



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Vivências Socioafetivas de Famílias que Sofreram Morte por Suicídio de Membro Jovem
em no Bairro Petrópolis-Manaus.**

Bianka Mélida Bertrand Velásquez

Manaus, 2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Bianka Mélida Bertrand Velásquez

**Vivencias Socioafetivas de Famílias que Sofreram Morte por Suicídio de Membro Jovem
em no Bairro Petrópolis-Manaus.**

Orientadora: Prof. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

Manaus, 2017

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V434v Velasquez, Bianka Mélda Bertrand
Vivencias Socioafetivas de Famílias que Sofreram Morte por
Suicídio de Membro Jovem em no Bairro Petrópolis-Manaus. /
Bianka Mélda Bertrand Velasquez. 2017
128 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Vivencias sociafectivas de famílias. 2. famílias. 3. suicídio de
jovens. 4. apoio social. I. Gutierrez, Denise Machado Duran II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

DEDICATORIA

- A Deus pela sabedoria e a oportunidade de cumprir meu sonho.
- A meus pais, Carmen Velásquez, mulher maravilhosa que sempre apoiou minhas decisões e ficou o tempo todo me acompanhando à distância e brindando-me com seu amor incondicional. Victor Bertrand homem admirável e dedicado à família que me implantou o desejo de estudar e aprender.
- A minhas irmãs, Karen, Iberia e zinddy por ficarem sempre ao meu lado e me ajudarem a cumprir uma meta a mais.
- Ao meu noivo, Mauricio Lang, por aguardar com paciência e brindar-me seu amor e apoio em todo o momento.
- A meus sobrinhos: Francisco, Lenin e Camilo que para mim são como irmãos.

AGRADECIMENTO

Desde que eu decidi assumir o desafio de estudar fora de meu país, e ao longo destes dois anos de estudo, foram muitas as pessoas que colaboraram e me ajudaram para conseguir chegar até o final.

Agradeço à Organização dos Estados Americanos (OEA) e ao grupo Coimbra das Universidades Brasileiras-GCUB pela confiança em eleger-me entre tantos estudantes e dar-me a oportunidade de fazer o mestrado em Brasil. A CAPES, por brindar-me com uma bolsa de estudo, apoio econômico que precisava para sustentar-me no Brasil.

Minha orientadora, Doutora Denise Machado Duran Gutierrez excelentíssima profissional, que compartilhou comigo seu conhecimento e deu seu apoio desde o começo do processo até o final, com muita entrega e paciência compreendeu muito minhas dificuldades com o idioma.

O padre Hudson, excelente profissional e pessoa que me apoiou muito no contato por meio da igreja São Pedro para chegar até as famílias participantes, agradeço seu tempo, acolhimento e ajuda em todo o processo.

A coordenação do mestrado da Faculdade de Psicologia, Professor Ewerton Helder Bentes de Castro, que dedicou muito tempo desde antes de minha chegada no Brasil para explicar-me tudo que precisava saber, e quando cheguei me recebeu muito bem.

Às famílias participantes de meu projeto de pesquisa, sem elas não poderia ter os dados que precisava. Sinto-me muito agradecida por me permitirem conhecer sua situação de vida e compartilharem comigo um momento tão delicado, difícil e de grande dor.

Minha linda família, meus pais e irmãs que sempre me apoiaram desde que decidi tentar uma bolsa no estrangeiro e me motivaram a continuar nos momentos de desamino, por me acompanharem nos momentos difíceis apesar da distância.

Meu noivo que sempre estava presente ainda na distância apoiando-me e ajudando-me em tudo que poderia fazer por mim, muitas traduções de idioma inglês, que eu tinha dificuldades para entender.

Agradeço à Universidade Federal de Amazonas (UFAM) por me aceitarem como estudante e pelo apoio desde o momento que cheguei ao Brasil até o final do mestrado.

A todos meus professores de Mestrado que me brindaram sua confiança e compressão em minhas dificuldades com a língua e adaptação no país. Em especial ao Professor Nilson Gomez

por preocupar-se sempre comigo indagando se eu estivera bem. À Professora Claudia Sampaio, que foi a primeira pessoa que me recebeu quando u cheguei ao Brasil, e foi muito paciente em ajudar-me em tudo que eu estava precisando.

À Assessoria de Relações Internacionais e Interinstitucionais - ARII da UFAM, por todo o acompanhamento desde antes de minha chegada ao Brasil. Agradeço à Valeria Moisin, que me deu muita confiança e me apoiou em absolutamente tudo.

Ao meu amigo e colega, Herbert, uma pessoa maravilhosa e grande profissional, que sempre me ajudou a esclarecer dúvidas no mestrado, corrigir os erros da língua, bem como em minha coleta de dados.

Meus colegas da turma de mestrado, que me apoiaram muito e fizeram com que eu me sentisse em meu país, apoiada e compreendida. Muitos deles me ajudaram com a tradução dos trabalhos, assinaturas e dissertação. Em especial a minha colega e amiga, Sigrid Duarte, que me apoiou muito, não só como profissional, mas também como amiga quando eu estava precisando de alguém.

LO FATAL

Dichoso el árbol, que es apenas sensitivo,
y más la piedra dura porque esa ya no siente,
pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo,
ni mayor pesadumbre que la vida consciente.

Ser y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,
y el temor de haber sido y un futuro terror...
Y el espanto seguro de estar mañana muerto,
y sufrir por la vida y por la sombra y por
lo que no conocemos y apenas sospechamos,
y la carne que tienta con sus frescos racimos,
y la tumba que aguarda con sus fúnebres ramos,

¡y no saber adónde vamos,
ni de dónde venimos!...

Rubén Darío

RESUMO

O suicídio é um problema grave de saúde pública que afeta a todos os países do mundo em todas as faixas etárias. Segundo a OMS (2014) o suicídio é a segunda causa de morte nos jovens de 15 a 29 anos. No caso do Brasil foram encontrados poucos estudos na área sobre o impacto do suicídio nas famílias. O objetivo geral dessa dissertação foi compreender a **vivência socioafetiva** de famílias que sofreram a morte por suicídio de um membro jovem em um bairro da cidade de Manaus, e os objetivos específicos foram descrever os modos como as famílias lidam com o suicídio do jovem e suas formas de **enfrentamento**; caracterizar aspectos **psicossociais** que envolvam o episódio em termos de seus antecedentes para a família e o jovem em questão; identificar fontes de **apoio social** e o acompanhamento das redes sociais para a família no momento anterior e posterior ao episódio. É uma pesquisa qualitativa de tipo exploratória, utilizou-se como método de pesquisa autópsia psicossocial e como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada com três famílias que perderam um membro jovem em decorrência de suicídio no Bairro Petrópolis na cidade de Manaus, os três casos foram homens entre as idades de 22 a 26 anos. Utilizou-se análise de conteúdo para a análise de dados e o referencial teórico baseou-se em um novo paradigma da complexidade, utilizando as teorias sistêmicas, teoria estrutural do funcionamento familiar e teoria das redes social. Os principais resultados desta pesquisa foram: Dentre os principais sentimentos que experimentaram as famílias no momento e posterior ao fato destacam-se: dor, revolta, raiva, culpa. Existe uma diferença clara entre os mecanismos de enfrentamento de homens e mulheres (mãe, pai), produto da influência da cultura, machismo. Os principais fatores de risco que influenciaram a morte do jovem foram problemas de saúde física e psicológica, consumo de drogas ilícitas e de álcool, antecedentes familiares, e alguns casos de conflitos familiares que poderiam estar relacionados com a morte do jovem, foram ainda identificadas redes de apoio social: familiares, vizinhos, igreja e amigos, não sendo encontrada a presença de nenhuma rede institucional oficial.

Palavras chaves: Vivências socioafectivas de famílias, famílias, suicídio de jovens, apoio social.

Abstract

Suicide is a serious problem of public health, which affect to each country around the world in all the group ages. Suicide is the second cause of death of young people, between 15 and 29 years. In the case of Brazil, few studies were found in the area about the impact of suicide in families. The general objective of this dissertation, was to understand the socio-affective experience, of families who suffered because of suicide death, of a young member, the research was conducted in a neighborhood belong to Manaus city, and the specific objectives were, to describe the ways about how family deal with suicide of young people, and its ways of confrontation. Characterize psychosocial aspect that involve the episode in terms related with its backgrounds for the family and young people, and to identify sources of social support and the attendance of social networks, for the family in the moment before and after the episode. This is a qualitative research of exploratory type, it was used as a method of research psychosocial autopsy, and as instrument of data collection a script of semi-structured interview with three families who lost a young member, because of suicide in the Petrópolis neighborhood in the Manaus city, the three cases were men between the ages of 22 and 26 years. Content analysis was used for data analysis, and the theoretical framework was based on a new paradigm of complexity, using systemic theories, structural theory of family functioning and social network theory. The main results of this research were: the main feelings that family experienced at the moment before and after the fact stand out: pain, angry, guilt. There is a clear difference between the Coping Mechanism of men and women (mother, father) as a product of the influence of culture, machismo. The main risk factors that influenced the death of young people were physical and psychological health problems, illicit drug and alcohol use, family history, and some cases of family conflicts that could be related to the death of the young people. In addition, were identified social support: relatives, neighbors, church, and friends. According to the finding were not found official institutional network.

Keywords: Socio-affective experiences of families, families, suicide of young people, social support.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 SUICÍDIO DE JOVENS: O ESTADO DA ARTE.....	15
2.1 conceitos básicos do suicídio	15
2.2 Considerações históricas sobre o suicídio.....	17
2.3 Comportamento suicida.....	19
2.4 Vivências Socioafetivas das famílias depois da morte: O luto família.....	24
2.5 Prevenção do Suicídio e fatores protetores.....	26
3 MARCO TEÓRICO.....	28
3.1 Teoria sistêmica e Família: A situação dos paradigmas.....	28
3.1.1 O suicídio desde a Perspectiva sistêmica.....	33
3.1.2 Perspectiva de gênero	35
3.2 Teoria estrutural de funcionamento familiar: As dinâmicas em questão	37/37
3.3 Redes Sociais e sua importância.	41
4 MARCO METODOLÓGICO.....	45
4.1 Contextualização do Local.....	46
4.2 participantes.....	47
4.3 Instrumentos.....	48
4.4 Procedimentos para coleta de dados.....	48
4.5 Procedimentos para análise de dados	50
4.6 Cuidados éticos	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	110
8 ANEXOS.	117
Anexo 1. Termo de anuência.....	117
Anexo 2. Parecer do comité de ética.....	118
Anexo 3. termo de consentimento.....	120
Anexo 4. Ficha de identificação e roteiro de entrevista.....	122

1. INTRODUÇÃO

Segundo o primeiro informe mundial da Organização Mundial da Saúde OMS (2014) sobre prevenção do suicídio, a cada ano, mais de oitocentos mil pessoas acabam com sua própria vida, o que representa aproximadamente uma morte a cada 40 segundos, sendo que 75% das fatalidades ocorrem em países de baixa renda econômica. Os suicídios acontecem em qualquer lugar do mundo e em quase todas as idades. Os dados apontam ainda que o autoextermínio é a segunda causa de morte no grupo etário de 15 a 29 anos em todo o mundo (OMS, 2014).

A quantidade de mortes por suicídio no Brasil está estimada em 4,1 por 100 mil para a população total, sendo que no caso do sexo masculino, a taxa fica em torno de 6,6 por 100 mil; e para o sexo feminino 1,8 por 100 mil (OMS, 2000). Estas taxas são consideradas as mais baixas a nível mundial em comparação com países Europeus, cujas taxas atingem mais de 40 por 100 mil habitantes (Mello-Santos, Bertolote, & Wang, 2005). Entretanto, em números absolutos, o Brasil figura entre os dez países com maior número de suicídios com 9,852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004 – 2010 foi de 5.7 %, este índice aumentou 20.5 % nas últimas décadas, sendo a frequência mais elevada em homens, idosos e indígenas (Botega, 2014).

Entre os anos 2002/2012 a população total Brasileira se viu afetada de forma preocupante, principalmente na região Norte do país, onde os suicídios passaram de 390 para 693 casos, o maior aumento já constatado: 77,7%. Sendo que, o Amazonas, Roraima, Acre e Tocantins duplicaram aproximadamente seus dados. Entre os jovens, esse aumento foi bem menor: 15,3%, passando de 2.515 para 2.900 suicídios. Regionalmente, o crescimento foi bem semelhante ao da população total, mas com situações estaduais muito diferenciadas. Acre, Amazonas, Tocantins e Paraíba mais que duplicaram seu número de jovens suicidas, enquanto Amapá e Rio de Janeiro apresentaram quedas moderadas (Waiselfisz, 2014). No Brasil são 32 casos diários de suicídio, isto significa que cada 45 minutos uma pessoa está morrendo por causa de suicídio e outras vidas são impactadas pelo ato de a pessoa se autoaniquilar (Fukumitsu & Kovács, 2016).

Os municípios que apresentam maiores índices de suicídios em jovens são aqueles com assentamentos de comunidades indígenas, como: São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tabatinga, no Amazonas; Amambai e Paranhos do Mato Grosso do Sul (Waiselfisz, 2014),

denotando forte componente sociocultural em sua constituição em vista disso, o Amazonas passa a ocupar um lugar importante nas taxas de suicídio em nível Nacional.

Fazendo uma busca exaustiva de dados sobre suicídio na América Latina encontrou-se dificuldade em acessar as estatísticas e estudos em profundidade sobre o tema. É necessário ter presente que os dados de mortalidade da região da América Latina apresentam-se como irregulares, uma vez que até os anos 90 não se dispunha de informação em mais de 40 % dos países do continente Americano. Desse modo as informações que se tem até o momento são relativamente novas (Kohn & Friedman, 2009)

O exposto anteriormente é alarmante, pois as estatísticas mundiais colocam este problema de saúde pública como uma prioridade, já que nos últimos tempos são cada vez maiores os índices de ideações suicidas, tentativas e suicídios consumados. Conforme previsões para os anos seguintes a OMS (2014) estima que, até 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio no mundo.

As dimensões de gênero e de faixa etária não são desprezíveis. Diversos estudos epidemiológicos sobre suicídio têm mostrado que a maioria dos suicidas são homens e que existe uma prevalência entre as idades de 15 a 29 anos. Um estudo sobre suicídio entre jovens, feito no Mato Grosso do sul no Brasil, revelou que a maioria dos suicidas são homens, sendo 65% na faixa etária de 15 a 29 anos, e o método mais frequentemente empregado é o enforcamento (Grubits, Freire, & Noriega, 2011). Esses estudos indicam ainda que o gênero masculino comete mais suicídio que o feminino em uma proporção de 5:1 em todas as idades (Garcia, Contreras, & Orozco, 2006).

Uma pesquisa sobre análise epidemiológica do suicídio no Brasil realizada ao longo de vinte e seis anos, entre 1980 e 2006 também confirma que os homens apresentam as taxas de mortalidade por suicídio mais altas em todas as regiões do país, a magnitude entre taxa de suicídio e gênero indica com muita precisão maiores índices de mortalidade entre os homens, com um aumento de 52% durante o período estudado (de 2,5 a 3,8). Enquanto que, o aumento da taxa de suicídio entre

o gênero feminino foi bem menor (1,0%), os homens apresentaram um aumento de 58% durante o período de 26 anos coberto pelo estudo (Lovisi, et al., 2009).

No caso dos homens, eles utilizam métodos mais violentos e letais para o suicídio em relação às mulheres. Um estudo sobre comportamento suicida em Antioquia, Colômbia, descreve que os métodos mais usados por homens para acabar com a vida foram armas de fogo e enforcamento, e no caso das mulheres envenenamento e em poucos casos enforcamento (Darío Manrique & Fernández, 2008).

Os fatores exatos que levam a uma pessoa a acabar com sua própria vida são desconhecidos. Várias hipóteses são propostas, porém, nenhuma delas pode ser tomada como totalmente exata, entendendo que cada caso tem especificidades e que cada ser humano é único em sua existência. Mas os fatores sociais, psicológicos, culturais podem interagir para conduzir uma pessoa à tomar uma decisão deste tipo. Em pesquisa realizada na Colômbia, sobre variáveis psicossociais associadas à intenção suicida, ideação suicida e suicídio em jovens, o autor concluiu que o suicídio é um fenômeno multicausal e identifica algumas variáveis psicossociais associadas a este fato: Problemas interpessoais no contexto escolar, variáveis psicológicas, exposição a situações de violência intrafamiliar e abuso sexual, transtornos alimentares e maus-tratos (Vianch, 2013).

Uma perda na família naturalmente envolve muitos sentimentos de dor e sofrimentos, mas uma morte por suicídio causa ainda uma dor muito maior por ser uma morte que não se esperava e que muitas vezes não se encontra nenhuma explicação. A família da pessoa falecida é o grupo que mais sofre o impacto de uma morte por suicídio, a partir dessa realidade surge a iniciativa de querer conhecer as vivências que as famílias sofrem pela perda de um membro em seu seio. A seguinte pesquisa se planteou como questão norteadora: Como as famílias que tiveram perda de um jovem por suicídio entre seus membros vivenciam essa experiência, em termos de: Recursos utilizados, fontes de apoio social, história pregressa, e outros fatores psicossociais envolvidos no processo.

A escolha do tema do suicídio em jovens e o impacto nas famílias foi produto do contato da pesquisadora no bairro de Petrópolis, na cidade de Manaus por meio da paróquia São Pedro

Apostolo. De acordo às conversas com o líder da igreja e alguns moradores se procurou identificar necessidades que poderiam melhor delimitar o objeto de estudo. Se detectou que, no bairro ocorreram vários casos de suicídio de jovens, entre os anos de 2011 e 2016, pelo que se considerou que uma pesquisa nesta área poderia trazer muitos aportes dirigidos na prevenção do suicídio entre jovens e as famílias.

A relevância social da pesquisa está no fato de que contribuirá para a conscientização da sociedade em relação a este fenômeno, entendendo esta situação como um problema muito grave evitável e passível de prevenção. Também destacará informações básicas sobre as vivências das famílias, mecanismos de resiliência e apoio de parte das organizações que trabalham na área da assistência para o enfrentamento da situação. Vai gerar informações úteis para a construção de possíveis estratégias de prevenção e projetos dentro das políticas públicas no Brasil e, sobretudo, no estado do Amazonas.

Do ponto de vista da investigação científica a pesquisa poderá contribuir para uma melhor compreensão deste fenômeno complexo, desde uma perspectiva ampla e com enfoque holístico, baseando-se nas vivências próprias de cada família participante da pesquisa. Também ajudará a ampliar conhecimento e a disponibilizar o material compilado sobre diversos estudos dentro e fora do Brasil sobre suicídio, diferentes aportes teóricos sobre suicídio e família e alguns dados epidemiológicos a nível nacional e mundial. Isto servirá como material de base e fundamento para posteriores pesquisas na região. Esta é uma contribuição muito importante porque existe uma carência de material publicado no estado do Amazonas em relação a suicido em jovens, bem como em experiências socioafetivas das famílias que sofreram a morte de um membro jovem.

Também é importante ter presente que o impacto deste trabalho não somente trará contribuições ao Brasil, mas também para a Nicarágua que é o país de origem da pesquisadora, onde se percebe altas taxas de suicídio em comparação com outros países da América Central, necessitando também de pesquisas nesta área, pois existe pouca informação publicada neste campo.

Na Nicarágua existem duas fontes que tem brindado a maioria dos dados epidemiológicos acerca deste fenômeno: o Ministério de Saúde (MINSAL) e a Reunião do Setor de Saúde de Centro

américa e República Dominicana (RESSCAD), onde se tem observado que existem consideráveis diferenças entre as bases dos dados, existindo taxas mais altas no Ministério de saúde. Segundo os dados de suicídio da RESSCAD desde 1996 a 2005, a Nicarágua experimentou um aumento das taxas de suicídios, passando de 5,03 (x/100.000 habs) a 7,41 (x/100.000 habs) no ano de 2005. Na Nicarágua desde 1995 percebe-se, segundo registros do MINSA, um aumento progressivo de suicídio passando de 4.84 suicídios por 100.000 habitantes a 13.21 suicídios por 100.000 habitantes em 2007 (OPS, 2011).

O interesse pessoal e experiência laboral da pesquisadora também influenciaram esta escolha. Antes de decidir viajar para estudar no Brasil trabalhava em uma clínica de atenção psicológica de uma universidade, que era visitada principalmente por pessoas jovens, estudantes da faculdade. Durante as intervenções apresentaram-se muitos casos de jovens que tinham ideações suicidas e outros que já haviam feito tentativas.

Nesse contexto a pesquisadora também teve a oportunidade de atender casos de famílias que haviam perdido familiares por suicídio. Esta experiência marcou sua trajetória pessoal e despertou seu interesse por temas relacionados à esta área. Motivada pelo trabalho, decidiu fazer o projeto de pesquisa da graduação com o ato de automutilação, que não necessariamente é um ato suicida, mas tem muito a ver com o sofrimento das pessoas, chegando ao extremo de auto agredir-se, como única estratégia de minimização da dor que estavam sentindo. Muitas vezes este tipo de conduta, se não forem acolhidas em psicoterapia, pode acabar convertendo-se em um ato suicida.

Em vista da grande importância da matéria nos propomos aqui a investigar como as famílias que tiveram perda de um jovem por suicídio entre seus membros vivenciam essa experiência, em termos de: Recursos utilizados, fontes de apoio social, história pregressa, e outros fatores psicossociais envolvidos no processo? Para tal buscaremos num sentido mais amplo: Compreender a **vivência socioafetiva** de famílias que sofreram a morte por suicídio de um membro jovem em um bairro da Cidade de Manaus. E subsidiariamente: 1. Descrever os modos como as famílias lidam com o suicídio do jovem e suas formas de **enfrentamento**; 2. Caracterizar aspectos **psicossociais** que envolvem o episódio em termos de seus antecedentes para a família e o jovem

em questão; 3. Identificar fontes de **apoio social** e o acompanhamento das redes sociais para a família no momento anterior e posterior ao episódio.

A pesquisa se apresenta em três partes. Na primeira parte se expõem a revisão da literatura sobre suicídio em jovens, também se apresenta o referencial teórico que serviu como fundamento para a análise dos dados, neste caso se elegeram 3 teorias que estão inter-relacionadas: teoria sistêmica, teoria estrutural do funcionamento familiar e a teoria das redes sociais, as três teorias utilizam conceitos que ajudam a entender as vivências socioafetivas desde uma perspectiva baseado um novo paradigma da complexidade.

A segunda parte se explica desenho metodológico da pesquisa: contextualização do campo de pesquisa tipo de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, método de pesquisa, instrumento de coleta de dados, procedimento da coleta de dados e o processo de análise de resultado. Na terceira parte se expõe os resultados obtidos a partir do análise e considerações finais.

2. SUICÍDIO DE JOVENS: O ESTADO DA ARTE.

2.1 Conceptos básicos do suicídio

Para melhor situar o fenômeno é importante que se parta de sua definição. O termo suicídio é de difícil definição por suscitar diferentes discussões teóricas acerca do que pode ser considerado suicídio. Muitos autores de diferentes campos têm adotado uma definição ampla deste fenômeno. Naturalmente esse campo conceitual está aberto ao debate, porém não iremos aqui nos aprofundar nessa questão.

Ao longo da história alguns autores clássicos ainda continuam sendo fontes fundamentais para a compreensão deste fenômeno. Os estudos de Emile Durkheim (1994) sem dúvida, após várias décadas de suas primeiras publicações continuam importantes em nosso tempo. O autor assume uma definição do ponto de vista sociológico sobre o suicídio.

O suicídio é visto por ele, como toda morte realizada pela própria vítima que resulta, mediata ou imediatamente, de um ato positivo, ou negativo, tendo clareza e consciência do que vai

acontecer (Durkheim, 2000). Aparentemente, o suicídio tem todas as características de um ato individual, mas Durkheim considera e explica que se trata de um fenômeno onde a sociedade tem um papel fundamental. Ele fala que os suicídios são fenômenos individuais que respondem essencialmente às causas sociais: “*Es la constitución moral de la sociedad que fija en cada instante el contingente de las muertes voluntarias*” (Durkheim, 1994, pág. 158). Assim entendendo, que cada grupo social teria seu *quantum* de suicídio determinado socialmente e relativamente estável no tempo.

Em outra perspectiva na atualidade no mundo ocidental, o suicídio é visto como um ato consciente de aniquilação, auto induzido, melhor entendido como um mal-estar multidimensional e multicausal em um indivíduo, que define um problema para o qual o suicídio é a única solução que se encontra no momento (Leenaars, 1999).

O escritor Edwin Shneidman é um importante expoente no campo da prevenção do suicídio, além de ser escritor muito reconhecido em nível mundial sobre esta questão, encabeçou muitos estudos e reflexões por mais de 50 anos em investigações neste campo (Hernandez & Leenaars, 2010). Ele e sua equipe desenvolveram estudos que contradiziam algumas crenças que foram difundidas em grande magnitude. Até este momento se achava que só as pessoas que sofriam de alguma doença mental acabavam com sua própria vida, o autor conseguiu demonstrar em seus estudos que só 15% dos suicidas eram psicóticos (Shneidman, 1996). Também Shneidman e Farberow (1961) descreveram outros mitos do suicídio que por mais de 20 anos foram considerados como verdades e que eles os catalogaram como errôneos: Que as pessoas que falam de suicídio, não se suicidam, que o suicídio ocorre sem advertências, que uma pessoa que tem ideias suicidas ou tentou suicidar-se vai ser para sempre um suicida, que o suicídio é hereditário (Shneidman 1985).

O trabalho de Shneidman não foi somente contribuir nas investigações, ele também forma parte de um grupo de cientista interessados pelos esforços de estratégias preventivas do suicídio. Depois 1955, Shneidman começou a procurar financiamento para fundar um centro de estudo e prevenção de suicídio, no ano de 1958, Edwin Shneidman, junto com Norman Farberow y Robert

Litman estabeleceram o primeiro Centro de *Prevenção do Suicídio em Los Angeles, Califórnia*. Shneidman (como citado em Hernandez & Leenaars, 2010).

Com todos estes estudos e aportes tornou-se possível a criação de uma nova disciplina: Suicidologia (Suicidology). O trabalho central da Shneidman (1969) constituiu as bases teóricas sobre as origens e causas psicológicas e sociológicas do suicídio. As principais contribuições de Shneidman tem sido conceitual. Ele adotou termos e conceitos como: suicidologia, autópsia psicológica, morte sub-intencionada, dor psicológica, etc. (Hernandez & Leenaars, 2010).

Para Shneidman (1985) o suicídio é essencialmente uma forte dor emocional que não permite encontrar outra solução, a não ser a auto aniquilação. Quando uma pessoa está sofrendo, naturalmente quer aliviar e escapar dessa dor, no caso dos suicidas estas dores insuportáveis são maiores do que as possibilidades para livrar-se desta angustia por outras vias, e a única alternativa de escapar desta situação é acabando com suas próprias vidas.

2.2 Considerações históricas sobre o suicídio.

O suicídio é um problema presente ao longo da história da humanidade. A palavra suicídio procede do latim - sui = si mesmo e *caedes* = ação de matar, o que significa: matar-se a si mesmo. A palavra suicídio foi conhecida desde o século XVI e são muitos os autores que tem dado definições para este termo, todos coincidem com a ideia que se trata de um ato que tem como objetivo pôr fim à própria vida, associada a ideias adjacentes envolvendo motivação, intencionalidade e letalidade. (Rivera, 2015)

O suicídio ao longo da história tem se manifestado de muitas maneiras tendo sido considerado e conceituado de diferentes pontos de acordo com influencias de muitos fatores como: à época, cultura, influência da religião. Todas as considerações em relação ao suicídio como qualquer outro assunto na história vão mudando evoluindo e o suicídio na atualidade em algumas culturas é visto desde outras perspectivas, mas ainda segue sendo um tema tabu e com grandes estigmas sociais.

Segundo Jimenez (2003), na Grécia clássica o suicídio era considerado como um ato indigno e vergonhosos. Em Atenas os corpos das pessoas mortas por suicídios não podiam ser enterrados nos cemitérios normais porque se consideravam corpos impuros. Diante desta situação as escolas filosóficas foram quem começaram a introduzir uma mudança na concepção do suicídio a nível social e cultural, propondo uma visão do suicídio como um problema da liberdade humana, essa ideia foi formulada no primeiro momento pelos estoicos, e também foi considerada pelos epicureos e os cínicos, também muitos filósofos concordaram com essas ideias como Sócrates que acabou suicidando-se e Sófocles que compartilhavam essa visão da liberdade das pessoas para acabar voluntariamente com a própria vida.

