segurança, regularidade e, em última instância, da própria noção de sentido e valor que damos à nossa vida.

A perda de alguém amado geralmente nos lança num longo processo de revisão de nossos modelos representacionais de mundo e de *self*. Elas impõem a necessidade de

revermos uma série de crenças sedimentadas a respeito de dimensões variadas de nossa vida, num processo amplo de *transição psicossocial*. Para compreendermos a complexidade do luto, devemos estar sensíveis à magnitude dos processos de construções individuais e coletivas de modelos mentais de mundo. Devemos reconhecer o ser humano enquanto um ser que produz concepções complexas sobre si mesmo, suas experiências e sua realidade.

Tanto a nossa tendência ao estabelecimento e manutenção de relações de apego seguras, como nossa tendência a conferir sentido às experiências, são um fruto de mecanismos evolutivos que tornaram a espécie humana única e apta à sobrevivência. O estabelecimento e a manutenção de vínculos afetivos seguros e a estabilidade e a coerência de nossos modelos representacionais internos, formam a verdadeira base onde repousa o nosso equilíbrio emocional. O rompimento abrupto de vínculos afetivos e a dissolução traumática do arcabouço de modelos representacionais que algumas perdas trazem em seu bojo, representam grandes ameaças à própria estabilidade de nosso equilíbrio psicológico.

Para Neimeyer, o novo foco das pesquisas sobre os processos afetivos e cognitivos envolvidos no luto, aponta para a noção de que a capacidade do indivíduo de encontrar sentido nas experiências de perda prediz sua capacidade de adaptar às mudanças que irão se impor. Nestes termos, pessoas com boa capacidade e com condições favoráveis para encontrar sentido na perda, apresentam melhores níveis de adaptação/recuperação. Por outro lado, pessoas que apresentam dificuldades persistentes em encontrar significado na perda, costumam evidenciar uma maior tendência a experimentar formas de luto complicado, intensificado ou cronificado (Neimeyer, Prigerson & Davis, 2002).

O luto complicado pode ser visto, a partir desta perspectiva, como o resultado da incapacidade de certos indivíduos de reconstruir sua realidade pessoal, principalmente quando os modelos internalizados de *self* são fragilizados. Além disso, determinadas perdas, como aquelas geradas em função de um suicídio, podem minar nossos esforços para conferir uma

coerência narrativa que possibilite sua integração aos nossos *modelos representacionais de mundo* preexistentes. O trauma de uma perda gerada por um suicídio requer revisões substanciais em nossa visão de mundo. Uma morte por suicídio tem um grande potencial de abalar o arcabouço de expectativas tão caras ao sentido que atribuímos a nossa vida, lançando repentinamente os enlutados num estado de intensa crise psicológica. Não custa lembrar, que se as vivências de crises psicológicas geram a oportunidade de amadurecermos e ampliarmos substancialmente nossa visão de mundo, elas também têm podem nos lançar num período de riscos psicossociais substanciais.

O ato suicida é um gesto deliberado que viola radicalmente a própria noção de autopreservação, um dos pressupostos mais básicos e sacralizados que compõe nosso universo de valores construídos e compartilhados socialmente. Com seu gesto insensato, o suicida expõe os limites de algumas de nossas mais básicas pressuposições sobre a vida. Ele subverte não só a pressuposição de que a vida vale a pena ser vivida, como também, a noção de que temos um profundo compromisso para com aqueles que amamos. Ele não é só visto como um gesto irracional, mas carrega o peso nocivo do abandono e da desistência.

Por tudo isso, acreditamos que o suicídio representa um modo de morte muito mais traumático, uma vez que os enlutados possivelmente encontrarão maior dificuldade para integrar este evento ao arcabouço de seu *mundo presumido*. Se os enlutados, de um modo geral, são pessoas em luta para preservar e reconstruir seu *universo de concepções* ameaçado, em função de uma perda causada por suicídio, eles certamente encontrarão uma série de desafios ainda maiores.

Como pudemos acompanhar nos resultados e discussões, embora nem todos os participantes tenham sido expostos a estímulos objetivamente traumáticos (o que parece muito mais frequente entre os enlutados por suicídio), todos eles se referiam ao suicídio como uma morte violenta, traumática, absurda e imprevisível. Todas estas definições parecem

refletir sua dificuldade em integrar o significado desta perda ao seu universo de concepções. Eles foram unânimes em atribuir ao luto gerado em função desta morte, uma série de desafios maiores que aqueles apresentados no luto decorrente de outros modos de mortes. Todos representaram a morte por suicídio como uma morte diferente que gera um processo e luto mais intenso e traumático.

Os relatos dos participantes são teceram um testemunho impressionante da verdadeira luta que travaram para reconstruir seu universo de concepções arrasado pelas experiências profundamente desorganizadoras a que foram expostos. A dificuldade de integrar o suicídio em seu universo de concepções se expressou num conjunto de vivências dolorosas de crise e vulnerabilidade. A maioria do enlutados relatou ter sido lançada, após a morte de seus entes queridos, em períodos variáveis de vulnerabilidade psicológica, durante a qual vivenciaram experiências de profunda insegurança, desorientação, ansiedade, desamparo, raiva e culpa. Além disso, foram comuns relatos de dificuldades para aceitar a morte, questionamentos existenciais dolorosos, ideações suicidas e desestruturação familiar. Não por menos, os participantes foram unânimes em afirmar que os enlutados por suicídio precisam ser acompanhados e orientados em seu processo de luto de modo a minimizar os riscos psicossociais associados a este processo.

Vários familiares - sobretudo, os irmãos do suicida – ao narrarem a história do acúmulo insidioso de vulnerabilidades das vítimas, acabaram abordando as suas próprias implicações neste processo. Foi comum que nestas narrativas, eles confundissem e as vezes intercalassem ao relato da história das vulnerabilidades da vítima, a história de suas próprias vulnerabilidades psicossociais. Muitos deles revelaram, espontaneamente, que se sentiam vitimizados pelos mesmos padrões de relação disfuncionais que concorreram para a morte de seu ente querido e outros puderam apontar terceiros que se sentiram, pelo menos em parte, responsabilizados pela morte. Em suma, os entrevistados se identificaram inseridos dentro do

mesmo contexto suicidogênico que concorreu para a morte de seus familiares. Alguns deles revelaram ter nutrido, antes ou após a morte de seus familiares, velada ou explicitamente, ideações e tentativas de suicídio. Outros relataram vulnerabilidades psicológicas ou a presença de comportamentos igualmente autodestrutivos em si mesmos ou entre seus familiares, anterior ou posteriormente, a morte em questão.

Como o relato dos participantes sugere, parece comum, que após a morte, aconteça o acirramento dos conflitos e tensões interrelacionais preexistentes. Uma escuta apurada das entrevistas pôde apontar para um processo marcado por uma recursividade entre o ato suicida e um contexto de relações disfuncionais. Do mesmo modo que o suicídio pode ser considerado um efeito de padrões de interação sócio-familiares disfuncionais, estes padrões são agravados pela ocorrência de uma morte por suicídio nestes sistemas.

Em vista de tudo isso, fica clara a percepção de que os cuidadores e clínicos devem estar particularmente atentos à existência de um contexto familiar marcado por vulnerabilidades e relações conflituosas. Se não o fizerem, eles incorrem no risco de negligenciar a possibilidade real de evitarem mortes subsequentes (fenômenos conhecido como suicídios por contágio). É preciso que os cuidadores tenham uma especial atenção aos contextos interrelacionais conflituosos e às vulnerabilidades pessoais que os enlutados encontrarão ao longo do seu processo de enfrentamento da perda.

Mas, em detrimento de uma postura fatalista incentivada pelo reconhecimento dos grandes desafios que se impõem, pesquisadores e clínicos podem cultivar uma visão otimista dos resultados de seus trabalhos. Se ainda nos parece discutível o valor terapêutico de uma clínica direcionada ao suporte do luto dito “normal”, nossos resultados foram coerentes com a percepção de que não deve entrar em questão o valor de uma clínica voltada ao suporte do luto complicado. Percebemos que muito pode ser feito por aqueles que encontram dificuldades maiores em seu processo de luto. Os relatos dos participantes evidenciam que, a

despeito das dificuldades, experiências traumáticas como uma perda decorrente de um suicídio também podem ser adequadas dentro de um novo e reformulado universo de concepções dos indivíduos enlutados. É certo que isso pode exigir um tempo bem maior, bem como, um investimento mais intenso no trabalho de *reconstrução de significados*. Devemos estar cientes de que um amplo trabalho de revisão de nosso mundo presumido é uma tarefa que leva tempo, especialmente se for imposta sobre nós repentinamente, evocando emoções fortes (como medo, desamparo e horror) que podem por sua vez interferir na tarefa cognitiva (Parkes, 1998).

É importantíssimo percebermos o quanto o processo de luto pode refletir o potencial auto-organizador do ser humano. Terapeutas e pesquisadores familiarizados com as reações e os processos de luto costumam desenvolver admiração e reverência diante do enorme potencial que nós temos de nos recompor após uma perda. Na verdade, desde o primeiro momento do luto, ainda abafado pelo pranto e desorganização, já se processam mecanismos que buscam proteger e restaurar nossas vidas em um novo nível de organização e equilíbrio. Mesmo reações aparentemente desorganizadoras, como o choro, o torpor e a prostração, parecem ter a função de manter o enlutado em segurança e invocar atitudes sociais de ajuda e suporte que ele precisará.

Subjacente a todo o percurso do processo de restauração que se inicia de modo caótico e desemboca na emergência de um novo equilíbrio dinâmico, faz-se presente na vida psíquica dos enlutados uma ambivalência fundamental. Os clínicos e cuidadores devem estar sensíveis à luta que se trava na vida afetiva de cada enlutado. Esta luta se expressa nos seguintes termos: ao mesmo tempo em que os enlutados sentem a necessidade de esquecer ou evitar a angústia invocada pelas lembranças traumáticas, eles também sentem a necessidade de organizar e compreender suas experiências, resgatando e ampliando a coerência interna de seu

mundo presumido. Mais do que isso, os enlutados sentem necessidade de recompor o fundo de memórias que alimenta seu sentido mais íntimo de identidade e *self*.

Como pudemos perceber nas entrevistas, apenas alguns indivíduos restabeleceram um nível satisfatório de equilíbrio após a perda, outros, mesmo depois de transcorrido mais de uma década da morte, ainda apresentam reações somáticas e desconforto ao lembrarem-se dos eventos a ela associados. Alguns entrevistados relataram sentimentos persistentes de raiva e culpa em relação ao falecido, evitando atitudes, objetos, lugares ou qualquer coisa que os remetesse à memória e ele ou os eventos relacionados à sua morte. Como expressou a maioria dos entrevistados, falar sobre a morte só parece terapêutico na medida em que os indivíduos não se sentem coagidos a fazê-lo.

Numa observação mais atenciosa deste fenômeno, pudemos perceber que, quanto mais capazes de tolerar a angústia veiculada pelas memórias dolorosas, mais capazes de reconstruir o seu universo de significados pessoais os enlutados foram. Só na medida em que eles conseguiram, de algum modo, olhar para o passado e tolerar os sentimentos desorganizadores do trauma, é que eles puderam resgatar a totalidade de significados emocionais que davam sentido e valor a sua vida e à sua relação com o falecido. Só então, eles puderam se lembrar com saudades de momentos felizes que viveram com o falecido, reconstituindo acesso a uma parte importante deles próprios - acesso este que fora bloqueado pela intensidade do seu trauma. Só na medida em que foram capazes de tolerar a dor de lembrar, eles foram, de fato, capazes de reconstituir a cadeia de eventos que desembocou em sua perda e empreender as tarefas mais cruciais para o seu restabelecimento: a compreensão das motivações e a aceitação plena da perda. Assim, o ato falar sobre as experiências traumáticas só é positivo, quando acontece num contexto de acolhimento, onde cuidador e paciente se percebiam genuinamente engajados num processo de reconstrução de significados.

Como pudemos perceber nos relatos, este processo de reconstrução, em geral, só foi possível pela intervenção de terceiros que demonstraram apoio, acolhimento e uma postura isenta de julgamentos. Para todos os participantes, a despeito da necessidade inicial de se isolar, é “impossível enfrentar a perda causada por suicídio sozinho” (participante 6). Pelo o que pudemos perceber, seja em decorrência da falta de informação, ou do pouco crédito conferido a este tipo de ajuda, apenas uma minoria de participantes recorreu ao suporte de profissionais psicólogos ou psiquiatras para lidar com suas reações de luto. A grande maioria dos participantes recorreu ao suporte tradicional de sua comunidade religiosa, seguido ou associado pelo suporte dos amigos, colegas de trabalho e outros familiares menos abalados com a perda.

Ao nível social, os rituais comunitários e as práticas religiosas e culturais, podem ser interpretadas como tentativas de prover ao enlutados recursos capazes de auxiliá-los na busca de integração do significado das perdas. O universo das crenças e concepções religiosas dos indivíduos, sem dúvida, é parte significativa de seu processo de restauração. Essa importância deve ser levada em consideração por todos aqueles que pretendem ajudá-los. É interessante, que os profissionais reconheçam a importância da rede de apoio do indivíduo e que sejam, inclusive, capazes de trabalhar ou incentivar a cooperação com outros membros e núcleos desta rede. É importante reconhecermos a natureza coletiva do esforço em questão.

Devemos lembrar, entretanto, que os participantes, ao se referirem ao suporte de sua comunidade religiosa, destacaram claramente a qualidade da intervenção de alguns de seus membros e o acolhimento oferecido por eles. Outros participantes fizeram claras ressalvas aos tabus religiosos e à possibilidade de leituras inflexíveis, que reforçam o sentimento de culpa e as atitudes de condenação dos enlutados. Isto sugere que, ao mesmo tempo em que a religião pode oferecer esperança, serenidade e acolhimento; as atitudes rígidas e valorativas de alguns indivíduos menos flexíveis, podem acabar gerando mal estar entre os enlutados. É importante

lembrar, que a maior parte das religiões condena o suicídio como um *pecado mortal* e que esta crença certamente se refletirá na atitude dos enlutados em relação à morte e ao falecido.

A maioria dos entrevistados citou o contexto de aceitação incondicional e as atitudes de preocupação e cuidado legítimos dispensadas por membros da comunidade religiosas, como elementos fundamentais em seu processo de recuperação. Dois participantes citam a intervenção dos membros de sua igreja como cruciais no seu processo de restauração. Eles se referem claramente à capacidade destes indivíduos de interpretar de modo flexível os dogmas que condenam o suicídio e a postura de não julgamento, como uma das qualidades mais importante destes conselheiros.

Acreditamos que, além da comunidade religiosa, dos amigos e dos familiares, os psicólogos e psiquiatras podem desempenhar papéis muito importantes em auxiliar o os enlutados por suicídio. Estes profissionais podem ser de grande valia, na medida em que são capazes de oferecer um espaço privilegiado de escuta, onde os enlutados se sintam acolhidos, incondicionalmente aceitos, compreendidos e orientados.

Ao nível familiar, os psicólogos podem cumprir também um importante papel de incentivar a comunicação aberta entre os familiares remanescentes, o compartilhamento do sofrimento, o envolvimento em rituais funerários e de luto e a livre expressão dos sentimentos. Como vimos, a maior parte do entrevistados reportou a percepção de que suas famílias e amigos se tornaram mais distantes após o suicídio. Apenas um dos oito entrevistados deste estudo afirmou que sua família respondeu ao suicídio com uma maior aproximação de seus membros. Sabemos que em resposta a uma morte traumática, enquanto algumas famílias parecem se orientar no sentido preservar a sua unidade, atravessando a crise inicial com uma atitude de afirmação da coesão grupal, a grande maioria dos sistemas familiares pode responder se desfazendo. A experiência clínica, reiteradamente demonstra que

um dos fatores mais preditivos para a boa recuperação de uma família após a perda de um de seus membros é o fato de seus integrantes sentirem-se livres para compartilhar suas emoções e concepções a respeito da perda. Famílias com padrão de enfrentamento satisfatório são aquelas capazes de encorajar seus membros a falar sobre sua tristeza e seu pesar, respeitando as diferenças no estilo individual de luto de cada integrante.

Quando o padrão de comunicação familiar é marcado pela interdição de certos temas, como comumente ocorre por ocasião do suicídio, os indivíduos se sentem proibidos de compartilhar ou confrontar sentimentos relevantes, permitindo-se apenas a tocar superficialmente em determinados assuntos. Estabelece-se então, um clima de repressão que acabar sendo internalizado na vida emocional da família. Este clima pode ser tornar mesmo, um legado indesejável para as futuras gerações. Para Walsh e McGoldrick (2004), os psicólogos podem ser fundamentais para a reestruturação do equilíbrio do sistema familiar abalado. Estes profissionais podem incentivar o desenvolvimento de novas estratégias, que visem reforçar o grau de coesão e garantir qualidade da comunicação entre os integrantes deste sistema.

Ao nível individual, os profissionais de saúde mental podem ser os mais aptos a ajudar os enlutados em todos os momentos do luto. Vários participantes se referiram, por exemplo, à grande importância de simplesmente ter alguém por perto nos primeiros momentos do luto. Alguém que se mostre disponível e capaz de lhe assegurar que seus sentimentos desorganizadores seriam passageiros e que eles não enlouqueceriam. Os psicólogos também podem ser os melhores indicados em ajudar os enlutados a compreenderem os contextos e vulnerabilidades associados à sua perda, a desencorajar atitudes de acusação mútua e autodirecionada, estimulando a construção de novas perspectivas sobre os fatos e eventos. Enfim, poderíamos citar uma série de razões que tornam os psicólogos e psiquiatras os profissionais habilitados em ajudar os enlutados a atravessarem a crise gerada pela perda de

uma maneira satisfatória. Achamos mais pertinente, entretanto, fazer algumas ressalvas que podem ser fundamentais para a condução do suporte psicoterapêutico aos enlutados.

Em primeiro lugar, julgamos extremamente necessário que estes profissionais tenham noção da importância de manter a devida cautela ao abordar lembranças e temas dolorosos. É preciso entender e respeitar o devido tempo de cada indivíduo. O “tempo do luto” é composto por sucessivas aproximações e hesitações. Se o enfrentamento de lembranças ansiogênicas confere aos enlutados a possibilidade de acessar e compreender aspectos importantes de seu passado, ampliando seu arcabouço de significados; as hesitações refletem sua necessidade de fugir da dor inevitavelmente invocada por processo.

Independentemente de sua abordagem, se faz necessário que os terapeutas observem o devido balanço entre uma postura observadora e afastada, capaz de permitir ao paciente reter informações angustiantes; e uma postura encorajadora e gentil, que o ajude a reconstruir um quadro completo do trauma. A confrontação com as experiências traumáticas deve ser dosada de acordo com observação criteriosa da capacidade particular de cada indivíduo. A integração da lembrança do trauma ao sentido do *self* pode ser um objetivo irreal para algumas pessoas. É crucial, para o bom andamento do processo terapêutico, que paciente não se sinta forçado a avançar num ritmo que se torne uma sobrecarga ou que seja muito desorganizador (Parkes 1996, 2009; Gabbard, 2008).

Em função desta observação, acreditamos que qualquer proposta de manejo terapêutico demasiadamente focado na morte, na perda ou nos eventos associados, certamente não será a melhor indicação clínica. Devido à ansiedade que certamente se fará presente, muito poucos enlutados seriam capazes de aderir a um processo terapêutico massivamente focado em lembranças dolorosas.

O mais indicado, certamente, é que o terapeuta seja capaz de direcionar, desde o primeiro momento, um manejo que contemple dimensões e problemáticas variadas da pessoa

como um todo. É importante que o terapeuta se lembre, a todo momento, que está lidando com um ser humano completo, e que, no seu devido momento e conveniência, ganhada a confiança do paciente, o trauma e a perda serão trazidos a tona novamente. É aconselhável oferecer aos sujeitos a possibilidade de evadir-se, explorar outros aspectos de sua vida e retomar ao tema do suicídio e às suas lembranças dolorosas na medida de suas possibilidades. Sabemos, por exemplo, do problema que a baixa adesão representa nos grupos de sobreviventes de suicídio. Talvez este problema reflita pouca observação dos organizadores destes grupos à necessidade - e o direito - que os enlutados têm de evitar lembranças desagradáveis ou simplesmente esquecê-las. Desencorajemos, portanto, qualquer iniciativa que tenha uma proposta terapêutica extremamente focada no enfrentamento do trauma da perda, pois a angústia invocada pode assustar e desmotivar o paciente.

É fundamental também, que o terapeuta seja capaz de dar continência à angústia do seu paciente. A perda é uma vivência universal, que afeta profundamente todos os seres humanos. Ela iguala terapeuta e paciente num mesmo nível, pois a própria condição de humanidade de ambos os iguala e os torna seres vulneráveis. Não é fácil para qualquer pessoa entrar em contato com experiências tão dolorosas quanto as experiências de perda. Nem durante a realização das entrevistas para esta pesquisa foi fácil ouvir os relatos carregados de tanta dor, tristeza, saudades e questionamentos. É muito importante que os terapeutas tenham a *competência afetiva* de não se desorganizar frente à escuta destas vivências. É importante que eles cultivem o entendimento de suas próprias vulnerabilidades e se ponham numa relação horizontal com o paciente, num processo ativo de construção conjunta de reconstrução de sentidos. É fundamental, sobretudo, que eles acreditem no potencial de ato-reorganização de seus pacientes.

Talvez os melhores resultados nasçam de uma relação em que terapeuta e paciente se percebam como parceiros na busca incerta por respostas. Durante este processo, ambos

podem acabar percebendo, que o maior ganho da terapia talvez não seja exatamente o estabelecimento de uma compreensão clara e objetiva dos motivos e condicionantes da morte. Mais importante que a busca por esta compreensão, pode ser o próprio clima de abertura, troca, confiança e cooperação estabelecidos no *setting* terapêutico. Ao final do processo, muito provavelmente, ambos podem perceber que o maior ganho de um processo psicoterapêutico fundamentado na cooperação no desejo genuíno de ajuda, foi, na verdade o estabelecimento de uma relação capaz de conferir uma base de segurança afetiva, a partir da qual o enlutado pode sentir seguro para voltar a explorar e empreender novas possibilidades existenciais. A partir do estabelecimento desta *base de segurança*, o enlutado pode sentir-se capaz de enfrentar o mundo que se tornou assustador e sem sentido. É preciso que o terapeuta perceba a terapia como um uma construção conjunta, uma relação baseada em trocas afetivas genuínas e capazes de favorecer vivências tão significativas e reconfortantes, que possam servir como a matriz para uma nova relação do enlutado com o mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, R. W. (1998) Intervenções em crises. In: Cordioli, A. V. (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 153-158). Porto Alegre: Artes Médicas.

Bardin, L. (1979) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.

Bertolote, J. M., & Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2011) Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S151644462010000600005&lng=en&nrm=iso>.

Bonanno, G. (2009) *The other side of sadness: what the new science of bereavement tells us about life after a loss*. New York: Basic Books.

Bonanno, G.; Kaltman, S. (1999) Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, New York, v.125, 06, 760-766.

Bowlby, J. (1960) Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*.

Bowlby, J. (1982) *Attachment and loss, vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1985) *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1985) *Apego, perda e separação*. São Paulo: Martins Fontes.

Brenn, J, & O'Connor, M. (2007) The Fundamental Paradox on Grief Literature. *Omega, Edith Cowan University, Australia*, . 55(3), 199-218.

Brent, D. A. (1995) Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 52–63. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00490.x

Cain, A., & East, R. (1972) Children's disturbed reactions to parent suicide: Distortions of guilt, communication and identification, in *Survivors of Suicide*. A. Cain, Charles C. Thomas.

Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009) Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 17, 2. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso

Camus, A. (2002) *O Mito de Sísifo, ensaio sobre o absurdo*, Lisboa, Ed. Livros do Brasil.

Caplan, G. (1980) Um modelo conceptual para prevenção primária. In Caplan, G., *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (pp. 40-69). Rio de Janeiro: Zahar.

Cassorla, R. M. S. (2004) Suicídio e autodestruição humana. In Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (Org.), *Comportamento suicida* (pp. 21-34). Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A.V. (1998) *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cvinar, J. G. (2005) Do suicide survivors suffer social stigma? A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21.

Deutsch, H. (1937) Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly. The International Journal of Psychoanalysis*, New York, 6, 12- 22.

Didion, J., & Caruso, B. (2005) *The year of magical thinking*. Minneapolis, Minn: HighBridge.

Dunne, D., & McIntosh, J.L., & Dunner-Maxin, K. (1997) *Suicide and its aftermath: understanding and counseling the survivors*. New York: Norton, 193-207.

Dunne, E. J., & Dunne-Maxim, K., & McIntosh, J.L. (1987) *Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors*. Ontario: Penguin.

Ellenbogen, S., & Gratton, G. (2001) Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors and other survivors. *Suicide and life-threatening behavior*, 31(1), 83-90.

Figueiredo, L. C., & Cintra, E, M, U. (2008) *Melanie Klein*. São Paulo: Publifolha.

Fontanella, B. J. B., & Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006) Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas, não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(5). Disponível em www.eerp.usp.br/rlae

Freud, S. (1996) *Totem e Tabu*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1996) *Luto e Melancolia*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1996) *Inibição, Sintoma e Ansiedade*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Freud, S. (1996) *Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Editora Imago.

Gabbard, G. (1998) *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Granek, L. (2010) Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, Toronto, 13, 46-73.

Gunnell, D., & Lewis, G. (2005) Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *British Journal of Psychiatry*, 187, 206–208.

Horowitz, M. J. (1986) *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Janoff-Bulman, R. (1992) *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Jordan, J.R., & Kraus, D.R., & Ware, E.D. (1993) Observation on Loss and Family Development, *Family Process*, 32, 425-440.

Jordan, J.R. (2001) Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91–102. doi: 10.1521/suli.31.1.91.21310

Klein, M. (1975) *O luto e sua relação com os estados maníaco-depressivos. Obras completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormes.

Knieper, A. J. (1999) The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 353–364.

Kübbler-Ross, E. (1992) *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Krüger, L. L., & Werlang, B. S. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.

Leenaars, A. (1999) *Lives and deaths: Selections from the works of Edwin S. Shneidman*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Lindemann, E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141—148.

Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007) Tentativa de suicídio: o traumático via ator. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, 23, 2. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000200009&lng=en&nrm=iso

Maciejewski, P. K., & Zhang, B., & Block, S. D., Prigerson, H. G. (2007) An empirical examination of the stage theory of grief resolution. *JAMA*, 297, 716–723.

Maltsberger, J. T., & Goldblatt, M. J. (1996) Essential papers on suicide, Essential papers in psychoanalysis (pp. 20-35). New York: US.

Minayo, M. C. S. (2004) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Moura, C. (2006) *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Neimeyer, R. A., & Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002) *Mourning and meaning*. *American Behavioral Scientist*, 46, 235-251.

Parkes, C. M. (1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

Parkes, C. M. (2009) *Amor e Perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.

Prieto, D., & Tavares, M. (2005) Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.

Prigerson, H. G., & Horowitz, M. J., & Jacobs, S. C., & Parkes, C. M., & Aslan, M., et al. (2009) Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for *DSM-V* and *ICD-11*. doi:10.1371/journal.pmed.1000121

Rothapt, J. W., & Becker, K. (2007) A literature review of western bereavement theory: from deathecting to continuing Bonds. *The Family Journal*, New York, número, páginas.

Rando, T. A. (1986) *Parental loss of a child*. Champaign, IL: Research.

Rando, T. A. (1995) Grief and mourning: Accommodating to loss. In: WASS, H.; NEIMEYER, R. *Dying: Facing the facts* (p. 211- 242). Washington: Taylor and Francis.

Séguin, M., & Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995) Parental Bereavement After Suicide and Accident: A Comparative Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 489–498. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00241.

Shneidman, E. (1993) Suicide as *psychache*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.

Solomon, A. (2002) *O demônio do meio-dia*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Stroebe, M., & Stroebe, W. (1991) Does “grief work” work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, New York, 59, 479 – 482.

Stroebe, M., & Gergen, M., & Gergen, K., & Stroeber, W. (1996) Broken hearts of broken bonds? In Klass, D., & Silverman, P., & Nickman, S., *Continuing bonds: New understandings of grief* (p. 31- 44). Washington: Taylor and Francis.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999) The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Stroebe, M., & Hansson, R., & Stroebe, W., & Schut, H. (2002) Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care. *American Psychological Association*, Washington, número, páginas.

Stroebe, M., & Stroebe, W., & Schut, H., & Zech, W., & Van den Bout, J. (2002) Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, New York, 70, 169-178.

Turato, E.R. (2000) Introduction to the clinical-qualitative research methodology: definition and main characteristics. *Rev Portuguesa Psicossomática*. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28720112.pdf>

Turato, E. R. (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

Waiselfisz, J. J. (2010) Mapa da violência 2010: anatomia dos homicídios no Brasil. Instituto Sangari, São Paulo. Disponível em <http://www.institutosangari.org.br/mapadaviolencia/MapaViolencia2010.pdf>

Walsh, F.; MCGOLDRICK, M. (2004) *Living Beyond Loss: Death in the Family*. New York: W. W. Norton.

Werlang, B. S. G. (2000) Proposta de uma Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica em Casos de Suicídio. Tese de Doutorado, Universidade de Campinas, Campinas.

WHO - World Health Organization. (2000) *Preventing Suicide: a resource for primary health care workers*. Geneva: World Health Organization.

World report on violence and health: summary. (2002) Geneva: World Health Organization.

Worden, J. W. (1981) *Terapia do Luto – Um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989) The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349–357.

ANEXOS

Anexo I - Os enlutados e seus relatos

Nesta seção faremos uma apresentação dos relatos colhidos em entrevista por cada um dos oito dos participantes. Nosso objetivo é aproximar o leitor dos eventos e vivências relatados por cada um dos participantes. Conforme expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, buscamos alterar alguns fatos, nomes, datas e lugares, no sentido de preservar a privacidade e o sigilo dos participantes. Mantemo-nos, contudo, fidedignos às falas e relatos que expressaram idéias ou memórias do interesse de nosso trabalho.

Participante 1 - Eduardo: 25 anos, natural de Curitiba, PR, sem renda pessoal, renda mensal familiar em torno de 10 mil reais. Atualmente, com o apoio de sua família busca estabelecer-se como psicólogo clínico em Brasília, cidade onde mora há um ano e seis meses e cursa uma especialização. Eduardo é solteiro, espírita kardecista, está morando em Brasília na casa de uma tia.

Ele diz que se sente bem no momento, não que percebe qualquer necessidade de estar em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Eduardo acredita que o único fator que o motivaria a iniciar a um processo psicoterapêutico neste momento, seria seu interesse de enriquecer sua formação enquanto terapeuta. Revela já ter sentido maior necessidade de fazer psicoterapia após o rompimento de uma relação afetiva, chegando a estar em acompanhamento por um período aproximado de um ano. Ele não sente que sua experiência pessoal com a perda de uma amiga próxima por suicídio tenha gerado consequências danosas ou significativas o suficiente, para acarretar a necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Há cinco anos Eduardo perdeu uma de suas amigas mais próximas, Fátima, de 21 anos na época. Ele afirma não sentir dificuldade de falar sobre a morte dela, salvo em contextos específicos, quando se faz necessário preservar outras pessoas envolvidas que ainda sofrem muito com esta perda. Alega que por sua formação religiosa, é mais fácil para ele falar sobre estes acontecimentos. O espiritismo lhe ensinou a ver a morte com naturalidade. Em contraste, Eduardo sabe que muitas das pessoas que foram afetadas pela morte de Fátima teriam dificuldades em tratar do tema de um modo aberto. Muitos amigos de sua turma ainda “sentem tanta revolta, amargura e tristeza”, que dificilmente falaria sobre os acontecimentos em questão. Apesar destas dificuldades, Eduardo sentiu como benéficas todas as oportunidades que teve de conversar abertamente com estes amigos sobre Fátima. Compreende que, sempre que pôde tocar no assunto com eles sentiu-se aliviado e em paz.

Porém, no dia-a-dia, com pessoas fora deste círculo de amigos, prefere manter uma postura mais reservada, não entrando em detalhes sobre os eventos relacionados a sua morte. Além disso, Eduardo busca não expor as pessoas envolvidas. Ele aceitou o convite para a entrevista, pois acredita ser esta uma forma de ajudar pessoas que viveram experiências semelhantes às suas.