Porém existiam outros filósofos que rechaçavam e condenavam o suicídio, por exemplo para Sócrates e Platão o suicídio era considerado um delito a exceção de alguns casos. Para Platão (427-347 AC) o suicídio era um delito ante a sociedade, mas poderia ser justificado e aceitado frente algumas situações da vida como é o caso de amor, doença ou uma maneira de auto castigo frente a uma injúria grave cometida frente ao estado, Aristóteles (384-322 AC) também condena o suicídio e o entende como um ato de cobardia que atenta contra o próprio estado. (Rivera, 2015).

Na Roma imperial o suicídio foi considerado entre políticos e intelectuais como um gesto honrável, Ciceron condenava este fato, mas tinha suas exceções considerando-o um ato heroico, ou um sacrifício em defesa da honra. Durante a idade média também foi rejeitado com exceção de que o objetivo dele fosse evitar uma violação. Também nesta época os suicidas não podiam ser enterrados em um lugar sagrado e se eles tivessem propriedades era confiscadas. A época do renascimento foi marcada por uma mudança em relação à concepção que o suicídio tinha. Para Dante o suicídio tinha dois significados relacionados ao *status* social: As almas nobres como os poetas, filósofos depois de uma morte deste tipo passariam no limbo enquanto os políticos não reconhecidos e o resto da população iriam para o inferno (Vega, Blasco, Baca, & Díaz, 2002).

Os gêneros literários e as religiões também influenciaram a concepção que se tem sobre o suicídio. No século XVII o suicídio foi um tema presente nas obras literárias como uma resposta frente à culpa ou por falta de amor. Shakespeare utilizou o suicídio como parte de suas obras, a mais famosas foi de Romeu e Julieta. No caso das religiões na sua grande maioria o suicídio foi

rejeitado e para o cristianismo que é a religião com maior influência em nosso continente foi considerado um pecado contra Deus (Vega, Blasco, Baca, & Díaz, 2002).

Segundo Botega (2015), no século XIX existiram muitas mudanças a nível social, isto ajudou a estimular estudos no que diz respeito aos processos de transformação social. Em 1897 o escritor Emile Durkheim publicou uma obra chamada *o suicídio* onde explica o fenômeno por meio da associação entre indivíduo e a sociedade e a moral e os problemas sociais. A análise das taxas de suicídios em muitos países e diversas sociedades fez o autor Emile Durkheim considerar o suicídio como um fato social. Nos tempos mais modernos durante o século XIX e o início do século XX se deu um grande avanço na descriminalização do suicídio, baseando-se em que a organização social da sociedade deveria entender, acolher, proteger a todas as pessoas que se encontrassem em risco suicida. Atualmente são poucos os países que ainda punem o suicídio de maneira legal

De acordo com Guzmán (2006), na atualidade muitas concepções sobre este fenômeno têm evoluído, mas ainda segue sendo um tema estigmatizado, porém é considerado como um problema de saúde pública que pode se prevenir. Nos últimos anos tem crescido o interesse em pesquisas nesta área por tratar-se de um problema social e cultural, presente em todo o mundo, entretanto

2.3 Comportamento suicida.

A conduta o comportamento suicida envolve várias ações relacionada ao fato da autoagressão, sem importar o nível ou a razão genuína da ação. Sendo está uma definição ampla permite conceituar o comportamento suicida por médio de uma série de atos cometidos por o próprio suicida: No primer lugar as ideações suicidas, as tentativas suicidas e no final os suicídios consumados. (Piacheski, Lima, Kohlrausch, & Soares, 2010)

É importante definir estes três momentos que envolve o comportamento suicida e que se relacionam entre eles. Em termos de definição a ideação suicida, são todas a ideias que uma pessoa tem sobre o suicídio, isto engloba desejos, atitudes, planos, ou a vontade que o indivíduo tem de se matar (Borges & Werlang, 2006). Quando uma pessoa ameaça tinindo os médios disponível para sua realização, mas não se faz, se considera um gesto suicida (ter os comprimidos

sem tomá-los), este gesto não deve ser minimizado nem excluído, porque é um começo para passar ao seguinte passo, que poderia ser a tentativas suicida (Barrero, 2000)

Segundo a OMS (2014) as tentativas suicidas é qualquer ação de autodestruição que não causa a morte, praticada pela própria vítima. Segundo Barredo (2000) o intento suicido é todo ato destrutivo sem resultado de morte na que uma pessoa de forma deliberada se auto lesiona, se considera que as tentativas suicidas são mais frequentes em jovens, de sexo feminino e os métodos mais utilizados não são tão violentos como ingesta de fármacos, substâncias tóxicas o cortadura. Em relação às tentativas de suicídio, muitos estudos têm mostrando a dificuldade em obter valores reais, devido à complexidade para coletar este tipo de dados, mas estima-se que entre 50 e 90 pessoas por cada 100.000 habitantes/ano tentam suicidar-se sem que o resultado seja o suicídio consumado (Dahlberg & Krung, 2003).

O suicídio consumado são todos aqueles atos lesivos auto inflingidos que tem como finalidade a morte. Se dá com maior frequência em adultos, velhos, e jovens do sexo masculino e os métodos mais utilizados para conseguir a morte são violentos como: armas de fogo e enforcamento (Barredo, 2000).

O fenômeno de suicídio é multicausal, não sendo possível definir com exatidão o que leva uma pessoa a cometer suicídio, mas de acordo com as contribuições de alguns autores certos aspectos biopsicossociais poderiam ser considerados como fatores de risco, a saber:

Antecedente familiares: Os antecedentes familiares formam parte dos fatores de risco para que uma pessoa cometa um suicídio, para Blumenthal (1998), a presença de ideações, tentativas de suicídio consumados dentro da história familiar de uma pessoa aumenta o risco e probabilidades de levar alguém a cometer um suicídio.

Piacheski , Lima, Kohlrausch, & Soares (2010), consideram que a presença de antecedentes familiares que tentaram ou cometeram suicídio representa um fator agravante para o comportamento suicida. Outro aspecto que se menciona é a genética, como possível fator de risco, para a conduta suicida há vários estudos do tipo genético-epidemiológicos que indicam que o componente genético é significativo, sendo descritos que os antecedentes familiares, sobre tudo

por parte da genitora (mãe) está totalmente relacionado a condutas suicidas. (Lieb, Broniisch, Höfler, & Wittchen, 2005)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) também faz referência aos antecedentes familiares como um fator de risco que poderia exercer uma influência muito grande na vida de uma pessoa. O fato de que na família se vivencie a experiência de perder algum familiar por causa do suicídio, pode trazer consequências devastadoras para a maioria de pessoas, como uma gama de sentimentos de dor, culpa, raiva. A mudança da dinâmica familiar a partir de uma morte por suicídio poderia elevar os riscos dos familiares do morto de cometer um suicídio e/ou desenvolver um transtorno mental. A estratégia Nacional de prevenção do suicídio em Brasil (2006), em seu manual de Prevenção dirigido a profissionais das equipes de saúde mental também discorre sobre os antecedentes familiares como uns dos principais fatores de risco do suicídio.

Tentativas suicidas anteriores: As tentativas suicidas são o principal fator de risco para sua futura concretização. Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (Owens, 2002).

As tentativas são de 30 a 60 vezes mais frequentes que o suicídio consumado, são mais comuns nos jovens de sexo feminino que em idosos. A taxa de recidivas entre jovens é de 30 a 40%, ocorrendo principalmente nos seis primeiros meses após a tentativa. De acordo com alguns estudos cerca de 56 % das pessoas que morreram por suicídio foi na primeira tentativa, esses dados correspondem em sua maioria a homens cerca de 62% comparado com 38 % das mulheres. (Maleiro, Teng, & Wang, 2004)

Consumo de substâncias: O consumo de drogas ilegais e álcool é outro aspecto que muito autores colocam como fator de risco para o suicídio Segundo Gálvez (2015) a probabilidade para que uma pessoa usuária de drogas cometa suicídio era 5.8 vezes superior à registrada pela população geral. O risco de suicídio aumenta caso o uso de álcool ou de qualquer outro tipo de substâncias for acompanhado de outro tipo de transtornos psiquiátricos. Aproximadamente 22 % das mortes por suicídio poderia atribuir-se ao uso do álcool, o que significaria que um a cada 5 suicídios poderiam ser evitados se a população não consumisse álcool. (OMS, 2014)

Os usuários de álcool apresentam um incremento dos riscos de cometer suicídios de 2,2 -3,4 %. Os dados indicam que a maioria de vezes esse público comete suicídio após uma trajetória de anos de abuso de álcool, sendo que a presença de transtornos depressivos aumenta o risco de suicídio. Um estudo feito com 50 vítimas de suicídio alcoólicas mostrou que a maioria havia experimentado alguma perda pessoal importante que atuou como fator precipitante do suicídio. Só em uma vítima não foi identificado a possível perda como fato precipitante ao ato. (Kaplan & Sadock, 2000)

Doenças Físicas e mentais: As doenças físicas e mentais são frequentemente associadas ao suicídio. A relação entre doença física e suicídio é significativa, porque existem estudos post morte que tem encontrado a presença de doenças físicas em até 75 % das pessoas que suicidaram Roy (Como citado em Rishard et al., 2002)

Um estudo realizado nos estados Unidos por Druss & Pincus (2000), com 7589 participantes entre as idades de 19 até 39 anos demonstrou que 25 % dos casos apresentava pelo menos uma doença médica e 5.3 % mais de um transtorno médico. Dentre as principais doenças destacam-se: hipertensão, câncer, diabetes, bronquite, asma e outro tipo de doenças.

Segundo, García de Jalón & Peralta (2002) certas doenças que estão relacionadas com os transtornos do estado de ânimo como: câncer, epilepsia esclerose múltipla, VIH, doenças cardiovasculares, cirroses poderia considerar-se fatores influentes no comportamento suicida. Também existem outros fatores associados as doenças que prejudicam o modo de vida das pessoas e poderiam ser um fator de tentativas suicida ou de suicídios consumados como por exemplo, perda de mobilidade, dor crônica, afetações nas relações interpessoais ou perda de emprego ou de *status* laboral.

Alguns transtornos de personalidade, condutas agressivas e impulsivas parecem que predis põem às condutas suicidas, também outros fatores influenciam como a depressão e eventos stressantes da vida, sobretudo as rupturas de relações interpessoais (Conner, 2004).

Conflitos familiares: As relações familiares conflitivas são identificadas também como fatores de risco para a conduta suicida, Segundo Piacheski, Lima, Kohlrausch, & Soares (2010) as

dificuldades de relacionamentos, falta de comunicação, carência afetiva falta e apoio dentro dos membros do sistema familiar, poderiam estar relacionada as condutas suicidas.

Os problemas de comunicação são umas das situações que predominantemente aparecem entre as famílias dos suicidas. De acordo com Guibert & Torrez (2001), num estudo feito em Habana, Cuba, com uma amostra de 23 casos e suas respectivas famílias se encontrou uma característica particular na maioria das famílias: o predomínio de crises por desorganização e comunicação no sistema familiar, uma deterioração nas relações familiares, com este estudo consegue-se evidenciar que as crises familiares proporcionam estresse ao ambiente familiar considerando-o como um importante fator de risco (Patricia , Santí, & Avilés , 2000)

Segundo Chaparro (2015) em uma pesquisa feita em Colômbia que tinha como objetivo a recopilación e análises de pesquisas ao longo de 10 anos em diferentes países de Latino América, com adolescentes e jovens se encontra que os conflitos familiares, a violência intrafamiliar, a separação dos pais, o abandono, desproteção e carência afetiva no sistema familiar são colocados como fatores de risco importantes para o suicídio.

Estado civil: Alguns estudos têm demonstrado que o estado civil poderia ter alguma relação na conduta suicida. Kaplan e Sadock (2004), referem que o fato de estar em um matrimônio e ter filhos, parecem diminuir no Risco de suicídio de forma significativa. Porém as pessoas que estiveram casadas apresentam taxas muito maiores do que as pessoas que nunca estiveram casadas. Outros Estudos também não conferido esta tendência. Por exemplo, no estudo WHO/EURO, se observou uma maior incidência de suicídios em homens e mulheres solteiros, divorciados e viúvos. Schmidtke et al., (como citado em García de Jalón & Peralta, 2002) Também a Organização Mundial de Saúde (2014) em seu informe mundial sobre prevenção do suicídio expõe que as rupturas ou perdas de conjuges poderiam causar aflição e estresse que se associam a maior risco de cometer suicídio.

Vários estudos nesta área demonstram a presença dos fatores de risco mencionados. Uma investigação feita na Espanha que pretendia identificar os fatores de risco do suicídio encontrou a presença de doenças crônicas, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares do

suicídio, doenças mentais separação dos pais quando os filhos eram crianças como fatores agravantes para o suicídio (San-Martín, *et al.*, 2013).

2.4 Vivências Socioafetivas das famílias depois da morte: O luto família.

A morte sendo um processo natural dos seres humanos, é um momento difícil de entender e aceitar. Os impactos, mas fortes e prolongados de uma morte se dá quando acontece de uma maneira imprevista, isso toma de surpresas às pessoas que tem uma relação íntima com o morto. No momento que acontece uma morte repentina os sobreviventes se encontram em um drama fatal como são os casos de morte por: um acidente de transito, um suicídio, um infarto. Uma situação como esta provoca um forte choque para os que conheciam ao morto e, sobretudo, para à família, imediatamente isto diminuem a capacidade de aceitação e afrontamento prologando-se por um maior tempo o processo de luto, O modo como acontece a morte e a situação da perda condiciona a maneira de reagir e o grau de maior ou menor aceitação para a família. (Garcia H. A., 2010)

A morte repentina como é o suicídio coloca à família do morto no risco de desenvolver luto complicado e de estar exposto ao desenvolvimento de doenças físicas, psicológicas ou psiquiátricas. A perda e o duelo por suicídio naturalmente se faz mais doloroso, intenso, prolongado e muito difícil de suportar, se origina uma maior quantidade de respostas e emoções, são mais evidentes os estados de choque, de incredulidade sobre o acontecido e de isolamento social, assim, todas estas respostas poderiam colocar em risco a saúde das famílias do suicida, as probabilidades que nas famílias haja consumo de álcool e drogas ilícitas também aumenta (Acinas, 2012).

Imaz (2013), afirma que o duelo por uma morte, é vivido por as famílias de maneiras diferentes: as circunstâncias e o contexto em que sucede a morte e as experiências individuais de cada membro da família fazem com que o luto seja um fenômeno absolutamente pessoal. O suicídio não é uma morte comum ainda que tem estado presente ao longo da história humana, hoje segue sendo uma morte estigmatizada socialmente e causa uma dor e um sofrimento maior em comparação com outras mortes. As mortes por suicídio muitas vezes deixam na família uma dor muito grande, muitas perguntas sem respostas e sentimento de culpa por pensar que poderiam ter feito algo para evitar aquela morte, esses sentimentos de culpa se intensificam mais quando existiam relações familiares conflitivas entre o morto e os demais membros (Garcia, 2010).

Além dos usuais sentimentos de duelo, poderiam apresentar-se uma serie de emoções negativas como raiva com a pessoa que morreu, uma forte confusão por não entender o que foi que aconteceu nesse momento e porque essa pessoa tomou a decisão de tirar a vida sem pensar no resto da família. Podem aparecer também sensações de impotência e preocupações por conhecer qual foi o sucesso que poderia ter causado a morte da pessoa. As vivencias Socioafetivas de duelos por suicídio são diferentes de outras mortes violentas, por apresentar muitas reações, emocionais, cognitivas e comportamentais que afetam a funcionalidade e estabilidade de cada membro da família. (Viniegras & CernudaI, 2012)

Depois da morte de um ser amado pode existir a possibilidade que o duelo se faça de uma maneira natural e que a família consiga fazer uma reestruturação familiar com a ausência desse membro, porém no todos os casos de duelo são processos fáceis e mais quando se fala de duelos por suicídios, o maior problema nestes casos aparece quando em um sistema familiar se pretende manter a mesma estrutura e organização dentro da dinâmica familiar, sem assumir e entender a mudança que se deve viver pela morte do membro (Imaz, 2013).

Naturalmente diante da perda de um familiar por morte natural a família consegue recuperar-se dessa perda entendendo o significado da morte como um acontecimento natural, porém quando se trata de uma morte por suicídio a conotação e sentido que se dá, de saber que alguém acabou com a própria vida, adquire outro significado para a família e para sociedade. As famílias muitas vezes se sentem julgados pelos outros, e alguns estudos tem demonstrado que estas famílias não recebem o mesmo apoio moral que poderia receber quando se trata de outro tipo de morte. Isto provoca vergonha e em alguns casos as famílias preferem ocultar a possível causa do suicídio e não falar a ninguém do acontecido (Viniegras & CernudaI, 2012).

Fazendo uma síntese dos sentimentos e emoções que poderiam chegar a experimentar a família que perdeu a um membro por suicídio Worden (2002), propõe alguns sentimentos comuns na maioria dos casos:

Vergonha: A ideia de pensar que o vizinhos e amigos os deixaram sozinhos pelo fato que na família morreu alguém por suicídio, o medo a ser julgados pelo acontecido.

Culpa: Muitas vezes a culpa aparece com pensamentos permanentes sobre a possibilidade de haver feito algo para evitar essa morte, também é muito comum que a família se culpabilize pelo fato de não ter detectado os sinais que a pessoa dava sobre querer matar-se, se existia algum conflito familiar pode ser que os sentimentos de culpa sejam maiores.

Medo: Este tipo de sentimento está associado à predisposição no ambiente familiar sobre o evento acontecido e o medo que possa acontecer novamente com outro membro da família.

A questão de gênero influencia a maneira de como seres humanos reagem diante uma morte. O fato de ser homem ou mulher poderia estar ligados as diferentes formas de enfrentamento antes uma perda. Segundo Parkes (1998) de qualquer maneira as mulheres tem maiores dificuldades para sair da experiência de uma perda que os homens, outro aspecto importante é que as mulheres procuram mais ajuda profissional despôs da morte que os homens, já uma pesquisa feita nesta área com homens e mulheres que perderam um filho reflexa que foram as mulheres que procuraram ajuda profissional: psiquiátrica e psicológica após a perda de um filho a proporção de sete mulheres para um homem sugere que as mulheres são mais vulneráveis do que os homens à morte de um filho.

2.5 Prevenção do Suicídio e fatores protetores.

Da mesma maneira que existem fatores de risco também existem alguns fatores protetores que ajudam na prevenção do suicídio. Segundo Botega, Werlang, Cais, & Macedo (2006) a prevenção do suicídio requiere da diminuição dos fatores de risco e esforço dos fatores protetores tanto no nível individual como coletivo.

Também a OMS (2014), sugere que em contraposição aos fatores de risco suicida, existem fatores que protegem às pessoas dos riscos e que muitas intervenções preventivas estão voltadas à redução do risco suicidas, porém é necessário considerar e fortalecer os fatores protetores que há demonstrado aumentar a capacidades de recuperação e proteção diante o comportamento suicida.

De acordo com a OMS (2014), os principais fatores protetores mencionados estão: Solidas relações interpessoais: O fato de manter relações sanas poderiam aumentar a capacidade de recuperação individual e atuar como fatores que protege diante o risco suicida, as crenças religiosas

e espirituais poderiam significar também um fator protetor, o bem-estar como um modo de vida, a estabilidade emocional o ser otimista e a identidade pessoal desenvolvida ajudam a lidar com as dificuldades da vida.

Outros fatores protetores propostos por Botega et al., (2006) são: No caso do sexo feminino a *gravidez e maternidade* poderia significar um fator protetor, no caso de sexo masculino é ter uma *ocupação*, estar empregado, sentisse produtivo. O fato de pertencer e de possuir uma forte ligação com um determinado grupo: religioso, familiar, político, comunitário parece proteger o indivíduo do suicídio

Segundo a OMS (2014) a problemática do suicídio se pode prevenir e uma maneira sistemática de responder ao problema é por meio de estratégias nacionais de prevenção de suicídio. Já alguns estudos têm demonstrado que é comum que os indivíduos com comportamento suicidas procuraram serviços em centros de atenção primária antes de cometer o fato. Isto poderia ser um indicativo que às pessoas com conduta suicida querem encontrar algum tipo de ajuda profissional (Luoma, Martin, & Pearson, 2002).

Uma revisão sistemática feita nesta área com 40 estudos de Europa, Austrália e Estados Unidos encontrou alguns resultados importantes em relação ao contato dos indivíduos suicida com a atenção primária em um tempo prévio ao suicídio: três de cada quatro vítimas de suicídio tiveram contato com centro de assistência primária de saúde no ano de suicídio, aproximadamente uma de cada 5 vítimas tiveram contato com os serviços de saúde mental dentro de um mês antes do suicídio. Em média 45 % das vítimas do suicídio tiveram contato com os serviços de atenção primária e saúde dentro de uma semana antes do suicídio. Estes resultados poderiam indicar a necessidades das pessoas com ideações suicidas procurar ajuda e a possibilidade que tem os centros assistenciais, a própria família para prevenir-se este tipo de morte (Luoma, Martin, & Pearson, 2002)

3. MARCO TEÓRICO

No campo das produções teóricas da área de investigação, e, a partir de uma ampla revisão da literatura, identificam-se 3 teorias que foram úteis como referenciais para a compreensão do fenômeno e consequente análise dos resultados. A escolha destas teorias baseou-se na complexidade do objeto de estudo e na riqueza conceitual dessas abordagens. As teorias selecionadas são: *Teoria Sistêmica*, *Teoria das Redes Sociais*, *Teoria Estrutural do Funcionamento Familiar e alguns aportes de teorias de gênero*. As 3 teorias explicam de uma maneira muito ampla a diversidade e complexidade da dinâmica familiar, o que permitirá ter uma melhor compreensão do fenômeno. Todas as teorias estão totalmente inter-relacionadas e seus pressupostos se baseiam no novo paradigma da ciência que explica a realidade social e familiar como fenômenos divergentes e subjetivos desde uma perspectiva que faz necessário entender que a família está conformada por seres humanos complexos em si mesmos, e em constante mudança.

3.1 Teoria Sistêmica e Família: A situação dos Paradigmas.

As origens da teoria sistêmica baseiam-se na física quântica, a partir da modificação na visão de mundo e a mudança de pensamento, que permitiu sair da ideia linear-mecanicista de Descartes e Newton para uma nova visão holística e ecológica. O termo ‘holístico’, do grego “holos”, totalidade, entende a realidade em função de totalidades interligadas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. Todos os seres humanos vivem num mundo em constante relação, no qual aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são todos interdependentes, intimamente interligados, sistêmicos e não se pode ter a possibilidades que um deles funcione isoladamente dos demais (Filomeno, 2002).

Antes de falar sobre o que hoje se conhece como Teoria Sistêmica e Abordagem Sistêmica – Cibernética cabe fazer uma introdução sobre a história das ideias seminais. As influências maiores na formação de campo da Teoria Sistêmica foram a Teoria Geral dos Sistemas e Cibernética. A Teoria Geral dos Sistemas foi desenvolvida por Ludwig Bertalanffy (1950), teve como objetivo o desenvolvimento de leis que explicassem o funcionamento de sistemas gerais, independentemente de sua natureza. Era também, uma tentativa de aplicar princípios organizacionais a sistemas biológicos e sociais (Rapizo, 1996). A teoria cibernética como seu nome indica tem suas origens

no grego “kybernetes”, que significa piloto, condutor. Esta palavra foi identificada pelos criadores da cibernética, Wiener, Rosenblueth e Bigelow (1942), como um termo adequado para indicar o campo do conhecimento que se ocupa da teoria do controle e da comunicação na máquina, no animal e nos sistemas sociais (Vogel, 2011).

A Teoria Geral dos Sistemas usou o conceito de retroalimentação ou feedback que emergiu na cibernética. O conceito de feedback ou retroalimentação se refere a mecanismos e processos pelos quais os sistemas funcionam com o objetivo de manter sua organização e equilíbrio (Vogel, 2011). De acordo com os pressupostos da Teoria Cibernética, os sistemas atuam em função de um objetivo, ou garantidos por estruturas reguladoras e de controle, assim, quando se dá um desvio, se desencadeiam mecanismos que servem para corrigir esses desvios permitindo voltar ao funcionamento tradicional do sistema. A retroalimentação negativa, ou feedback, indicaria a informação do desvio, sempre que houvesse algum, de maneira de assegurar e manter uma organização homeostática (Grandesso, 2000).

O *feedback* ou *retroalimentação* negativa funcionava como um elemento chave para manter a homeostases nos processos de comunicação dos sistemas, ela garantia que qualquer anomalia que fosse percebida, tência que ser retroalimentada e corrigida no mesmo momento conseguindo que este voltara e conservara a forma inicial, isto dava como resultado um equilíbrio nos sistemas sem dar lugar a possível mudanças.

A superação do pensamento reducionista encaminha ao surgimento de novas maneiras de entender os sistemas e aprova a divisão da cibernética em duas fases: primeira ordem e segunda ordem. A primeira ordem tem como princípios básicos o interesse pela objetividade, estabilidade, constância e equilíbrio. Nesta primeira fase se pode visualizar que só se conhecia um modelo estático, onde não se via a possibilidade de mudanças dentro dos sistemas, e onde se pensava em processos lineares de causa e efeito. A aparição da cibernética de segunda ordem permitiu incorporar o conceito de *feedback positivo* que entendia que os organismos vivos além de manter o equilíbrio precisavam passar por processos de mudanças que permitiram sua adaptação.

A sobrevivência dos sistemas vivos não dependia apenas de sua capacidade de morfoestase. Além de conseguir manter sua estabilidade, um sistema vivo necessitava também de ser capaz de modificar sua estrutura básica para adaptar-se às situações de mudanças do meio. Esse processo, chamado de morfogênese, não poderia ser explicado por uma *retroalimentação negativa*, mas, sim, por uma *retroalimentação positiva*, consistindo de sequências que amplificavam o desvio de modo que o organismo, adaptando-se às condições do contexto, conseguisse sobreviver. Esses processos de amplificação do desvio, por meio da retroalimentação positiva, e os processos sistêmicos de mudança, daí decorrentes, foram descritos por Magorah Maruyama (1963) como segunda cibernética, constituindo-se assim no segundo período da cibernética primeira ordem Grandesso (como citado em Filomeno, 2002).

Um aporte muito importante da cibernética de Segunda Ordem é que dá muita relevância à ideia de que o observador está inserido na observação que realiza, pois aquele que descreve suas observações, descreve a partir de si mesmo. Esta nova perspectiva da cibernética sugeriu que é impossível fazer uma separação entre o observador do mundo observado o que dá como resultado múltiplos questionamentos acerca da ideia que o conhecimento é objetivo dê previsão e controle. Grandesso, (como citado em Filomeno, 2002).

Também Maturana (1993) dá importante contribuição às ciências da complexidade e o entendimento da experiência humana. Ele faz referência ao observador por meio de um conceito que chamou *Ontologias Constitutivas*. Esta ideia surge quando ele responde à pergunta sobre o que cada ser humano faz no momento da observação. Segundo o autor o observador é alguém que opera na linguagem como participante constitutivo em tudo que ele faz como ser humano (Ruiz, 1997).

Seguindo as ideias destes autores pode-se entender que o observador é parte inerente do sistema observado e que, desde o momento que um sistema está sendo observado, existe uma influência direta e recíproca das duas partes observador–sistema observado; esta inclusão do observador nos sistemas é um dos principais aportes da teoria cibernética ao pensamento sistêmico.

Outra autora muito importante no campo deste novo paradigma da ciência e quem deu grandes contribuições na teoria sistêmica é Maria José Esteves de Vasconcellos (2002), quem sugere que este novo paradigma da ciência está baseado em três pressupostos totalmente opostos ao que se conhecia no paradigma tradicional da ciência: Complexidade, instabilidade e intersubjetividade. Com esta visão a autora explica de uma maneira muito clara o desenvolvimento do pensamento sistêmico e a mudanças do paradigma tradicional para o ão paradigma emergente da ciência. Os três pressupostos que caracterizam o ão paradigma da complexidade se baseiam nas primícias do entendimento dos fenômenos sociais como irregulares, subjetivos, inacabados e em constantes mudanças.

O paradigma tradicional da ciência considerava a subjetividade como uma questão secundária e outorgava maior valor para a objetividade, com esta nova proposta de paradigma da ciência esta realidade muda ao ponto de tornar-se o contrário. Neste sentido Maturana (2005), propõe que para poder entender e explicar a complexidade dos fenômenos naturais é preciso colocar a subjetividade fora dos parêntesis e a objetividade dentro dos parênteses. Colocando a objetividade entre parêntesis se intenta explicar *“que não há verdade absoluta E que existem muitas verdades distintas em muitos domínios distintos”* Pag. 48

No campo das relações humanas a proposta da objetividade dentro de parêntesis é também uma questão aplicável e necessária. Segundo Mendez, Conddou, & Maturana (2003), colocar a objetividade entre parêntesis é aceitar que os seres biológicos não têm acesso a uma realidade objetiva e que os fatos objetivos já não permanecem presentes, o que os permite sentir-se livres da necessidade de achar que os seres humanos têm a oportunidade de aceder a uma realidade única usada para avaliar nossas afirmações.

Na mesma direção surge outro enfoque com visão sistêmica, dessa vez mais centrado nos processos comunicacionais da família, que se soma à esta abordagem sistêmico cibernética e que traz aportes muito importantes para o entendimento da família. Bateson (1904-1980), foi um dos primeiros mentores do enfoque sistêmico – comunicacional da família, publicando diferentes artigos com uma base antropológica e cultural muito marcante. Seu enfoque teve seus fundamentos científicos bastante influenciados pela Teoria dos Sistemas e os princípios da

Cibernética, levando-o a uma análise profunda dos problemas enfrentados nos processos de aculturação e comunicação (Roiz, 2008).

Para um melhor entendimento da teoria da comunicação serão apresentados alguns axiomas propostos por Bateson e Watzlawick (1973): 1. Nas interações é impossível de não comunicar 2. Todo processo de comunicação tem aparência de relato (conteúdo) e de ordem (relação) 3. A natureza própria das relações depende de da pontuação das sequências comunicacionais 4. Os seres humanos se comunicam de maneira verbal e não verbal.

A comunicação é uma característica básica dos seres humanos que funciona de maneira natural e inclui todos os espaços de inter-relação dos seres humanos sem importar o meio utilizado para a comunicar. De acordo com Watzlawick, Helmick, & Jakson (1973), é impossível que um ser humano não se comunique. De acordo a estes autores a comunicação é muito ampla e os seres humanos se comunicam por meio de uma grande diversidade de mensagem “...*atividade ou inatividade, palavra o silencio tudo possui um valor de mensagem, influência de outros em estes outros, por sua vez não podem não responder a essas comunicações e por tanto também estão comunicando...*” pag. 45.

Os estudos sobre família nesta linha dão grande relevâncias aos processos de socialização da família com a cultura e a influência dela no desenvolvimento. Bateson (1988) propõe como hipótese fundante que a família é um grupo peculiar que está sempre em contato com outros grupos sociais, e, ao mesmo tempo, é uma unidade específica de cultura e costumes. Também a assume como uma estrutura sociocultural que tem memórias coletivas ligadas a aspectos genealógicos, mitos e outras situações relevantes dentro de seu contexto. Bateson (como foi citado em Roiz, 2008).

A influência da cultura na vida humana também é retomada por Edgar Morin, um dos autores com grande influência nos estudos do pensamento sistêmico complexo. Segundo Morin (1995), uma das principais características das relações humanas é a cultura quem é organizada e atua de forma organizadora por meio da linguagem a partir das vivencias coletivas e do conhecimento adquiridos, aptidões aprendidas, consciência histórica e carências místicas de uma sociedade.

O surgimento deste novo enfoque sistêmico é aplicável em qualquer contexto. No caso de estudos com família há disponibilizados grandes aportes que permitem uma melhor compressão da dinâmica familiar. A adoção da Perspectiva Sistêmica implica em entender a família como um sistema complexo e mutável, composto por vários subsistemas que se influenciam mutuamente, um exemplo são os papéis conjugais e parentais, exercidos pelo mesmo integrante, mas de formas distintas a mesma maneira em que são entrelaçadas (Kreppner, 2000).

O enfoque sistêmico tem tido influência no campo da psicologia clínica, neste espaço a visão da terapia sistêmica enxerga a pessoa que traz a queixa e seu sintoma não como o foco central para ação, mas estes são percebidos como o indicativo de que algo não está funcionando bem na família, transferindo o foco principal para as relações de forma ampliada. A pessoa com o sintoma, denomina-se como paciente referido que é a pessoa que leva a família à terapia. Dentro dessa visão, não significa que o problema é do paciente referido somente, mas sim que o problema passa por todos os membros da família (Filomeno, 2002).

Portanto, o foco da Teoria Sistêmica está nas relações familiares e a proposta terapêutica é trabalhar com todos os membros da família juntamente. Uma vez que se entende a família como um sistema de interação, em que cada um de seus membros tem responsabilidades e funções para desempenhar, criando assim um jogo de interdependência e inter-relação, seria então contraditório pensar que somente um membro está “doente” (Filomeno, 2002).

3.1.1 O suicídio desde a perspectiva sistêmica

A morte por suicídio envolve não só a pessoa que morreu, também todo o sistema familiar e o entorno social em que a pessoa se desenvolvia, o impacto desta perda implica muitos sofrimento e mudanças para a família. O suicídio por ser um tema tão difícil de entender, Segundo Silva (2009) pode ser explicado desde os 3 pressupostos da complexidade propostos por Esteves de Vasconcellos (2002): complexidade, instabilidade e intersubjetividade.

Por ser o fenômeno do suicídio multicausal, são muitos os fatores e condições que poderiam influir no suicídio, este não pode ser visto de uma maneira linear e não pode ser descrito em termos de causa e efeito, em muitos estudos se mencionam fatores de risco que poderiam ter algum tipo de relação com a conduta suicida e não uma causa específica (Silva, 2009). Para entender os possíveis fatores de risco é necessário ter-se uma visão complexa, pois os mesmos envolvem inúmeras influências de todo um contexto histórico, social, cultural, espiritual, psicológica, psiquiátrica (Werlang & Botega, 2004).

De acordo com Sheideman (1985), uma morte por suicídio está envolvida de muito sofrimento, as pessoas que morrem de esta maneira acreditaram que a situação que estavam experimentando não tinha outra saída que não fosse tirando sua vida. Neta direção Silva (2009), faz uma relação entre um dos pressupostos do paradigma sistêmico que é a intersubjetividade, a “objetividade entre parênteses. Trata-se da maneira como a própria pessoa interpreta os acontecimentos em sua vida pessoal, uma situação difícil de entender para as pessoas a seu redor e também para os profissionais que trabalham nesta área, ninguém consegue entender os motivos daquela pessoa, para se ver tão sem saída. A decisão de suicidar-se se relaciona com o significado que uma pessoa dá às situações pelas que está atravessando, o ato pode ser produto de um impulso no momento a uma decisão planejada baseada nas circunstâncias de sofrimento que a pessoa estava atravessando.

As famílias que experimentam uma morte por suicídio atravessam por um momento que pode ser extremamente doloroso, devastador e traumatizante. Os tabus culturais, sociais e religiosos influenciam e faz o momento ainda mais doloroso. Uma das principais funções do sistema família é cuidar, o que significa que perder um de seus membros, provoca uma forte sensação de fracasso. Reações físicas, comportamentais, emocionais e sociais podem perdurar individualmente por meses ou anos. Embora as famílias, com frequência, sofram por não terem conseguido interpretar os sinais que indicariam alguma intenção da pessoa se matar, é apenas após o suicídio consumado (ou mesmo tentativa) que estes sinais conseguem ser interpretados. Esta realidade poderia ser entendida por meio do conceito da instabilidade do paradigma sistêmico, envolvendo os aspectos de indeterminação, imprevisibilidade, irreversibilidade (Silva 2009).

3.1.2 Perspectiva de gênero

A visão de família que hoje em dia segue sendo reconhecida por muitas sociedades tem uma influência da Roma antiga, onde se colocou ao homem como o principal membro da família e o centro do seio familiar e a mulher era considerada coadjuvante. O homem tinha o “poder” sobre tudo na família: a mulher e os filhos. Dessa maneira a mulher não tinha nenhum tipo de direito nem valor, os homens tinham até o controle da sexualidade dos corpos o qual tinha vantagens no controles dos papéis sexuais e sociais (Scott, 1995). Nossa cultura é produto dessa influência patriarcal desde os tempos da colonização e marcou a vida da família Brasileira. Apesar de todos os esforços ainda hoje prevalece em muitas famílias esta visão machista e hegemônica.

O modelo de família tradicional a mulher sempre ocupou o lugar fundamental da maternidade colocando-lhe como um elemento indispensável para a sobrevivência da unidade familiar, a mulher há sido e segue sendo educada na maioria de vezes para o desempenho do cuidado, mantimento e as tarefas domésticas da família. Essa missão de desenvolver roles de mãe cuidadora e esposa é sua principal tarefa no contexto familiar. No âmbito de cuidados da saúde também o papel da mulher-mãe aparece como aspecto fundamental e como principal cuidadora dentro da família. (Favaro, 2007; Gutierrez, 2009), influenciado por essa cultura patriarcal o homem foi e é educado para ocupar um lugar distante do contexto doméstico e para exercer o trabalho fora de casa (Gomes & Resende, 2004).

Desde crianças os meninos e menina são criadas de maneiras diferentes, uns dos aspectos mais importantes que promove o machismo é o fato de que os meninos por ser homens são treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais e a internalizar neles que a dor é uma questão só para mulheres, neste contexto os homens acreditam que sim eles choram se estão rebaixando ao nível da condição feminina. Muitas vezes este tipo de situações não são apenas aprendidas no contexto familiar, senão também reforçadas na escola, permitido que os meninos aprendam a praticar de esportes, onde está presente a violência, e demonstrar a força que, por serem homens têm. Duby, 1990 como citado em (Braz, 2005).

Com este tipo de aprendizagem os homens vinculam uma imagem masculina ligada ao não ser débil, como a mulher, pelo contrário a ser forte, capaz, protetor, violento, decidido e corajoso. Este

tipo de conduta por um lado garante o ideal de ser do homem, por outro, suas práticas atentam e impedem a função de auto conservação. Manter o ideal do homem forte implica um grande fator de risco para a saúde dos homens, porque com os desejos de sustentar o ideal de 'homem heroico', eles preferem manter um silêncio quanto à procurar ajuda do cuidado médico porque isto poderia mostrar sua fragilidade e não a imagem do homem forte que não sofre nem precisa ajuda de outros, (Braz, 2005).

No longo da história e com as novas perspectivas de gênero a concepção de família tem evoluído e com as mudanças ocorridas no século XX, produto de movimentos sociais como o movimento feminista, a visão de família moderna alterara a identidade e o lugar da mulher dentro do contexto familiar, mas ainda segue sendo uma questão que precisa de grandes esforços para conseguir a igualdade de direito entre homens e mulheres (Rocha-Coutinho, 2003; De Marque, 2006).

Entendemos que nós somos produtos de uma cultura que nos impõe na maioria dos casos a maneira de como temos que comportarmos e os papéis que devemos exercer em todos os espaços que nós desenvolvemos, se pode considera que assim como aprendemos a comportamos também podemos aprender a desconstruir e mudar certos comportamentos neste sentido Boris (2002), faz referência "o homem não nasce homem, ele se torna homem". Portanto, se também a masculinidade pode ser ensinada e construída, supõe-se que da mesma maneira como se construiu essa concepção de papel de homem poder se desconstruída para ser construída novamente desde outra visão. Ou seja, o ser humano não é predeterminado, mas socialmente construído

O pensamento sistêmico será de muita utilidade para a compressão do presente objeto de estudo porque permite abordar a realidade das famílias que viveram a perda de um membro jovens desde a complexidade que este fenômeno demanda. Retomando os pressupostos deste novo enfoque se entendera as vivências Socioafetivas e a dinâmica familiar desde o ponto de vista da subjetividade e não achando que por meio do estudo se chegará a uma verdade absoluta, mas sim aproximar-se da realidade que acontece nestas famílias. Também a proposta da teoria sistêmica aplicada na psicologia que entende a família como um sistema de interrelação entre seus membros ajudará na compreensão de que não é possível estudar o fenômeno do suicídio de uma maneira isolada e que

é necessário o entendimento deste fato a partir de uma perspectiva holística, visto que o suicídio afeta não apenas o sujeito que se suicidou, mas toda sua completude social, sendo estes: a família, amigos, vizinhos.

3.2 Teoria estrutural do funcionamento familiar: As dinâmicas em questão.

Esta teoria tem como principal expoente Salvador Minuchin médico e terapeuta de família na década de 1970. Esta abordagem tem tido grande influência no entendimento e tratamento dos fenômenos familiares. Supõe que a família se organiza por meio de padrões que, uma vez conhecidos, decifram o entendimento de sua dinâmica (Minuchin, 1990).

Minuchin (1990) define a família como um conjunto invisível de exigências funcionais que permite ter uma organização e comunicação entre os membros que conformam a família. Também a família é considerada como um sistema que se move através de padrões transacionais. Os indivíduos que conformam cada família podem construir subsistemas, que normalmente se constituem por afinidade, como geração, sexo e interesse, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam diretamente os outros membros. A família, como uma unidade social, enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo a nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes.

A família é um sistema vivo e em constante evolução, mudanças e desenvolvimento. Este sistema pode ter influência do próprio contexto, ou dos membros que formam a família (Reyna, Salcido, & Arredondo, 2013). Para poder compreender o funcionamento e a dinâmica familiar é necessário entender que o núcleo familiar está constantemente mudando e adaptando-se às circunstâncias pelas quais vai atravessando. A evolução é um processo natural dos seres humanos é dos sistemas vivos. No caso da família acontece quando experimenta transformações como o nascimento de um novo filho, a morte de alguém ou qualquer circunstância externa que exija uma adaptação do sistema.

O desenvolvimento da família envolve todo tipo de interações dentro das etapas do ciclo vital que pode ser interna ou externas. A interação externa se dá dentro da família, mas com influência

do contexto social e cultural. Segundo esta teoria a família poder ser vista como um sistema que opera dentro de outros sistemas mais amplos e apresenta três características:

- a) sua estrutura é a de um sistema sociocultural aberto, sempre em processo de transformação;
- b) se desenvolve em uma série de etapas marcadas pelas crises que obrigam a modificar sua estrutura sem perde sua identidade (Ciclo vital); c) é capaz de se adaptar à evolução das circunstâncias e as mudanças de entorno, modificando suas regras e comportamentos para acoplar-se às demandas externas (Minuchin, 1990, p. 24)

Entendendo que a família não é um sistema insulado, as características expostas anteriormente servem para compreender que as famílias precisam destas modificações e de flexibilidade para ter a capacidade de adaptar-se quando circunstancias do meio o exijam. Segundo Minuchin (2004), a família deverá responder a mudanças internas e externas e deverá estar preparada para as transformações que permitam enfrentar os diferentes momentos, sem perder a continuidade que gera um marco de referência para seus membros.

Todos os Sistemas Familiares contem subsistemas que ajudam a desempenhar suas funções, estes subsistemas estão compostos por: o *Conjugal* formado por ambos membros do casal, o *Paternal* constituído por pais com filhos e o *Fraterno* formado pelos filhos. Todos eles estão conformados por sistemas pessoais (Aguiluz, 2003).

Para que os subsistemas familiares consigam funcionar bem dentro deles, precisam ter algumas características de relações mútuas. *O subsistema conjugal* se forma quando duas pessoas se unem com a ideia de conformar uma família, a principal qualidade que deve ter este subsistema é a complementariedade e acomodação mútua, isso ajudará para que cada membro do casal ceda sem sentir-se invadido por o outro. *O subsistema parental* se alcança com a chegada do primeiro filho, aqui o sistema conjugal deverá intentar a socialização com o filho sem esquecer o apoio mútuo entre o casal que caracteriza ao sistema conjugal, se deverá colocar um limite para o acesso à criança e ao mesmo tempo que exclua das relações conjugais. *O sistema fraterno* é o primeiro

contado que as crianças têm para desenvolver relações sociais com outros indivíduos iguais, nestes espaços as crianças aprendem negociações, competências e a compartilhar com seus irmãos (Minuchin, 2004).

A Teoria estrutural de funcionamento familiar explica a composição, estrutura e as interações que existem entre os membros da família. Para Minuchin (2004), a estrutura da família são as demandas invisível que permitem a organização das diferentes maneiras de interação entre seus membros, a família é um sistema que atua de acordo as pautas transacionais, estas pautas repetitivas estabelecem padrões que são seguidos por os membros e que através delas se pode identificar como e com quem interatuar. Esta explicação se pode compreender mais claramente com um exemplo proposto por Minuchin: Quando uma mãe fala para seu filho que tome o suco e o filho obedece, esta interação definira quem é ela em relação a ele e vice-versa, quem é ele em relação a ela, nesse momento e nesse contexto. Este exemplo fala de relação de mãe e filho, mas dentro de sistema familiar existem múltiplas interações entre todos os membros da família, e são elas quem vão regular que tipo de relação existem de acordo ao momento e contexto.

As pautas transacionais ajustam a conduta dos membros de uma família e são mantidos por dois princípios. O primeiro é geral e universal implica todas as regras que governam a uma família, por exemplo, existe uma hierarquia entre pais e filhos onde as autoridades entre ambos são diferentes e o segundo sistema é idiossincrático implica as expectativas e vivências mutuas dos membros das família, estas expectativas tem suas origens nas negociações implícitas e explícitas pelos membros de uma família que vão se formando com as experiências e rotinas diárias no ambiente familiar (Minuchin, 2004). Como podemos observar as regras que regem a dinâmica familiar estão influenciadas de certa maneira por parâmetros sociais que determinas como deverá ser organizada a família em quanto a autoridade e o cumprimento das regras, mas também tem ou outro aspecto que é mais interno da família e que dependerá de fatores pessoais e das regras que sejam instituídas entre cada membro que compõe a família.

De acordo a esta perspectiva para compreender o funcionamento familiar é necessário analisar a *Estrutura, Processo e Dinâmicas Internas e Externas* que influem no desenvolvimento psicossocial de seus membros. A estrutura do sistema familiar é determinada pelo ambiente e pelos

membros que compõem a família. Ou seja, não se pode falar de uma estrutura fixa ou geral, porque cada família é diferente e está composta por membros diferentes.

Dentro de cada sistema familiar se encontram hierarquias e papéis que são assumidos por cada subsistema familiar. Os subsistemas têm estruturas que são formadas por um conjunto de regras encobertas que determinam os relacionamentos entre seus membros. As transações relacionais situam o lugar de cada membro da família, estabelecendo seu papel e a forma com que é exercido. Quando repetidas, as transações relacionais formam padrões permanentes que são chamados de *Padrões Transacionais* (Minuchin, 1990).

Outro aspecto muito importante dentro do funcionamento no ambiente familiar são os limites presentes nos subsistemas e que estão constituídos pelas regras que definem que membros participam e de que maneira. A principal função dos limites é garantir a proteção das diferenças do sistema o que ajudará para que o funcionamento familiar se desenvolva de forma adequada, estes limites deverão de estar marcados de uma maneira clara. Todo subsistema familiar apresenta funções e demandas específicas entre seus membros, se os limites estão definidos com suficiente precisão é permitido que os membros dos subsistemas desenvolvam suas funções sem interferências (Minuchin, 2004).

Existem diferentes maneiras que um sistema familiar seja afetado por situações de estresse. Minuchin (2004) expõe várias ocorrências onde os níveis de estresse na família aumentam, um deles é produzido por esse processo de adaptação diante uma diminuição do número de membros da família, causada pela morte, a separação, divórcio. Este autor dá um exemplo para entender com maior precisão: Quando um casal se separa é necessário o desenvolvimento de novos subsistemas. Neste caso a unidade dos pais e filhos deve mudar para a unidade de um pai com os filhos com um outro pai excluído. Também explica que uma das principais funções da família consiste em dar apoio entre seus membros quando um deles se encontra afetado por estresse e os demais membros sentem a necessidade de acomodar-se às novas circunstâncias e que esta acomodação pode delimitar-se a um subsistema o que pode expandir-se em tudo o sistema familiar.

A proposta desta teoria é de grande relevância no estudo da dinâmica familiar, porque por meio dela podemos compreender o papel exercido por cada um dos membros de uma família, a hierarquia, seus costumes e regras. Ademais permitem entender as interações entre os membros e as mudanças que acontecem durante o ciclo de vida de cada família. No caso das famílias que perderam a um membro jovens por suicídio, esta teoria ajudará a entender como foram as pautas transacionais entre os membros da família e o jovem que morreu, os papéis (*roles*) e as hierarquias de cada membro da família e na atualidade como a família tem vivenciado a perda e se tem conseguido adaptar-se a essa situação que implica uma modificação na dinâmica familiar.

3.3 Redes Sociais e sua importância.

Os estudos das redes sociais têm sua origem nos anos 40 e mais tarde se desenvolveu nos anos 60, de maneira especial na psicologia e sociologia e posteriormente se estendeu a todas as áreas das ciências sociais. O conceito da *Rede Social* é muito complexo para ser definido de uma única maneira. Para encontrar uma definição é necessário que seja visto desde uma ampla rede conceitual que sustente, estrutura, conteúdo e principais definições. Comumente se encontram definições e conceptualizações múltiplas sobre redes sociais (Orozco, Llanos, & Garcia, 2003).

As definições de rede social pessoal ou *Rede Social Significativa* está vinculada com a ótica sistêmica utilizada para trabalhar com terapia familiar que envolve as relações do meio micro social do indivíduo. Bateson (1988) ajuda a ver que as fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem todos os espaços momentos, pessoas, família e meio físico com que interage. Também as fronteiras importantes de indivíduo não só incluem a família nuclear ou extensa, mas incluem todos as conexões interpessoais que o indivíduo vai construindo nas suas vivências diárias (Sluzki, 1997).

Por natureza os seres humanos são seres sociais que precisamos do contato com as demais pessoas. As inter-relações com o meio social começam desde antes de nascimento e se prolongam por toda a vida, elas formam parte do crescimento pessoal e social indispensável para o desenvolvimento humano. A teoria das redes sociais explica estas relações que formam parte da interação de cada pessoa com o meio social. Existem diferentes redes sociais que são fundamentais nas vivências e servem como um apoio nas diferentes situações da vida. Na sequência se

apresentarão alguns conceitos básicos dentro da teoria das redes sociais, úteis à presente investigação.

Carlos Sluzki um dos autores com maior influência nas investigações sobre redes sociais explica que existem diferentes tipos de redes sociais, porém aqui se descrevem as redes pessoais e redes sociais. A rede social pessoal poderia entender-se como todas as relações que são significativas para uma pessoa. Essa rede corresponde a um conjunto de relações interpessoais que contribuem grandemente para que um indivíduo consiga seu próprio reconhecimento como pessoa, as redes também formam parte fundamental da experiência individual de identidade, bem-estar competência, incluindo aspectos como os hábitos de cuidados da saúde e o desenvolvimento de capacidades para atuar quando se está vivenciando uma crise (Sluzki, 1997).

Sluzki (2003) também define as redes sociais como:

Conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais. De fato, essa experiência coerente no tempo e no espaço que constitui nossa identidade se constrói e reconstrói constantemente no curso de nossas vidas com base em nossa interação com os outros (...) esses outros (...) co-construtores, fazem parte intrínseca de nossa identidade Sluzki, (como citado em Gutierrez. 2009, p.84)

As redes sociais pessoais de todo ser humano incluem todos os grupos com que este se relaciona, pode ser a própria família, ou grupos de amigos e da escola, conhecidos no ambiente, no trabalho e as relações que resultam da participação em organizações comunitárias formais e informais abrangendo grupos religiosos, inserção na política, quaisquer grupos sociais recreativos, ou profissional, as redes sociais incluem de fato todas as pessoas com quem se interage. Estes espaços sociais acompanham às pessoas em seus processos evolutivos a longo de toda a vida e constituem aspectos chave para o desenvolvimento da identidade e da história pessoal (Sluzki, 2010).

Uma das funções básicas das redes sócias é a disponibilidade do apoio social para sujeitos que estão precisando acompanhamento, este apoio se dá por meio das ações, processos e os recursos que são ativados nos contextos de relação e colocados aos serviços para a satisfação de necessidades individuais e coletivas. As redes dão referência da maneira como se estabelecem as relações sociais, que correspondem aos conjuntos de ações, significados e emoções entre sujeitos individuais e coletivos (Lozano & Cadavid, 2009).

Os estudos sobre as redes sociais coincidem com o papel fundamental que exercem as redes sociais em nível pessoal e em níveis sociais. Quando uma pessoa ou um grupo de pessoas está atravessando dificuldades as redes sociais são um dos principais pilares de suporte para o enfrentamento de qualquer situação-problema. Para Orozco, et al., (2009) a presença de uma rede social promove a consolidação das interações de diferentes autores sociais que ajudaram na resolução de dificuldade e satisfação de necessidades dentro da participação social. Pertencer a uma rede social também é parte essencial para consolidar a interação de diferentes atores e sua identidade. O objetivo fundamental das redes sociais é a construção de interações para colaborar com resolução de problemas e a satisfação de necessidade dentro da participação.

Partindo do ponto de vista da saúde em seu amplo sentido: saúde física, mental e emocional, as redes sociais são um grande apoio para as pessoas que estão sofrendo alguma situação que provoca instabilidade à sua saúde. Para Sluzki (2010), uma rede social pessoal, sociável e ativa produz grandes benefícios sobre as pessoas: Melhorara a resistência emocional e quando há situações de doenças as pessoas se consegue recuperar com maior facilidade, uma rede social também funciona como um amortecedor frente as doenças e a morte. Uma rede social fiável proporciona apoio emocional, sentido de valor, motivos para manter-se com vida quando as situações complexas estão afetando a estabilidade emocional.

As redes sociais cumprem algumas funções como são: acompanhar a pessoa para que sinta que tem um apoio social e emocional, consolar; dar conselhos, informar; possibilitar regulação social, relembrar normas sociais; oferecer ajuda ofertando bens materiais e acesso a novos contatos, introduzir a pessoa em outras redes de interação. Este último aspecto é muito importante porque

quando uma pessoa consegue acessar às outras redes de apoio social pode ser um momento decisivo em tempos de crise. Fontes e Stelzig, (como citado em Gutierrez, 2009).

O funcionamento das redes sociais pessoais é diferente com cada pessoa e cada grupo social, por natureza própria existem pessoas que tendem a ter uma maior capacidade para relacionar-se a nível social pelo que não é possível generalizar as mesmas características das redes para todas as pessoas. De acordo com Sluzki (2010), as características das redes sociais variam de pessoa a pessoa e estão influenciadas por aspectos contextuais e de diferentes estilos nas relações individuais. É inevitável que as pessoas extrovertidas é dizer as pessoas com maior propensão a conectar com outros tenham uma rede social mais enriquecida que as pessoas introvertidas que possivelmente terão uma rede social mais escassa e menos variada.

No entanto, independentemente da magnitude e dos estilos de vida de cada um, todas as pessoas em maior ou menor medida pertencem a redes sociais e precisam delas. As circunstâncias própria da vida obriga aos seres humanos a vivenciar diversas situações agradáveis, ou momentos difíceis que necessitam de um maior apoio social.

Esses momentos difíceis e mudanças na vida em certas ocasiões são vivenciados como processos dolorosos e de perdas para cada indivíduo e para o sistema familiar. Por exemplo, a mudança de contexto, a perda de emprego, a perda de um ser querido. Em outras ocasiones pode ser a perda de um atributo físico como alguma parte de o próprio corpo e assim muitas outras perdas que tem valor e significado para as pessoas. Depois que uma pessoa experimenta uma situação de crise, qual seria o processo pelo qual a experiência começa a cicatrizar e esses vazios a serem preenchidos (Sluzki, 1997).

É exatamente na interação de cada pessoa ou grupo com os diferentes espaços de redes sociais que a troca de experiências com outros permite a amenização da dor, pois, "*Essas experiências independentemente da intensidade são esfriadas pelo efeito mediatizante da linguagem*" (Sluzki, 1997 P. 27). Como se pode observar as redes sociais são parte essencial dos processos facilitadores que contribuem para manter a estabilidade e brindar apoio aos grupos sociais e, em especial, no próprio contexto familiar para enfrentar ocasiões de crise ou trauma.

A teoria das redes sociais irá reforçar o entendimento da dinâmica familiar a partir do apoio recebido pelas diferentes redes sociais nas famílias que sofreram a morte de um membro jovens por suicídio. Esta teoria ajudará a identificar quais foram as redes sócias significativas que estiveram presente neste momento e qual foi o papel que elas desenvolveram como suporte para lidar com o acontecimento que se está vivenciando. Também por médio desta teoria se poderá conhecer a importância que têm as redes sociais na intervenção em crises ante uma situação deste tipo e o apoio recebido por parte de amigos, família, vizinhos, igrejas ou os serviços de redes sociais de parte das equipes especializadas para abordar estas situações.