Sua amiga Fátima era de uma família humilde do interior do Paraná. Ela estava em Curitiba, morando com o seu namorado, Jorge (24), e estudando Psicologia na mesma turma de Eduardo. Há cinco anos ela teve uma discussão com Jorge. No auge desta discussão, Jorge aumentou volume da TV e pediu para ela parasse de falar, pois “não aguentava mais sua voz, e queria ver o jogo”. Ela então se calou, e demonstrando ressentimento, disse que sairia aquela noite sozinha. Foi em direção a um banheiro mais isolado da casa e se trancou. Jorge achou que ela iria tomar apenas mais um dos banhos demorados que sempre tomava antes de sair com suas amigas e foi dormir. Por volta das 4 horas da manhã, ao perceber a ausência dela, Jorge acordou sobressaltado. Tentou ligar em vão para ela. Ligou para as suas amigas, que disseram que Fátima não havia se encontrado com elas. Preocupado, Jorge passou a procurar pela casa, foi quando ele sentiu um forte cheiro de gás vindo do banheiro que estava com a porta trancada. Imediatamente Jorge decidiu arrombar a porta. Ele se deparou o corpo de Fátima no chão banheiro. Ela havia tomado várias pílulas de remédios para dormir, vedado portas e janelas com toalhas molhadas e ligado o gás de sistema de aquecimento. Desesperado, ao perceber que Fátima já estava morta por intoxicação e asfixia, Jorge ligou para um dos seus amigos que foi ajudá-lo, comunicando imediatamente aos familiares dela e aos outros amigos.

Foi naquela madrugada que Eduardo e o seu grupo de amigos da turma de psicologia souberam da morte de Fátima. A partir daquele momento, Eduardo, que naquela época ainda se considerava um “adolescente de 20 anos”, deparou-se pela primeira vez com a perda de uma pessoa jovem e tão próxima.

A única pessoa que ele perdera até aquele momento fora um avô que já não via desde a infância. Uma pessoa muito também muito querida que, mas, que segundo ele, fizera uma “passagem bonita” cercado pelos cuidados e atenção de filhos e netos. Ainda durante aquela madrugada e começo de manhã, todos os amigos se reuniram e Eduardo foi testemunha do “desespero, da tristeza e da confusão” de seus colegas. Entretanto, no meio do evidente sofrimento daqueles jovens, ele afirma ter conseguido encontrar certa tranquilidade, assumindo desde os primeiros momentos uma postura ativa no sentido de ajudar e consolar os demais colegas.

Após os três anos, Eduardo diz que hoje é capaz de compreender alguns dos fatores que podem ter contribuído para o suicídio de Fátima. Fátima falava muito pouco sobre sua família, Eduardo sabe apenas que eles eram muito humildes e tradicionalistas. Ela estava sozinha em Curitiba, longe de sua família e dependia economicamente do Jorge. Durante o curso de psicologia, Fátima passou a fazer questionamentos sobre sua orientação sexual. Sua relação com Jorge começava a declinar e Eduardo acredita que ela vinha se sentindo perdida e desamparada. Além destas questões, Fátima também, era reconhecida como uma pessoa de gênio forte e temperamento impulsivo. Nos poucos anos de convivência, Eduardo percebia o quanto estas características ressaltam em sua personalidade. Várias vezes ele pode testemunhar o modo como ela agia sem pensar nas consequências, sobretudo quando se sentia desafiada ou confrontada.

Eduardo acredita que ela não planejou o suicídio. Para ele, Fátima agiu impulsivamente. Não tanto com a intenção de fugir da angústia, chocar o namorado ou “ser salva” por ele. Por conhecê-la de um modo íntimo, Eduardo acredita que ela “simplesmente teve a idéia de se matar e que não freou seu impulso”. Ele acredita que no calor da emoção ela acabou não tendo condições de tecer uma idéia clara das consequências de seu ato. De qualquer modo, não obstante estas elaborações a respeito da causa da morte, Eduardo diz não sentir-se apto, ou mesmo, interessado em julgá-la.

O relato de Eduardo se foca nas mudanças que seu círculo íntimo de amigos de faculdade vivenciou após sua morte de Fátima. Eduardo descreve de um modo sensível e articulado, como o suicídio dela desorganizou a sua rede de relações representando uma violação dos valores e da visão de mundo compartilhado por seus amigos. Ele diz: “(...) é como se ela tivesse jogado uma pedra no meio de uma teia delicada, cujos fios foram formados por nossos afetos, nossa forma de ver o mundo e nossas relações. Ela embolou tudo, de um jeito que se tornou muito difícil repararmos o estrago que ela fez”.

Eduardo faz questão de pontuar que, embora morte de Fátima tenha sido um fator determinante, seria muito reducionista pensar que as mudanças que se processaram em seu círculo de amizades foram exclusivamente consequentes do trauma deste evento. Eduardo defende que eles foram, na verdade, o fruto da sobreposição de muitos fatores complexos como as comuns ao momento de vida de cada um dos seus amigos.

Quanto ao impacto desta experiência na sua vida pessoal, Eduardo conclui que as vivências que se iniciaram naquela madrugada impulsionaram transformações significativas. A perda de Fátima trouxe mudanças profundas na sua visão de mundo, no seu modo de se relacionar com as pessoas e com sua própria vida. Pela primeira vez, Eduardo descreve, ele se

sentiu confrontado com a possibilidade humana da escolha entre a existência e a não-existência. Esta possibilidade nunca lhe fora tão clara até aquele momento. De algum modo, destas reflexões, surgiu um Eduardo mais convicto do valor de sua própria vida e mais ciente do valor de suas escolhas. Em suas palavras: “colocar-me no lugar dela me fez abandonar definitivamente qualquer resquício de ideação suicida que eu pudesse ter.”

Tanto a morte de Fátima, como a separação que ele vivenciava naquele momento, foram trabalhadas em psicoterapia, e segundo ele, contribuíram para fomentar mudanças positivas em sua vida. Ele diz “aquele foi um momento em que eu pude morrer e renascer de novo, ressignificar muitas coisas na minha vida”. Aquela madrugada e as mudanças que se seguiram se refletiram até mesmo nos caminhos que sua carreira iria tomar, pois, a partir de então, ele se aprofundou no estudo do fenômeno do suicídio e atuou em estágios com Intervenção em Crise.

Eduardo também ressalta que uma atitude sua em especial foi muito relevante no seu processo de enfrentamento. Ele considera ter sido muito importante em seu processo de luto a atitude de cultivar uma postura de não-julgamento e aceitação. Em seu relato, ele sublinha a diferença sutil entre a “busca por entendimento” e a “necessidade de aceitação”. Segundo ele, a busca obsessiva pelos motivos, fatos e circunstâncias que rondam uma morte pode ser paralisante. Ele diz _ “Esmiuçar, esmiuçar, esmiuçar... Mais cedo ou mais tarde a pessoa enlutada vai perceber que não é esta na verdade, a resposta que ela tanto quer. É preciso buscar um entendimento maior”. Para Eduardo, este “entendimento maior” o que envolve uma reflexão existencial mais profunda e mesmo uma busca religiosa e estaria mais relacionado ao próprio conceito de *aceitação*.

Participante 2 - Matheus: 28 anos, natural de Brasília, solteiro, renda mensal pessoal de 2.500 reais, renda mensal familiar em torno de 6000 reais. Matheus, assim como Eduardo, é psicólogo clínico. É o filho mais novo e suas duas irmãs mais velhas que já estão casadas. Atualmente ele vive apenas com seu pai. Sua mãe, Cecília, se suicidou há 17 anos, quando ele tinha apenas 11 anos de idade. Ele afirma não ter religião, mas durante sua infância, o período em que atravessou a fase mais intensa de luto, identificava-se com a religião de seus familiares que eram Testemunhas de Jeová.

Neste momento Matheus não está fazendo nenhum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e não sente necessidade de estar em terapia. Tal como Eduardo, por ser terapeuta e estar em formação, acredita que a terapia pode ser uma experiência enriquecedora, não identificando, porém, qualquer dificuldade psicológica maior para estar em acompanhamento. Durante a graduação fez terapia por dois anos e entende que este

processo foi importante para sua formação. Contudo, Matheus não relaciona sua busca por psicoterapia com os eventos associados à perda de sua mãe.

Ele afirma não sentir dificuldades para falar sobre a morte de Cecília, pois seu processo de luto ocorreu de um modo tranquilo e saudável. Não sente nenhum tipo de ansiedade ou incomodo em falar sobre ela, entretanto, percebe que suas irmãs lidam com as lembranças de sua mãe de um modo diferente. Enquanto elas evitam qualquer referência à sua mãe, não gostam de ver fotos e não querem ter contato com as pinturas feitas por ela; Matheus afirma se sentir muito vontade com as memórias e objetos que o remetem a ela. Tanto que, quando percebeu o incomodo de suas irmãs em relação a um grande retrato dela exposto sala, ele o recolheu e o levou para o seu quarto. Para ele é um prazer estar em contato constante com a imagem de sua mãe e alimentar as lembranças dela.

Cecília ainda era jovem quando faleceu. Matheus fala com orgulho dela. Ela era uma pessoa ativa, intuitiva e arrojada. Tinha formação em bióloga, era professora universitária, gostava do seu trabalho, amava a arte e a cultura e gostava de ler psicologia. Foi uma pessoa inovadora em muitos aspectos, sendo a primeira a pintar paisagens do cerrado em aquarela. Era ecologista, antes mesmo deste termo se tornar difundido, sendo atuante em alguns dos primeiros e grandes eventos ecológicos e ambientais.

Matheus fala que Cecília, poucos meses antes de falecer, começou a apresentar de um modo repentino sintomas graves de depressão e estresse. Segundo informações de seu seus familiares, até aquele período, ela nunca havia apresentado nenhuma crise depressiva ou outros problemas de natureza emocional. Entre o início da depressão e o ato suicida pouco tempo se passou. Por isso, as pessoas não se deram conta do risco ou da necessidade de um acompanhamento profissional mais rigoroso.

Matheus era muito novo para perceber, mas os antigos amigos de sua mãe relatam que em pouco tempo antes de sua morte ela já não conseguia esconder suas dificuldades, nem mostrar-se a pessoa forte de sempre. Após o suicídio é que algumas pessoas próximas e familiares tentaram recompor os fatos. Alguns deles deram-se conta de que dias antes da morte, ela havia expressado sinais tênues, ou mesmo ambíguos, que poderiam dar margens a interpretação de que talvez ela já tivesse algum nível de ideação suicida.

A depressão de Cecília surgiu num período em que ela enfrentava sérias atribuições em sua família. Seu pai morrera de câncer há pouco e ela se viu muito decepcionada com a atitude dos seus irmãos que entraram em conflito pela herança dele. Ainda quando o pai de Cecília ainda estava muito doente, quando ela começou a perceber a emergência dos conflitos familiares. Várias vezes ela teve que apelar para que os seus irmãos preservassem seu pai da

decepção de vê-los brigando no leito de morte. Ela mostrava sua indignação quanto ao que julgava ser atitudes de pura ambição e a insensibilidade da parte deles.

Após a morte, na mesma medida em que demonstrava profunda tristeza e lutava contra a desunião de sua família, eram cada vez mais evidentes os sintomas de depressão. Cecília já não conseguia mais dirigir, tinha breves desmaios, respirava de modo ofegante e estava fisicamente abatida. Para se recuperar, ela buscou o refúgio da mãe, foi passar um feriado prolongado na casa dela, no Rio de Janeiro. No meio de uma noite, Cecília se levantou ofegante. Disse às pessoas que estavam acordadas que iria beber um copo d'água. Então, alguns momentos depois, alguém interfonou para a mãe de Cecília dizendo ela estava caída no chão do condomínio. Ela havia caído da sacada. A perícia policial chegou e investigou a causa da morte, questionando se ela havia desmaiado ou se jogado. Em pouco tempo, levando em consideração seu estado emocional e a reconstituição de alguns sinais anteriores, a família entendeu e aceitou que a hipótese mais provável era de fato a da morte por suicídio.

Ainda naquela madrugada, Matheus soube da morte de Cecília. Sua avó havia comunicado seu a seu pai. Matheus acordou sobressaltado com os gritos e o choro desesperado de suas irmãs. Foi quando seu pai olhou para ele e disse “Meu filho, sua mãe faleceu, nós vamos agora para o Rio de Janeiro”.

Matheus acredita que, talvez porque ele ainda fosse uma criança, seus familiares tentaram protegê-lo e não o levaram para o Rio de Janeiro. Ele ficou na casa de sua avó paterna, enquanto toda a sua família viajou. Hoje ele sente que não ter participado dos rituais funerários, sendo privado da possibilidade de entrar em contato com a “materialidade da morte de sua mãe”, foi algo prejudicial: “É difícil definir o porquê, mas me senti perdido e confuso, chorei muito. Imagine: sua mãe se despede de você, viaja e simplesmente não volta. Até hoje, sempre falo para pessoas que eles erraram em não ter me levado. Acho que sem os rituais, o luto pode ser mais complicado, ainda mais para uma criança”.

Matheus foca seu relato no processo familiar e pessoal de enfrentamento do luto. Diz que nem ele, nem suas irmãs, precisaram tomar remédios ou ficaram deprimidos. Afirma que as reações mais intensas de luto que ele apresentou se restringiram ao primeiro ano após a morte de sua mãe. E teve dificuldades escolares naquele ano e uma leve regressão no seu desenvolvimento. Ele caracteriza esta regressão, sobretudo, pelo surgimento de alguns episódios de enurese noturna, algo que seu pediatra, a época, associou ao luto.

Matheus relata que seu pai foi quem sofreu mais com a morte de Cecília. Ele ficou deprimido, emagreceu, passou a ter problemas cardíacos. Matheus se recorda que o sofrimento de seu pai perdurou por vários anos após o suicídio de Cecília. Relaciona este

sofrimento prolongado, à dificuldade de seu pai em aceitar e entender a morte dela. Por muito tempo, o pai de Matheus culpabilizou sua esposa, definindo seu ato como covarde e desleal. Sentia-se indignado por ela não ter confiado e dividido seus sentimentos com ele. Apenas com o passar do tempo, e com o aumento progressivo de entendimento das possíveis motivações e vulnerabilidades de sua esposa, ele foi recuperando a saúde física e emocional e se restabelecendo.

O relato de Matheus frisa a importância da comunidade religiosa que acolheu e deu suporte a ele e a toda a sua família nos períodos mais críticos. Ele dá importância, sobretudo, à postura flexível de alguns integrantes da igreja, que interpretavam textos bíblicos sem qualquer peso de julgamento condenação. Desde o primeiro momento, Matheus foi orientado pelos líderes religiosos no sentido de não tentar julgar a atitude de sua mãe. Além disso, o fato de participar da mesma comunidade religiosa que a mãe pertencia o fazia se sentir mais próximo dela naquele contexto. Tanto, que, depois da morte Cecília, enquanto seus familiares aos poucos se afastaram, foi ele que perdurou por mais tempo nesta religião. Durante a infância, sendo Testemunha de Jeová, Matheus sentia que poderia compartilhar as mesmas esperanças que ela cultivava na ressurreição e no reencontro com ela no paraíso.

Hoje, Matheus não é mais Testemunha de Jeová. Ele entende que Cecília deveria estar tomada por um sofrimento avassalador e repentino, e não condena seu ato suicida e considera um absurdo haver pessoas que condenam. Como ele sabe que ela tinha projetos em aberto, estava terminando um livro, não escreveu um bilhete ou fez referências claras sobre ideias suicidas, ele acredita que sua mãe agiu impulsivamente. Ele acredita que foi levada pela intensidade de uma grande dor psicológica, e que não tinha condições de pensar nem avaliar as consequências de seus atos.

Numa espécie de auto-análise, Matheus considera a possibilidade de que sua escolha pela carreira de psicólogo clínico tenha sido motivada por uma “necessidade inconsciente” de buscar uma compreensão sobre o que se passava com sua mãe. Além disso, ele entende que este processo de elaboração da perda resultou por torná-lo uma pessoa mais sensível às causas humanas. Hoje, ele se vê como alguém que busca acolher e ajudar pessoas em sofrimento. Sempre que tem a oportunidade de ajudar alguém, Matheus se sente como se estivesse “salvando sua a sua mãe”. Ele diz: “eu já tive vários pacientes claramente suicidas, e, sempre que faço uma intervenção boa, penso: Caramba! Salvei minha mãe!”

Até por ser psicólogo, Matheus entende que enlutados por suicídio podem ser muito ajudados por profissionais da psicologia, mas ele entende que o suporte da comunidade religiosa foi o fator determinante no seu processo de luto. Enquanto a religião oferece o

caminho da fé e da esperança, a psicologia é um caminho mais realista e esclarecedor. “talvez, por ser criança, a religião nem bastou, mas, eu sei que ela não bastou para o meu pai. O importante é que, independente do suporte que você encontre, você possa encontrar pessoas capazes de te ajudar a compreender e não julgar os atos da pessoa que morreu”. Matheus acrescenta que a principal dificuldade é que nossa cultura considera o suicídio um tema tabu e um pecado mortal e, por isso, as pessoas não estão preparada para entrar em contato com isso.

Há pouco tempo, Matheus tatuou em suas costas a imagem de um buriti que lembra as aquarelas de sua mãe. Ele concorda com os amigos que sugerem a ele a interpretação de que esta atitude pode ter sido mais uma forma de “mantê-la viva”, e resgatar a presença dela em sua vida.

Participante 3 - Anna: 35 anos. Anna é brasileira, morou em Santa Catarina e em São Paulo, mas voltou a morar em Brasília há 14 anos. É divorciada há cinco anos, tem uma filha de seis, com quem mora sozinha num apartamento bem próximo ao apartamento onde vivem seus pais, dois irmãos e um cunhado. Sua renda mensal pessoal de 6500 reais. Anna é formada em direito e é funcionária pública, exercendo função no Poder Judiciário. Sua orientação religiosa é espírita kardecista.

Há aproximadamente cinco anos, Anna fez terapia, mas não associa sua busca por acompanhamento psicológico à morte de seu primo, Felipe, ocorrida um ano e meio antes. Ela diz que buscou ajuda porque não se sentia feliz no casamento, não conseguia administrar seu dinheiro e se angustiava por ainda não ter conseguido passar num concurso. “Eu tinha muitos motivos para fazer terapia, mas, nada em especial que gerasse em mim aquela grande dor psicológica”. Hoje, Anna diz que não sente necessidade de estar em psicoterapia. Afirma que se fosse iniciar um processo psicoterapêutico seria apenas por considerar a terapia uma atividade agradável. Em suma, ela afirma se sentir muito bem neste momento de sua vida.

Anna aceitou prontamente o convite para a entrevista, pois se interessa por qualquer possibilidade de contribuir com estudos ou outras formas de atuação que lidem com o tema do suicídio. Ao contribuir com a entrevista, ela diz se sentir como se estivesse ajudando seu primo indiretamente, já que não pôde fazer nada por ele de fato. Há pouco tempo, Anna se engajou como voluntária do Centro de Valorização da Vida – CVV. Está recebendo treinamento e sendo avaliada para ser atendente. Para ela, tanto seu engajamento e dedicação ao CVV, como sua colaboração nesta pesquisa, estão associados a um forte desejo de salvar vidas, impedindo suicídios.

Anna afirma se sentir bem ao falar sobre Felipe e que sempre fala de modo positivo, “mesmo sabendo que ele não era um santo”. Se sente muito incomoda, caso ouça alguém falar

de Felipe ou de sua morte de um modo pejorativo ou taxativo. Segundo ela, é algo que lhe “tira do sério, a ponto de bater boca e botar pra fora de casa se for preciso” quando alguém faz julgamento de valor a respeito de sua morte, dizendo que ele foi covarde, egoísta ou algo assim. Para Anna, falar de Felipe sempre foi fácil e natural, tanto que ela se espantou com a atitude resistente de seus familiares que se negaram a participar desta entrevista.

Anna estendeu o convite da entrevista aos seus pais e irmãos, que se negaram imediatamente. Anna se assustou com esta reação, pois sempre acreditou não haver problemas para eles falarem sobre Felipe. Depois deste incidente, Anna meditou sobre esta questão e chegou à conclusão de que, na verdade, a dificuldade de seus familiares não era tanto a de falar sobre Felipe, mas falar sobre morte dele e suas circunstâncias. “Percebi que a vida e a pessoa dele nunca foram temas delicados, mas a sua morte, de fato, era um tabu”.

Apesar de serem primos, Anna sentia que Felipe era quase como um irmão ou um melhor amigo para ela. Ambos praticamente cresceram juntos. Ele era apenas dois anos mais velho que ela e durante a infância passava todos os meses de férias na casa de seus pais. Na medida em que ia crescendo, Felipe passava cada vez mais tempo na casa dos pais Anna, até que, aos 22, foi morar definitivamente com eles. Neste período ambos se tonaram cada vez mais próximos e confidentes, dividindo as descobertas da adolescência. Sempre que Anna brigava com o namorado ou estava triste, era a ele que ela recorria. “Um conhecia plenamente os sentimentos do outro” - ela diz. Este contato perdurou por alguns anos, até que Felipe passou num concurso da Polícia Federal, tendo que ir morar no Acre. Mesmo assim, eles ainda se falavam com frequência por telefone.

Na madrugada de 30 de Dezembro de 2003, Anna estava numa viagem com seus pais em São Paulo recebeu uma ligação de um amigo que, assim como Felipe, estava a serviço da polícia no Acre. Ele ligou para o celular dela às quatro horas da manhã e disse: “Anna, o Felipe se matou!”. Anna acordou sobressaltada, não acreditou que aquilo fosse verdade e começou a repetir insistentemente para o seu amigo “Ah! Mas que mentira, você está brincando! Isso não pode ser verdade. Não faça uma brincadeira destas”. Evidentemente desconcertado o amigo desligou o telefone.

Tomada pela descrença e pela confusão, Anna correu para encontrar seus pais onde eles estavam e, junto com eles, retornou a ligação. Neste novo contato o amigo disse para Anna que Felipe tinha dado um tiro na cabeça e que estava a caminho de uma cirurgia. Ela e sua família pegaram o primeiro avião com destino a Brasília. Eles tinham a intenção de encontrar no aeroporto outros familiares e um voo direto para Rio Branco. No caminho até Brasília, Anna foi sendo informada sobre o quadro de Felipe. Num novo contato disseram a

ela que ele havia perdido um grande volume de massa encefálica e que muito provavelmente não resistiria. Ela se lembra, que naquele momento, alguns familiares já mencionavam a “morte” de Felipe. Hoje ela entende que, desde o primeiro momento, seu amigo sabia da morte, mas, ao perceber sua reação de negação, ele preferiu esconder este fato dela para protegê-la ou prepará-la.

Anna lembra com certo desconcerto, de que, a despeito de todos os indícios contrários, na confusão daquele momento, ela só conseguia acreditar na possibilidade que Felipe ainda estivesse vivo. Durante todo o percurso de avião até Brasília, Anna só pensava em como iria cuidar dele, que ele certamente ele iria ter dificuldade para se recuperar. Ela desenhava planos de acolhê-lo em sua casa, de aprender o máximo sobre o que fosse preciso para oferecer o cuidado de que certamente iria precisar. Anna diz que, naquele primeiro momento, sua confusão era tão grande que só quando desembarcou do avião em Brasília, dera-se conta que ainda estava usando a calça do seu pijama. Foi apenas quando encontrou seu avô no aeroporto Brasília, percebeu sua expressão de pesar e o ouviu fazer referência à morte de Felipe, que ela caiu em si. Imediatamente ela se sentiu fraca e desmaiou.

O relato de Anna descreve com detalhes cada uma das fases de seu processo de luto. Do desespero e confusão inicial, até a compreensão de que a tragédia de seu primo já vinha sendo tecida há muitos anos, foi um longo e tortuoso caminho.

Hoje Anna é capaz de compreender que Felipe sofria a muito tempo de uma grave depressão. Ele se sentia depreciado por todos e mostrava ideações suicidas desde a adolescência. Anna descreve os pais de Felipe como pessoas distantes, desequilibradas e cruéis. Felipe se queixava da magoa que sentia por seus pais e toda vez que brigava com eles buscava refúgio na casa dos pais de Anna. Muitas vezes, Anna revela, Felipe parecia tão angustiado, que pedia para dormir num colchão, no quarto de seus tios. Certa vez ele revelou sua ideação suicida à mãe de Anna. Ela emprestou a ele um livro espírita como forma de mostra como seria o destino de um suicida aos a morte.

Todos na família sabiam dos conflitos de Felipe com seus pais. Anna sabia, por exemplo, que no ultimo contato de Felipe com a sua mãe, depois de uma intensa discussão, ela gritou pela janela aconselhando-o que fizesse “um favor para todo mundo”: que ele se matasse logo. A mãe de Felipe que estava muito doente no momento de morreu pouco depois. Anna nos diz que o pai de Felipe se recusou a ir ao enterro do filho, contribuir no traslado do corpo ou mesmo ver o cadáver. Ele adoeceu e se nega a se referir à morte de Felipe como um suicídio. Este é um tema tabu e ninguém ousa fazer referência na presença dele. Quando foi

capaz de perceber a qualidade da relação de Felipe com seus pais, Anna pôde finalmente entender porque Felipe buscava em sua família como refúgio.

Sozinho no Acre, Felipe começou a fazer uso de álcool e cocaína. Anna acreditava que ele não era viciado e sabia que ele fazia de seu uso esporádico de cocaína. Ela percebia que nos primeiros meses no Acre, Felipe continuava sendo perseguido pela sensação de que as pessoas não gostavam dele. Ele se envolveu com uma garota que Anna acreditava ser de na índole. Em pouco tempo, o término de sua relação com esta namorada, o acesso fácil a uma arma e o uso de álcool e cocaína, foram os precipitadores do final trágico de sua vida. No quarto onde ele se matou, Anna e os parentes puderam perceber que havia muitas baganas de cigarro, uma garrafa de vodca e resquícios do uso de cocaína.

Anna traça um rico relato de suas vivências a partir daquele momento de descrença e desorganização. Seu luto foi marcado por um desejo intenso de restabelecer a presença de Felipe em sua vida, pela luta para reconstituir o sentido de suas vivências e pelo enfrentamento da culpa. Ela sentia culpa intensa pelas coisas que não falou e pelo que não fez por ele.

O desejo de reparar a presença de Felipe em sua vida conferia a ela uma espécie de predisposição para sentir sua presença. Anna sentia a presença de Felipe sempre que ouvia algumas músicas, sempre que ia a alguns lugares, em sonhos que tinha com ele, ou em pessoas que conhecia e que a fazia se lembrar dele. Às vezes, ela passava muito tempo relendo as mensagens que ele havia enviado ao seu celular, recusando-se a apagá-las. Outras vezes, numa espécie de jogo íntimo, ela pensava: “se aquele carro virar para esquerda, se uma folha cair desta árvore, se um vento bater e inflar a cortina agora... é um sinal de que o Felipe está comigo”. Aos poucos, frente à tristeza de se perceber incapaz de reaver o que foi perdido, ela foi percebendo que ela poderia encontrar em outras pessoas elementos que amava em Felipe. Buscou novas relações e pessoas capazes oferecer a ela algo do que havia perdido da relação com ele. Esta foi uma descoberta tranquilizadora.

O relato de Anna é pontuado pela emergência de ricas elaborações e percepções renovadas da amplitude das mudanças que se desenrolaram após a morte de Felipe. Muitas coisas mudaram em sua visão de mundo e de si mesma. Estas mudanças fizeram dela uma pessoa mais sensível ao sofrimento do alheio e mais ciente da importância quase urgente de fazer os que a cercam sentirem-se plenamente amados. Ao final da entrevista, ela agradeceu a oportunidade de falar sobre Felipe e sobre as mudanças que se seguiram.

Participante 4 - Joana: 39 anos, natural de Planaltina de Goiás, mora em Luziânia - DF, há 20 anos. Casada, evangélica, mãe de um filho de 13 anos. Mora com seu marido, seu filho e

sua sogra. Joana tem o ensino fundamental completo, trabalhou em um restaurante e está desempregada há seis meses. Não sabe dizer qual o rendimento do marido, que é trabalhador informal e sustenta sua família.

Joana nunca fez qualquer tipo de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. Diz que, por ser evangélica, Deus é o seu psicólogo. Declara que não se sente bem ultimamente, pois está desempregada, mas, que quando não era religiosa, as coisas eram “bem mais difíceis”. Durante a sua juventude, Joana alega ter apresentado dificuldades que possivelmente justificariam a necessidade de acompanhamento. Ela era uma pessoa muito agitada e nervosa. Não atribui estes problemas à morte de seu irmão, pois já era muito ansiosa antes deste fato. Acredita que seu temperamento é algo “de família”. Que herdou seu temperamento do seu pai, que, em suas palavras “era um homem de coração endurecido” e que todos na sua família tem o mesmo hábito de “guardar mágoas”. Sente que, paulatinamente, o contato com a Igreja e as suas orações a ajudam a se tornar uma pessoa mais calma. Embora, ao final da entrevista tenha sido orientada a fazê-lo, ela afirma não perceber necessidade de estar em acompanhamento psicológico.

Joana diz que durante vários momentos em sua vida foi acometida por ideias suicidas. Que, além dela e de Sergio (morto por suicídio há treze anos), outras pessoas na família também tiveram problemas semelhantes. Cita um irmão mais novo, que após uma separação conjugal passou por dificuldades emocionais tão graves, que todos da sua família temiam que ele também viesse a cometer suicídio.

Sergio, o irmão mais velho dos 11 irmãos de Joana matou-se aos 33 anos. Ele tinha um histórico de graves problemas com álcool, estava endividado e atravessava um período de conflitos conjugais. Desde a infância, Sergio era portador de uma deficiência que lhe fazia ser, nas palavras de Joana, uma “pessoa complexada”. Seu braço e sua perna esquerda eram visivelmente atrofiados. Para agravar a situação, pouco tempo antes de sua morte, Sergio teve uma queda e fraturou braço esquerdo, precisando passar por procedimentos médicos dolorosos. Além disso, algo que Joana não sabe exatamente o que foi, aconteceu entre Sergio e sua esposa, Eliza. Joana acredita que este evento foi o precipitador de sua morte. Joana sabe apenas que os dois brigaram no domingo e que, em função e que nesta briga, Eliza disse que não queria mais vê-lo.

Jão deixou a casa nas primeiras horas da manhã de segunda-feira. Escreveu um bilhete dizendo para Eliza que iria até uma oficina onde trabalhava na época que eles moravam em Sobradinho. Disse que iria mexer com seu carro e nos dias seguintes ele não voltou. Sabe-se hoje que, ao chegar na oficina, Sergio comentou com seus antigos colegas que

a sua mulher não o queria mais em casa, pedindo para dormir lá por alguns dias. Na manhã de sexta-feira daquela semana, Sergio foi visto caminhando sozinho até a BR mais próxima. Ele se jogou na frente de um carro em alta velocidade.

Hoje, Joana e Eliza ainda são vizinhas e têm uma boa convivência. Joana, intimamente, se pergunta como Eliza enfrenta a culpa por supostamente ter “dado motivos” para o suicídio de Sergio. Embora evite tocar neste assunto, ela presume que Eliza ainda sofra muito com a culpa pela morte de seu marido.

Ao falar sobre seu processo de luto, Joana relata que sua principal dificuldade foi entender a “decisão” do seu irmão. Ela revela que já tinha pensamentos suicidas antes mesmo da morte dele e que no período que se seguiu a morte a frequência e a intensidade de suas ideias aumentaram.

Ela se lembra que meses antes da morte de Sergio, vinha se sentindo sozinha e abandonada pelo marido. Na mesma época em que descobriu que estava grávida, começou a desconfiar que estivesse sendo traída. Um dia o flagrou com outra, confirmando suas suspeitas. Ela teve uma forte crise emocional em que gritava que queria morrer.

Em função da morte de Sergio, sobreveio, um período de crise mais intensa ainda. A esta altura, ela já estava grávida de oito meses. A morte de Sergio foi sentida por toda a família como uma tragédia. Joana lembra que passou por um período de choque de duas semanas em que não conseguia nem chorar. Depois foi tomada por estado de extrema tristeza. Sentia vontade de se jogar debaixo dos carros _ do mesmo modo como Sergio fez _ e chegou a comunicar para a mãe sua vontade de se matar. A mãe de Joana implorava para que ela abandonasse estas ideias, pois não suportaria perder mais um filho por suicídio. Ela diz, “só Deus mesmo foi capaz de tirar estes pensamentos de sua cabeça”.

Joana preferiria esquecer as lembranças deste período. Treze anos depois da morte, ela ainda sente muitas dificuldades de falar de Sergio. Isto fica claro nas expressões de incomodo e tensão ao responder minhas perguntas. Ela diz: “Eu passei muito tempo tentando esquecer, apagar da minha memória”. Joana deixa claro que não está bem certa que remexer nas lembranças de seu irmão seja algo benéfico ou mesmo seguro. Durante a entrevista tive a clara sensação de que o esquecimento foi usado maciçamente por ela como uma estratégia para lidar angústia gerada pela lembrança do irmão e de sua morte. Aparentemente, a custa de muito esforço, ela “enterrou” uma série de lembranças dolorosas. Pedir para ela revisse estas lembranças me fazia sentir quase como que trazendo à tona tudo o que por muito tempo ela quis evitar. Parecia-me muito clara a sua dor.