4. MARCO METODOLÓGICO

A natureza do fenômeno que se buscou estudar é complexa e conta com uma reduzida base de informações prévias. Em vista disso, se trabalhou com uma abordagem qualitativa. A mesma permite compreender as vivências das famílias de maneira mais ampla, ou seja, entender os significados das experiências de cada membro/integrante da família e de cada uma das famílias enquanto unidade. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se ocupa do universo dos significados, motivos das crenças, dos valores e das atitudes ligadas aos fenômenos sociais. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (Minayo, 2010).

Segundo Rey (2002) o paradigma qualitativo é uma maneira de satisfazer as exigências epistemológicas próprias da subjetividade como parte essencial do indivíduo e das diferentes formas de organização social, é um esforço por busca das de conhecimento de uma maneira diferente do método tradicional na área de psicologia, isto permite a criação teórica acerca de realidades complexas, diferenciadas, plurideterminadas, irregulares e históricas.

Também é uma pesquisa de tipo exploratória por ser um tema que tem ainda muitos aspectos que precisam ser estudados e aprofundados. O objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado, como se referem os

autores Deslauriers e Kérisit: “*Una pesquisa qualitativa de natureza exploratória possibilita familiarizar-se com as pessoas em suas preocupações*” (2010, P. 130).

O enfoque e postura epistemológica desta pesquisa está baseado no paradigma novo emergente da ciência, não positivista, intersubjetivo que ajudou para entender o fenômeno como uma realidade contraditória e divergente o que permitiu identificar o que os seres humanos sentem abertamente transpassando a lógica da uniformidade. Também em todo o processo de pesquisa, durante as observações em cada visita a pesquisadora se coloca como parte da mesma e não como um agente diferente dos participantes, fazendo uma interação direta entre pesquisadora e as famílias permitindo uma imersão no ambiente natural que procurou analisar a realidade como os participante experimentam suas vivencias dentro do sistema familias. O fato que a pesquisadora teve um contacto inicial com o Bairro antes da coleta de dados ajudou para ter uma melhor compreensão do fenômeno no próprio contexto histórico, sócio-cultural dos participantes.

4.1 Contextualização do Local.

A pesquisa se realizou com famílias da zona urbana no Barrio de Petrópolis, situado ao sul da cidade de Manaus. Este Barrio foi criado no dia 24 de setembro de 1951, tem uma área territorial de 196,000 hectares. É o segundo bairro mais populoso de Manaus com cerca de 46 mil habitantes, tem limites com vários bairros, é de fácil acesso, tendo várias linhas de ônibus. (Ribeiro, Ribeiro, Coelho, & Batista, 2010). É possível apreciar casas com uma infraestrutura muito boa, mas também existem espaços com moradias bastante rudimentares, e, ainda outras, notadamente pobres denotando sua baixa condição econômica.

A comunidade goza de diversos estabelecimentos comerciais, como padarias, loterias, farmácias, mercadinhos, sorveterias, lojas de eletrodomésticos, serrarias e restaurantes, gerando oportunidades para que pequenos e microempresários possam desenvolver a economia local. No entanto, poucos são os moradores que conseguem emprego no próprio bairro. Essas condições adversas se devem ao reduzido número de emprego gerado pela atividade comercial do bairro, quase sempre em forma de negócio familiar. De acordo com levantamento estatístico realizado pela Associação de Moradores do Bairro de Petrópolis (SOMAP), aproximadamente 600 crianças,

na faixa etária entre zero a cinco anos, estão fora das creches da rede pública. (Ribeiro, et al., 2010).

Muitos moradores do bairro se instalaram no local por ocasião da grande enchente do rio Amazona, em 1953. Famílias de várias cidades do interior do Amazonas tiveram suas casas destroçadas pela força da água e migraram para Manaus em busca de abrigo. Depois disso, se apresentaram alguns problemas territoriais. Vinte anos após a chegada dos primeiros moradores, apareceu um novo dono das terras, de sobrenome Monteiro, que passou a reivindicar a posse de alguns terrenos. Os moradores que não queriam perder o terreno tiveram que pagar pela área (Ribeiro, et al., 2010).

Em Petrópolis existe a paróquia São Paulo Apóstolo, que desenvolve vários projetos com diferentes grupos dentro do próprio bairro. A igreja é bem ativa em sua relação com a comunidade e tem constituídas várias pastorais: da pessoa idosa, da juventude, das crianças. Todas estas pastorais trabalham em coordenação com o sacerdote e a própria paróquia. As reuniões acontecem periodicamente no momento em que se planejam as atividades e avaliam o desempenho do trabalho que se faz com a comunidade.

4.2 Participantes.

Para a localização das famílias, utilizou-se como ponte a Paróquia São Pedro, por meio da qual se conseguiu identificar alguns casos de suicídio entre jovens. No total, foram identificados seis casos de famílias que sofreram a morte por suicídio de um membro jovem no Barrio. Tais famílias foram contatadas para verificar a viabilidade de obtenção dos dados referentes aos suicídios. Do total, no começo da pesquisa quatro famílias concordaram em participar, mas uma vez a pesquisa começou duas famílias desistiram de participar, com ajuda do líder da igreja se conseguiu identificar outros casos quem foram convidados e só uma família aceitou participar. No final se entrevistaram 3 famílias. Todos os jovens que morreram se encontravam na faixa etária de 22 a 26 anos, todos são de sexo masculino e as mortes ocorreram entre os anos de 2013 e 2016.

Os critérios de inclusão dos participantes foram:

1. Famílias moradoras/residentes do bairro em questão que viveram a experiência da perda de um membro jovem;

2. O jovem que cometeu suicídio deve ter idade entre 22 e 26 anos;
3. A morte do jovem se deu no período mínimo de um ano entre a consumação do suicídio e a realização da entrevista,
4. Famílias que concordaram em ser entrevistadas,
5. Ser maior de 18 anos.

O critério temporal que estabelece o período mínimo de um ano se baseia em dados da literatura que indicam que falar sobre o ocorrido acarreta emoções e sofrimentos que devem ser considerados para o bem-estar da família, bem como no fato de que depois de um ano da morte a família consegue assimilar e entender de uma melhor maneira o acontecido e ver a dor com certa perspectiva e continuar a vida com uma maior plenitude (Neimeyer, 2007). A escolha que todos os participantes são homens não foi um critério predeterminado pela pesquisadora, senão foi uma escolha a partir da realidade do Bairro, que todas as famílias que concordaram em participar da pesquisa haviam perdido a um membro jovens do sexo masculinos por suicídio.

4.3 Instrumentos.

Autópsia Psicológica e Psicossocial

Utilizou-se como instrumento a Autópsia Psicológica e Psicossocial, instrumento que foi adaptado a partir dos estudos seminais de Shneidman (1969), para atender a investigação do fenômeno de suicídio entre idosos no Brasil. Trata-se de método que organiza, padroniza, socializa e propõe um fio condutor para análise dos dados provenientes dos materiais de campo, situando-se especificidades individuais, sociais, locais e regionais (Cavalcante, et al., 2012).

Esse instrumento envolveu um roteiro de entrevista semi-estruturada, que é um tipo de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas, tendo como eixo condutor a investigação de certo fenômeno. Essa modalidade de entrevista difere em relação ao grau de liberdade dado ao entrevistado, concedendo-lhe maior oportunidade de expressão (Minayo, 2008).

A entrevista sem-iestruturada, também chamada entrevista em profundidade, foi composta por duas partes. A primeira é uma ficha de identificação com informações pessoais do sujeito que

morreu por suicídio e sua família, contendo adicionalmente dados gerais do entrevistado, iniciais do nome, idade e grau de parentesco com a vítima. A segunda é um roteiro de entrevista que contem 45 perguntas relacionadas ao ambiente social em que os sujeitos se desenvolveram, seu estilo de vida, relações interpessoais e com a família, avaliação do ato fatal, estado mental do jovem quando aconteceu o suicídio, imagem da família e as redes de apoio para o enfrentamento da situação (ANEXO 2)

A proposta inicial de entrevista semi-estruturada (Autópsia Psicológica e Psicossocial) foi submetida a algumas adaptações, inserindo perguntas relacionadas aos modelos de desenvolvimento mais ligados à juventude e às vivências em alguns aspectos importantes que se adequam ao perfil de jovens, tomando em considerações as especificidades dos estilos de vida e fase de desenvolvimento dos sujeitos jovens.

Como é uma entrevista semi-estruturada, permitiu-se o uso flexível do roteiro, tendo a oportunidade de aprofundar em tópicos que foram considerados importantes que decorreram do momento da entrevista. O tempo da entrevista variou de acordo com as condições da família, estima-se aproximadamente uma duração entre 1:30 e no máximo duas horas.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente realizou-se a confirmação dos casos já rastreados, por meio de grupos organizados da Igreja São Pedro, conforme ficou acordado com o líder local (sacerdote dessa paróquia). Dos quatro casos que se pretendia trabalhar no final só se conseguiu a entrevista com três famílias porque a outra família no momento desistiu de participar. O líder da igreja entrou em contato com as famílias, e convocou para ter o primeiro encontro. Quando as famílias marcaram data e lugar de sua preferência para fazer a entrevista, o líder da igreja encaminhou para a entrevistadora os nomes e número de telefones de pessoas responsável por parte da igreja para que acompanhassem até a casa das famílias para apresentar à pesquisadora.

Adotou-se concepção nativa de família aceitando a participação de todo e qualquer um que a própria família indicar como relevante para a entrevista, como vizinhos, amigos e demais pessoas que ficaram muito perto do sujeito e tem informações significativas sobre o fato. Para definir o

que é família, é necessário entender a realidade própria de cada sistema familiar, pois os limites da família são definidos pelos laços e relações afetivas, pela intimidade e não só pelo parentesco, pela consanguinidade e/ou pelo sistema legal que rege as relações familiares (Hodkin, et al., 1996) Nestes casos na primeira entrevista participou o casal pais da vítima, na segunda entrevista foi realizada com 4 pessoas, mãe, padrasto, tia e vizinha e a última entrevista foi realizada só com um membro da família que era avó do jovem considerada mãe, porque os demais membros não estavam de acordo em participar, por não sentirem-se preparados para falar do assunto.

Os lugares das entrevistas, dia, horário foram elegidas pela própria família. Duas das entrevistas se fizeram na casa das famílias e a última foi realizada na igreja porque foi o lugar de preferência da família. No caso da primeira entrevista foi realizada com uma equipe de dois pesquisadores, as demais entrevistas foram realizadas só pela pesquisadora principal.

Chegou-se ao lugar da entrevista nos dois primeiros casos acompanhada da pessoa designada pela igreja para apresentar aos pesquisadores. Nos três casos as famílias estavam um pouco nervosas nesse primeiro contato, mas foram muito amáveis e colaborativas, apresentou-se o projeto, explicou-se os objetivos da entrevista. Em seguida foi pedida a autorização para gravar com aparelho de gravação o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido e apresentado ao participante e depois de ser aceitado, cada participante assinou uma cópia do TCLE oferecendo formalmente seu consentimento. O uso desse dispositivo durante todo o tempo da entrevista permitiu que se façam observações sobre acontecimentos considerados relevantes.

As entrevistas não foram realizadas com fins terapêuticos, mas ao final das entrevistas os três casos expressaram que foi a primeira vez que falaram do fato como família que em casa se evita falar do acontecido e se sentiram aliviados, no final de cada entrevista deixou-se um espaço fora da entrevista para responder perguntas, dúvidas e dar algumas recomendações de parte da pesquisadora para a família que poderiam ser úteis no processo de elaboração do luto. Também deixou-se aberta a possibilidade de ser encaminhados para centros de acompanhamentos psicológico, mas nenhuma das famílias no momento aceitou ser acompanhados por um profissional.

4.5 Procedimentos para análise de dados

Para as análises de dados, retomaram-se os relatos em áudio das três entrevistas aplicadas, transcreveu-se as gravações fielmente para posterior análise. Do ponto de vista analítico, trabalhou-se com a técnica de *Análise de Conteúdo* que, segundo Caregnato (2006), é uma técnica para análises de dados que trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática, fazer deduções do conteúdo da comunicação de um texto entendendo seu contexto social. Na técnica de análise de conteúdo, o texto serve como um meio de expressão dos sujeitos participantes, onde o pesquisador caracteriza e categoriza as palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que as represente.

Baseando-se em algumas propostas de autores sobre o procedimento da técnica de análise de conteúdo, teve-se como referência Minayo (como citado em Cavalcante, 2014) que estabelece 3 etapas dentro do processo: 1. Pré-análise, 2. Exploração do material ou codificação e, 3. Tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

1. Na primeira fase ou fase de pré-análise, fez-se uma organização do material de campo, envolvendo uma leitura e releitura flutuante para conhecer com maior precisão o material coletado;
2. Na segunda fase, a de exploração, ou codificação do material, organizou-se todo o material coletado por meio de seu agrupamento em categorias ou palavras significativas que emergem da fala dos participantes e que serão codificadas e definirão um possível caminho interpretativo.
3. Na última fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados, fez-se uma interpretação das categorias codificadas colocando-as em diálogo com o marco teórico e as reflexões analíticas da pesquisadora.

Para manter o anonimato das famílias os nomes dos entrevistados foram substituídos pelos papéis de cada pessoa dentro do contexto familiar, como: mãe, pai, tia, avó, avô, padrasto, vizinha. Se fez uma codificação com a primeira letra do papel de cada pessoa dentro da família e o número de caso que corresponde, de acordo com a ordem das entrevistas realizadas por exemplo, M1 (mãe do primeiro caso), M2 (mãe do segundo caso). Da mesma maneira os nomes das vítimas foram

preservados e substituídos pelo papel do jovem, codificou-se utilizando a letra J e o número de caso de acordo a ordem da entrevista. Por exemplo J1 (jovem do primeiro caso). A seguinte mostra os códigos de cada membro participante da pesquisa.

Para manter o anonimato das famílias os nomes dos entrevistados foram substituídos pelos papéis de cada pessoa dentro do contexto familiar, como: mãe, pai, tia, avó, avô, padrasto, vizinha. Se fez uma codificação com a primeira letra do papel de cada pessoa dentro da família e o número de caso que corresponde, de acordo a ordem das entrevistas realizadas por exemplo, M1 (mãe do primeiro caso), M2 (mãe do segundo caso). Da mesma maneira os nomes das vítimas foram preservados e substituídos pela referência à condição de ser jovem, se codificou utilizando a letra J e o número de caso de acordo a ordem da entrevista. Por exemplo J1 (jovem do primeiro caso). A seguinte mostra os códigos de cada membro participante da pesquisa.

4.6 Cuidados éticos.

Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e aprovado sob número de CAAE 63891616900005020 Segundo as normas propostas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes explicou de forma clara: os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, possíveis riscos e benefícios aos participantes, o uso da entrevista, as pessoas que poderiam participar e os cuidados éticos que se teria em conta para manter a privacidade do grupo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de resultado se apresenta em duas partes: A primeira é uma apresentação dos casos, que contém os acontecimentos mais relevantes do histórico familiar que foram expostos pelos integrantes da família do jovem que morreu e que ajudou a organizar os dados para sua posterior Análise. Esta apresentação facilita ao leitor a compreensão e melhor entendimento da análise final. De cada caso se apresenta uma ficha de identificação do jovem que morreu, algumas observações relevantes no momento da entrevista, a descrição desse primeiro contato com as famílias e durante o encontro, alguns dados dos entrevistados, identificação social e familiar *Biografia da pessoa que cometeu o suicídio* (Relato da família e modo de vida), estado mental que antecedeu o suicido,

avaliação da atmosfera do suicídio, impacto na família. Para fazer esta apresentação se retomou o modelo de pré análise usado na pesquisa: *autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos em Brasil* (Cavalcante, et al., 2012).

CASO 1: JOVEM QUE PADECIA DE EPILEPSIA

Identificação

A entrevista foi realizada com o pai e mãe do jovem, na casa da família no dia 28/04/2017. O jovem, solteiro, de sexo masculino, tinha 25 anos quando morreu. Nasceu em Manaus, de religião católica e grau de instrução superior incompleto. Era bolsista, estudante do curso de Educação Física. Tinha uma filha de 5 anos.

Enforcou-se em seu quarto, no dia 17/02/2016, as 11:00h da manhã.

Motivo (descrito pela mãe): *“Por essa queda na luta, em treino, ele desmaiou lá, ali o professor disse que ele não podia mais lutar, que se não ele poderia morrer por conta disso”*.

Observações relevantes: Para esta entrevista participou uma equipe de duas pessoas na coleta, chegamos à casa da família, acompanhados por uma senhora da igreja quem nos apresentou para a família. No momento em que chegamos fomos recebidos primeiro pelo pai do jovem e depois pela mãe. A senhora começou a falar do acontecido sem antes explicarmos que o TCLE para posterior assinatura. Após cerca de dez minutos ela nos concedeu a fala e nesse momento pudemos ler o TCLE, e pedimos a autorização para realizar a gravação. Pelo fato de ser uma morte recente, a mãe do jovem chorou por quase toda a entrevista – ela se encontrava com muita dor, já o pai permaneceu mais tranquilo. Logo no começo da entrevista, a mãe nos alertou da sua dificuldade em falar sobre o ocorrido e que esse dia era único dia em que ela tinha disponibilidade para falar. Quando acabamos a entrevista ela ficou agradecida pela escuta e pela oportunidade de poder falar junto com seu marido, pois era algo que eles nunca haviam feito; também fizeram muitas perguntas depois da entrevista. Devido a isso, ficamos na casa deles por mais uma hora depois da entrevista escutando e respondendo as dúvidas do casal.

Contextualização da moradia

A casa onde se realizou a entrevista pertence aos pais do jovem, nesta mesma casa este viveu desde seu nascimento. A casa está localizada em uma rua com pouco saneamento básico próxima à rua principal do bairro. Possui água encanada, luz elétrica, três quartos, dois banheiros, sala, cozinha e uma garagem. A casa estava arrumada, limpa e o quarto do jovem que morreu permanece fechado todo tempo. Uma casa onde se escuta muito barulho de carro, motos e ônibus, porém, um lugar tranquilo. Quanto à segurança, a família relata que já aconteceram alguns assaltos na frente da residência.

Organização dos Dados e Pré-Análise

Dados dos entrevistados

Mãe de 57 anos de idade, dona da casa, ensino meio completo, atualmente fica em casa a maior parte do tempo, tem alguns problemas de saúde como consequência da morte do filho. Trabalhou em lojas por muito tempo, mas na atualidade não tem trabalho.

Pai de 59 anos mecânico, trabalha por conta própria, ensino meio aprovado, é uma pessoa, aparenta ser uma pessoa calma, trabalha todos os dias fora de casa.

Dados da pessoa com morte auto infligida

Jovem de 25 anos. Estudante de faculdade de educação física, era único filho homem dentro da família. Tinha uma filha de cinco anos na atualidade, apresentava problemas de saúde. Teve uma crise de epilepsia na luta o que o desabilitou para continuar lutando. Possivelmente, este fato foi uma decepção tão grande que poderia estar relacionado à decisão de suicidar-se.

(1) Identificação pessoal, social e familiar

Trata-se de jovem de 25 anos nascido em 21/02/1990 e falecido em 17/02/2016. Em termos de antecedentes familiares os pais relataram que ele nasceu em Manaus e que toda a vida morou na mesma casa e no mesmo bairro. É o filho mais novo do casal e tem duas irmãs mulheres. A mãe relata que ela sempre queria ter um filho homem e que foi um filho planejado que ela junto com seu marido escolheu o nome dele antes de seu nascimento.

No que diz respeito ao nível socioeconômico, sempre foi um jovem que gostava do trabalho, era muito responsável quando arrumava um emprego. Na atualidade, ele não estava trabalhando, só estava cursando a faculdade e os pais deles davam tudo que ele precisava. A situação econômica dos pais dele era estável, a mãe era dona de casa e o pai era dono de uma oficina mecânica perto

da casa. Segundo as falas da família, ele era o filho que tinha maior apoio econômico na casa, que nunca faltou nada para ele.

Em seu ciclo de vida destacam-se algumas ocorrências. A idade muito nova teve uma filha resultante de um namoro, os pais obrigaram-no a assumir a criança, mas ele nunca quis casar com a mãe de sua filha; a criança vivia com a mãe, mas ele visitava ela todos os dias, tinha uma boa relação. Era um filho superprotegido primeiro por ser o mais novo, segundo por seus problemas de saúde.

Funcionamento (saúde, emoção e comportamento): Era uma pessoa muito alegre, tranquilo, bom filho, um menino que tinha muitas amizades, tinha namorada, mas também gostava de curtir com outras meninas. Gostava de sair para dançar e curtir, além de frequentar a igreja. Não era um jovem que tinha muitos sonhos do futuro de comprar a casa própria, um carro, pois ele achava que poderia morar na casa dos pais a vida toda. Quando ele arrumava emprego, era responsável e gostava de trabalhar para dar a sua filha o que precisava. Sua mãe falou que ele gostava muito de ir à academia, e de treinar para as lutas. Estudava educação física e já estava no período final, era bolsista na Uni Norte.

Com nove anos de idade foi diagnosticado com Epilepsia, doença que o impossibilitou na realização de muitas atividades físicas, mesmo assim ele demonstrava muito gosto por fazer esportes. Até o dia em que cometeu suicídio, havia dois anos que não sem crise epilética, pois essa era desencadeada quando ele fazia muito esforço físico. O jovem tomava dois comprimidos diários para manter controlada a epilepsia.

Como acontecimento crítico destacamos 1) Decepção porque não poderia mais lutar devido sua doença.

(2) Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (Relato da família e modo de vida)

Nascido em Manaus, é o filho mais novo de quatro irmãos. Tinha uma filha de cinco anos que não morava com ele mas tinha boas relações, desde sua infância apresentou problemas de saúde, um problema muito difícil de aceitar sobretudo para a mãe dele, ainda assim ele teve uma infância muito tranquila, alegre e a família apoiava sempre ele. Tinha boas relações com toda a família, com suas irmãs e com pais. Segundo a fala do pai ele tinha muita confiança nele, sempre que tinha

um problema ele sentava e contava para o pai do que estava acontecendo, os pais consideram que eles: “*não eram uns pais ausentes*”

Foi criado permeado de muitos cuidados por conta de seus problemas de saúde; a mãe dele sempre estava preocupada com o que poderia acontecer, dava muitas recomendações e sempre o protegia, fazendo tudo para ele: alimentação, arrumava o quarto, lavava suas roupas. Nas falas da mãe ela diz que para ela seu filho nunca cresceu, ainda era uma criança que ela precisava cuidar. Na escola ele mantinha boas relações, tinha muitos amigos, os pais falam que era um jovem muito *brincalhão*, que no bairro todo mundo conhecia ele e que desde muito pequeno gostava de visitar a seus vizinhos e jogar bola com eles. Em seu tempo livre gostava muito de fazer esporte, de treinar para lutar, era uma pessoa que gostava muito de competir, já tinha sido premiado por lutar. Para ele era fundamental este tipo de atividades, gostava muito de ter boas condições físicas e estava muito interessado na sua autoimagem. Ia muito à academia, saía para correr quase diariamente. Era um menino de ótima apresentação, a mãe achava um jovem muito lindo, “*bonitão*”.

O jovem participava na igreja católica, era uma pessoa que gostava muito de ajudar a outros, sempre que podia doava parte de suas roupas para outras pessoas que estavam precisando.

Quando só tinha 18 anos, o jovem teve um relacionamento com uma menina com quem procriou uma filha que atualmente tem cinco anos. O relacionamento não deu certo e a criança ficou morando com a família dela e o jovem com seus pais, mas a responsabilidade da manutenção da criança foi dividida entre as duas famílias. Sempre houve uma boa relação entre as duas famílias, o jovem sempre visitava a sua.

Na atualidade ele tinha namorada, segundo os pais era um namoro com muitas brigas, e sempre estavam terminando e voltando. Além dessa namorada oficial, tinha outras namoradas na escola e em outros lugares, gostava muito de curtir com meninas, mas nunca pensou na possibilidade de se casar e constituir uma família para o futuro.

Para a família, era um jovem feliz que nunca demonstrou o contrário. Em casa todos achavam que as coisas estavam bem com ele. Era uma pessoa que tinha medo de morrer, porque quando tinha alguma dor de barriga o algo sempre queria ir no hospital, e a família fala que a primeira vez que fizeram uma viagem de avião o jovem estava morrendo de medo de um acidente e de pensar na ideia de morrer. A morte dele foi algo que tomou a toda a família de surpresa, porque ele nunca falou nada relacionado a querer-se matar.

(3) *Estado mental que antecedeu o suicídio* (risco psiquiátrico e psicossocial)

A família nunca notou nenhum comportamento estranho nele antes do fato, as únicas coisas que eles soubessem depois da morte dele, foi que dias antes de ele falecer, o jovem falou para um colega da faculdade que precisava falar porque estava passando por umas tribulações, mas em casa os dias antes do acontecido foram dias normais. Também a família fez uma viagem e quando eles voltaram estava na época do carnaval em Manaus e ele não quis participar das festas e falou que esse ano só queria ficar na igreja nas coisas de Deus. Esse comportamento pareceu um pouco estranho porque ele gostava muito de participar em eventos como o carnaval, mas ninguém imaginou uma coisa assim.

A única explicação que a família dá é a queda na luta que ele teve, que o professor falou que ele não poderia mais lutar, isso aconteceu numa segunda-feira e ele morreu na quarta seguinte. Ninguém da casa sabia que isso havia acontecido no treino, a família soube disso depois da morte.

(4) Imagem do ato nas reações e impressões do sistema familiar

O dia do fato foi um dia normal na rotina da família. Era umas 9:30 horas da manhã o pai saiu para trabalhar, a mãe ficou com o filho em casa, o jovem saiu para correr. Quando ele voltou entrou direito no quarto dele, falou algumas palavras com a mãe que estava na cozinha. Minutos depois a mãe ia sair de casa e bateu a porta do quarto do jovem para deixar um dinheiro, e a porta estava trancada, a mãe acreditou que o jovem tinha dormido com o fone no ouvido e por isso não escutava, quando a mãe viu que ele não estava abrindo a porta, saiu para fazer uns pagamentos, mas primeiro procurou ao pai dele que trabalhava perto da casa para dizer que o filho dormiu e que acorde ele para ir na faculdade, nesse momento os pais voltaram juntos a casa, tentaram abrir a porta e não conseguiram, mas até esse momento nunca imaginaram que algo assim poderia acontecer, pensavam que se tratava de uma crise de epilepsia. Como vemos no seguinte relato

“Quando eu cheguei que abri a porta que eu entrei, ai eu vi aquilo aquela cama afastada, ele de joelho e com aquele fone no ouvido, esse cara dormiu aí, eu pensei que ele tinha dormido de joelho, quando cheguei perto foi que eu vi o quadro, que estava naquela faixa, aquela faixa que é larga, amarrada em cima, coisa brutal, eu me descontrolei e dei um grito para ela, traz uma faca, ela já foi entrando com a faca e cortou a faixa, aquele homenzarrão caiu em cima de mim, eu segurando ele gritando e ela saiu em desespero”

(P1)

O impacto desse momento para os pais foi uma coisa terrível, eles não podiam acreditar o que tinha acontecido, ligaram para o SAMU e em menos de 10 minutos eles chegaram à casa. Momento

traumatizante para a família porque quando o SAMU chegou, deram primeiros auxílios para o jovem aparentemente ainda estava com vida, mas segundo os pais o jovem não quis voltar, não estava arrependido do que fez e queria morrer mesmo.

Esta situação ainda foi pior porque eles não conseguem entender que foi que aconteceu, e pior ainda saber que o filho não quis voltar. A mãe falou que por essa parte ela estava conformada porque tinha medo que si seu filho voltava poderia ter alguma sequela e ela não ia conseguir viver com seu filho assim.

“Aí o pessoal diz G. de repente ele voltasse, poderia ficar com sequelas, podia ficar vegetando e eu também não ia suportar ver a meu filho assim, Deus sabe que o faz, tem hora que eu me conformo nesse sentido porque eu não ia aguentar ver a meu filho, em cima de uma cama, eu já sofria pela epilepsia cortava o barato dele, tudo que ele queria fazer, a epilepsia empatava, ainda mais eu ver meu filho vegetando em cima de uma cama, eu jamais ia aceitar o sofrimento ia ser muito grande”

Os pais falaram da dificuldade do momento, ter que ir à polícia falar do acontecido várias vezes causou muito incomodo. A mãe falou que teve o apoio de toda a família e amigos, porém ela se sentiu *invadida* o dia da morte porque chegou muitas pessoas na sua casa, no seu quarto e ela não está acostumada que ninguém entre em sua casa. O dia de velório chegou e uma quantidade de pessoas que ninguém imaginava; e no meio da dor ela se sentia acompanhada por todos.

Até o dia de hoje o quarto permanece fechado o tempo todo, a mãe não consegue entrar e só o marido dela entra para limpar o quarto, a mãe doou toda a roupa dele, em algum momento pensaram em mudar-se de casa, mas como tem 30 anos de moram ali, foi difícil tomar a decisão de viver em outra casa que não fosse a deles.

(5) Avaliação da atmosfera do suicídio

A família nunca imaginou que isso poderia acontecer porque o jovem nunca falou nada para ninguém, todos achavam que ele estava bem. A única explicação que a família encontra foi a queda na luta e que ele não poderia mais lutar. Segundo a família do jovem lutar era uma de suas prioridades, ele gostava muito de competir e saber que ele não poderia lutar mais, a família imagina, que foi uma decepção muito grande ao ponto de não querer continuar vivendo.

(6) Impacto do suicídio na família

O impacto do acontecido foi aterrador para todos em principais para os pais que foram as pessoas que encontraram o corpo. A família não encontra resposta do acontecido, eles tentam entender, mas até o dia de hoje não conseguem. Toda a família, sobretudo o pai, ficou muito revoltado no momento e posteriormente ao fato, pensado que seu filho não pensou neles na hora de matar-se e que agora sua esposa está doente por culpa dele.

A mãe do jovem desde que ele morreu não quer saber mais nada da vida, está em depressão e já procurou ajuda profissional, mas desistiu. As irmãs em algumas situações têm feito reclamações à mãe porque acham que a mãe amava mais o jovem porque desde que ele morreu ela não tem mais plano para o futuro e o tempo todo está pensando e falando do filho. O pai do jovem morto tem brigado com sua esposa porque ela quer falar todo o tempo sobre o acontecido e ele está querendo esquecer e prefere não falar do fato. A dinâmica familiar tem mudado muito, a mãe não faz nada do que antes fazia em casa só fica deitada na cama pensando e chorando, o pai continua seu trabalho e ajuda a fazer as coisas de casa. Na atualidade uma filha está morando em casa com o casal para eles não se sentirem tão sozinhos.

(7) Síntese ou comentários finais

A família depois do acontecido tem tido algumas brigas, principalmente, entre o casal. O pai tem conseguido trabalhar o luto de uma maneira mais tranquila, a mãe do jovem hoje depois de um ano segue profundamente deprimida e sem fazer nada a maioria do tempo deitada. As redes de apoio de vizinho, amigos, religiosas e da própria família estiveram presentes, no momento e posteriormente ao fato, a família tem se sentido apoiada o tempo todo, não houve presença de redes de apoio institucionais.

CASO 2: JOVEM COM PROBLEMAS DE AUTOESTIMA E RELACIONAMENTO COMPLICADO COM A NAMORADA.

Identificação

A entrevista foi realizada com um grupo formado por: mãe, padrasto, tia e vizinha, na Casa da avó da vítima, em 12 /05/2017. O jovem, de sexo masculino, contava com 22 anos quando morreu. Nascido em Manaus, de religião católica e grau de instrução Superior Incompleto, trabalhava em um frigorífero. Mantinha uma relação estável com moça de mesma idade já há 4 anos, desde seus

18 anos, a qual era marcada por muitas brigas e violência. Suicidou-se, por enforcamento, em um motel no dia 01/03/2012, as 18:00hs.

Motivo (descrito pela mãe): “ *O motivo foi por ela (namorada) e também o fato dela não querer mais ficar com ele, a traição ele perdoou como ele botou na carta, perdoou a traição, o importante para ele, era ela ficar com ele*” (M1)

Observações relevantes: Antes de ir à casa da família do jovem, me encontrei com uma senhora da igreja para ela me levar e apresentar-me à família. Chegamos à casa, aguardamos um pouco antes de ser atendidos. Primeiro fui atendida pela mãe, depois saiu o padrasto e depois a tia e a prima, ficamos no alpendre para a realização da entrevista. Começamos a entrevista, lendo o TCLE e explicando os objetivos de minha visita, a família foi muito colaboradora desde o primeiro momento. A mãe, do jovem foi a pessoa que predominantemente respondeu a entrevista.

No começo da entrevista estavam 5 pessoas, incluído a senhora da igreja que é vizinha da família e que é considerada como parte da família, depois de 40 minutos de entrevista ela teve que sair. A entrevista foi realizada em um ambiente tranquilo. Como já se passaram cinco anos desde o suicídio, a família tem conseguido assimilar a dor, porém quase no final da entrevista a tia e a mãe do filho choraram e se sentiram mobilizadas por sentimento de tristeza e dor ao lembrar do acontecido. No final da entrevista a família ficou agradecida pela oportunidade de ter essa conversa, me convidaram para tomar um café com eles.

Contextualização da moradia

A casa na qual se realizou a entrevista pertencia à avó por parte da mãe do jovem que morreu; está localizada em uma zona de difícil acesso aonde só é possível chegar andando ou de moto, sem possibilidade de ir de carro. A casa contém os serviços de água encanada, luz elétrica. Uma casa pequena, com duas habitações uma sala e cozinha. A casa estava bem arrumada, limpa e se escutava muito barulho na rua, as casas são muito próximas umas das outras. Um bairro onde os vizinhos se conhecem muito bem, pois durante o tempo das entrevistas passaram várias pessoas e saudavam à família. Na rua da frente da casa não tinha nenhum tipo de saneamento básico.

Organização dos dados e pré-análise

Sistematização dos dados colhidos

Dados dos entrevistados

Mãe, 47 anos de idade, ensino meio aprovado, atualmente desempregada, ela trabalhou muito tempo em lojas, é uma pessoa sociável, com alguns problemas de saúde como consequência da morte de seu filho.

Padrasto, 40 anos de idades, trabalha como agente de portaria, ele considerava ao jovem que morreu como um filho.

Tia, 40 anos de idade, ensino meio aprovado, trabalha no distrito.

Dados da pessoa com morte auto-infligida

Homem de 22 anos. Jovem com pais separados morava com a mãe e padrasto. Tinha uma boa relação com seu pai ainda que não morasse com ele. Desde muito pequeno começou a trabalhar, e não quis continuar estudando. Começou uma relação aos 18 anos com uma jovem da mesma idade dele, foi um relacionamento cheio de problemas relacionados a ciúme e violência.

(1) Identificação pessoal, social e familiar

Trata-se de jovem de 22 anos nascido em 03/12/1990 e falecido em 01/03/2012. Em termos de antecedentes familiares. A mãe dele relata que o jovem nasceu em Manaus. Ele vem de pais separados, tem por parte de mãe uma irmã mais nova e por parte de pai quatro irmãos. Tinha uma boa relação com a mãe e seu padrasto e também com seu pai biológicos e seus outros irmãos. Teve uma relação com uma moça durante quatro anos. Dentro da família já teve caso de tentativa suicida e de suicídios consumados.

No que diz respeito ao nível socioeconômico, ele começou a trabalhar desde cedo, como frigorífera, a mãe dele relata que gostava muito de trabalhar e preferiu abandonar a escola para dedicar-se somente ao trabalho. No momento do suicídio morava com a mãe e padrasto, mas anteriormente alugava uma casa onde morava com a namorada. A situação econômica era estável e sempre que ele precisava de alguma coisa a mãe apoiava. A família relata que durante o namoro ele utilizava muito de seu dinheiro para manter a sua namorada e à família dela, que ele dava quase todo o dinheiro para eles.

Em seu ciclo de vida destacam-se algumas ocorrências. A família falou que o relacionamento dele era muito difícil. A namorada o traiu e ele nunca aceitou o fato dela já não querer ficar com ele. Ele perdoou a traição, mas ela continuava com outra relação. Nesse relacionamento viveram situações de violência. Ele havia ameaçado: se ela o deixasse, ele iria matá-la e se mataria.

Funcionamento (emoção e comportamento, autoimagem,) Era um jovem muito alegre, trabalhador e responsável, mas não gostava de estudar. Tinha boas relações com a família, muita confiança no pai dele, ainda que não morasse com ele. Algumas vezes tiveram brigas com uma das tias e a mãe por causa da namorada dele. Tinha vários amigos e gostava de sair para jogar futebol. Era um menino que escutava conselhos, mas que não gostava de falar do que sentia com ninguém.

A mãe falou que quando era adolescente ele tinha muito problemas de baixa autoestima porque apareceram muitas espinhas em seu rosto e ele se achava feio e por essa razão algumas meninas não gostava dele e preferiam a outros meninos; também se achava incapaz de aprender algumas coisas como dirigir. A família, principalmente a mãe sempre apoiaram e ajudaram ele para que não se sentisse assim.

Ultimamente o jovem não queria sair sem levar a namorada com ele. Depois da traição ele ficou muito deprimido e já não queria fazer nada, ficava em casa muito triste e sempre atrás dela. Como acontecimentos críticos destacamos 1) a traição da namorada dele 2) Ele não aceitava que a menina não queria ficar mais com ele.

(1) *Biografia da pessoa que cometeu o suicídio* (Relato da família e modo de vida)

Nascido em Manaus no Bairro Petrópolis. Segundo a família ele teve uma infância muito boa e tranquila. Os pais se separaram, mas ele aceitou muito bem esse fato e tinha boa relação com o pai e com o padrasto. A mãe falou que quando ele era uma criança sempre ficou pendente da escola de seu filho, o Jovem mostrou pouco interesse pela escola desde muito pequeno e no final preferiu abandonar a escola e só dedicar-se ao trabalho. A mãe lembra quando seu filho estava na escola os demais meninos o chamavam de *burro*. Um dia o menino falou que não queria ir mais porque sentia vergonha. Outro acontecimento que o afetou foi na etapa da adolescência que começaram a sair espinha no rosto dele, isso para ele foi muito difícil de aceitar porque se achava feio e se comparava com os demais meninos que eram melhores que ele, a mãe lembra ele algumas vezes apresentou crises por não aceitar-se “*ali às vezes ele tinha crise lá em casa de choro ‘eu me odeio, me odeio eu quero morrer, eu vou me matar por causa dessas espinhas’*” (M1). Toda a família ajudou ele a fim de que não se sentisse assim, levaram-no ao dermatologista e compraram medicação para acne, foi então que o jovem conseguiu melhorar muito mas para ele nunca ficou bom o suficiente. A mãe relata que ela se sentia muito triste porque seu filho se achava inferior aos demais que ele tinha problemas de *baixa autoestima*.

Toda a família concorda que era um bom filho, um menino muito trabalhador e gostava muito de ajudar os outros, ajudando até a família da namorada. O jovem desde os 18 anos conheceu a sua namorada, e tiveram um relacionamento de quatro anos, em algum momento moraram juntos em casa da tia do jovem, depois moraram alugados. A família relata que a moça o traiu e deixou por outro homem, esta situação não foi aceita de maneira nenhuma pelo rapaz.

(2) *Estado mental que antecedeu o suicídio* (risco psiquiátrico e psicossocial)

Nos últimos dias, ele estava deprimido, triste, não queria falar com ninguém, ele já havia falado que queria morrer, mas ninguém achou que era verdade. *“E ele já estava deprimido, ele já estava deprimido, e tudo mundo conversando com ele, mas assim, a gente queria tirar ele da depressão, mas a gente não tinha aquela coisa de dizer ele vai se matar, não gente só queria tirar ele da depressão”* (M2)

Na mesma semana que faleceu, ele visitou toda sua família, tirou fotos com eles como se estivesse se despedindo. A tia falou que dois dias antes do fato, seu sobrinho foi até ela e pediu perdão por algumas brigas que tinham por causa da namorada dele.

Também a família relata que dias antes ele teve algumas conversas que evidenciavam os desejos de tirar a sua vida, por exemplo a mãe perguntou *“você não vai trabalhar hoje? Vai perder o emprego”* e ele falou *“não, mãe, onde eu vou não preciso mais trabalho”*.

(3) *Imagem do ato nas reações e impressões do sistema familiar*

No dia que aconteceu o fato a família relata que foi um dia normal, ninguém viu nenhuma situação que chamasse a atenção. O jovem saiu cedo da casa para o trabalho como fazia todos os dias.

“Ele saiu de casa na manhã normal jamais alguém ia imaginar que isso ia acontecer porque se arrumou muito bem arrumado, se arrumou bem arrumadinho colocou dentro de uma sacolinha o carregador de um celular e outras coisas que eu não vi” (M1)

O fato aconteceu em um motel, ele estava com sua namorada, aparentemente ele tentou matar ela e depois se matou. A família recebeu às 18 horas uma ligação comunicando que o jovem furou a namorada dele e depois se matou. *“Porque a ligação que recebi foi no dia lá na casa dizendo que foi irmã dela que me ligou, você está perto de tua esposa, ela estava meu lado então afasta ali que C fez uma besteira”* (P1)

Nesse momento o padrasto falou para a mãe que seu filho fez uma “*besteira*” a mãe e todos na casa ficaram *chocados* e com um conjunto de sentimentos de dor e raiva, porque só ele foi que morreu e a namorada não:

“Quando ele falou isso eu falei Ele morreu não foi? Então ele morreu não foi ali veio aquela raiva dele também me deu raiva dele, porque olha ele cortou a A e se matou, não falou matou a A, cortou e tal, mas ali para mim ela também estava morta, mais veio aquele desespero e gritei ‘sim tomara, será que ela não morreu? tomara que ela tenha morrido também’, falei me deu uma raiva, ‘tomara que ela tenha morrido também essa desgraçada’... ‘só o meu filho... só eu que vou sofrer a morte de um filho? a mãe dela também vai sofrer tomara que ela tenha morrido. Se ela não morreu eu mesma vou matar essa desgraçada”(M1)

A família não viu a cena porque quando ligaram para eles já havia levado o jovem no hospital, mas a gerente da pousada foi quem falou o que havia acontecido, a família ficou em dúvida se realmente foi um suicídio ou se alguém matou ele.

Relato da mãe:

“Encontraram ele no banheiro, a gerente da pousada diz que ele não morreu no local que ele morreu no caminho no hospital ali qual é meu pensamento ‘ou ele foi mal ou eu desconfio de alguma coisa e alguém ajudou ela ou ele ia fazer e não deu certo alguma coisa ali que só ela pode contar’, e ela não conta porque ela fala várias versões eu disse para ela me contar a verdadeira” (M1)

A mãe relata a cena de como seu filho foi encontrado:

“A maneira deitada no banheiro da pousada, no chão do banheiro, com fio carregador, tem esse carregador de telefone tem aquele fio foi com aquele fio, foi com o carregador dele foi com carregador dele deitado com o carregador amarrado aqui, não foi pendurado porque não tinha como se pendurar, deitado, com o carregador amarrado aqui” (M1)

O padrasto foi identificar o corpo na polícia, a família estava muito revoltada devido à maneira como aconteceu o fato, e acreditava que não se tratava de um suicídio, pensaram que era um homicídio por parte da namorada dele, depois eles receberam uma carta que o jovem deixou que explicava tudo que ele fez, ali a família ficou mais tranquila, mas ainda assim estava mal porque a namorada não morreu e eles acreditam que o justo era que os dois tivessem morrido, porque a

“mulher é a culpada de tudo que aconteceu”, segundo a família, se realmente foi um suicídio ela poderia ter evitado essa morte.

A mãe do jovem foi na polícia dias depois do fato para tentar que o caso se esclarecesse e descartar a possibilidade de ser um homicídio, mas a polícia deu o caso como um suicídio mesmo.

(4) Avaliação da atmosfera do suicídio

O jovem e sua namorada estavam passando por um momento de crise terrível, ele nunca aceitou a separação e o fato de a namorada não querer ficar mais com ele. Para a família essa foi a razão pela qual ele se matou.

(5) Impacto do suicídio na família

O impacto foi terrível para todos. Já passaram cinco anos e ainda tem dias que a família fica muito mal lembrando dele e pensando em tudo que aconteceu. A família está certa de que ele se matou por causa da namorada e isso é uma situação que dificulta a aceitação da morte.

A mãe do jovem apresentou problemas de saúde após a morte: hipertensão e depressão. Ela falou que depois do acontecido ela ficava todo o dia em casa e que não fazia nada além de dormir; relata que sumiu, não sendo vista por ninguém por alguns meses. Depois de algum tempo foi trabalhando o luto. Na atualidade, consegue continuar sua vida e relata que nunca vai aceitar totalmente, mas que tem que se conformar para poder continuar vivendo. O marido dela (padrasto do jovem) sempre ficou perto dela e ajudou muito para ela assimilar o que tinha acontecido.

Uma tia que morou com o jovem e que fez parte da entrevista ficou também muito afetada pelo acontecido, hoje sempre que fala do fato chora muito, porque ela acredita que seu sobrinho “morreu por amor” e foi injusto o que aconteceu. O pai do jovem ainda que não morasse com o filho desde que este era uma criança, tinha boa relação e também a morte foi uma coisa terrível que não tem conseguido aceitar, mas ele considera que foi melhor do jeito que aconteceu, pois seria muito pior pensar que seu filho tivesse a coragem de matar a alguém.

Toda a família sabia que ele tinha problema de depressão e que em várias situações o jovem falou que ia se matar, mas ninguém acreditou que isso poderia acontecer, e pensaram que era *da boca para fora*. Isso também tem afetado um pouco à família, pois pensam que poderiam ter feito

alguma coisa para ajudar. No entanto, estão seguros que a família não teve parcela de responsabilidade com a morte e que toda a culpa foi da namorada dele.

(6) *Síntese ou comentários finais*

A família recebeu muito apoio dos vizinhos e amigos, apoio econômico no momento do enterro e apoio moral. Não tiveram apoio de outra rede que não fora família e amigos. Depois do acontecido a mãe ficou com depressão por um tempo até que conseguiu ir melhorando com o tempo.

CASO 3: JOVEM USUÁRIO DE DROGAS.

Identificação

A entrevista foi realizada nas dependências da Igreja Nossa senhora do Rosário, em 20 /05/2017 com a avó de 64 anos. O jovem, suicidou-se por enforcamento, na cada dos pais, no dia 01/03/2012, as 18:00hs. Possuía de sexo masculino, 26 anos de idade, solteiro, nascido em Manaus, de religião católica, teve um relacionamento há uns três anos e tinha uma filha de cinco anos

Motivo (descrito pela avó): *“Para mim, o motivo foi a droga porque ele via a família sofrer muito”.*

Observações relevantes: O primeiro contato que tive com a família foi por telefone. A avó do jovem concordou em participar da entrevista. Como a morte está muito recente ainda (um ano) os demais membros da família não se sentem preparados para falar sobre o acontecido. A avó do jovem preferiu fazer a entrevista na igreja para evitar que os demais membros se sentissem afetados pela entrevista. Cheguei na igreja umas 2:55 da tarde, ali já estava a senhora aguardando por mim. Ficamos em uma sala privada dentro da igreja, um lugar tranquilo para fazer a entrevista. A senhora foi muito colaborativa, não precisei perguntar muito porque ela sozinha em sua fala respondeu muitas das questões que eu precisava conhecer. Em quase todas a entrevista foi possível ver em seu rosto muitos sentimentos de dor, desconforto, chorou grande parte da entrevista e falou que isso a ajudou como uma maneira de alívio porque na casa dela ela não consegue falar do acontecido. A senhora levou à entrevista fotos do jovem, a identificação dele, os documentos legais que a polícia entregou o dia da morte para que me ajudasse a entender melhor o acontecido. Depois

da entrevista fiquei com ela uns 30 minutos falando a maneira de retroalimentação por algumas dúvidas que ela tinha, logo de acabar nossa conversa na igreja tinham uma celebração me convidaram para tomar um café e um lanche com outros membros da igreja.

Contextualização da moradia: Neste caso não foi possível observar a moradia, porque a entrevista não foi realizada na casa, mas a avó do jovem, explicou algumas características. A família tem 30 anos de moradia nessa casa: uma casa que tem três quartos, uma garagem, um quintal grande e ao lado da casa se encontram duas casas que pertencem aos filhos dos senhores da casa, avós do jovem que morreu. Ainda que tenha 30 anos de residência no mesmo lugar, a família não tem muitas relações com os vizinhos, pelo fato de trabalharem fora o dia todo, o que não permitia que socializassem.

Organização dos dados e pré-análise

Sistematização dos dados colhidos

Dados dos entrevistados

Avó de 64 anos, dona da casa, ensino meio aprovado, tem estudos de auxiliar de enfermagem. Trabalhou como secretária da igreja no bairro. Gota muito de participar nas atividades da igreja.

(1) Dados da pessoa com morte auto-infligida

Homem de 26 anos. Jovem com pais separados, morava com a mãe, avó e avô. O jovem era usuário de drogas e álcool, desde a idade de 15 anos. Tinha uma filha de 5 anos que não morava com ele. Na atualidade ele não estava trabalhando, pois não conseguia arrumar emprego por conta do consumo de drogas que o impossibilitava a manter-se organizado e o cumprimento dos requerimentos de um emprego. Era um jovem muito querido na família e todos o apoiavam para ajudar-lhe a sair da drogadição.

(2) Identificação pessoal, social e familiar

Trata-se de jovem de 26 anos nascido em 07/05/90 e falecido em 19/05/2016

Em termos de antecedentes familiares. A avó (materna) refere que o jovem nasceu em Manaus, Ele vem de pais separados, que o pai dele abandonou a ele e sua filha (mãe do jovem) quando era uma criança. Por parte de mãe tem dois irmãos mais. As relações familiares ficavam um pouco tensas e se davam algumas brigas com ele e os demais membros da família por causa do consumo de drogas, mas ainda com essa situação tinha uma boa relação com o avô e avó (considerados pais

dele). Em alguns momentos existiram brigas entre o jovem e os irmãos dele, e em algumas situações uma irmã dele brigou porque o jovem estava fazendo mal exemplo para um filho de 7 anos que ela tinha e proibiu ao jovem ficar perto da criança, isso foi um momento muito triste para o jovem porque ele sentia muito apreço por essa criança, depois de uma dessas brigas com a irmã o jovem falou que ficara tranquila que ele prometia que o menino não receberia mais mal exemplo de parte dele. No dia da morte, essa irmã foi a última pessoa que viu o jovem e que brigou pela mesma causa antes de ele se matar.

No que respeita ao nível socioeconômico, O jovem trabalhou durante um tempo, mas na atualidade ele estava atravessando um problema porque não conseguia arrumar emprego por causa do consumo de droga. A rotina de ficar na rua consumindo drogas até a madrugada fazia com que ele não conseguisse acordar para exercer seus labores. A situação econômica era péssima porque quando conseguia dinheiro era utilizado para comprar drogas ou álcool e quando não conseguia dinheiro ele costumava roubar tudo que encontrava em casa para vender e comprar a droga. Esta situação era muito difícil para a família que morava junto como ele.

Em seu ciclo de vida destacam-se algumas ocorrências. Ele teve um relacionamento com mãe da filha dele de aproximadamente quatro anos, o casal morou juntos, mas não conseguiram continuar porque tinha muitos desentendimentos por causa do consumo de drogas e ciúme por parte da mãe da filha.

Funcionamento (emoção e comportamento, autoimagem,) Era um jovem alegre, bondoso, segundo a família ele era bom filho, aceitava quando fazia erros e pedia perdão a todos na família, era muito tranquilo e respeitoso. Tinha boas relações com o avô quem ele considerava como um pai, e era a pessoa que quando tinha problemas o procurava. Era um jovem que escutava conselhos de todos e ainda que ele consumisse álcool e fosse adicto de drogas, nunca se comportou de maneira violenta e sempre foi muito calmo.

Como acontecimentos críticos destacamos 1) consumo de drogas ilícitas e álcool

(3) Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (Relato da família e modo de vida)

Nascido em Manaus no Bairro Japiim. Segundo a avó, desde que era uma criança, desde mais ou menos 7 anos, era um menino muito triste e quando alguém perguntava qual era o motivo de

sua tristeza ele respondia que porque seu pai o visitava. O pai também era um usuário de drogas e nunca procurou ele.

Por outro lado, era uma pessoa muito conhecida no bairro. Todo mundo ajudava ele se precisasse de alguma coisa. Participou em um grupo da igreja por um tempo, também participou de um grupo chamado Esperança Viva, que dá acompanhamento aos jovens. Toda a família tentou ajudá-lo, nunca ninguém deixou de apoiá-lo. Por duas vezes foi internado em um centro de autoajuda, mas o jovem fugia de lá. Segundo os relatos da avó ele procurava ajuda, mas não conseguia permanecer no tratamento completo, o jovem se sentia culpado por que a família sofria por causa dele.

A A3 refere que era um menino muito tranquilo amável com todas as pessoas e que nunca foi agressivo com ninguém ainda que estivesse sob a influência de álcool e/ou drogas *“Nunca ele foi agressivo, nunca poderia estar drogado, como tivesse estava bêbado como tivesse nunca foi agressivo com a gente nunca levantou a voz para mim, nunca levantou a voz para o pai que era meu marido e para mãe também”*

O jovem tinha boas relações com a filha dele, visitando-a sempre. Fornecia ajuda financeira quando podia, mas ela morava em casa com a mãe dela. A situação atual do jovem era difícil para ele e para toda a família, a rotina de vida que este jovem tinha não permitia arrumar um emprego, isso sempre foi criticado pelos irmãos ou tios dele. Mas seus avós e sua mãe sempre davam dinheiro e pagava as contas e sim ele roubava ou fazia alguma coisa para conseguir dinheiro ou drogas (avós e mãe) ajudavam a pagar. A avó refere que eles faziam tudo isso porque tinha medo que alguém matasse ele por conta de dívidas de droga.

A A3 relata um dia da rotina de vida dele: acordava muito tarde quase meio dia, ficava em casa deitando ou ajudava em alguma coisa que a avó pedia para ele, depois ele saía na rua e ficava lá até 3 horas da madrugada, voltava a casa, batia na janela da avó e ela se acordava abria a porta ele tomava banho e dormia. Essa era a rotina que fazia desde uns meses até o dia que ele tirou sua vida. Nos últimos tempos da vida dele, nunca falava de projeto no futuro não tinha mais sonho nem desejo de fazer nada que ele gostasse antes. A família tinha medo que ele poderia matar-se porque alguns dias ele falou para a família que iria fazer uma viagem sem retorno e que jurava que não seria mal exemplo para o sobrinho dele, filho de sua irmã. Sempre a família tomava cuidado de que não ficasse só em casa porque tinham medo de uma *overdose* e que morreria sozinho, mas ninguém imaginava que ele poderia ter coragem de tirar a vida.

Em algum momento o jovem tentou deixar as drogas e álcool, mas ele não conseguia dormir, o médico psiquiatra receitou uma medicação, mas ele não conseguiu ficar no tratamento nem um mês e voltou a consumo.

(4) Estado mental que antecedeu o suicídio (risco psiquiátrico e psicossocial)

Nos últimos dias, a A3 percebeu um comportamento estranho no jovem. Ele sempre queria ficar sozinho no quarto, e quando perguntavam algo para ele sempre responderia que não queria fazer nada e ia embora para seu quarto. Um mês antes da morte ele brigou com a irmã dele que morava na casa do lado por causa do filho dela, (sobrinho do Jovem). A irmã sempre brigava porque não gostava que seu filho ficasse perto do jovem porque acreditava que ele era mal exemplo para seu filho. No dia dessa briga a A3 lembra que os dois irmãos estavam sentados na cozinha falando sobre isso e que ele no final da conversa chorou e falou isto para sua irmã *“eu te juro, eu te prometo que jamais teu filho vai ter mal exemplo de minha parte ali ficou gravado em minha cabeça, e por causa de isso acredito que por causa dessa criança que era um B também que levo ele”* Além desse dia, em outros momentos ele já havia expressado seus desejo de não seguir vivendo.

(5) Imagem do ato nas reações e impressões do sistema familiar

No dia que aconteceu o fato, a A3 relata que foi um dia normal, ela e seu marido precisavam ir ao médico, se arrumaram e quando estavam saindo o jovem estava voltando a casa e eles falaram que não era bom que ficasse sozinho em casa, ele falou que aguardaria fora até que os avós voltassem. Antes que o jovem se suicidasse, a irmã dele brigou outra vez pela mesma causa do filho dela, e ele chorando e falou que esse dia era o último que seu sobrinho olhava para ele sob influência de drogas.