Aos pouco, Joana foi revelando o seu maior incomodo com a morte do irmão. Ela diz: “eu tenho certeza de que ele está sofrendo no lugar onde ele está, por isso, prefiro não lembrar, nem tocar neste assunto”. Joana acredita que, como suicida, a alma de seu irmão jamais encontrará o perdão de Deus. Esta crença é reforçada por conta de uma atitude em particular, tomada por ele momentos antes de sua morte: antes de entrar em coma, Sergio demonstrou não ter nenhum arrependimento por seu ato. Joana soube que após jogar-se em frente a um carro, Sergio foi socorrido pelos bombeiros. Estava gravemente ferido, mas ainda consciente. Antes de perder a consciência, um bombeiro revelou tê-lo ouvido esbravejar furioso que queria morrer e que tentaria novamente caso o salvassem. Dizia que não queria mais viver e não tinha mais família. Joana entende esta atitude como a reafirmação de sua intenção suicida, o que considera uma atitude abominável dentro de seu universo de valores e concepções, pois, ela acredita que “só Deus dá a vida, só a Ele é dado o poder ele pode tirá-la”.

Participante 5 - Eliza: 36 anos, natural de Luziânia - DF, católica, mãe de três filhos de 18, 15 e um ano e seis meses. Seu dois filhos mais velhos são fruto de seu casamento com Sergio _ apresentado no caso de Joana. Seu filho mais novo é fruto de sua relação com Pedro, seu companheiro, com quem mora há dois anos. Eliza estudou até a sétima série e trabalhava como auxiliar de serviços gerais numa empresa que fechou meses antes de sua ultima gravidez. Desde então, Joana não trabalha e a família vive com a renda mensal de seu marido e de seu filho mais velho. Ela não sabe dizer qual é o valor desta renda mensal.

Há oito anos, por recomendação médica de seu dermatologista, Eliza foi encaminhada ao psicólogo. De tempos em tempo, surgem grandes manchas vermelhas em seu rosto. Seu dermatologista lhe informou que tal afecção é muito frequente em pessoas nervosas com histórico de traumas. Após uma escuta atenta sobre sua história de vida, ele recomendou que ela fizesse terapia. Na época, Eliza chegou a iniciar um processo, mas como trabalhava muito e precisava faltar com frequência, ela logo desistiu. Além disso, por ser muito calada, Eliza revela que não também na se sentia a vontade na terapia: “é como se eu não tivesse muitos assuntos para tratar”. Hoje Eliza controla as manchas com uma pomada e sabe, que se não cuidar, elas podem se espalhar pelo seu corpo inteiro. Hoje, ela sente que tem alguns problemas pessoais, mas nada que considere relevante. “Eu não me sinto nem boa nem ruim” - ela resume.

Eliza diz não se sentir mal ao falar de Sergio. Treze anos depois de sua morte, falar dele é triste, mas, nada que se compare ao que era nos dois primeiros anos após sua morte.

Poucos anos depois de Sergio, Eliza perdeu seu pai e sua mãe e aprendeu que “no início é ruim, mas depois a gente supera e consegue falar sobre a pessoa sem sofrer tanto”.

Eliza define relação com Sergio como muito conflituosa. Ele bebia muito, chegava muitas vezes bêbado do trabalho e os dois discutiam com frequência. “Ele era muito cabeça-dura”. Ela revela que algumas vezes ela saía machucada das discussões que terminavam em luta corporal. Fala que, em geral, sua atitude nestes momentos a era de passividade, “eu ficava com muita raiva, mas no fim me calava”.

No domingo da semana trágica em que Sergio morreu, eles tiveram uma discussão mais intensa. Ela procurou refúgio na casa de um irmão que morava perto dela. Na segunda, ao voltar para casa encontrou na mesa um bilhete de Sergio dizendo que iria trabalhar numa oficina em sobradinho e que não sabia quando voltaria. Eliza ficou sozinha e refletiu sobre a relação deles. Na quarta feira, Ela procurou Sergio na oficina e disse que queria se separar, pois não achava que nenhum casal deveria brigar tanto quanto eles brigavam. Ele demonstrou preocupação e interesse em poder ver os seus filhos frequentemente. Eliza garantiu que este direito seria respeitado, mas não cedeu em sua resolução de se separar. Ele demonstrou compreensão e ela voltou para casa. Na manhã seguinte, Eliza teve a notícia da tentativa de suicídio de Sergio, que foi hospitalizado já em coma e morreu dois dias depois.

Eliza relata que suas primeiras reações ao saber da morte de Sergio foram a confusão e a descrença, ao que sobreveio o desespero. Era difícil para ela compreender que não o veria mais. Em pouco tempo ela sentiu a necessidade de “cair na real”. A partir daquele momento, seria só ela para cuidar de duas crianças pequenas. Eliza casou cedo, aos 14 anos, e se sentia apavorada por saber que, naquele momento, sua “vida começaria” de fato.

O relato Eliza enfatiza uma visão do luto enquanto um processo de amadurecimento forçado e de reposicionamento frente à vida. De mulher jovem e casada para viúva, de dona de casa para profissional em tempo integral. Eliza se viu forçada a assumir papéis e funções novos e desafiadores. Teve que aprender a administrar a casa e as finanças. Esta complexa transição foi marcada em muitos momentos pelo medo e pela insegurança. Ela se recorda, por exemplo, que nos primeiros anos depois da morte de Sergio, se sobressaltava caso recebesse uma ligação telefônica inesperada no trabalho. Tinha reações de espanto tão exagerada, que gerava comentários entre os colegas. Ela atribui o exagero destas reações ao medo de receber uma “outra notícia ruim como aquela”.

Eliza via Sergio como um homem revoltado e impulsivo. “Ele se sentia rejeitado pela sua mãe e tinha uma relação ruim com seu pai. Ele era um homem que não sabia perdoar, nem relevar” - diz ela. Ela acredita que o seu alcoolismo contribuía para seus problemas

relacionais, para a piora de seu estado de humor e para aumento de sua agressividade. Anos de alcoolismo aos poucos forma distanciando Sergio de sua família que não tolerava seu estilo de vida e sua agressividade. Era frequente, por exemplo, que Sergio se colocasse em risco sob o efeito do álcool, como no dia em que fraturou o braço pulando bêbado de uma bicicleta em movimento.

Eliza diz perceber as preocupações de sua ex-cunhada. Diz sentir que Joana e as outras pessoas família dele se preocupam com a possibilidade dela se sentir culpada pela morte de Sergio. Eliza, porém, garante não sentir culpa alguma. Acredita ter tido motivos justos e suficientes para propor a separação. Solicitou para que eu interrompesse a gravação e me revelou em sigilo os motivos da briga que tivera com Sergio naquele domingo. Até aquele momento ela revelara este segredo apenas ao seu companheiro, Pedro. Ela me conta o que aconteceu e resume: “O que ele fez foi imperdoável, mais imperdoável do que qualquer traição. Eu tenho certeza que jamais voltaria a confiar nele. Por isso, decidi terminar. Simplesmente não tinha outra opção”.

Na conversa que tiveram no dia anterior ao suicídio, Eliza, contrariando sua atitude costumeiramente passiva, revelou toda a sua magoa e ele pôde perceber o dano que havia infligido a ela. Mais que isso, ele percebeu que ela não o perdoaria. Eliza acredita que o que levou Sergio ao suicídio foram o arrependimento e a desesperança. Arrependimento por tê-la magoado de um modo tão profundo e a desesperança na possibilidade de obter seu perdão. A estes elementos, se juntou a tão característica impulsividade de Sergio.

Hoje, Joana afirma que apenas o tempo é capaz de aliviar a dor de perder alguém nas condições em que ela perdeu. Ela conclui que a maior dificuldade ao pensar em Sergio foi de preservar as lembranças boas dele. Revela que ódio foi o sentimento mais presente desde aquele domingo. Eliza teve e ainda tem dificuldades de se lembrar do Sergio que ela amou: o homem que lhe deu dois filhos e com quem, por alguns momentos, foi muito feliz.

Ainda hoje, treze anos após a morte, sempre que se lembra dele, Ela é imediatamente invadida por um sentimento de raiva. Ainda são bem vívidas as lembranças das atitudes destrutivas que ele tomou e que lhe causaram tantas mágoas. Isto inclui sua escolha pela morte e o abandono de dela e seus filhos num estado de necessidade. Eliza termina, dizendo que as pessoas aceitam uma morte quando ela se dá pela vontade de Deus, porque compreendem que aquele era “o momento certo para acontecer”. Mas, que quando a morte acontece de um modo imprevisto e “pelas mãos e pela escolha do homem” é algo muito mais difícil de aceitar.

Participante 6 - Raquel: 41 anos, natural de Imperatriz - MA, espírita kardecista. Raquel trabalha de modo autônomo como doceira e produtora de festas infantis. Tem o ensino médio completo e uma renda mensal pessoal aproximada de 1500 reais. Raquel é mãe de uma filha, recém casada, de 22 anos, fruto da relação com seu ex-marido. Hoje ela divide com seu atual companheiro uma renda mensal familiar de aproximadamente 3000 reais. Reside em Brasília há 11 anos.

Raquel frequenta há vários anos o Grupo de Familiares do Al-Anon para amigos e familiares de alcoólicos. Diz buscar neste grupo serenidade, compreensão e acolhimento, pois lá se encontram, periodicamente, pessoas que, assim como ela, tiveram suas vidas abaladas pelo alcoolismo de alguém querido. O pai de Raquel e três de seus sete irmãos - todos os homens da família a exceção de Alberto, morto aos 17- foram ou são alcoolistas. Isto, segundo ela, trouxe impactos profundos em sua vida de sua família.

Aos treze anos, no Maranhão, Raquel frequentou um psicólogo, pois, desde muito cedo, sentia uma tristeza profunda e sofria com muitas dores de cabeça. Na vida adulta, Raquel foi a um psiquiatra que lhe receitou hipnóticos e antidepressivos, fez terapia por dois anos seguidos, mas, não conseguia “se encontrar”. Decidiu parar de tomar os remédios e procurou um Grupo de Alcoólicos Anônimos, mas, como nunca fez uso de bebidas alcoólicas, encaminharam-na ao Al-Anon. Hoje, Raquel procura estudar muito no espiritismo e no Al-Anon para entender a tristeza que a acomete desde a infância.

Ela afirma não se sentir incomodo ao falar do irmão, Alberto, morto há 16 anos. Nos primeiros anos seguintes, tanto da morte dele como da morte de sua mãe, este eram temas muito difíceis. Mas, hoje, sempre que acha conveniente fala deles. Várias vezes, nestes 16 anos, sua experiência com Alberto lhe foi útil no sentido de ajudar pessoas em situações semelhantes. Ela se lembra, por exemplo, do dia em que ajudou a internar um sobrinho que, durante um período de crise emocional, foi surpreendido comprando um vidro de remédios para matar ratos, muito comumente usado como método suicida.

Raquel pontua que Alberto era um “menino pesado”, não aceitava sua epilepsia e vivia dando problemas. Muitas vezes ele provocava situações, incitava brigas com estranhos e tinha atitudes que davam a impressão de que ele “queria ser morto ou agredido por alguém”. Raquel define Alberto como “um menino inconformado e confuso”. Tinha convulsões frequentes que lhe causavam grandes transtornos. Como Alberto não perdia a consciência durante seus acessos, ele ouvia o que as pessoas faziam e diziam. As atitudes de nojo e medo dos outros geravam muita revolta nele. Além da epilepsia, Raquel, hoje percebe que Alberto talvez apresentasse algum tipo de transtorno de desenvolvimento, pois “ele era impulsivo e

não sabia avaliar as consequências de seus atos”. Ele era tão problemático, que no seu velório e depois, muitos amigos e familiares revelaram alívio com a sua morte.

Aos 17 anos, Alberto se apaixonou e começou a namorar uma menina de sua idade, Tatiana. Ao voltar de uma viagem curta para São Luiz, ele percebeu que as costas de Tatiana estavam muito machucadas. Chorando, ela revelou que havia apanhado de seu irmão mais velho com brutalidade. Alberto decidiu tomar satisfações, roubou uma arma da empresa onde trabalhava, procurou o irmão de Tatiana e antes que ele pudesse dizer algo, deu cinco tiros nele, que morreu na hora. Naquele dia, Rachel chegou em casa e viu a sua mãe aos prantos. A polícia perguntava por Alberto que havia se escondido na casa de uma senhora vizinha e amiga da família. Por alguns dias Alberto ficou escondido no mato. Assim que possível, com a ajuda dos familiares, ele fugiu para o sítio de um parente o interior da Bahia.

Raquel que frequentemente o visitava no seu esconderijo, foi percebendo com o passar do tempo, que na mesma medida em que sua mãe no maranhão adoecia “por desgosto”, ficando tuberculosa, Alberto parecia cada dia mais confuso. Ele não suportava a culpa que sentia por ter matado uma pessoa. Parou de tomar seus remédios, emagreceu. Uma vez, repentinamente e sem motivos aparentes, Alberto deu um soco forte no rosto ex-marido de Raquel. Hoje ela entende que aquela atitude talvez fosse motivada pelo desejo de que seu cunhado revidasse, e que talvez, que o matasse. Raquel sentia que o irmão não estava bem, mas não sabia o que fazer.

Poucas semanas depois desta agressão ao cunhado, e seis meses depois do assassinato, Alberto se matou com dois tiros no rosto. Ele usou uma arma que guardava escondida e deixou um bilhete para a mãe, dizendo que não suportava mais a sua vida. Imediatamente saber da morte do irmão, Raquel sentiu um misto de raiva, pena e culpa. Sentia raiva pela falta de resignação de Alberto; pena por imaginar o seu sofrimento, e culpa por não ter feito nada para evitar sua morte.

Hoje, 16 anos depois do suicídio de Alberto, Raquel entende que estava sobrecarregada, dividindo sua atenção entre ele e a mãe doente. Ela relembra que não tinha acesso à informação, ou ao suporte social necessário para ajudar o irmão. Raquel também percebe, que até aquele momento, não tinha como de imaginar que o irmão pudesse se matar. Seu temor é que ele fosse preso ou que enlouquecesse, mas não fora capaz de supor o risco de suicídio. No entanto, mesmo avaliando racionalmente estas questões, ainda hoje, Raquel ainda sente o peso da culpa e da impotência por não ter feito o possível seu irmão caçula.

Ela define sua família na época como uma família profundamente desestruturada. Segundo ela, eles tinham muitos problemas antes da morte de Alberto e atribui estes

problemas, sobretudo, o alcoolismo do seu pai. O alcoolismo fazia dele uma pessoa ausente, que a época sobrecarregava a família de problemas financeiros e emocionais.

Em relação ao que aconteceu com sua família após a morte de Alberto, Raquel resume: “ela ficou em pedacinhos”. Sua mãe se recuperou da tuberculose, mas ficou emocionalmente abalada por muito tempo. Sete meses depois da morte de Alberto, Antônio, outro irmão de Raquel, que estava num estado avançado de alcoolismo se jogou no rio e morreu. Segundo relato de testemunhas, ele estava bêbado e disse que iria “buscar um chapéu que havia caído no rio”. Diferentemente de sua família, Raquel nunca acreditou nesta versão e, intimamente, acredita que a morte de Antônio foi intencionalmente provocada. Dúvidas a parte, ela entende o próprio alcoolismo dele como uma espécie de “suicídio lento” uma conduta autodestrutiva.

Durante a entrevista, Raquel revelou um segredo que guardou por muito tempo: poucos anos depois das mortes de seus irmãos: Durante um período muito difícil em que ficou desempregada e que seu ex-marido começava a apresentar os primeiros sinais da esquizofrenia acarretaria na separação, ela foi perseguida por fortes ideações suicidas. Nos seus planos de auto-extermínio, ela pensou em levar sua filha com ela, no que ela chama de “suicídio coletivo”.

Raquel diz que não consegue imaginar como teria sido sua vida se não houvesse vivido a perda de seus dois irmãos. Hoje ela gosta e valoriza a idéia de criar os filhos de um modo mais próximo e afetuoso possível, pois, entende que a desestrutura familiar foi um fator mais relevante para condicionar o final trágico deles. Por não concordar com a idéia católica de que as almas dos suicidas não teriam salvação ela se tornou espírita. Reza muito por eles, para que eles saiam do lugar de sofrimento que acredita que eles foram depois da morte. Tem esperanças de reencontrá-los um dia. Procura no espiritismo e no Al-Anon as respostas e a serenidade que precisa, e sente que, aos poucos, têm se tornado uma pessoa menos explosiva e mais equilibrada. Há poucos meses Raquel teve um sonho em que seu irmão encontrava a sua mãe no céu e ela cuidaria dele lá. Ela acordou sentindo-se em paz e aliviada.

Raquel acredita que os sobreviventes de suicídio devem receber uma atenção especial, pois, por ser uma morte inesperada, violenta e auto-infligida, gera um luto que é experimentado de um modo traumático. Além disso, ela entende que os enlutados por suicídio se sentem diferentes dos demais enlutados, e que os primeiros a discriminá-los são eles mesmos, ela diz: “O preconceito não vem de fora, ele vem da gente para as pessoas”. É muito importante, por isso, que os enlutados possam encontrar pessoas capazes de escutá-los, já que a dor deles pode ser tão grande que não dá pra passar por ela sozinho.