A avó relata que quando eles voltaram a casa, uma 9 horas, estava em casa a irmã dele preocupada e falou que algo estava acontecendo com J3 porque estava trancado no banheiro. Todos ficaram preocupados e tentaram abrir a porta, mas não conseguiram, até que o genro abriu e encontraram a seguinte cena:

“Quando ele arrombou para minha surpresa ele estava pendurado uma corda, em uma corda de fio de energia ele trouxe aquele fio de energia”(A3)

Um momento terrível para a família, eles corriam procurando algo para cortar a corda e naquele momento ninguém encontrava nada, momento incrível, não podia acreditar que era verdade o que estava acontecendo. Foi um momento cheio de dor, desespero e ainda uma esperança que ele tivesse vivo.

“Ele estava com os pés no chão se enforcou com os pés no chão ali ele cortou o filho ele caiu, quando ele caiu eu cai em cima dele porque eu tinha certeza que ele ainda estava vivo”(A3)

A avó não acreditava que ele estava morto e deu os primeiros socorros para o jovem, depois chegou o SAMU e explicaram para ela que o jovem estava morto.

“Mas comecei a massagear, quando eu dei o primer massagem eu senti que ele tinha respirado, na minha mente ele estava vivo” “Chegaram dois carros de SAMU, ali quando eles entraram eu ainda estava... Quando eu estava dando massagem em ele, o rapaz diz ele já está morto, são gases que ficou presa, você tem a impressão que quando você massageia ele respira mas quando eu massageava ele respirava mas não estava mais”(A3)

A polícia chegou a casa e interrogou a família, porque a corda não deixou nenhum sinal no pescoço do jovem e depois os avós foram chamados para fazer declarações na polícia porque foram eles que desceram o corpo do jovem. A avó relata que seu neto estava drogado e bêbado no dia da morte, mas que ele sabia o que estava fazendo e planejou tudo trancou a porta do banheiro por dentro para ninguém conseguir abrir. A irmã do jovem com quem ele brigou momento antes de suicidar-se, se sente culpada pela morte e não conseguiu continuar morando na casa ao lado e se mudou para São Paulo.

(6) Avaliação da atmosfera do suicídio

O jovem vivia em uma situação de risco pelo consumo de drogas ilícitas e álcool e se sentia culpado pelo sofrimento da família por sua causa. O fato de que a família tentou ajudar-lhe e ele procurou ajuda e nada disso fez com que ele conseguisse abandonar o consumo, possivelmente também influenciou para que ele tomasse a decisão.

(7) Impacto do suicídio na família

O impacto do suicídio nesta família é desgastante, sobretudo para os avós, que eram considerados como pais de jovem, e para a mãe dele. A morte está muito recente e a avó está

muito afetada pelo acontecido, os demais membros da família não gostam de falar do acontecido porque causa muita dor.

“E ali essas coisas que eu tenho que falar é muito dolorido para a família é muito sofrimento, principalmente para os que estão muito próximo dele, como foi o caso de J3” (A3)

Toda a família ficou em estado de choque, porque ninguém imaginou que ele teria coragem para tirar sua a vida embora que ele já tivesse falado em duas situações que queria morrer. A avó relata que a família tinha um pouco de medo de que ele fizesse algo contra a sua vida, mas nunca um suicídio.

“Para mim nunca em minha vida pensei passar por uma situação dessa, porque a gente sabe a gente se ama, pelo menos eu jamais teria coragem de tirar minha vida e nem tem, tinha não, não tem coragem” (A3)

A avô do jovem (pai) não gosta de falar do tema e briga quando a avó fala ou está chorando por lembrar do neto. A partir da morte, a mãe e avó têm desenvolvido algumas doenças físicas e psicológicas, como hipertensão, depressão, transtorno de sono. A avó procurou ajuda profissional, está fazendo tratamento com uma psicóloga que a tem ajudado muito no processo do luto.

(8) Síntese ou comentários finais

A família recebeu muito apoio dos amigos e pessoal da igreja, depois do fato a família se uniu mais. Não tiveram apoio de outra rede que não fosse família e amigos. Depois do acontecido a avó que era considerada uma mãe para o jovem e mãe ficaram doentes. Apresentaram depressão por um tempo até que conseguiram ir melhorando com o tempo.

Na sequência passaremos a discutir os casos em seu conjunto, destacando aspectos mais relevantes que nos ajudam a perceber alguns eixos para compreensão dos dados.

Toda informação recolhida dentro do processo de coleta de dados de uma pesquisa é importante, mas toda pesquisa tem objetivos que guiam o pesquisador para identificar qual informação vai ser mais útil no processo de análise de dados. Segundo (Cabrera, 2005) para eleger a informação que deve ser analisada numa pesquisa se devem usar dois critérios, o primeiro é de *pertinência*, que se aplica por meio da ação de só eleger a informação que se relaciona com a temática de estudo e os objetivos propostos; o segundo critério é o de *relevância* que se identifica através de observação das recorrências entre as falas dos participantes. Foi seguindo esses critérios que se elegeram as

informações a serem analisadas no presente estudo . Ao assim fazer se identificaram categorias emergentes a partir da informação coletada. A organização das categorias se fez agrupando-se a informação coletada de acordo com cada objetivo específico. Para melhor entendimento do leitor se fez uma tabela que contém os objetivos específicos as categorias e subcategorias emergentes.

Quadro 1. Síntese de objetivos e categorias emergentes

Objetivos Específicos	Categorias Emergentes	Subcategorias Emergentes
Descrever os modos como as famílias lidam com o suicídio do jovem e suas formas de enfrentamento e;	Vivência Socioafetivas das famílias durante e depois da morte do jovem	Reações e sentimentos no momento posterior do fato. Relação entre gênero e forma de enfrentamento Desenvolvimento de doenças na família
Caracterizar aspectos psicossociais que envolvem o episódio em termos de seus antecedentes para a família e o jovem em questão;	Aspectos psicossociais do jovem e da família:	Qualidades das Relações familiares: Boas relações, conflitos familiares. Fatores de Risco suicida: Antecedentes familiares, Estados de saúde. Qualidades nas relações interpessoais do jovem. Relação entre suicídio, tentativa suicida e ideações suicida

Identificar fontes de apoio social e o acompanhamento das redes sociais para a família no momento anterior e posterior ao episódio.	Fontes de apoio social a família no momento posterior ao episódio.	Presença de redes de apoio de vizinhos e amigos Presença de redes de apoio familiares Presença de redes de apoio: religiosas ou grupos Acompanhamento profissional depois do fato Ausência de redes de apoio institucionais oficiais
---	--	--

Fonte: Pesquisa de campo 2017.

Categoria 1.

Vivências Socioafetivas das famílias durante e depois da morte do jovem.

Foram encontradas diferentes formas de como cada família e cada membro lida com a situação, porém em alguns casos as familiares coincidem em suas formas de enfrentamento e em outros casos se encontraram formas muito particulares de viver essa experiência. Essa diversidade de reações de cada membro da família foi analisada desde uma perspectiva da Teoria da Complexidade e da Teoria Estrutural do funcionamento familiar, pois seus pressupostos nos ajudam a entender a complexidade do fenômeno do suicídio. Nesta categoria referente à vivência socioafetiva da família se descrevem os: sentimentos, emoções e reações, desde o momento que souberam da morte do jovem, até o dia da entrevista. Se apresentam 3 subcategorias, reações e sentimentos no momento posterior ao fato, Relação entre gênero e forma de enfrentamento e Desenvolvimento de doenças na família.

Sub categoria 1.

Reações e sentimentos no momento posterior ao fato.

Naturalmente uma perda na família envolve muita dor para os membros, nos casos analisados a perda do jovem por suicídio provocou uma dor maior: Primeiro porque eram jovens e segundo pela maneira como a perda aconteceu. As três famílias coincidiram em sua vivência de dor intensa e descrevem o momento em que descobriram o fato como uma experiência terrível, **“brutal”**, os primeiros sentimentos vivenciados por eles foi muita **dor e revolta**, como podemos ver nos relatos abaixo.

“O primeiro sentimento foi revolta, muita revolta, nós ficamos os dois revoltados” (P1).
“Muita revolta eu fiquei muito revoltada ele também ali ele mais que eu” (M1).

“Eu senti uma dor muito grande para mi foi um sentimento de dor uma dor terrível como si tivesse arrancado algumas coisas de meu peito porque eu não me controlava que era aquela dor dentro de meu peito aquela dor terrível e ainda é até hoje é uma dor tão grande é tão grande que eu não sei nem explicar” (A3).

Os sentimentos de **dor** em de tal situação aparecem como resposta natural diante do acontecido, mas também como nos alertam Viniegras & Cernudai (2012), outras emoções negativas se apresentam como **raiva** e revolta com a pessoa que morreu, por não entenderem porque ela tomou a decisão de tirar a vida sem pensar no resto da família. A família, fortemente identificada com o jovem, e que nutre sonhos para seu futuro, sente-se traída, abandonada, rejeitada em seu afeto, pois é como se a relação afetiva mantida por ela, não tivesse sido potente o suficiente para manter a vida do jovem, apenas em um dos casos, o jovem deixou uma carta explicando os motivos de sua morte, isto tranquilizou de certa maneira à família. Em um dos casos essa dor se intensificou ainda mais porque no momento que foi encontrado o jovem morto e chegou o auxílio de parte do SAMU, o socorrista tentaram voltar ao jovem porque acreditavam que estava com vida, mas não foi possível, a família acredita que ele estava decidido a quer morrer e por isso no momento não quis voltar.

“Mas é o seguinte, o que a gente acha é que ele não queria viver, não quero retornar, não quero voltar porque estava ali depois que aconteceu o SAMU chegou muito rápido aqui, acho menos de 10 minutos o pessoal estava aqui e a médica que estava lá fazendo, falava

para ele assim tem uma luz aqui, reage, tem uma luz aqui, pulsação, fala comigo, reage, eu sei que tu estás, aqui cara volta, volta, puxaram ele do quarto e pusemos ele no chão, aí que o pessoal que já tiraram ele” (P1)

Este aspecto é abordado desde a teoria sistêmica por Silva (2009), por meio do pressuposto da intersubjetividade, a “objetividade entre parênteses” que permite explicar a situação complexa e difícil que experimenta a família nesse momento ao não conseguir entender os motivos daquela pessoa, (jovem) para se ver tão sem saída, essas quantidades de vivências socioafetivas e respostas emocionais que a família experimentou precisa ser explicada subjetivamente por ter tanta diversidade entre cada membro e pôr a diversidade de fatores que poderiam ter alguma influência na decisão do jovem, mas que não são entendidos pela família. Também desde esta respectiva se entende que nunca se chegara a encontrar uma verdade absoluta do que foi que aconteceu naquele momento.

Acompanhado destes sentimentos e o forte choque no momento do fato aparecem também os sentimentos de **culpa**, estes foram menos mencionados como uma das primeiras reações que a família teve no momento. As famílias falam indiretamente que sentem culpa por não terem feito alguma coisa para evitar a morte no dia que aconteceu, mas que ficam tranquilos porque eles sempre apoiaram seus filhos. Os estudos falam que quando existem relações conflitivas dentro das famílias existem maiores probabilidades que a família sinta sentimento de culpa e sofrimento por causa da morte (Garcia, 2010). Esta situação só foi identificada em um dos casos em que a irmã do jovem se sente culpada pela morte de seu irmão, tanto assim que depois da morte do irmão não conseguiu seguir morando na mesma cidade tendo que mudar-se para poder seguir com sua vida.

“Ela sentiu culpa, ela sentiu, ela sentiu culpa porque ela falou para mim ay avó eu acho que sou culpável porque toda vez que o menino ia para junto dele eu dizia que não era para ele pegar o menino e nem falar nada, porque o menino estava vendo e ele estava dando mal exemplo” (A3).

As famílias asseguram que a maneira como a morte aconteceu é algo que não podem entender e que causa uma dor muito maior por saber que foram eles mesmos que tiraram a vida. Segundo Garcia (2010), uma situação, como é a morte por suicídio, provoca um forte choque e altos níveis de estresse para a família, o que diminuirá a capacidade de aceitação e enfrentamento do fato prolongando o processo de luto por maior tempo. O modo como a morte acontece, e a situação da perda, condiciona a maneira de reagir e o grau de maior ou menor aceitação para a família. Depois de uma morte por suicídio as famílias ficam com muitas perguntas sem respostas. Essa falta de informação ou compreensão é torturante para a família. As perguntas retornam em um infundável looping na mente de seus membros.

Uma mãe relata isso de modo contundente: *“mas desse jeito eu não vou ter resposta, não, não tem como ter”* (M1).

Diante esta situação e em meio de tantos sentimentos a família se encontra sometida a altos níveis de estresse pôr o acontecido, este momento é abordado por Minuchin (2004), quando explica que o processo de adaptação diante uma diminuição do número de membros da família neste caso a morte do jovem por suicídio, causa estresse para toda a família, a situação tão complexa pela que a família passou agudizou o estresse de todo o sistema familiar, e precisa de um processo adaptativo que involucra a toda a família para conseguir os reajustes necessários dentro de todo o funcionamento familiar.

A família nunca imaginou que o jovem poderia ter coragem de tirar a própria vida. As mães expressam que naturalmente nunca tinham pensado na morte dos filhos, e que dessa maneira foi a pior situação que poderia ter passado na família e que, se a morte tivesse ocorrido de outra maneira provavelmente seria mais fácil conformar-se e aceitar, como vemos no relato:

“Eu não queria que morresse, mas desse jeito não queria de jeito nenhum, se fosse de qualquer outro jeito estaria mais conformada já teria encontrado uma resposta” (M1).

As famílias acreditam que a morte dos jovens não está relacionada a problemas familiares que as relações entre os jovens mortos e toda família era boa e que não tinham nenhum motivo por

parte da família para tirar sua vida. Nos três casos as famílias tentam justificar a morte e atribuir a responsabilidade do acontecido a algo fora da família, como vemos no relato de uma mãe que acredita que a responsável pela morte de seu filho foi sua namorada:

“Nunca fui contra ele, sempre apoie em tudo desse tipo sempre ali, e assim motivo para fazer isso ele não tinha pelo menos com a gente não tinha mas com essa mulher eu culpo e culpo ela sim, eu culpo como eu digo nem que não foi ela que tinha matado mas a causa da morte foi ela” (M2).

O fato de haver um caso de suicídio de jovem em uma família provoca muito incômodo em todos os membros. As famílias tendem a responsabilizar pessoas de fora de seu círculo para sentirem-se livres de sentimento de culpa, também para evitar julgamentos dos demais. As mortes por suicídio hoje em dia continuam sendo estigmatizadas socialmente, isto provoca vergonha e em alguns casos as famílias preferem ocultar a possível causa do suicídio e não falar para ninguém do acontecido (Viniegras & CernudaI, 2012).

Às famílias expressam que nunca aceitaram completamente esta morte, mas que tem que **conformar-se** para continuar vivendo, esse processo de tentar aceitar o acontecido implica uma adaptação que é necessária para que a família consiga uma elaboração do luto, este processo que alguns membros destas famílias têm experimentado é abordado por Reyna, Salcido, & Arredondo, (2013), quando falam sobre a família como um sistema vivo em constantes mudanças e adaptações internas e externas. A morte do jovem dispara um processo abrupto de influenciado pelo meio externo e interno à família. Esse evento exige essa adaptação e ajustes na dinâmica familiar. Dos três casos entrevistados foi possível identificar em dois deles que as famílias têm conseguido esse nível de reajuste na dinâmica familiar. Em um dos casos ainda não se consegue sair desse choque emocional depois de um ano da morte.

Esse processo que as duas famílias experimentaram de conseguir adaptar-se à mudanças depois de suicídio do jovem para obter uma aceitação da morte é explicado pela teoria sistêmica por meio do processo de morfogênese e o feedback positivo onde os sistemas vivos além de conseguir manter sua estabilidade necessita também de ser capaz de modificar sua estrutura básica

para adaptar-se às situações de mudanças do meio, neste caso a ausência do jovem que morreu. Estas mudanças se dão dentro do funcionamento emocional e estruturação da família. (Magorah & Maruyama 1963)

Esse momento que as famílias viveram foi traumatizante, um impacto que não conseguem elaborar. A cena permanece presente até o dia de hoje, sendo que já passou um ano da morte. As mães dos jovens não conseguem entrar no banheiro, nem o quarto em que os filhos mortos foram encontrados, pelos próprios pais. Para as famílias o fato de ter que continuar morando no mesmo lugar onde aconteceu o suicídio é uma situação muito difícil, porque o tempo todo lembram o acontecido. As famílias pensaram na possibilidade de mudar de casa para tentar livrar-se das lembranças, mas no final decidiram ficar porque é a casa deles e acharam que era melhor enfrentar o acontecido.

“Porque, você ficar ali na mesma casa donde um ser querido se suicidou é terrível, só Deus, de noite a gente ia dormir, eu nem ia deitar na cama, ficava deitada em uma rede que eu coloquei em meu quarto, ali fechava meu olho e estava vendo a cena toda” (A3).

O impacto da morte por suicídio para os pais se intensifica ainda mais quando são eles quem encontraram o filho morto. Nesta pesquisa foi possível perceber o choque para as famílias desde esta perspectiva porque dentre os três casos participantes da pesquisa apenas um não foi encontrado na casa pelos familiares, mas foi encontrado por outras pessoas em um motel. É possível ver a diferença da reação e o processo de luto nas famílias que encontraram o jovem e a que não. Para as famílias que encontraram ao filho morto vivenciaram um momento devastador. A primeira reação foi de negação do que estava acontecendo e depois da morte era impossível deixar de pensar no acontecido, o que demandou maior tempo para aceitação e assimilação da morte. Para a família que recebeu uma ligação informando que o filho havia se suicidado o impacto foi grande, mas não com a intensidade dos outros dois casos.

“O rapaz da posada diz que estava tão apertado tão apertado que os olhos pularam assim, tem as fotos ele viu eu não tive coragem, os olhos dele pularam assim, entendeu, mas como

não foi aqui em casa que aconteceu a gente não teve que ver isso e foi melhor para nós, assim não temos que lembrar de isso” (M2)

Esta situação é abordada por Garcia (2010), que explica que o contexto da morte e o fato de ser a família que encontra o morto condiciona o tempo para a elaboração do luto e intensidade das vivências e a aceitação da morte.

Sub categoria 2.

Relação entre gênero e forma de enfrentamento.

Os mecanismos de enfrentamento depois de uma morte são vivenciados de maneira diferente por cada membro da família. Nesta categoria se analisará as diferentes maneiras de reagir entre homens e mulheres (mãe e pai) do jovem que morreu. Dois dos três casos entrevistados foi possível identificar diferenças marcantes no modo de enfrentar o suicídio entre homens e mulheres. Encontrou-se que as mulheres (mãe, avó) depois da morte conseguem trabalhar o luto falando do jovem, lembrando de todo o que ele fazia, como uma maneira aliviar-se diante da dor, já no caso dos homens esses preferem não falar do acontecido e tentar esquecer o fato. O relato de uma mãe mostra isso: *“não sai de minha cabeça, não consigo pensar nos outros, só penso em... no que eu dizia, ele fazia o nós conversava o dia que eu cuidava dele”, “eu falo de minha convivência, não do que aconteceu” (M1).*

O esposo dessa mulher acredita que falar todo tempo do filho não ajuda à família a melhorar o clima da convivência familiar, ele diz:

“e aqui a gente fica assim como eu te falei a diferencia minha que eu consigo ver a realidade, e ela não chega a isso ela é muito refletiva ela fala muito, muito ela quer falar, ela quer conversar então com sim eu estou tentando tirar isso de mina mente, e ela começa falar eu não me sinto bem puxa eu não quero que tu (ela) fale mais porque eu não me sinto bem” (P1).

Esta situação está presente em outras famílias e também tem provocado algumas brigas dentro da família, sobretudo no relacionamento do casal, pois os homens não querem que as mulheres falem dos filhos, ou que fiquem muito tristes, chorando por causa do acontecido, como encontramos o relato abaixo.

“é assim, às vezes me acordo com a sensação que ele estivesse batendo na janela, às vezes eu me levanto vou lá dentro, tomo água ali, volto, vamos deitar, eu deito na cama, deito na rede, quando estou deitada na rede é porque eu vou chorar e eu não quero que meu marido veja, ele me briga quando ele me vê chorando ele me briga, ali eu me deito na rede e vou chorar” (A3).

Possivelmente, as reações tanto de homens, como mulheres estão ligadas aos papéis que cada pessoa tem dentro do sistema familiar, esses são produto da influência da sociedade e cultura que estabelece qual é o papel que deve assumir cada membro, muitas vezes baseado em um sistema patriarcal que define que o homem é o “chefe” da casa, o homem deve ser “forte” “não chorar” diante de situações difíceis da família. Alguns dos autores da teoria da complexidade como Morin (1995) nos ajudam a compreender como a cultura influencia as relações humanas no ambiente familiar e como esses conhecimentos adquiridos marcam as reações que toda pessoa tem diante das situações da vida, neste caso esses conhecimentos fundamentados em uma cultura machista que estabelece um padrão a seguir por cada membro da família.

Também Bateson (1988) refere que a família é uma estrutura sociocultural que tem memórias coletivas ligadas a aspectos genealógicos, mitos e outras situações relevantes dentro de seu contexto, neste sentido é a cultura que impõe a maneira de como homens e mulheres deveriam tratar a dor diante a morte. No caso das mulheres “naturalmente” é normal que ante uma situação de perda e sofrimento, expresse seu sentimento, por meio de choro, profunda tristeza isso é aceito pela sociedade como uma maneira natural e normal. Pelo contrário, no caso dos homens, a sociedade espera que eles inibam esses sentimentos que poderiam colocá-los em uma situação de vulnerabilidade e debilidade.

As teorias de gênero abordam esse tipo de reações dos homens desde a realidade cultural que impõe o machismo que treina aos homens para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais e a internalizar neles que a dor é uma questão só para mulheres, neste contexto os homens acreditam que sim eles choram se estão rebaixando ao nível da condição feminina. Duby,1990 como citado em (Braz, 2005)

O papel da mulher dentro da família, como mãe que permanece em casa cuidando e protegendo o filho também aparece como um fator que influencia a maneira de reagir diante da perda. As mães relatam como o fato de estarem em casa todo o tempo e de dedicarem-se aos filhos fez mais difícil o processo de aceitação da morte do jovem.

“Porque era eu quem recebia ele quando ele chagava” (A2) “Não consigo pensar nas outras, só nele, penso no que ele dizia, no que ele fazia, no que nós conversava, o jeito que eu cuidava dele o tempo tudo” (M1).

Nos três casos encontramos mães que se dedicaram grande parte do tempo às tarefas domésticas, o que permitia ter um contato muito próximo com seus filhos. Com a morte dos jovens foram elas que se sentiram mais deprimidas com a ausência do filho em casa. Diferentemente os pais, em sua maioria, trabalhavam fora, o que os ajudou a não sentir tanta a ausência dos filhos e manter ocupada a mente em seus trabalhos. Esse aspecto é exposto por Imaz (2013), que explica como as circunstâncias e o contexto em que sucede a morte e as experiências individuais de cada membro influenciam no impacto vivido por cada familiar e maneira de reagir.

Desde uma perspectiva de gênero é possível identificar o modelo da família tradicional que segundo Favaro (2007), explica como a mulher sempre tem sido e segue sendo educada para ocupar o papel fundamental da maternidade dentro do sistema familiar e essa missão de desenvolver papéis de mãe cuidadora e esposa é sua principal tarefa no contexto familiar, nos casos participantes da pesquisa deixam em evidencia que hoje ainda a família segue sendo vítima de uma cultura patriarcal que limita o papel da mulher às tarefas domésticas e que pelo contrário segue sendo o homens o destinado para trabalhos remunerados fora de casa.

A teoria do funcionamento familiar também aborda esta realidade por meio do conceito transações relacionais que se refere ao lugar que ocupa cada membro da família e que estabelece seu papel e a forma com é exercido, quando existem repetidas transações relacionais formam padrões permanentes que são chamados de *Padrões Transacionais* (Minuchin, 1990). Nestes casos

os padrões transacionais que se formaram, foram produto da cultura patriarcal que segue estando vigente nas famílias.

Subcategoria 3.

Desenvolvimento de doenças na família.

O processo de luto pode vir acompanhado de comprometimentos na saúde física e mental das pessoas. Evidentemente uma morte por suicídio é uma morte repentina, que a família não imagina que poderia acontecer mesmo que em alguns casos já o suicida tenha sugerido o que pretende fazer. Nos três casos foram encontrados que alguns membros das famílias, sobretudo as mães, adoeceram depois da morte do jovem. Foram encontradas doenças físicas e psicológicas, como: hipertensão, depressão e transtornos do sono.

Uma mãe refere que o fato não ocasionou problemas de convivência na família, mas sim problemas de saúde “*Problemas de saúdes sim, que eu fiquei hipertensa*” (M2). Também aconteceu que se intensificaram algumas doenças já presentes na família, como vemos no relato “*fiquei pior da diabetes, muito doente*”(A3). Outra situação que as famílias enlutadas experimentaram foi viverem algumas transformações em seus aspectos físicos, produtos das doenças emergentes depois da morte do jovem. “*Eu, eu emagreci uns 12 quilos, pela minha doença, depois da morte dele fique magra, magra*” (M1). Também foram encontrados desenvolvimentos de doenças psicológicas como depressão e transtorno de sono.

“*Porque depois do acontecido eu, tipo assim, fiquei em uma depressão, aquela depressão que a gente dorme muito*” (M1).

Uma avó referiu que todos os dias desde que seu neto morreu acorda as três horas da manhã e fica acordada, pensando o tempo todo no acontecido. Já passou um ano da morte e ainda acorda nesse horário todos os dias e não consegue dormir mais.

“Ele já fez um ano, mas ainda estou, agora que estou melhorando um pouco eu ainda me lembro as 3 horas ali, o doutor passou um relaxante muscular para dormir à noite toda” (A3).

Em dois casos, em que as mortes aconteceram nas casas, nos primeiros meses depois do fato as famílias, e novamente, sobretudo as mães, vivenciaram ideias recorrentes que perturbavam seu bem-estar, normalmente isto acontecia durante a noite quando acordavam e escutavam vozes ou algo que remetia a seus filhos mortos. As mães asseguram que não sentem medo do filho que morreu, mas sim se sentem incomodadas porque essa experiência de rememoração do filho causa muito dor, normalmente quando isto acontece não conseguem voltar a dormir.

O desenvolvimento de doenças, como parte da resposta à uma morte por suicídio, já foi exposto por Acinas (2012), que explica que estes tipos de perda fazem com que o luto seja mais doloroso e prolongado e que coloca a família em risco de desenvolver um luto mais complicado e de estar exposta ao desenvolvimento de doenças físicas, psicológicas ou psiquiátricas.

Outro mecanismo de enfrentamento relacionado à saúde mental das famílias e que foi encontrado nos três casos é o *isolamento social* por parte das mães. Todas coincidem que depois da morte elas não queriam fazer nada só deitar, perderam o interesse por fazer as atividades da vida cotidiana, como vemos no seguinte relato:

“eu queria estar deitada, dormindo e dormido só morávamos os dois, e eu ficava dormindo levantava médio dia e voltava para dormir, ninguém me via mais perto de minha casa ninguém me via mais” (M2).

Possivelmente esta atitude das mães, de preferir ficar em casa depois da morte, está relacionada a sentimentos de vergonha e de culpa por sentirem-se de alguma maneira responsáveis pela morte do filho. Também em dois dos casos as famílias, sobretudo as mães não queriam falar com ninguém, não tinham vontade de relacionar-se e preferiam ficar em casa sem sair para evitar contato social porque se sentiam incomodadas, já que todas as pessoas perguntavam sobre o acontecido. Isso acarretava maiores sentimentos de dor. O isolamento social já foi descrito por

Acinas (2012), como uma das respostas emocionais evidentes quando a família lida com uma perda por suicídio.

Categoria 2

Aspectos psicossociais do jovem e da família.

Esta categoria apresenta os aspectos relevantes relacionados aos modos de viver de jovem que morreu e de sua família, e que poderiam ter algum tipo de relação com a decisão do jovem de tirar sua vida, bem como com o impacto que o fato teve nas famílias. A primeira categoria que se apresenta abaixo é a referente à qualidade das relações familiares. Nesse âmbito descrevem-se alguns fatores de risco, a qualidade das relações interpessoais do jovem, e uma subcategoria que fala sobre a relação entre suicídio, tentativa suicida e ideias suicidas. Todos estes aspectos foram analisados desde uma perspectiva sistêmica e da teoria do funcionamento familiar.