Segundo Raquel, a perda alguém querido por suicídio é mais dolorosa quando é vivida em silêncio. Nessas circunstâncias, “ela pode ser até mesmo perigosa”. Ela recomenda aos sobreviventes buscarem psicoterapia e grupos de auto-ajuda onde eles possam encontrar outras pessoas que passaram por experiências semelhantes as suas. “É importante que você grite. Que não guarde essa coisa só para você. Que saia dessa, procure qualquer religião, pule fora (...)”. Raquel termina a entrevista dizendo que certamente dez anos atrás não participaria desta entrevista, pois não suportaria “abrir antigas feridas”, mas que hoje consegue falar, pois a sua longa caminhada lhe tornou capaz de fazê-lo.

Participante 7 - Teresa: 45 anos, casada, natural da cidade de Picos no Piauí, mora a 17 anos em Brasília e é evangélica. Teresa é formada em pedagogia e trabalha como educadora infantil. Sua renda mensal é de dois mil reais. Junto com o salário do marido com quem é casada há 15 anos, a renda media familiar de Teresa gira em torno de 15 mil reais. Ela mora hoje com o marido e mais quatro filhos.

Teresa afirma se sentir-se bem ao falar sobre a morte do Irmão, Augusto, falecido ha cinco anos. Ela nega a necessidade ou interesse de estar em acompanhamento psicológico neste momento.

Teresa diz ter aceitado convite para a entrevista por entender a importância de ajudar outras pessoas a encontrarem meios de superar perdas semelhantes as viveu. Entende que recusaria participar da entrevista, caso o convite fosse feito nos períodos imediatamente subsequentes a morte do irmão, pois, ainda sentia muita raiva dele. Afirma que hoje este sentimento já não é tão presente e intenso.

Porém, mesmo passados cinco anos, muitos familiares de Teresa evitam falar de Augusto. Segundo ela, uma de suas irmãs, Inês, é particularmente sensível ao assunto. Depois da morte de Augusto, Inês entrou em depressão, passou a sofrer de insônia, têm ideação suicida, necessitando de acompanhamento psiquiátrico regular.

Teresa cresceu no Piauí com seus três irmãos. Sua mãe, Virgínia, estava grávida de oito meses quando morreu em 1971. Ela sofreu uma eclampsia e um infarto durante o parto prematuro do filho que teria sido o quarto irmão de Teresa. Nem ela, nem a criança sobreviveram ao parto. Virgínia deixou órfãos, Inês, com dez anos, Augusto, com sete, Teresa, com cinco e Flávio, o mais novo, com dois anos. Foram justamente Inês e Augusto os que filhos que sofreram os maiores impactos com a morte da mãe, uma vez que suas idades já lhe permitiam ter uma compreensão maior do que a morte representava.

Depois de adulta Teresa veio saber, que na véspera de sua morte, após um desentendimento com seu pai, Virgínia tentara suicídio. Teresa diz: “Foi uma tentativa que

olhando hoje parece bobo, mas que analisando as condições dela na época, dá para entender que ela queria se matar ou chamar a atenção do meu pai”. Virgínia tinha uma gravidez de risco. Ela sabia que era cardíaca, que tinha pressão alta e vivia sob restrições médicas. Após a discussão com seu marido, expôs intencionalmente seu corpo um intenso choque térmico. Ela se aqueceu e depois se jogou ainda quente numa banheira preparada com água muito gelada. Imediatamente, Virgínia começou a sentir fortes dores de cabeça que persistiram até o dia seguinte, sendo levada ao hospital aonde veio a falecer.

Teresa acredita que por ser católica sua mãe temia a punição divina ao suicídio. Ela escolheu aquele método como uma forma de mascarar sua tentativa. Ela preferiu uma situação que a levaria à morte indiretamente. Teresa acredita que o choque térmico induziu o parto prematuro e provocou a eclampsia.

Depois do “suicídio mascarado” de sua mãe, Teresa se recorda de um triste episódio promovido por seu pai e que ficou gravado em sua memória, tamanho o impacto que lhe gerou na infância. Aproximadamente três anos após a morte de sua mãe, seu pai teve uma atitude que ela acredita ter sido motivada pelos mesmos objetivos que resultaram na morte de sua mãe. “Foi uma atitude desnecessária- diz ela. Após uma briga com sua madrasta, seu pai se trancou no banheiro e cortou seu pescoço superficialmente, simulando uma tentativa de suicídio. Depois disso, reuniu os quatro filhos e sua esposa na sala e expôs os cortes e o sangue para todos. Teresa e seus irmãos ficaram confusos e choraram muito: “Nós éramos crianças e ficamos assustadas. Como ele pôde ter feito aquilo tão pouco tempo depois da morte de nossa mãe?”- Ela se pergunta indignada. Teresa entende que aquela “encenação” de seu pai, foi, na verdade, uma forma covarde dele chamar atenção e impressionar sua madrasta à época.

Esta experiência ficou gravada na memória de Teresa e de seus irmãos como um primeiro registro da idéia do suicídio. O relato de Teresa sugere que a atitude de seu pai os introduziu à idéia de que o suicídio era uma forma plausível de resolução dos problemas familiares. A partir dos dez anos de idade a própria Tereza se tornou “uma suicida em potencial”. “A cada desgosto que eu tinha com minha família, com meu pai e minha madrasta principalmente, eu tentava suicídio”.

Hoje, ela analisa que não era tanto o desejo de morrer que a motivava. Suas tentativas de suicídio eram em geral motivadas pelo desejo de chamar atenção de eu pai. Neste período ela tentou suicídio com métodos diversos, sobretudo, o enforcamento e a ingestão de remédios. Ela afirma que suas tentativas costumavam gerar resultados positivos, pois, após cada nova tentativa, seu pai de fato focava por dois ou três meses sua atenção nela. Teresa

revela que, dos dez até os 16 anos, arquitetava suas tentativas de suicídio: “Eu fantasiava que depois de morta eu iria observar atitudes do meu pai”. Em espírito, ela poderia saber se seu pai de fato a amava ou não, e poderia vê-lo chorando, satisfazendo uma espécie de desejo de punição.

Aos 17 anos, Teresa se casou, se tornou evangélica e veio morar em Brasília. Aos poucos, ela começou a entender que não precisava resolver seus problemas recorrendo ao suicídio. Ela aprendeu a se confortar na religião, confiar em Deus e entendeu que não precisava chamar a atenção de seu pai.

O irmão mais velho de Teresa, Augusto, tornou-se um adulto muito inteligente, que tinha um bom emprego num banco, mas que “coleccionava uma série de diagnósticos psiquiátricos”. Em função de viagens regulares a Brasília, Augusto e Teresa se aproximaram mais, pois ele costumava passar vários meses hospedado em sua casa. Em Brasília, Augusto conheceu uma moça com que teve um breve relacionamento e que engravidou de seu único filho, Bruno, que hoje tem 12 anos.

Ao longo da vida ele foi diagnosticado com epilepsia, depressão, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno bipolar. Se, durante a infância tinha convulsões e tomava remédios psiquiátricos, quando se tornou adulto, ele passou a apresentar grandes variações humor. Sua irmã se lembra que quando entrava em mania gastava todo o seu dinheiro, na depressão ele tornava irreconhecível.

Teresa diz que durante toda a sua vida o seu comportamento foi atípico. Nem ela, nem seus familiares, conseguiam aceitar com facilidade o fato de que a agressividade e o temperamento grosseiro que o caracterizavam eram frutos de uma doença psicológica. Augusto costumava agredir verbalmente seus irmãos, a exceção de Teresa, por quem mantinha um respeito especial, uma “espécie de adoração”. Teresa parecia de fato ser a única pessoa que Augusto de fato respeitava e amava. E ela usava o amor dele por ela como forma de acessá-lo e controlá-lo.

Por volta de 2004, o quadro psicológico de Augusto piorou. Ele parou de tomar seus remédios, teve uma crise psicológica mais grave e foi resgatado pelo corpo de bombeiros, “caminhando como um mendigo numa rua escura”. Ele, que já tinha experimentado várias internações, foi internado por quase um ano numa clínica. Esta foi a sua internação mais longa. Ao sair da internação morou por uns meses com Teresa em Brasília, depois pediu para voltar para a sua casa onde morava sozinho no interior do Piauí. Tinha planos de se aposentar e terminar de construir sua casa.

Logo ao chegar ao Piauí, Augusto tentou usar seu histórico de internações psiquiátricas para acelerar sua aposentadoria. Pediu para que o seu irmão mais novo, Flávio, entrasse com um processo de interdição, tornando-se seu curador. Em princípio, esta seria uma estratégia para convencer os analistas do INSS a lhe aposentarem. Porém, em pouco tempo, Augusto pôde perceber as reais implicações de uma interdição. Ele não havia previsto que perderia irremediavelmente seus direitos de cidadão, não podendo mais votar, ter conta em banco ou adquirir bens. Ele também percebeu que Flávio fora prejudicado ao tornar-se seu curador, pois, a despeito da sua interdição, ele continuava contraindo dívidas.

Quando Flávio foi chamado para responder juridicamente pelas dívidas que Augusto compulsivamente contraía, ele finalmente entendeu o erro que cometera com a interdição. Numa manhã de quinta-feira o advogado de Flávio, uma pessoa conhecida da família, resolveu procurar Augusto em sua casa. Disse-lhe claramente que se ele não parasse de contrair dívidas, seu irmão poderia ser preso. “Aquilo foi a gota d’água”- diz Teresa. A repreensão do advogado parece ter aumentado ainda mais um sentimento de culpa e desesperança de Augusto, reverberando de um modo muito destrutivo na sua estrutura emocional já abalada.

Semanas antes desta visita, como seus familiares puderam se recordar depois da sua morte, Augusto vinha apresentando sinais de piora do seu quadro psicológico e sinais de ideação suicida. Ele soube de um jovem de sua cidade que havia se matado. Em reação a esta notícia ele comentou friamente que entendia o desespero das pessoas que se matavam. Pouco depois, ele revelou para a sua empregada que estava ouvindo vozes e no dia seguinte pediu para dormir na casa de Inês, pois estava vendo vultos e tinha medo de ficar em casa sozinho. Como forma de aplacar sua angústia, Augusto lia a Bíblia, rezava e procurava estar em companhia de seus irmãos.

Sabe-se hoje, que depois da visita do advogado, Augusto saiu de casa e visitou Inês, que não pôde lhe dar a devida atenção. Ela estava muito atarefada, terminando um vestido de noiva encomendado. Mas ela pôde perceber que o irmão estava mais carinhoso que o de costume e que demonstrou tristeza por não poder falar com ela. Hoje ao lembrar-se deste fato, Inês não se perdoa. Ela acredita não ter percebido que aquela visita inesperada era, na verdade a tentativa de despedida de seu irmão, bem como, a última chance que alguém tivera para ajudá-lo.

Depois da visita a Inês, Augusto chamou um grupo de crianças e marcou para o final da tarde um jogo de futebol no terreno de sua casa. Voltou para a casa onde morava sozinho, escreveu uma carta de despedida, pedindo que as pessoas o perdoassem e que cuidassem bem

de seu filho Bruno. Depois, ele desceu até o terreno atrás de sua casa e se enforcou com fios elétricos numa mangueira.

Durante a tarde, as crianças que iam jogar futebol em seu terreno encontraram corpo de Augusto pendurado e já cianótico. No galho onde ele se enforcou havia uma Bíblia aberta com uma frase destacada com um marca texto: “O dinheiro é a raiz de todos os males.”

Teresa afirma que já perdeu muitas pessoas em sua vida, mas que em nenhuma destas situações sentiu a mesma dor que sentiu com a morte de Augusto. Imediatamente ao saber da morte do irmão, ela foi tomada por uma dor física, algo visceral, “uma dor intraduzível que começava no estomago e tomava o corpo inteiro, como se eu estivesse levando muitos socos no estomago (...) Eu vomitei muitas vezes na viagem até o Piauí.”

Quando Teresa chegou em sua cidade natal e viu as pessoas chorando, ela entrou num estado de turvação e confusão. Ela diz: “nada daquilo parecia estar acontecendo de verdade, era como um sonho”. Depois deste estado inicial de confusão ela foi tomada repentinamente por um sentimento de raiva incontrolável. Ela não chorou, sentiu apenas um forte impulso de descarregar toda aquela raiva. Aproximou-se do corpo de Augusto, abriu suas pupilas, olhou a ferida aberta em seu pescoço e começou a brigar “com ele”. Ela dizia: “Caramba! Como é que você foi capaz de fazer isso comigo?!...” Falava com ele como se ele ainda pudesse ouvi-la e como se não houvesse ninguém ao redor. Só chorou quando, enfim, recebeu o abraço de seu pai e de sua irmã.

Teresa é muito clara ao afirmar que a raiva foi o sentimento mais presente durante todo o primeiro ano após a morte. Foi clara também, ao afirmar que a raiva que sentiu em função da morte de Augusto foi muito mais intensa do que a que ela vivenciou em quaisquer outras situações de perda em sua vida. Teresa sentiu por muito tempo tinha vontade de mostrar para o irmão os danos irreparáveis que ele havia cometido. Tinha vontade de perguntar a ele: “Como você foi capaz de fazer isso com você? Como você pode causar tanta dor a sua irmã e ao seu pai?”

Além da raiva, Teresa também nutria grandes preocupações com o destino espiritual de Augusto. Na Igreja ela aprendeu que o suicídio era um pecado mortal, punido com severidade pela Justiça divina. Sobretudo, ela não aceitava o fato de que Augusto usara a bíblia para justificar seu ato suicida. Ela não conseguia entender como ele pôde ter usado o mesmo livro que a salvara de suas ideações suicidas na juventude, justificando com ele sua escolha pela morte. Por muitos anos isto lhe pareceu algo absurdo. “Quantas vezes” - Ela exclama- “eu me sinto angustiada, abro a Bíblia e encontro nela uma palavra de conforto? E

ele, num momento de desespero abre a Bíblia e encontra uma palavra que apenas reforça o que ele já estava sentindo”.

Em determinado momento de seu processo de luto, Teresa passou a ter pesadelos recorrentes com o irmão. Nestes sonhos, Augusto parecia confuso e não entendia que tinha morrido, sua cabeça estava fora do seu corpo. Teresa pegava sua cabeça e a encaixava no corpo e questionava: “Augusto, você entende o que você fez? Eu quero que você entenda que Deus já te perdoou. Deus já respondeu para mim que ele já te perdoou”. Tereza se recorda que sua maior revolta era o fato dele não ter ouvido a voz de Deus. “Eu comecei a cobrar de Deus. Eu perguntava a Ele o porquê de ter permitido que Augusto se matasse. Porque não havia livrado o Augusto por amor a mim?” A maior revolta de Teresa era entender como o mesmo Deus por quem ela aprendera a ter uma “relação íntima” e por quem se sentia protegida, permitira a morte de seu irmão. Teresa acordava destes sonhos se sentindo muito angustiada e cansada. Como se tivesse “lutado fisicamente contra alguém”.

Aos, poucos, com a intervenção dos pastores de sua Igreja, Teresa foi perdoando e seu irmão e “aceitando os planos de Deus”. Ela revela, que a angústia que sentia quando sonhava com Augusto foi arrefecendo, na medida em que foi acolhida por uma “conselheira”, designada pela Igreja a fazer-lhe visitas regulares. Segundo Teresa, sua “luta espiritual” se acalmou, quando ela ouviu desta pessoa uma fala em especial. Nesta fala, sua conselheira espiritual afirmava que Deus perdoaria Augusto, pois, em sua justiça e misericórdia Ele sabia que a doença psicológica não permitia a Augusto ter condições de discernir o certo do errado. Foi nesta época em que ela teve um sonho em que ouviu uma voz lhe dizendo claramente que sua luta era em vão, que ela deveria deixar o destino de seu irmão nas mãos de Deus, pois só Ele tinha o poder de julgar o destino de Alberto.

Hoje Teresa consegue se lembrar do irmão com carinho, e tem saudades dele quando se recorda da infância e do modo como os dois brincavam nas plantações de sua cidade. O relato de Teresa é rico, pois revela o modo como toda uma família pode estar inserida em um contexto suicida. O suicídio foi um tema recorrente na dinâmica de sua família, uma espécie de herança que veio atrelada a toda uma série de dificuldades emocionais e interrelacionais. Outro elemento que confere riqueza ao relato de Teresa, é que nele percebemos o quanto a morte por suicídio tem o potencial de lançar os enlutados numa verdadeira luta para reconstituir o sentido de seu universo de concepções. Isto se evidencia, sobretudo, no relato do longo e doloroso processo de aceitação e integração do suicídio de seu irmão ao universo de crenças de Teresa.

Para Teresa, a família de um suicida precisa de um suporte emocional muito grande e falar é a melhor forma de enfrentar os problemas. Em muitos momentos, ela diz, “nos sentimos como se ninguém pudesse ser capaz de entender a nossa dor e chegamos a encarar a morte como uma saída possível”. É por isso que a família deve estar unida. Os enlutados precisam também de alguém que seja capaz de compreender o seu sofrimento ou que apenas os abrace nos momentos difíceis. Mas, o fundamental para Teresa, é que eles saibam cultivar uma relação com Deus que os faça se sentirem-se protegidos e capazes de entregar seu destino a Ele.

Participante 8 - Antônio: 41 anos, casado, natural de Garanhuns, PE. Mora a oito anos em Brasília e é evangélico. Antônio é sargento do exército, trabalha no Ministério da Defesa, têm uma renda mensal média de 4000 reais. Junto com a renda da esposa, Maria, ele ajuda a gerar uma renda familiar média de 6000 reais mensais. Maria e Antônio hoje moram com seu filho Thiago (6) a mãe de Maria, Dona Alice (68), e o casal de filhos de Cláudia, falecida há dois anos, o menino com oito e a menina de seis anos.

Antônio diz se sentir muito próximo a família de sua esposa, “sinto-me quase como um quarto filho de Dona Alice e sinto um amor de irmão por Cláudia de Junior, seus cunhados. Apesar de terem sido muito próximos, Antônio diz nunca ter tido dificuldades de falar sobre a morte de sua Cláudia. Ele entende que outras pessoas, como sua sogra e sua esposa teriam maiores dificuldades de participar da entrevista. Maria, em especial, passou a ter insônia e precisou de ansiolíticos por quase um ano depois da morte de sua irmã. Antônio aceitou participar da entrevista por acreditar que ao relatar sua experiência ele pode ajudar outras pessoas a atravessarem situações difíceis.

Cláudia se matou na semana do quarto aniversário do seu sobrinho, Thiago. Ela veio de Garanhuns para Brasília com Dona Alice, Junior e seus filhos, para prestigiar a festa de Thiago. Como de costume, eles ficaram hospedados no apartamento de Antônio e Maria. O aniversário foi no sábado, ela participou de todas as filmagens, parecendo alegre. Na madrugada de quinta-feira todos acordaram cedo, tomaram banho e se organizaram para voltar para Pernambuco. Cláudia e Junior ajudaram Antônio a descer com as malas para o carro enquanto os demais esperavam na sala a hora de descer para a garagem.

Ao final, todos foram em direção ao elevador. Cláudia pediu para que esperassem um pouco, pois, antes de descer, queria fumar um cigarro na varanda do quarto. Algum tempo depois, notando a sua demora, Antônio, Junior e Alice voltaram até o apartamento. Antônio chamou da sala, “vamos Cláudia!” e ela não respondeu. Alice se prontificou a chamá-la no quarto. Foi até a varanda e se espantou ao ver apenas as sandálias dela revidas no chão.

Debruçou-se na sacada e viu os restos mortais de Cláudia no chão do condomínio. Ela havia caído do oitavo andar. Alice gritou desesperada: “A Cláudia se jogou do prédio!”

Alice voltou para a sala gritando, “ela se jogou, ela se jogou!”. Todos entraram em desespero. Maria e as crianças começaram a gritar e a chorar descontroladamente. Antônio foi até o quarto, olhou na varanda e viu o corpo da cunhada imerso numa poça de sangue a 30 metros. Horrorizado, ele teve a idéia de descer e averiguar a situação. Explicou a situação para que João e para um vizinho de andar que acordara com os gritos. Pediu para eles que mantivessem sua esposa, sogra e as crianças na sala, onde não poderiam ver o corpo de Cláudia. Antes de descer, ele deu uma ordem para seus familiares apavorados que não saíssem da sala ou tentassem olhar na janela. Ele diz: “foi algo intuitivo, minha principal intenção foi a de preservar que minha família, sobretudo as crianças, do trauma de ver a imagem de Cláudia ali, espatifada no chão”. Ainda no elevador, Antônio ligou para o corpo de bombeiros, depois foi até o corpo onde estava o corpo. Ele revela que o que ele viu foi uma cena que chocaria qualquer pessoa. Mesmo ele, um sargento do exército com treinamento e prática em primeiros socorros ficou impressionado com o corpo desfigurado de Cláudia.

O corpo de bombeiros chegou, constatou a morte, cobriu o corpo e disse para Antônio esperar a perícia. Antônio precisou esperar quatro horas e meia ao lado dos restos mortais de Cláudia. Ele se lembra que já começava a amanhecer e seu maior temor era que as pessoas descessem para ver o que havia acontecido. Ele temia, sobretudo, que as crianças do condomínio presenciassem aquela cena à caminho da escola.

Os oficiais da perícia chegaram, pediram para que ninguém tocasse no corpo e informaram que iriam periciar o apartamento. Eles subiram, fizeram uma vistoria no quarto, entrevistaram todos os adultos, procuraram remédios, drogas, sinais de luta. Antônio sentiu repugnância por ver sua família sendo investigada naquele momento de tanta dor e confusão. Perguntaram à Alice se Cláudia tomava algum remédio psiquiátrico, se apresentava problemas mentais. Só às nove horas da manhã é que eles liberaram o corpo para o IML. Quando levaram o corpo, Antônio pediu para que os auxiliares de serviços gerais do prédio limpassem a área.

Depois, Antônio cuidou de todos os trâmites, contratou a funerária e avisou aos demais parentes. Mesmo com todo seu cansaço, ele pôde perceber que Alice parecia ter encontrando forças sobre-humanas, pois ainda não parecia abalada e não chorava. Por volta das 15 horas, ela pediu: “Antônio, eu quero ver a minha filha”. Antônio interpretou aquela solicitação como se Alice não estivesse acreditando no que estava acontecendo. Ela insistiu-

“Antônio, eu quero ir ao IML para ter certeza que nós estamos levando mesmo a Cláudia”. Apenas ao ver o corpo da filha Alice desabou em prantos. Assim que ela se recompôs, eles prestaram um último depoimento e a delegada fechou o processo, caracterizando a morte como suicídio.

Cláudia era diagnosticada desde o início da adolescência como portadora de Transtorno Bipolar. Para agravar seu estado, desde os 18, quando conheceu o pai de seus dois filhos, ela começou a fazer uso abusivo de drogas, sobretudo cocaína. Por morarem em Brasília, nem Antônio nem Maria puderam acompanhar de perto a evolução de seu quadro psicológico, mas eles recebiam notícias eventuais de novas internações e sumiços. Nestes sumiços, Cláudia passava até quatro dias longe de casa sem dar notícias ou explicações, muitas vezes precisando ser “resgatada” por algum familiar.

Cláudia foi internada várias vezes. Ela fazia tratamento psiquiátrico e tomava medicação. No último ano ela vinha conseguindo manter-se longe das drogas. Parecia estar bem, tanto que estava dando conta de cuidar com a ajuda de Alice de seus dois filhos.

Porém, a despeito de seus avanços, todos sabiam que o humor de Cláudia era instável. Antônio se recorda que muitas vezes, momentos de descontração familiar eram subitamente interrompidos, pois Cláudia repentinamente se isolava e ficava calada num canto evitando as pessoas.

Na semana de sua morte Cláudia confidenciou para Alice que estava especialmente desgostosa. Comentou algumas vezes com sua mãe que não estava encontrado sentido na vida, que se arrependia das escolhas erradas que havia feito. Ela se arrependia por não ter estudado, por ter tatuado todo o seu corpo, por ter se separado dos pais de seus filhos e por ter desperdiçado os melhores anos de sua vida com as drogas. Depois de sua morte, Antônio soube que às vésperas da viagem, ainda em Garanhuns, ela esteve no oitavo andar de um prédio e próximo à janela, perguntou para um funcionário da limpeza se ele achava que alguém morreria caindo de lá. Para Antônio, este fato que indica que Cláudia já premeditava de seu ato.

Antônio diz que sabia que Cláudia tinha problemas psicológicos e que pessoas com histórico semelhante corriam maior risco. Apesar disso, não passava pela sua cabeça que ela de fato pudesse fazer aquilo. Ele se chegou a se arrepender por não ter tomado as devidas precauções para impedir que Cláudia pulasse de sua varanda. Porém, com o tempo ele passou a entender que se ela não tivesse pulado de seu apartamento, certamente buscaria outro método para cometer suicídio. Antônio também acredita que o fato de não ter tido contato

com Cláudia nos últimos anos, contribuiu para ele acabasse por subestimar os riscos. Neste sentido, ele julga que sua sogra tinha melhores condições de avaliar os riscos.

Para Antônio, nos momentos de lucidez, Cláudia fazia análises de sua vida e geralmente se percebia como um “fardo pesado” para toda a sua família, alguém que só dava trabalho e desgostos para seus pais. “Era como se ela sentisse que não tinha dado os frutos que seus pais esperavam dela. Ela vivia uma relação que eles não queriam e sempre andava com pessoas que os pais não aceitavam”. Antônio nunca compreendeu a tendência de Cláudia a se ver de modo negativo e a interpretar a ajuda que a sua família lhe dispensava como se ela fosse uma sobrecarga para eles. “Depois que ela engravidou, nós nos organizamos para ajudá-la ainda mais, mesmo assim, ela continuava buscando coisas erradas. Ela chegou a usar drogas durante a segunda gestação. Isso fez com que ela se aprofundasse mais em arrependimento anos depois”.

Nos seus momentos de revisão de sua vida, ela desabafava suas angústias com sua mãe, que sempre tentava lhe consolar, dizendo que ela havia lhe dado dois filhos lindos, que tinha a possibilidade de reconstituir sua vida com outra pessoa. Mesmo assim, Cláudia eventualmente se desesperava.

Antônio revela que uma das coisas que mais o tranquilizou foi a certeza de que, desde que entrara para família, ele e sua esposa buscaram todas as formas de apoiar Cláudia. “Nunca a deixamos desamparada”. Não obstante a tranquilidade de sua consciência, Antônio faz questão de ressaltar a natureza traumática de uma morte por suicídio. Ele diz: “Eu me sinto tranquilo porque sempre busquei apoiar Cláudia de todas as formas, mas cara, é uma morte muito trágica, entende? Não tem explicação. É como se o chão desaparecesse debaixo dos seus pés e você, de repente, se sentisse um nada. Uma hora você está feliz, planejando uma viagem agradável com as crianças e, no minuto seguinte, você é lançado numa situação de desespero, morte e angústia”.

Antônio revela que, por aproximadamente seis meses, o que mais lhe incomodou foi a sensação de insegurança que lhe perseguia. Ele recorda que se sentia como se todas as coisas pudessem mudar de uma hora para outra. Sua esposa passou a sofrer de ansiedade e insônia, a ponto de precisar fazer acompanhamento psiquiátrico no primeiro ano de luto. Ela decidiu ficar mais tempo em Garanhuns, pois era evidente que não tinha condições de voltar para aquele apartamento. Para evitar as lembranças desagradáveis, logo que possível, muito pouco tempo depois de terem renovado o contrato de aluguel, Antônio e Maria decidiram se mudar.

Ele se recorda que, depois do velório, decidiu voltar apenas com João e preparar o apartamento para devolvê-lo ao proprietário. Nos dez dias que ficou lá seu desconforto era tão

grande que não hesitaria em vender o apartamento caso fosse ele o proprietário. Ele diz “até terminar de pintar e devolver, sempre que meu carro se aproximava da rua, eu revia o que tinha acontecido como uma fotografia na minha cabeça. As lembranças ainda estavam ali, perfeitamente, como se estivessem acontecendo de novo, todos os fatos, tudo, tudo, tudo... Eu não dava conta, tentava passar a maior parte do tempo em outros lugares. Eu não conseguia dormir no meu próprio quarto. Por quase um ano eu não podia ouvir o som de sirenes na rua que ficava sobressaltado”. Até hoje, dois anos depois do ocorrido, Antônio ainda se sente ansioso e caso tenha que passar de carro em frente ao prédio onde moravam ou precise ir até sua antiga quadra.

Sobre a preexistência de estressores no contexto familiar, Antônio é taxativo; ele afirmar que não perceber nenhum problema na família que pudesse concorrer para as vulnerabilidades de Cláudia. Mesmo entendendo a natureza multifatorial do suicídio, para Antônio, o motivo dos problemas de Cláudia eram as drogas. “As drogas desencadearam tudo, ela se perdeu no caminho e não conseguiu mais voltar”. Ele acredita que a sua família era “muito bem estruturada”, uma “família exemplar”, e que não havia nada nela que pudesse desencadear os problemas que levaram Cláudia ao suicídio.

Antônio analisa que depois da morte de Cláudia, sua família reagiu do modo mais saudável possível, se fortalecendo e ficando ainda mais coesa do que era. Ele acredita, inclusive, que algumas iniciativas suas foram determinantes para esta resolução. Antônio teve a iniciativa de chamar seus sogros para virem morar com ele e a esposa em sua nova casa em Brasília e adotou os filhos de Cláudia. “Eu fiz como se faz no nordeste, lá, as famílias do interior ainda compartilham seus problemas e buscam se ajudar nas situações difíceis. Com isso eu tinha a intenção de fortalecer a família da minha esposa”.

Numa revisão de seu processo de luto, Antônio afirma que os sentimentos mais presentes foram o de impotência, de tristeza e da angústia. Justificando o sentimento de impotência, ele diz: “não adianta o seu nível de estudo, o modo como você se esforçou para estruturar a sua família... a coisa aconteceu e você não pôde fazer nada para evitar”. Ele explica o sentimento de tristeza por pensar “numa moça com 24 anos, com um futuro brilhante pela frente, todo o apoio que precisasse, e que, simplesmente decide ceifar a sua própria vida, do nada”. Quanto a angústia ele define “você busca respostas e não consegue. É algo que não tem lógica. Você demora a perceber que não adianta tentar entender, que você simplesmente não vai conseguir e o melhor talvez seja nem tentar”.

Antônio revela que sentiu que as coisas voltaram ao normal quando conseguiu se desapegar do hábito tentar encontrar respostas. Aos poucos ele foi deixando a “própria vida

acontecer” contribuindo com a criação dos filhos de Cláudia que são, segundo ele, o fruto bom que ela deixou no mundo. O pai das crianças hoje cumpre pena por tráfico de drogas e no início resistiu à adoção, até um dia em que Antônio conversou pessoalmente com ele, ele percebeu e aceitou suas boas intenções. Hoje, Antônio diz criar os filhos de Cláudia com o mesmo amor com que cria o seu próprio filho. Ele faz questão de esclarecer para as crianças que não é o pai delas e que se um dia elas quiserem poderão voltar a viver com eles. Além disso, assim que as crianças se tornarem maduras para compreender ele irá explicar para elas o que aconteceu com sua mãe no dia que ainda está gravado em sua memória.

Em seu relato, Antônio ressalta a importância manutenção da coesão familiar, da intervenção de profissionais de saúde mental e da Igreja. Ele traça reflexões sobre a fundamental importância de ajudar os enlutados a evitarem qualquer tipo de pensamento que possa lhe remeter à culpa ou responsabilização. Ele nos diz: “O suicídio é uma coisa bruta, é um baque. Os enlutados precisam de alguém capaz de lhes orientar para que a coisa não se transforme em algo mais grave. O chão some de seus pés e por um bom tempo, se você não tomar cuidado, até você pode se descontrolar e fazer uma besteira. É importante alguém para te lembrar que o que aconteceu não tem explicação e que você não tem culpa. É importante fortalecer os valores familiares e se cercar de coisas boas para que aos poucos você possa ir se desvinculando da tragédia.”

Antônio acredita ser uma reação normal se sentir culpado pela morte de alguém próximo. Ele recorda o modo como se sentiu culpado pela morte de seu pai, ocorrida exatamente dois anos antes da morte de Cláudia- no aniversário de dois anos de Thiago. Naquela situação ele se culpava por não ter ajudado o pai financeiramente. Seu pai morreu atropelado enquanto trabalhava vendendo objetos em uma bicicleta numa estrada em PE. Seu maior sofrimento naquele momento era a culpa por não ter tirado seu pai “daquela bicicleta”. Na ocasião, os membros de sua Igreja o ajudaram a lidar com a culpa. Ele sente que este aprendizado lhe serviu, sendo transmitido por ele para todos os familiares na circunstância da morte de Cláudia. Evitar qualquer sentimento de culpa foi um passo fundamental para a manutenção da coesão familiar e superação da perda.