Subcategoria 1

Qualidade das Relações familiares

Na questão do suicídio as relações familiares poderiam ser consideradas um fator de risco, ou um fator protetor. Segundo a OMS, (2014) e Botega (2004) expõem que um dos principais fatores protetores identificados para o comportamento suicidas é a estabilidade nas relações sociais incluindo a família da mesma maneira esta pode ser uma fator de risco quando existem conflitos e problemas no ambiente familiar. Nesta categoria falaremos sobre as duas posições dentro do sistema familiar dos jovens que morreram.

Relações familiares mais saudáveis.

Em geral as famílias expressaram que os jovens mantinham boas relações familiares, pelo menos com os pais, que sempre que precisavam de alguma coisa ou tinham algum problema procuravam, na maioria de casos, ao pai, como expomos abaixo.

“Ele, meu marido, ele só procurava ele, ali chegava lá, ele chorava lá no pé dele, ali dizia que estava passando por uma situação assim e tudo meu marido tinha muita paciência com ele: ‘está bom meu filho, eu vou tentar ajudar...’, o pai dele era a pessoa que mais ele confiava tudo para ele e dizia tudo que estava passando” (A3).

Segundo os relatos das famílias os jovens tinham muita confiança e se identificavam na maioria das vezes com o sexo masculino, neste caso com os pais. Já Minuchin, (1990) nos ajuda a entender esta ação quando define a família como um conjunto invisível de exigências funcionais que permite ter uma organização e processos de comunicação entre os membros que conformam um sistema familiar. Também a família é considerada como um sistema que se move através de *padrões transacionais* que permitem aos indivíduos construir subsistemas, que normalmente se constituem por afinidade, como geração, sexo e interesse. Nos três casos, participantes da pesquisa, os subsistemas construídos foram formados pelos pais e filhos homens, uma afinidade por sexo que marcava um maior nível de confiança em relação à mãe. Esta relação estreita poderia ser considerada como um fator protetor para os jovens.

Outro aspecto que apontava a existência das boas relações dentro do ambiente familiar é o apoio que a família brindou em todo momento o jovem morto. Nos três casos se colocou em evidência que, em todas as situações que os jovens vivenciaram e que demandava apoio de parte da família, esse apoio foi concedido de parte todos os membros.

“Eu conversava com meu filho não vale a pena você..., eu lhe ajudo você vai morar aqui comigo, com seu tio que é o padrasto dele tudo assim todo mundo...” (M2).

“Eu fui um tipo de pai, da gente conversar muito e apoiava a ele, eu sempre falava para ele, filho todos os problemas que tem devem ser resolvidos, vamos lá, vamos sentar, se acontecer algum problema vem comigo” (P1).

Na elaboração de luto este aspecto foi muito importante porque as famílias se sentem tranquilas, sobretudo os pais, porque consideram que cumpriram com a responsabilidade de pais e deram um bom acompanhamento quando os filhos precisavam. Possivelmente no primeiro momento os pais experimentaram escasso sentimento de culpa, porque segundo eles, os jovens não tinham nenhum motivo dentro da família para acabar com a própria vida. Por outro lado, esta situação influenciou para que a família sentisse revolta e uma desilusão muito grande de modo que a família se interroga incessantemente porque o jovem fez isto se ele sabia que todos na família o amavam e protegiam?

A percepção de que o amor da família não foi suficiente para sustentar a vida do jovem coloca a todos num estado de insolvência e perplexidade, pois é pressuposto por todos do mundo familiar que contando com o apoio da família sempre tudo se resolve.

Conflitos familiares.

Pelo fato da realidade ser plena de contradições e complexidade em que convivem sentimentos e atitudes em oposição, também identificamos que em dois dos casos foram encontrados indícios da presença de conflito entre os membros da família. Identificaram-se algumas situações onde os jovens tiveram brigas com os irmãos, ou outros membros, que moravam na mesma casa. Em dois dos casos se mencionam brigas que poderia ter alguma influência na decisão de tirar a vida. Um dos casos evidencia a presença clara de uma briga que antecedeu o suicídio. Segundo o relato da A3, no dia que seu neto morreu, a última pessoa que ele viu foi uma irmã com quem teve uma forte briga e depois se matou.

“Ali ele diz vem cá filho, ela estava tirando o carro para levar ele no colégio, vem cá não, nem dirige a palavra para meu filho ele chorou nesse dia porque uma pessoa que estava perto me disse, olha D. hoje é ultimo dia que tu vai me ver e teu filho vai me ver embriagado e drogado hoje vai ser o último dia” (A2).

Neste caso não era a primeira vez que se dava uma briga desse tipo. A irmã do jovem não queria que ele ficasse perto de seu filho porque considerava que era uma má influência para a criança. Esse fato, em vários momentos provocou fortes brigas entre os irmãos. Também outra das famílias participantes expressam que eles em algum momento tinham brigas com o jovem por causa de sua namorada.

“A gente se desentendia algumas vezes, a última vez foi justamente por causa dela, porque eu não aguentava a preguiça dela” (T2).

Como nos adverte a literatura, os conflitos familiares se encontram entre um dos fatores precipitantes do suicídio, de acordo com Piacheski , Lima, Kohlrausch, & Soares (2010), As

contradições dentro das famílias são parte da convivência do sistema familiar, mas quando essas situações envolvem problemas que se intensificam e causam dificuldades persistentes no relacionamento poderiam ser consideradas como fatores de risco para o suicídio.

Ainda que já foi mencionado que às famílias expressam que os jovens tinham confiança com os pais, em dois dos casos se menciona que os jovens muitas vezes ficavam calados diante de situações difíceis que não expressavam o que sentiam. Poderia até parecer contraditório as falas das famílias, porque elas expressam que tinham boa relação, mas as atitudes dos jovens não demonstravam esse nível de confiança como se aprecia nos relatos seguintes:

“Só que ele era muito caladão, tipo assim não era que ele ia falar e conversar com a gente, eu dava muito conselho para ele, só que ele não dialogava” (P2).

“Eu acho assim o que eu imagino que ele estava com algum problema de depressão, que isso pode acontecer, era aquele tipo que escondia e não falava para nós” (P1).

Em outro caso encontramos relatos em que o jovem era comunicativo com a família, mas ele nunca expressou sentir-se triste ou mal, diante situações que poderia afetar-lhe emocionalmente. *“Em casa ninguém sabia quanto o jovem tinha problemas” (M1).*

A existência de problemas de comunicação dentro da família é um dos problemas mencionados como fator de risco para a conduta suicida. Segundo Guibert & Torrez (2001), em um estudo feito na Cuba se encontrou como característica peculiar dentro das famílias dos suicidas problemas de comunicação. Desde um enfoque sistêmico – comunicacional, de acordo com autores clássicos da área Watzlawick, Helmick, & Jakson (1973), a comunicação é um elemento fundamental para entendermos as dinâmicas relacionais. De modo geral ela é muito ampla e os seres humanos se comunicam por meio de uma grande diversidade de mensagem. Desde esse ponto de vista esta maneira de reagir dos jovens de permanecer afastado e não expressar o que sentiam, poderia ser entendida como parte da própria comunicação não verbal, em que eles queriam comunicar que alguma situação não estava bem, mas essa expressão silenciosa não foi entendida plenamente pela família.

As dificuldades relativas à nutrição emocional do jovem foram expressas em dois dos casos em que os jovens viveram a separação dos pais desde que eram crianças. Esta ‘carência’ foi representada claramente em um dos casos que desde que era pequeno sentia a falta do pai, diante da vivência de abandono da figura paterna. O jovem sempre falava para os demais membros da família sobre seu sentimento de dor pela ausência do pai.

“Teve, teve assim ele sentia, desde menino quando ele tinha uns 7 anos ele era um menino triste, os meninos brincavam e ele ficava por ali, eu dizia ‘meu filho vai brincar não?’, ‘quero não’, e que você tem?’... ‘Eu estou chateado avó, meu pai não vem aqui...’, esse foi a maior sofrimento dele” (A3).

Já alguns autores como San-Martín, et al., (2013), mencionam a separação dos pais como fatores agravante para o suicídio quando acontece na etapa em que os filhos são crianças. Esta situação, que viveram dois dos casos entrevistados, poderia ser considerada como fator que afetou profundamente a vida dos jovens. Porém eles tiveram figuras paternas substitutivas: em um dos casos o avô, no outro caso o padrasto. Segundo as famílias para os jovens essas figuras foram consideradas pais, mas ainda assim a ausência de seus pais biológicos foi uma falta que teve impacto no desenvolvimento, sobretudo quando eram crianças.

Subcategoria 2

Fatores de Risco.

Antecedentes familiares.

O fato que em uma família existam antecedentes de pessoas que já tentaram ou tiveram o suicídio consumado pode ser considerado um fator de risco para que outros membros da família apresentem ideações, tentativas ou suicídios consumados. As três famílias entrevistadas expõem que existem casos de suicídios, ou tentativas suicidas, dentro da família. Em um relato uma das

mães refirmou que a irmã do jovem morto fez uma tentativa suicida um tempo atrás, antes da morte do jovem: “*a irmã dele minha filha sim, tomou remédio uma vez com raiva*” (M2). Nesta mesma família também um primo e o pai do jovem, tiveram tentativas suicidas. Em outros casos falam de familiares mais afastados. Já a literatura fala sobre este aspecto como fator importante para entender o comportamento suicida. Alguns autores, como Piacheski, Lima, Kohlrausch, & Soares (2010), consideram que a presença de antecedentes familiares que tentaram ou cometeram suicídio, representa um fator agravante para o comportamento suicida.

A história de vida da família evidentemente tem implicações no comportamento suicida. A OMS (2014), também coloca essa situação como um fator que tem muita influência como possível co-determinante do suicídio. Uma família que vivenciou a experiência da morte de um membro por suicídio atravessa uma situação difícil que poderia gerar um ambiente emocional e simbólico propício para que algum outro membro decida tirar a vida. As falas das famílias, em dois dos casos, se referem a casos afastados, mas ainda assim esses casos fazem parte da história de vida da família e de seus antecedentes, que formam uma matriz simbólica em que o suicídio aparece como parte do script, como possibilidade de enfrentamento e modo de resolver problemas.

“foi, mas é afastado, é um filho do primo meu, mas esse era uma família desestruturada mesmo, então ele..., isso que eu te digo quando aconteceu isso ele tentou duas vezes, na terceira vez ele conseguiu, ele tentou duas vezes” (M1).

A presença de antecedentes familiares é colocada em evidência nos três casos como possível fator de risco, porém em dois dos casos, as famílias acreditam que essas mortes por suicídio encontradas como parte dos antecedentes familiares, não tiveram nenhum tipo de influência na morte do jovem porque eram de pessoas afastadas de seu convívio. Só em um dos casos a família acredita que os antecedentes de tentativas suicidas e suicídios consumados estão relacionados de alguma maneira à morte do jovem. Neste sentido a OMS (2014) refere que quando uma morte por suicídio acontece com algum membro próximo pode trazer consequências devastadoras para a maioria de pessoas, como uma gama de sentimentos de dor, culpa, raiva e que a mudança da dinâmica familiar a partir de uma morte por suicídio poderia elevar os riscos dos familiares do morto de cometer um suicídio e/ou desenvolver um transtorno mental, estes poderia ser a razão

pelas que a família acredita que os casos afastados não tiveram nenhuma relação com as mortes do jovens, sendo que essas mortes não afetou à família porque não tinham nenhum tipo de relação.

Estado de saúde.

Outro fator de risco do suicídio é a presença de doenças físicas ou psicológicas. Nestes casos se encontraram que os três jovens apresentavam problemas que colocavam em risco a saúde. Um deles tinha epilepsia; e, os outros, problemas psicológicos como depressão e adição às drogas ilícitas e álcool. Os problemas de saúde que estes jovens enfrentavam existiam desde crianças e sempre afetaram a vida deles.

“como ele era epiléptico, por causa dessa queda na luta, no treino, ele desmaiou lá, aí o pastor disse, a gente já soube depois, que ele não ia mais lutar, que se não ele poderia morrer, pôr cortou o barato dele” (M1).

Também os problemas a nível psicológico foram colocados pela família como situações que marcaram a vida dos jovens, um dos casos que apresentou problemas de depressão e baixa autoestima desde criança, tinha crises porque se sentia inferior aos demais. Em outro caso, que o jovem tinha adição as drogas e álcool desde a idade de 15, anos, a família relatou que o mesmo foi internado em centros de autoajuda e ele nunca conseguiu deixar de consumir. Isso trouxe graves problemas de saúde, porque em várias situações teve overdoses e precisou ser levado à emergência do hospital. Em dois dos casos as famílias acreditam que estes problemas de saúde influenciaram grandemente no suicídio.

“Para mim foi o motivo, a droga, porque ele via a família sofrer muito por ele... nós mandamos ele para o Maranhão para ele se curar desse vicio” (A2).

Existe relação clara entre o estado de saúde e a conduta suicida, já estudos *post mortem* revelam que até um 75 % de suicidas padeciam algum tipo de doença física, como exposto por Roy (Como citado em Rishard et al., 2002). Os tipos de doenças físicas e psicológicas nos três casos evidentemente afetavam o modo de viver dos jovens, por exemplo no caso do jovem que padecia

epilepsia desde muito pequeno que foi diagnosticado, ficou restrito a fazer certas atividades físicas, por recomendação dos médicos. Os pais falam que 3 dias antes da sua morte ele teve umas crises de epilepsia no treino na academia. Diante disso o professor falou que não poderia mais lutar, pois poderia morrer. A família acredita que este foi o gatilho que desencadeou o suicídio. Da mesma maneira em outro caso, os problemas de autoestima atuaram como fator precipitante para o suicídio. Possivelmente o medo à solidão, a insegurança o fizeram acreditar que não poderia encontrar outro relacionamento. Com essa disposição afetiva negativa, não aceitava a separação da sua namorada, o que o levou a acabar com a vida e tentar tirar a vida dela. Os problemas de saúde que estes jovens apresentavam já foram referidos por alguns autores como doenças que estão relacionadas aos transtornos de estado de ânimo, entre elas se menciona a epilepsia e que tem uma estrecha relação com as mortes por suicídio (García de Jalón & Peralta, 2002).

O consumo de substância é um dos fatores de risco mais mencionados em pesquisas nesta área. Para Gálvez (2015), a probabilidade de suicídio entre pessoas adictas é 5.8 vezes maior que para a população em geral. Esse aspecto, presente em um dos casos, evidentemente repercutia em todos os aspectos da vida do jovem. Não conseguia encontrar emprego, o que causava grande frustração para o jovem. Também o fato de não conseguir deixar de consumir, ainda se submetendo a ajudas profissionais especializadas, causou muita impotência. O jovem sofria muito porque sentia-se causador de muitos problemas dentro da família. A avó acredita que o jovem pensou que tirando sua vida deixaria de ocasionar tantos problemas na família. Segundo relato das famílias o fator de risco referente à saúde física e mental, nos casos participantes da pesquisa, tem uma influência clara na decisão de suicidar-se. Nos três casos as famílias colocam estas situações como o motivo da morte do jovem.

Desde a perspectiva sistêmica poderíamos olhar os fatores de risco suicida com uma Visão holística e ecológica. Já Filomeno (2002) explica o termo ‘holístico’, do grego “holos”, totalidade, que entende a realidade em função de totalidades interligadas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. Neste sentido não existem uma causa única do suicídio mas sim se conhece que aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, poderiam influir e levar a uma pessoa a ter um comportamento suicida, todos esses fatores estão intimamente interligados, e não se pode ter a possibilidades que um deles funcione isoladamente dos demais.

Qualidades das relações interpessoais dos jovens:

No que respeita às relações interpessoais do jovem se encontrou que os jovens que morreram, se caracterizavam por ter muitos amigos e manter boas relações interpessoais, com os vizinhos e na escola. *“Ele tinha 4 melhores amigos, eles saiam juntos gostavam de uma cervejinha gostavam de uma festinha e sempre que para onde ele ia, eles chegavam”* (M2)

Os jovens segundo os relatos das famílias não eram considerados pessoas afastadas, pelo contrário jovens sociáveis, que desfrutavam o tempo com as amizades.

“tinha amizade, amizade, uma pessoa muito querida, eu que dizia para meu marido quando ele nasceu, eu dei o primeiro banho dele foi com mel na água, era doce mesmo” (M1)

A literatura indica que as boas relações sociais, poderiam ser considerados com um fator protetor Botega (2014), neste caso essas boas relações que eles mantêm com o grupo de amigos. Porém

As relações de amizade que eles tinham aparentemente careciam de muita confiança porque quando os jovens tinham alguma situação problema nunca procuravam ajuda com seus amigos. Depois da morte só em um dos casos se encontrou que o jovem tentou procurar um amigo para falar do que estava acontecendo, mas no final nunca falou nada.

Existia uma particularidade nos três jovens, nenhum deles conseguiu ter relações amorosas firmes e saudáveis, dois deles tiveram filhas sem ter um relacionamento estável, segundo as famílias os relacionamentos normalmente terminam por ciúmes e em dos casos uma relação conflituosa que vivenciou, traição e violência no casal. As relações afetivas já foram colocadas em questão por alguns autores que encontraram uma relação entre o estado civil de uma pessoa e o risco de suicídio Kaplan & Sadock (2004), referem que o fato de estar em um relacionamento estável ou matrimônio e ter filhos, parecem diminuir o risco de suicídio de forma significativa. Também foi possível

identificar que as pessoas que estiveram casadas apresentam riscos muito maiores de cometer suicídios das pessoas que nunca estiveram casadas.

Também foi identificada como acontecimentos importantes o projeto de vida que os jovens tinham, nestes casos nenhum dos três casos eram pessoas que tiveram muitos projetos de vida, dois deles deixaram a escola muito cedo e não tinham esses desejos de continuar estudando, preferiram trabalhar. Também as famílias não lembram que eles falaram de desejos de ir para morar sozinhos e independia-se, os dois casos que tinha filhas eram os avós e as mães das crianças quem tinham a maior responsabilidade com o cuidado e educação das filhas. Mas os jovens visitavam e tinha uma boa relação com suas filhas, mas não moravam com elas.

“Olha antes ele falava depois ele desanimou a tal forma que ele não tinha mais nenhum sono para realizar entendeu mesmo com a mesma filhinha dele que era a pessoa que ele mais amava depois da mãe” (A3)

Em dois dos casos foi possível identificar que nos meses que antecederam ao suicídio os jovens nunca falaram sobre nada que gostariam fazer de seus futuros, mas a família acreditou que a situação que tinham nesse momento

Subcategoria 3

Relação entre suicídio, tentativa suicida e ideação suicida.

O comportamento suicida normalmente se apresenta por meio das ideações, tentativas e, em alguns casos, suicídios consumados. Todas estas condutas têm uma estreita relação entre elas, mas não em todos os casos se dão da mesma maneira, nem em todos os casos de suicídios consumado estritamente tem que ter presentes os três elementos mencionados. Botega (2014). As entrevistas mostram alguns dados epidemiológicos que coincidem, ou diferem com pesquisas feitas nesta mesma área. Os comportamentos suicidas dos jovens que morreram demonstram que eles não tiveram nenhuma tentativa suicida prévia, aspecto muito importante de assinalar, porque os dados sobre suicídio estimam que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas e que esses comportamentos suicidas sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (Mello-Santos, BertoloteI, & Pang Wang, 2005).

Nos casos analisados as famílias relatam que nunca souberam de tentativas empreendidas pelos jovens, o que indica que não necessariamente uma pessoa que nunca tenha tentado suicidar-se seja incapaz de consumir o suicídio em um primeiro intento. Porém sim, foram encontradas ideações suicidas muito claras em dois dos casos. Isso se pode perceber em várias conversas que os jovens tiveram com algum membro da família e que evidenciavam desejos de acabar com a própria vida, mas que a família não levou a sério essa intenção.

“Dias antes, ele dava a entender coisas tipo assim, ele estava sendo contratado por uma empresa. Eu dizia assim, ‘J2 você não vai trabalhar hoje?’. Ele dizia ‘não, para o lugar que eu vou não preciso trabalhar’, J2 tal coisa? e ele dizia ‘eu não vou mais precisar disso’. Ele tinha crise lá em casa de choro’ eu me odeio, eu quero morrer, eu vou me matar por causa dessas espinhas’, mas aquilo nunca entrou em minha cabeça, eu pensei ‘isso é da boca para fora’ (M2).

Os estudos revelam que as ideações suicidas são o primeiro passo para cometer tentativas suicidas e em alguns casos se chega ao suicídio consumado. De acordo com Botega, et al., (2005), as ideias suicidas refletem a possibilidade de um elevado risco de cometer uma tentativa de suicídio, havendo entre as duas variáveis forte relação. Nos casos analisados as ideações estavam presentes, mas as tentativas não fizeram parte do comportamento, eles passaram diretamente das ideias aos suicídios consumados, o que mostra que, embora haja uma relação importante, não há uma fórmula fixa para apresentação desses fenômenos inter-relacionados.

As ideações suicidas no contexto real das famílias muitas vezes são tomadas pelos familiares ou amigos como se realmente não fossem acontecer. Ninguém acredita que uma pessoa que está falando vai ser matar de verdade. Shneidman (1985) e seu equipe falam que pensamentos deste tipo são considerados *mitos do suicídio*, que por mais de 20 anos foram acatados como verdades, mas que seu grupo catalogou como errôneo.

Outro dado muito importante é que os 3 jovens utilizaram o mesmo método para suicidar-se. Nestes casos foi enforcamento, o que coincide com os resultados de outras pesquisas nesta área. Um estudo sobre suicídio entre jovens, feito no Mato Grosso do sul no Brasil, revelou que a

maioria dos suicidas é de homens, sendo 65% na faixa etária de 15 a 29 anos, e o método mais frequentemente empregado é o enforcamento (Grubits, Freire, & Noriega, 2011).

Categoria 3

Fontes de apoio social à família no momento posterior ao episódio.

Nesta categoria se pretende analisar a presença de todas as fontes de apoio às famílias desde o momento que encontraram o jovem morto, durante o processo de velório e enterro e depois da morte. Foram encontradas várias redes de apoio que não só se limitam à família, senão a todo o meio socioambiental em que a família se insere. Bateson (1988) e Sluzki, (1997) nos ajudam a entender que as fronteiras do sujeito não estão limitadas por sua pele, mas incluem todos os espaços, momentos, pessoas, família e meio físico com que interage em conexões interpessoais que o sujeito vai construindo nas suas vivências diárias.

Na sequência se faz uma descrição das redes pessoais e sociais encontradas em cada família e a importância que elas tiveram no processo de assimilação da morte. Também se descreve a ausência de algumas redes de apoio como aspecto relevante. As categorias emergentes são analisadas desde uma perspectiva sistêmica e com a visão da teoria das redes sociais que nos permitem entender a importância das redes sociais em situações complexas como é a perda de um familiar por suicídio.

Subcategoria 1

Presença de redes de apoio; O papel dos vizinhos e amigos.

A presença das redes sociais foi indispensável para o enfrentamento do fato, durante e depois do acontecido. Nos três casos se encontrou que as principais redes de apoio que tiveram as famílias, no momento e posterior à morte do jovem, foi provida por vizinhos e amigos. Esse gesto que a família recebeu de ajuda econômica e moral por parte das pessoas próximas foi de grande auxílio, porque diante de uma morte como está a família não está preparada nem monetariamente nem psicologicamente.

“Apoio dos vizinhos no dia do acontecido, que os colegas dele daqui, principalmente um amigo, pediu para todos os amigos ‘olha vamos fazer a quota para ajudar no velório, no enterro, que a gente fazia quota para festa, a gente fazia quota para cerveja, a gente jogava bola juntos, então vamos fazer uma quota para comprar o caixão, fazer enterro’, tudo isso me ajudou, eles me deram uma quantidade, uns 400 reais” (M2).

Outro aspecto importante é que a presença dessas redes de apoio não se limitou ao momento do fato. A família refere que depois da morte, também receberam esse apoio, que os amigos e vizinhos visitavam suas casas, convidavam para sair, davam apoio moral. As famílias expressam que os amigos e vizinhos não os deixaram sozinhos, que sempre estavam ali à disposição. Algumas famílias hoje, depois de um ano da morte do jovem, ainda recebem esse apoio de alguns amigos e vizinhos.

“Também todos meus amigos conversavam, me auxiliavam, me apoiavam e ali eu tenho uma amiga que ela sempre me leva para casa dela para gente almoçar junto, conversar porque eu não sou muito de sair de casa” (A3).

Em meio à dor, as famílias expressaram sentirem-se agradecidas ao receber esse apoio emocional e, em alguns casos econômico, que foi fundamental para enfrentar a situação. A teoria das redes sociais expõe que o papel das redes é disponibilizar apoio social no momento que os sujeitos estão precisando desse acompanhamento (Lozano & Cadavid, 2009). Nestes casos esse apoio se deu por meio de todas as ações que os amigos e vizinhos fizeram para dar acompanhamento à toda a família. A presença das redes de apoio por parte dos vizinhos e amigos foi fundamental no processo de luto. De alguma maneira ajuda as famílias se liberarem de possíveis sentimento de culpa ao ter o apoio de todos, e não se sentirem julgados pelo acontecido. Nos 3 casos as famílias moram no mesmo bairro faz muitos anos, os 3 jovens nasceram e cresceram no mesmo lugar, pelo que eram muito conhecidos e a morte também significou um impacto para os vizinhos. Em dois casos os vizinhos são considerados como família devido à quantidade de tempo que têm morando no mesmo bairro. Um aspecto muito importante é que o contexto onde moram estas famílias ajuda para que estes laços de proximidade com os vizinhos sejam muito comuns,

porque todos se conhecem, as casa são muitas próximas. De modo que é parte da convivência diária ter contato com os vizinhos e visitar-se.

“Todo mundo aqui gostava muito dele e a gente também, por isso mesmo que a gente não se sente muito só. Nesse sentido quando estou mal, ‘não chora, não chora, esqueça, não pode viver assim...’, sempre tem essas palavras” (M1).

Nos três casos as famílias expressam que os corpos do jovem foram velados em suas casas e que eles nunca imaginavam a quantidade de amigos que os jovens tinham. A família lembra como toda a rua estava cheia de pessoas no dia do velório e durante o enterro. As mães expressam sentirem-se confortadas por saber que seus filhos eram muito queridos pelos demais. De acordo com Sluzki (2010), as características das redes sociais variam de pessoa a pessoa e estão influenciadas por aspectos contextuais e de diferentes estilos nas relações individuais, nestes casos a redes sócias do jovem eram muito amplas, pôr o contexto onde se se desenvolviam, colegas da escola, do trabalho, amigos da infância e os vizinhos.

Nos meses posteriores à morte as famílias coincidem em afirmar, que o maior apoio que receberam foi por parte de amigos mais próximos da família e que sempre os vizinhos perguntavam sobre como se estava vivendo a situação. Mas as famílias, sobretudo as mães, prefeririam sumir e não deixar oportunidade para que os vizinhos ficassem muito perto, mas sim permitiram que alguns amigos estivessem acompanhando durante todo o processo de luto.

Subcategoria 2

Presença de redes de apoio: O papel dos familiares.

O impacto de uma morte por suicídio afeta de maneira direta as famílias enlutadas. As redes de apoio familiares são indispensáveis para enfrentar uma situação desse tipo. As três famílias coincidem em relatar que durante e depois da morte receberam muito apoio de toda a família

nuclear e a família extensa. Segundo as famílias entrevistadas, após o fato, foi possível perceber maior unidade familiar. *“Eu senti assim com a morte de F3, a família se uniu mais, um querendo dar força para outro, a gente se uniu mais, não foi assim que pela morte dele que a gente ia se separar, teve união, isso que eu sinto...”* (A2).

Outro aspecto importante que se destaca nas falas, é que as famílias expressam sentirem-se tranquilas porque, pelo menos entre seus membros ninguém procurou um culpado. Todos se apoiaram, as famílias não se sentiram julgadas e desde o momento em que aconteceu o suicídio, todos os familiares fizeram uma coleta para ajudar com os gastos de velório e enterro. Ademais, permaneceram na casa da família vários dias durante o momento logo posterior e mesmo depois. Alguns familiares que não moravam em Manaus viajaram de outras cidades para acompanhar suas famílias.