Anexo II - Roteiro de Entrevista

I Dados sócio-demográficos e verificação de estado mental	
1	Data
2	Mês e ano do nascimento
3	Relação com o falecido
4	Há quanto tempo aconteceu o suicídio
5	Sexo
6	Estado Civil
7	Religião
8	Naturalidade
9	Cidade onde reside
10	Há quanto tempo reside nesta cidade
11	Situação de moradia: (Se mora sozinho ou com outras pessoas? Se mora com outras pessoas, quem é o principal responsável da moradia)
12	Quantas pessoas moram na casa incluindo você
13	Grau de escolaridade
14	Situação de trabalho
15	Durante o último ano você ficou desempregado alguma vez? Por quanto tempo?
16	Renda média pessoal
17	Qual a sua estimativa de renda familiar? Quantas pessoas vivem dessa renda?
II Verificação de estado mental	
1	Você já fez ou está fazendo algum acompanhamento (tratamento) psiquiátrico ou psicológico?
2	Você gostaria ou acha que deveria estar fazendo algum acompanhamento psiquiátrico ou psicológico? Por quê?
3	No último ano você teve algum problema sério de saúde?
4	Como você tem se sentido nos últimos dias?
III Roteiro de Entrevista	
ESTABELECIMENTO DO RAPPORT E VERIFICAÇÃO DA	
A DISPONIBILIDADE E DOS SENTIMENTOS AO FALAR SOBRE O TEMA DO SUICÍDIO	
1	Como é para você estar aqui sendo convidado a falar abertamente sobre o suicídio de [nome do falecido]?
2	De um modo geral, em outras ocasiões, como você se sente ao falar sobre este fato (o suicídio) e sobre questões relacionadas a ele?
3	Como você acha que as pessoas se sentem ao falar sobre o assunto do suicídio com você? Por quê?
4	Qual você acha que é a melhor forma de falar sobre o assunto do suicídio com você? Por quê?
5	Você acha que falar sobre o suicídio pode trazer algum benefício ou malefício (alguma coisa boa ou ruim)? Qual?
B A OCORRÊNCIA DA MORTE E CARACTERÍSTICAS DA MORTE EM SI	
6	O que aconteceu?
7	Como aconteceu?
8	Como você soube do que aconteceu?

9	Você presenciou o ato suicida, teve contato com o ambiente em que ele aconteceu ou com o corpo da vítima? Como foi?
10	Você acha que foi viveu alguma situação violenta ou traumática por causa desta morte em especial?
C	VULNERABILIDADES DA VÍTIMA DE SUICÍDIO E ANTECEDENTES DA MORTE
11	Ele (a) apresentava algum tipo de dificuldade de ordem emocional ou mental?
12	Ele procurou algum modo de ajuda pra estas dificuldades?
13	O/A [nome do falecido] alguma vez falou sobre suas intenções suicidas?
14	O/A [nome do falecido] havia dado outros sinais de intenções suicidas?
15	Como estes sinais eram percebidos antes da morte?
16	Antes da morte, de algum modo, você pensava ou sabia que ela poderia se realizar de fato, ou que a pessoa seria capaz de cometer suicídio?
17	Você acha que o modo como estes sinais foram percebidos trouxe alguma influência para o modo com você se sentiu depois da morte. Como?
18	Você acha que o modo como estes sinais foram percebidos trouxe alguma influência para o modo como as outras pessoas se sentiram depois da morte. Como?
19	O que você acha que o/a [nome do falecido] queria com o ato suicida?
20	Como você vê estas expectativas?
21	Você acha que o falecido sabia ou previa o impacto que seu ato teria na vida das pessoas próximas?
22	Qual você acha que era a percepção que o falecido tinha deste impacto?
23	Como você se sente em relação a essa percepção dele/dela?
D	RELAÇÃO DO ENTREVISTADO COM O FALECIDO (afetividade e papéis)
24	Como era a sua relação com o falecido? [explorar]
25	Que contribuições e dificuldades o falecido trazia a sua vida?
26	Como você se sentiu em relação ao [nome do falecido] no momento da morte?
27	Como você se sente hoje em relação ao [nome do falecido]?
E	RELAÇÃO DA FAMÍLIA DO FALECIDO COM ESTE (afetividade e papéis)
28	Como era a relação do falecido com sua família? [explorar]
29	Que contribuições e dificuldades o falecido trazia a sua família?
30	Como os integrantes da sua família reagiram à morte?
F	DIFICULDADES FAMILIARES ANTERIORES E POSTERIORES À MORTE POR SUICÍDIO
31	Sua família apresentava dificuldades antes da morte? Quais?
32	Você ou alguém de sua família viu relação entre estes problemas anteriores e a morte? Qual?
33	Sua família apresentou dificuldades depois da morte? Quais?
34	Você ou alguém de sua família viu alguma relação entre estes problemas posteriores e a morte? Qual?
G	A EVOLUÇÃO DAS VIVÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE LUTO
35	Como você se sentiu imediatamente após a morte?
36	E seis meses depois?
37	E ao final do primeiro ano?
38	E dois anos depois?
39	E hoje, como você se sente?

- 40 Cite cinco ou mais sentimentos ou experiências que você considera como os mais intensos durante seu processo de luto.
Nós sabemos hoje, que é comum que pessoas que perderam alguém por suicídio se sintam confusos durante seu processo de luto. Você acha que a confusão foi um sentimento relevante na sua experiência ou na experiência de alguém próximo ao [nome do falecido]? Por quê?
- 41
- 42 Nós sabemos hoje, que é comum que pessoas que perderam alguém por suicídio sintam culpa durante seu processo de luto. Você acha que a culpa foi um sentimento relevante na sua experiência ou na experiência de alguém próximo ao [nome do falecido]? Por quê?
- 43 Nós também sabemos hoje, que é comum que pessoas que perderam alguém por suicídio sintam raiva durante seu processo de luto. Você acha que a raiva foi um sentimento relevante na sua experiência ou na experiência de alguém próximo ao [nome do falecido]? Por quê?
- 44 Nós sabemos hoje, que é comum que pessoas que perderam alguém por suicídio vejam-se tomadas por questionamentos e preocupações quanto à vítima e quanto a si mesmos. Você acha que preocupações e questionamentos foram fatores relevantes na sua experiência ou na experiência de alguém próximo ao [nome do falecido]? Por quê?
- 45 Nós sabemos hoje, que é comum que as pessoas que perderam alguém por suicídio sintam alguma espécie de alívio durante seu processo de luto. Você acha que o alívio foi um sentimento relevante na sua experiência ou na experiência de alguém próximo ao [nome do falecido]? Por quê?

H IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA MORTE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PESSOAIS

- 46 Você sofreu algum tipo de dificuldade ou privação em decorrência (por causa) desta morte?
- 47 Como você lidou com essas privações e dificuldades?
- 48 Como você enfrentou a perda do/da [nome do falecido]?
- 49 Esta morte gerou mudanças na sua forma de ver a vida?
- 50 Quais foram as principais mudanças?
- 51 Como você sentiu esse processo de mudança?
- 52 Você sente que a sua vida mudou depois da morte desta pessoa?
- 53 Que mudanças você acha que foram geradas em consequência desta morte?
- 54 Você sente que sua vida voltou retomou algum equilíbrio ou normalidade que havia antes da morte?
- 55 Você acredita ou sente que é possível superar este tipo de perda?
- 56 Quais foram os fatores que lhe ajudaram a enfrentar a sua perda?
- 57 Quais foram os fatores que lhe dificultaram o enfrentamento desta perda?

I FAMILIARES

- 58 Como sua família (família da vítima) enfrentou a perda do/da [nome do falecido]?
- 59 Que impacto você acha que a perda gerou família (família da vítima)?
- 60 Que fatores ajudaram a sua família a enfrentar a perda?
- 61 Que fatores dificultaram a sua família a enfrentar a perda?

J PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NO *SELF*

- 62 Você se sente uma pessoa diferente hoje?
- 63 Em que medida esta mudança pode ser atribuída a sua perda?

64 Quais as diferenças entre a pessoa que você é hoje e a pessoa que você era antes da sua perda por suicídio?

L A COMPREENSÃO DO ATO SUICÍDA

65 Você que o/a [nome do falecido] tinha alguma justificativa para cometer o ato suicida?

66 O que você pensava sobre o suicídio antes de ter vivido esta perda?

67 O que você pensa sobre o suicídio hoje, depois de ter vivido esta perda?

68 Como você compreendeu, no momento da morte, os motivos e razões que levaram a pessoa ao suicídio?

69 O que você sente em relação a estes motivos?

70 Você acha houve um significado no modo na escolha que ele fez pelo modo como cometeu o suicídio?

71 O que você sente em relação a este significado?

72 Como você compreende hoje os motivos e razões que o levaram ao suicídio?

73 Como foi para você o chegar a essa nova compreensão sobre os motivos e razões do suicídio?

74 Você acha importante ter uma compreensão das razões e motivos que levaram o/a [nome do falecido] ao suicídio. Por quê?

M VULNERABILIDADES PESSOAIS DO ENLUTADO

75 Antes da morte desta pessoa você já havia perdido alguém afetivamente importante, seja por morte, abandono ou outros motivos?

76 Como você lidou com estas perdas anteriores?

77 Como você compara o modo como você lidou com estas perdas anteriores com esta perda por suicídio?

78 Antes da morte do/da [nome do falecido] você alguma vez sentiu ter vivido ou atravessado por problemas de natureza psicológica?

79 Quais problemas?

80 Antes da morte do/da [nome do falecido] você procurou ajuda para lidar com problemas de natureza psicológica? Se sim ou se não, por quê?

81 Após a morte do/da [nome do falecido] você sentiu ter vivido ou atravessado por problemas de natureza psicológica?

82 Quais problemas?

83 Depois da morte do/da [nome do falecido] você procurou ajuda para lidar com problemas de natureza psicológica? Se sim ou se não, por quê?

N PRESENÇA DE SINTOMAS OU TRANSTORNOS ASSOCIADOS A DIFICULDADES NO PROCESSO DE LUTO

84 Você teve sonhos e ou pensamentos repetitivos e incômodos em relação à pessoa falecida, ou à morte? Como eram estes sonhos ou pensamentos? Com que frequência e durante quanto tempo eles surgiram?

85 Você teve depressão [explicar depressão] nos períodos que se seguiram à morte?

86 Você fez uso de álcool ou drogas nos períodos que se seguiram a morte?

87 Você teve ou tem pensamentos relacionados ao suicidas?

88 Você sentiu em algum momento precisar de ajuda para enfrentar sentimentos relacionados à perda por suicídio?

O SUPORTE PSICOSSOCIAL ENCONTRADO PELO ENLUTADO E PERCEPÇÃO DE AJUDA ADEQUADA

89 Você acha que as pessoas (amigos, familiares, padres, pastores, etc.) lhe ofereceram ajuda adequada?

- 90 Você acha que enlutados por suicídio podem ser ajudados por outras pessoas?
- 91 Como você acha que pessoas que viveram experiências semelhantes as suas podem ser ajudadas?
- 92 Você já procurou outros modos de ajuda, como igreja, amigos, grupos de auto-ajuda ou de profissionais de saúde? Quais?
- 93 Qual foi o modo de ajuda mais eficaz para você? Por quê?
- 94 Quais foram os fatores que você compreende como mais eficazes neste modo de ajuda?
- 95 Você acha que enlutados por suicídio têm necessidade de apoio especial ou diferente de outros enlutados?
- 96 Do que você pensa que enlutados por suicídio mais precisam? Por quê?
- 97 Qual a melhor forma de ajudar um enlutado por suicídio a se recuperar da perda?
- 98 Na sua experiência você acha que existe estigma ou preconceito contra as pessoas que perdem alguém por suicídio?
- 99 Você acha que o modo como o suicídio é visto pelos outros dificultou seu acesso ao apoio dos outros?
- 100 O que você gostaria que os outros soubessem sobre experiências semelhantes a sua?
- P VERIFICAÇÃO DE SENTIMENTOS APÓS FALAR DAS SUAS EXPERIÊNCIAS**
- 101 Como você se sente após a entrevista?

Anexo III - Roteiro do primeiro contato por e-mail com o colaborador

Olá (nome do colaborador)!

Meu nome é Artur, sou psicólogo e estou entrando em contato com você por intermédio do/a (nome da pessoa que mediou o contato). Ele/ela me disse que você demonstrou uma disposição positiva ao ser solicitado a participar de uma entrevista sobre experiências com a perda de alguém próximo por suicídio. Entro em contato com você, mediante esta demonstração positiva. Entendo que este é um tema delicado e agradeço desde já sua colaboração voluntária. De fato, justamente pela delicadeza do tema a sua colaboração é de extrema valia. Desde já, agradeço pela sua confiança.

A princípio, gostaria de informá-lo a respeito da pesquisa, seus objetivos e o modo como pode se dar a sua participação. Caso, após ler estas informações, você ainda se sinta disposto a participar, gostaria que você sinalizasse, respondendo a este e-mail ou entrando em contato telefônico. Meus números de telefone são: (61) XXXX-XXXX/ XXXX-XXXX.

Informações sobre a pesquisa:

Nossa pesquisa visa contribuir para a compreensão clínica das experiências vividas por aqueles que perderam alguém próximo por suicídio. Em outras palavras, esta pesquisa busca compreender as experiências daqueles que perderam alguém por suicídio, pois entendemos que esta compreensão é a melhor forma de oferecer apoio psicológico adequado.

Você poderá participar dessa pesquisa aceitando responder uma entrevista que foi feita para compreendermos como se deu a sua experiência pessoal e a experiência de sua família no enfrentamento desta perda. Sua contribuição será importante no sentido de futuramente construirmos estratégias terapêuticas feitas ajudar muitas outras pessoas que passaram e passarão por vivências semelhantes às suas. Esta entrevista tem duração aproximada de duas horas e deverá ser feita pessoalmente em local e hora adequada a combinarmos.

A pesquisa é intitulada: **Enlutamento por Suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda**. Ela será apresentada para o Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília - UnB, como requisito a minha obtenção de grau de mestre em psicologia clínica. Posteriormente seus resultados serão publicados em forma de artigo e dissertação. Ela é orientada pelo professor Dr. Marcelo Araújo Tavares do Núcleo de Intervenção em Crises e Prevenção de Suicídio e foi submetida à análise para aprovação do comitê de ética em pesquisa com humanos do Instituto de ciência Humanas da UnB.

Para fins de sua participação será garantido o total sigilo de sua identidade, assim como, a possibilidade de você ter total acesso ao conteúdo da pesquisa e até solicitar a não inclusão das informações prestadas. É importante frisar que sua participação é de natureza voluntária e que sua vontade e bem estar serão respeitados em todos os momentos do andamento da pesquisa.

Você também pode contribuir com nossa pesquisa indicando outras pessoas de sua família ou mesmo conhecidos, que também vivenciaram perda de alguém pela morte por suicídio e que possa estar disposto a falar sobre suas experiências.

Muito Obrigado,

Artur Mamed Cândido
Psicólogo: CRP X/XX.XXX XX.

Anexo IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre as vivências comuns aos enlutados por suicídio. Apesar do conhecimento que nós profissionais acumulamos ao lidar com pessoas que passaram por experiências semelhantes as suas ainda faltam um conhecimento mais amplo dessas vivências.

Sua participação é importante no sentido de ampliar o conhecimento estabelecido sobre as vivências comuns aos enlutados por suicídio. Nesse sentido, gostaríamos de pedir autorização para entrevistá-lo e utilizar as informações da sua entrevista para fins de pesquisa.

Informamos que sua participação é voluntária. Se você sentir qualquer espécie de desconforto durante ou após a aplicação da entrevista, você pode solicitar a sua interrupção, ou mesmo a não inclusão de seu conteúdo a qualquer momento. Sua identidade será mantida em sigilo. Caso não queira que seus dados sejam utilizados na pesquisa, nenhuma ação futura de punição ou retaliação será tomada contra você.

Ressaltamos que sua colaboração é muito importante, pois, esperamos que essa pesquisa possa trazer benefícios futuros para a construção de estratégias terapêuticas direcionadas a pessoas que viveram situações semelhantes às suas.

Este documento é assinado em duas vias de igual teor.

Brasília, _____ de _____ de 2011.

Artur Mamed Cândido
Mestrando em Psicologia Clínica e
Cultura/UnB
Tel: (61)XXXX-XXXX/XXXX-XXXX

Dr. Marcelo Tavares
Professor do Instituto de Psicologia/UnB
Tel: (61)XXXX-XXXX

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Observação: Solicitação de síntese dos resultados da pesquisa

() Sim, solicito que seja enviado para o meu e-mail: _____

() Não quero receber a síntese dos resultados da pesquisa.