“A família..., todo mundo..., ninguém julgou ninguém, todo mundo se uniu..., a família do pai dele, meus irmãos, minha família... Então graças a Deus teve esse apoio financeiro e moral” (M2).

O apoio de uma rede familiar é um dos suportes que, maiormente ajudam no processo de enfrentamento, toda a família sofre grandes afetações, devido ao nível de convivência e vínculos afetivos que se tinha com o morto. O apoio mútuo de toda a família ajuda no enfrentamento dos diferentes momentos do processo de luto, sem perder a continuidade que é um marco de referência para seus membros. Segundo Minuchin (2004), quando a família apresenta um bom funcionamento, o apoio mútuo entre seus membros colabora para um processo de ajustamento adaptativo às situações de crise, como é o caso aqui, da situação de perda de um jovem por suicídio. A presença das redes de apoio familiar, sobretudo da família nuclear tem permanecido, não só no momento do fato, mas até o dia da entrevista, após pelo menos um ano do ocorrido. Em duas famílias se evidenciaram algumas alterações que tem servido como mecanismo adaptativo da família à situação de luto. Os filhos, irmãos do jovem morto, voltaram a viver na casa dos pais para acompanhá-los e para que não se sintam sozinhos. As mães relatam que seus filhos têm voltado, sobretudo por elas, para que não fiquem tanto tempo sozinhas em casa, pois são elas que permanecem em casa todo tempo.

“Depois que aconteceu isso, ele voltou até a morar em casa, ele morava lá na Barreira, tinha apartamento dele para lá, ele está morando em casa, ele é engenheiro civil ali, ele voltou e veio morar aqui comigo” (A3).

O fato de os demais filhos voltarem para a casa dos pais implica em reajustes na dinâmica familiar. É uma presença que oferece apoio emocional para o resto da família. Segundo Sluzki (2010), uma rede social fiável, como é o caso da própria família, proporciona investimentos afetivos que mantêm a vida sujeitos que vivem situações dolorosas que estejam afetando a estabilidade emocional. As mães relatam que o fato de permanecerem sozinhas em casa aumentava os sentimentos de dor e solidão. Mas quando os filhos voltaram a morar com elas, isso ajudou muito para elas continuar com a vida.

O fato da família voltar a morar juntos significou uma mudança de todo o sistema familiar como resposta diante o acontecido. Minuchin (1990), refere que a família poder ser vista como um sistema que opera dentro de outros sistemas mais amplos e que uma das principais características desta é os desenvolvimentos de uma série de etapas marcadas pelas crises nestes casos a morte do jovem por suicídio que obrigou a modificar sua estrutura adaptando-se à evolução das circunstâncias, este aspecto foi experimentado pelas duas famílias onde os subsistemas (Filhos) voltaram a morar dentro do sistema familiar.

O apoio entre o próprio casal também se fez presente como rede de apoio. Nos 3 casos as mães dos jovens expressam que tiveram o apoio de seus companheiros todo o tempo e vice-versa. Os dois se apoiaram e deram consolo um ao outro. De acordo com Minuchin (2004), um dos subsistemas que formam o sistema família é o *conjugal* e que a principal qualidade é a complementariedade e acomodação mútua, isso ajudará para que cada membro do casal se sinta apoiado e entendido por ou outro, ainda com as diferenças que o casal teve nos mecanismos de enfrentamento diante a situação, os três casos coincidem em que o apoio mútuo esteve presente em tudo momento.

Subcategoria 3

Presença de redes de apoio: O papel de grupos religiosos e outros grupos.

No caso as três famílias que foram entrevistadas tinham um vínculo com a igreja, pelo que o acompanhamento do líder da igreja e de alguns membros, também foi de muita importância como rede de apoio social no momento imediato e posterior à morte.

“Olha, para mim eu tive muito apoio do padre. Como eu te falei, ele é psicólogo, as vezes ele..., muitas as vezes ele me viu chorando na igreja diante de Jesus e quando vinha para cá, para igreja eu vinha sempre me refugiar aqui e quando estava muito..., e quando estou ainda, quando eu fico muito..., me refugio aqui” (A3).

Este tipo de redes de apoio social promove a consolidação de interações de diferentes atores sociais. No caso, o líder e membros da igreja, por meio de diversas interações ajudaram na resolução das dificuldades que a família tinha nesse momento. Segundo Orozco et al., (2009) pertencer a uma rede social também é parte essencial para dar um sentido de identidade, e o objetivo fundamental das redes sociais é a construção de interações para colaborar com resolução de problemas e a satisfação de necessidades que podem ser atendidas pela dentro de um processo de participação social. No caso dessas famílias essa colaboração foi recebida dos líderes e membros da igreja (Padre), ou de outros grupos organizados por exemplo a nova evangelização que visitavam suas casas para práticas de oração e para dar apoio moral e consolo durante e depois do acontecido.

“O único grupo de apoio que eu tive fora de minha casa que eles iam cada mês..., era um grupo da nova evangelização que eles iam à casa para fazer oração e conversar” (M2).

Neste sentido Sluzki (2010), expoe que estes espaços sociais - Religiosos acompanham às pessoas em seus processos evolutivos a longo de toda a vida e constituem aspectos chave para o desenvolvimento da identidade e da história pessoal.

Nos 3 casos, o fato de acreditar que o jovem morto está “na casa do pai- Deus”, tranquiliza toda a família. Em todas as entrevistas se identificou que as crenças religiosas foram fonte de

apoio que esteve muito presente. As famílias conseguiram encontrar fortaleza e explicações, ou pelo menos percepções/representações afetivas relevantes para o acontecido.

Duas famílias receberam atenção psicológica, porque os líderes da igreja ofereceram esse acompanhamento depois da morte do jovem e encaminharam à família para outros centros de ajuda. As famílias estão muito agradecidas por terem a oportunidade de pertencer a este grupo religioso que não deixou à família sozinha num momento de tanta dor.

De acordo com a teoria das redes sociais elas cumprem com algumas funções quando se está atravessado por alguma crise, uma dessas funções é o apoio social e emocional, que pode ser por meio de consolo, conselhos, acesso a novos contatos, introduzir a pessoa em outras redes de interação. Este último aspecto é muito importante porque quando uma pessoa consegue acessar às outras redes de apoio social pode ser um momento decisivo em tempos de crise. Fontes e Stelzig, (como citado em Gutierrez. 2009). A igreja e seu membros cumpriram com estas funções indispensável como suporte social para a famílias

Subcategoria 4

Acompanhamento profissional depois do fato.

Dentre as famílias entrevistadas duas procuraram ajuda psicológica, mas as únicas pessoas que receberam acompanhamento foram as mães dos jovens. Uma das famílias expressou que até hoje, depois de um ano do ocorrido, está dando continuidade ao tratamento psicológico e psiquiátrico e acredita que isto tem servido de grande ajuda para o enfrentamento do acontecido.

Por outro lado, o outro caso, que procurou ajuda, desistiu do tratamento porque não considerou que o tratamento estava ajudando muito no processo de luto.

“Sim, eu procurei ajuda do psicólogo, eu queria uma resposta...” (M1).

Esta mãe procurava uma resposta exata do que foi que aconteceu e que tinha que fazer para continuar vivendo sem seu filho. Como não foi possível encontrar uma resposta exata, nem um método pronto para viver, acreditou que o acompanhamento não era muito útil e no final ninguém teria respostas, preferiu refugiar-se em Deus e deixar a ajuda profissional de lado.

De acordo com Sluzki (2010), quando existem problemas de saúde, seja física o psicológica, as redes de apoio servem para melhorar a resistência emocional e para recuperar-se com maior facilidade. Uma rede social também funciona como amortecedor frente às doenças e a morte. Nestes casos este foi o papel do apoio profissional que a família procurou.

Também Sluzki (1997), as redes formam parte fundamental da experiência individual de identidade, bem-estar, incluindo aspectos como os hábitos de cuidados da saúde e o desenvolvimento de capacidades para atuar quando se está vivenciando uma crise. Este aspecto foi identificado em os dois casos que as famílias procuraram ajuda profissional, porque esse acompanhamento fortaleceu as capacidades de enfrentamento diante a perda do filho e as famílias consideram que o psicólogo e psiquiatra fizeram um bom trabalho, que ali elas se sentiram escutadas e entendidas.

As esposas pediram para seus companheiros procurarem essa ajuda profissional, mas eles não aceitaram. Destaca-se o fato que encontramos que existem diferenças significativas entre homens e mulheres em relação a este mecanismo de enfrentamento. De modo geral não se menciona que os homens tenham procurado nenhum tipo de ajuda profissional depois do acontecido, apenas o apoio profissional dos padres da igreja. Os homens preferiram eles próprios tentar seguir em frente sem ajuda profissional. Aqui se observa claramente uma diferença em como homens e mulheres respondem à situação. Possivelmente este aspecto também está ligado às questões de gênero e cultura realidade que já foi abordada por algumas teorias de gênero segundo Braz (2005), expoe que o ideal do homem forte educado para não deixar em evidencia sua fragilidade poderia significar um grande fator de risco para a saúde dos homens, porque eles preferem manter um silenciamento para procurar ajuda o cuidado médico quando estão precisando, os homens movidos por um ideário machista hegemônico preferem não procurar ajuda para não se sentirem vulneráveis. Também outros teóricos como Parkes (1996), explica que, depois de um evento como a morte de um filho, são as mulheres que procuram mais ajuda profissional (psicológica e/ou psiquiátrica) que os homens.

Subcategoria 5

Ausência de rede de apoio - institucionais oficiais:

Aspecto relevante é que na história das famílias não foi encontrado nenhuma rede de apoio institucional oficial que estivesse no momento do fato, nem depois. As famílias falam com clareza

que suas redes de apoio se limitaram à própria família, alguns amigos, vizinhos e grupos da igreja. Esta ausência de redes de apoio oficial foi uma situação presente na vivência das três famílias participantes dessa pesquisa.

“e depois, foi a gente mesmo, um apoiando outro, mas não teve esse negócio de instituição” (M2).

No caso das famílias que visitaram um profissional de psicologia, um dele foi privado, o outro foi um serviço público, mas foi a própria família que procurou essa ajuda e foi uma ajuda profissional não especificamente para atenções em casos de suicídios senão acompanhamento psicológico para qualquer tipo de situações

A inexistência de assistência de um centro especializado foi algo visível nas falas das famílias.

“Não, eu só tive apoio da família e amigos mesmo, mas isso de instituição não, não tive, assim eu tive apoio porque eu tenho minha cunhada, irmã de meu marido ela trabalha em SUS, ali os médicos de lá quando eu tenho que ir, ela vai marcar para mim..., o padre me encaminhou para essa psicóloga” (A2).

O acompanhamento das redes sociais institucionais é fundamental, sobretudo em uma situação como esta em que o impacto nas famílias é tão grande, e se precisa de maneira urgente atenção especializada para tratar este tipo de caso. É importante ter presente que, desde o momento que uma família está vivenciando uma situação deste tipo, a vulnerabilidade em relação a desenvolver o comportamento suicida em uns dos membros sobreviventes de suicídio é maior em relação às famílias que nunca passaram por essa experiência. Por outro lado, a ausência de redes institucionais oficiais, providas pelos diversos serviços da rede pública, sejam estaduais, ou nacionais é um aspecto importante para que seja tomado em conta, quando se pretende desenhar estratégias de prevenção e acompanhamento familiar após a morte por suicídio de algum membro.

Como se pode ver nestes casos existiu uma forte presença de redes sociais: Família, amigos, igreja católica que apoiaram às famílias, o que teve um significado muito positivo para toda a família, A realidade destas famílias em relação ao suporte social que receberam, difere de pesquisa nesta área que tem encontrado que as famílias enlutadas por morte por suicídio em muitos casos não recebem muito apoio, pelo contrário sofrem ainda mais por sentir-se julgados e culpabilizados

pelo acontecido. Nos casos investigados a carência de suporte social foi unicamente de redes institucionais oficiais.

Um aspecto importante é que ainda que em Manaus não foram identificadas redes de apoio, em outros estados si foram encontradas algumas redes de apoio institucionais voltadas para atenções e acompanhamentos às pessoas que estão passando por uma crise suicida, mas não especificamente atenções para as famílias que perderam a um membro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de pesquisa sobre as vivências Socioafetivas que sofreram a morte de um membro jovem por suicídio tinha como principal objetivo compreender as vivências que sofreram a famílias durante e depois do fato para isto se retomaram teorias baseadas no paradigma da complexidade que ajudaram a ter uma compressão ampla do fenômeno, por meio das falas das famílias que brindaram elementos claves para o entendimento do fato quebrando essa visão linear reducionista e abrindo caminho para reconhecer a complexidade que o fenômeno demanda.

Sendo a morte um processo natural da humanidade é um sucesso que implica uma perda muito grande pelo que normalmente a família do morto experimenta muitas vivências: psicológica, físicas e sócias. As mortes inesperadas como é o caso de suicídio implica maior intensidade nas vivências Socioafetivas da família durante e depois da morte. Este tipo de morte ademais dos sentimentos de dor significa lidar com o estigma social que hoje em dia ainda se tem sobre a morte por suicídio.

No que respeita aos resultados encontrados nesta pesquisa o impacto de uma morte de um jovem por suicídio envolve uma quantidade de reações, sentimentos e vivências que afetam de maneira direta toda a família e sobre tudo as mães e os pais do jovem que morreu, por ser uma morte repentina que ninguém imaginava que poderia acontecer o choque no momento do fato é mais intenso, e as vivências Socioafetivas no processo de luto se vêm invadida por maiores sentimentos de dor, revolta, raiva com a pessoas que morreu, culpa e vergonha. Junto a isto aparecem muitas perguntas sem respostas por parte da família, sentimentos de soledades. A reelaboração de luto de uma morte por suicídio demora mais do que normalmente demoraria por outro tipo de morte. Depois da morte evidentemente a dinâmica familiar dos jovens que morreram se viu afetada e a família teve que fazer reajustes para adaptar-se à ausência do jovem, para isto foi indispensável o apoio de todos os membros da família.

Cada membro da família de acordo à relação que tinha com morto vivenciou diferentes sentimentos e emociones no momento e posterior do fato, se evidenciou uma diferencia de como afrontar a morte entre homens y mulheres (mas e pai) do jovem, este tipo de reações está marcada por uma conduta patriarcal que inflou na maneira de reagir, por exemplo as mães depois do fato queriam falar do jovem morto e ficavam chorando muito tempo pôr o acontecido, os pais preferiam

não falar do jovem e brigavam por que as mães choravam e não deixavam de pensar no filho morto, possivelmente o papel de homens forte, chefe de casa não deixou os homens expressar sus sentimentos para não sentir-se vulnerável ante a tragédia, também as mães foram as pessoas que mais sofreram o impacto da morte por ser elas quem se dedicavam a cuidar do filho, ficavam em casa quase a maior parte do tempo e são elas quem sentem a falta dele com mais intensidade, todo isto está relacionado à questão de gênero e os papéis que desempenha cada homem e mulher casa produto da cultura hegemônica que hoje dia segue estando presente nas famílias. Outro aspecto relevante é que as mães foram quem depois da morte desenvolveram mas doenças físicas e psicológicas e quem procuraram acompanhamento profissional depois do fato.

Foi possível visualizar vários fatores de risco que influenciaram a morte dos jovens: os antecedentes familiares, o estado de saúde, consumo de substância e um dos casos conflitos familiares. Em relação às ideias e tentativas suicidas previas, como fatores agravantes do suicídio, só foi encontrada em dois dos casos ideias suicidas, mas nenhum dos casos apresentou tentativa suicida, os três casos utilizaram o mesmo método de enforcamento para concretizar o fato. Ainda segue sendo um mito como já Sheideman (1985) o expõe que as pessoas acreditem que uma pessoa que tem ideias suicidas e que fala que já não quer viver, não fala de verdade e no final não vai se matar, essa foi uma situação presente em dois dos Acasos participantes da pesquisa, que as famílias jamais acreditaram que o jovem teria coragem de tirar sua vida mesmo falando que tinha vontade de fazê-lo.

No que respeita ao apoio de redes sociais encontrou a existência de redes de apoio pessoais e social: familiares, religiosas e vizinhos que brindaram esse suporte social a todas as famílias, durante e depois da morte, esse acompanhamento foi fundamental para que as famílias conseguiram uma melhor aceitação do fato sem sentir-se julgadas por os demais. Um aspecto muito relevante foi a ausência de redes de apoio institucionais oficiais para as famílias, isto indica que existe uma carência de este tipo de acompanhamentos a nível estadual e nacional dentro das políticas públicas do Brasil.

No que concerne ao tipo de pesquisa, foi possível perceber que a produção científica nesta área não foi tão ampla, a maioria de pesquisas sobre suicido na juventude que foram encontradas nas

bases de dados estão voltadas aos trabalhos de dados epidemiológicos, análise do comportamento suicida, foram escassas as pesquisas que estudam o impacto de suicídio nas famílias. São necessárias maiores pesquisas na área com as famílias dos suicidas para aprofundar sobre as vivências Socioafetivas e processo de luto que cada família experimenta diante uma perda deste tipo.

As estatísticas sobre o aumento das taxas de suicídio a nível mundial para os anos posteriores são preocupante e colocam a este problema como prioridade dentro da área das pesquisas e dos sistemas de saúde. O suicídio é um grave problema que há provocado morte incensuráveis e um impacto negativos para quem vivem de cerca uma perda deste tipo, porém é um problema prevenível por meio de intervenções oportunas, é por isso que os cuidados de saúde, estratégias de prevenção y a promoção de saúde desenvolve um papel fundamental. Depois de dar por concluída esta pesquisa, surgem uma série de sugestões que poderiam ser úteis como possíveis estratégias de prevenção e acompanhamento para as famílias depois da morte.

Uma das estratégias mais importantes de prevenção do suicídio é o trabalho de conscientização em todos os setores sociais, começando pelas famílias, educação, e nos mesmos centros de assistenciais de saúde. Como já foi mencionado o suicídio ainda hoje é um tema tabu e com grandes estigmas sociais que inibem falar da realidade que se enfrenta de maneira aberta, pelo que muitas vezes se tem mitos sobre o fenômeno, e as vítimas de tentativas suicidas ademais de lidar com o sofrimento que levou a cometer uma tentativa, tem que lidar com essa conotação social que desqualifica e julga este fato como errôneo, fazendo que a vítima se sinta com maiores sentimento de culpa. Esta conscientização deve estar voltada a tudo o pessoal que trabalha nesta área, médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais e psicólogos.

Entendo que o fenômeno do suicídio pode ser evitável a detenção e manejo dele é fundamental. Para poder prevenir é necessário a elaboração de estratégias de prevenção que alertem os riscos suicidas na vida cotidiana. As ideações e tentativas suicidas são principais fatores de risco para um futuro suicídio, brindar o acompanhamento e atenções adequadas é uma maneira direita de prevenção de suicídio. A partir dos resultados desta pesquisa, as famílias que já vivenciaram uma morte por suicídio, se encontram em situação de risco e vulnerabilidade, a atenção especializada a este grupo é fundamental, porem em Manaus não foi identificada nenhuma rede de apoio

institucional que trabalhe diretamente com famílias em situação de risco suicida. Também é necessário que a nível de políticas públicas estaduais e nacionais, se disponha de pressuposto para o trabalho e prevenção e apoio a todos os casos identificados em situação de risco suicida.

A nível nacional em Brasil foram encontradas estratégias de prevenção, uma delas é o CVV – Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio. Este centro tem assistências as 24 horas todos os dias para as pessoas que estão precisando de ajuda. As atenções são gratuitas pode ser por meio de chat, e-mail ou ligações ao número 188, sob total sigilo, ainda que hoje não está disponível para todos os estados, se pretende que para o ano 2020 todos os estados tenham disponível o serviço. Estes tipos de estratégias são utilizados por muito países e pretendem dar atenções no momento que as pessoas se encontram em situações de risco, servindo como um meio direto de prevenção de uma morte por suicídio. Outra campana de prevenção implementada em Brasil, é o setembro amarelo que desde faz 4 anos se está trabalhando em atividades de prevenção e sensibilização cada ano. Esta iniciativa iniciou com a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP), o Centro para a apreciação da vida (CVV), e o Conselho Federal de Medicina (CFM). (Bond, 2017)

7. REFERENCIAS

- Barrero, P. S. (2000). El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Medicina General Integral*, 15, 196-217.
- Fukumitsu , O. K., & Kovács, M. (2016). Especificidades sobre proceso de luto frente ao suicidio. *Psico*, 3 - 12. Retrieved 07 05 2017, from <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio. *Anales san navarra* , 87 - 96.
- Imaz, G. J. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 71 - 79.
- .Antón-San-Martín, J., Guerrero, E., Costilla, L., Manzanares, T., Otero, Y., & Parejo, N. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles. *Anales de psicología*, 810 - 815.
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: Suicídios, desaparecidos, muertes traumáticas. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* , 1 - 17.
- Aguiluz, L. d. (2003). *Dinamica de la familia*. Mexico: Pax, Mexico.
- Blumenthal , S. J. (1998). Ansiedad y depresion: Suicidio, guia sobre factores de risgo, valoracion y tratamiento de los pacietes suicidas. *Clin med North*, 999 - 1037.
- Borges, R. V., & Werlang, G. B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11 , 345-351. Retrieved 05 22, 2016, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300012
- Boris, G. D. (2002). Fala de homens: *A construção da subjetividade masculina*. São Paulo: Secult.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: Epidemiologia . *Departamento de Psicologia médica e psiquiátrica da Faculdade de ciencias medicas da Universidade Estadual de Campinas* , 231 - 236.
- Botega, N., Barros, A. M., Oliveira, H., Dalgalarrodo, P., & Marin-Leon, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 45 - 53.

- Botega, N., Werlang, G. B., Cais, S. C., & Macedo, K. M. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, 37, 213-220,. Retrieved 8 5, 2016, from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e o impacto sobre a saúde de homens: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 97-104.
- Cabrera, C. F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Departamento de Ciencias de la Educación, Facultad de Educación y Humanidades. Universidad del Bío-Bío, Chillán.*, 14 (1), 61 -71.
- Camilo Madariaga Orozco, R. A. (2009). *Redes sociais, familia y comunidad*. Barraquilla, Colombia: Uninorte.
- Chaparro, H. Y. (2015). Estado de la investigación sobre el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes Latinoamericanos en los últimos 10 años. *Universidad nacional abierta y a distancia - UNAD, escuela de ciencias sociales arte y humanidades*.
- Conner , K. (2004). "Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol clinical Experimental Research*, 6 - 17.
- Dahlberg, L., & Krung, E. (2003). *La violencia: un problema mundial de salud pública*. Washington: D.C Usa: OPS.
- Darío Manrique, O. J., & Fernández. (2008). Comportamiento de suicidio en antioquia. *Revista CES Medicina*, 7-17.
- Deslauriers, J. p., & Kérisit, M. (2010). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos y metodológicos*. Petropolis: Vozes.
- Druss, B., & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med*, 1522 - 1526.
- Durkeim, È. (1994). *El suicidio como fenómeno social*. Mexico: Coyoacán.
- Durkheim, E. (2000). *El suicidio*. México: Coyoacán.
- Favaro, C. (2007). *Mulher e familia: Um binômio (quase) inseparável*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Figueiredo , B. A., Da Silva, M. R., Mangas, D. R., Vieira, E. L., Furtado, J. H., Gutierrez, D., & de Sousa, S. G. (2012). Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1993-2002.
- Filomeno, K. (2002). *Da cibernética à teoria familiar sistêmica* . Florianopolis.

- Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Brazil: ARTMED EDITORA S.A.
- Gálvez, B. P. (2015). Manual de Prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida. In A. Anseán, *Suicidio, manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida* (p. 597). Madrid: Fundación salud mental España.
- García, A., Contreras, C., & Orozco, C. A. (2006). El suicidio conceptos actuales. *Salud mental*, 66 - 74.
- García, H. A. (2010). *la pérdida y el duelo una experiencia compartida*. España: BuboK published S L.
- Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Grubits, S., Freire, H. B., & Noriega, J. A. (2011). Suicidios em Jovens Guarani. *Psicologia: Ciência e profissão*, 504 - 517.
- Guibert, R. W., & Torrez, M. N. (2001). Intento suicida e funcionamento familiar. *Rev Cubana, Med Gen*, 452 - 460.
- Gutierrez, D. M. (2009). *Papel da família na produção de cuidados da saúde estudo sócio-antropológico a partir de um bairro popular de Manaus*. Rio de Janeiro.
- Hernandez, C. A., & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*. Retrieved Julio 15, 2016, from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
- Jean Pierre Deslauriers, M. K. (2010). *A pesquisa qualitativa: Enfoque epistemológico e metodológicos*. Petropolis: Nasser.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7 ed., Vols. Two, p2033).
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2004). *Sinopsis de Psiquiatria*, (9 ed.).
- Kohn, R., & Friedman, H. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. In O. P. salud, *La epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América Latina y el Caribe* (p. 193). Washington: D.C: OPS.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 11 - 22.

- Leenaars, A. (1999). *Lives and deaths: Selections from the works of Edwin S. Sheidman*. Philadelphia: Bruner/Mazel.
- Lieb, R., Broniisch, T., Höfler, M., & Wittchen, H. (2005). Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psych.*, 1665-1671.
- Lovisi, M., Santos, A. S., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 86-93.
- Lozano, P. L., & Cadavid, Z. B. (2009). Redes sociales, participacion e interaccion social. 147 - 158.
- Luoma, J., Martin, C., & Pearson, J. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*, 909 - 916.
- Maleiro, A., Teng, C., & Wang, Y. (2004). *Suicidio - Estudos fundamentais Segmento*. São Paulo: Fanna.
- Marcia Lúcia Rieth Uber, M. G. (2014). A prática em terapia de família e as redes sociais pessoais. *Pensando família*, 108 - 123.
- Maturana, H. (2005). *Emoões e linguagem na Educação e na política*. Belo Horizonte
- Mello-Santos, C. d., Bertolote, J. M., & Wang, Y. P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 131.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J., & Pang Wang, Y. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 131-134.
- Mendez, C., Conddou, F., & Maturana, H. (2003). La contitucion de lo patológico. Ensayo para ser leído en voz alta por dos. In H. Maturana, *Desde la biología hasta la psicología* (p. 158). Buenos aires: Lumen.
- Mildred Alexandra Vianch, M. J. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideacion suicida y suicidio en jóvenes. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 112 - 123.
- Miller, J. G. (1975). *Living systems, basic concepts. Behavioral Science 10*. Barcelona: Gedisa.
- Minayo, M. C. (2007). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Minayo, M. C. (2008). *Pesquisa cualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. (2010). *Pesquisa social: teoría, método e criatividade*. Petropolis: RJ: Vozes.

- Minuchin, S. (1990). *Familia: Funcionamento y tratamiento*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Minuchin, S. (2004). *Familia y terapia Familiar*. Mexico: Gedisa Mexicana, S.A. .
- Morin , E. (1995). Cultura - Conhecimento. In p. K. Paul Watzlawick, *O olhar do observador* (p. 73). Sao Paulo: Workshopsy.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la perdida*. Barcelona: paidós Iberica S.A.
- Nogales , C. J. (2011). Aproximacion social y cultural al fenomeno del suicidio: Comunidades etnicas amerindias. *Gazeta de antropologia* , 1 - 15. Retrieved 08 02, 2017, from <http://hdl.handle.net/10481/18682>
- OMS, (2014). *Prevenção del suicidio*. Washington
- OPS, O. P. (2011). *Suicidio en Centroamérica y República Dominicana, 1988-2008*. Panamá.
- Orozco, M. C., Llanos , A. R., & Garcia, S. O. (2003). *Redes sociale: Infancia, familia e comunidade*. Barranquilla.
- Owens, D. H. (2002). Fatal and nonfatal repetition of sel - harm. *British Journal of psychiatry*, 181.
- Parkes. (1998). *Luto: Estudos sobre la perda na vida adulta*. Ed. Summus.
- Patricia , M., Santí, H., & Avilés , B. K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 134 - 137.
- Piacheski , K., Lima, S., Kohlrausch, E., & Soares, F. (2010). Coportamento suicida: Fatores de Risco e intervenções preventivas. *Revista electronica de Enfermagem*, 195 - 200. Retrieved 07 05, 2017, from <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>
- Piacheski de Abreu, K., Lima, D. M., Kohlrausch, E., & Soares, F. (2010). Comportamento suicida: Fatores de risco e intervencção preventiva. *Revista electronica de enfermagem*, 195 - 200. Retrieved Julho 19, 2017, from <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>
- Rapizo, R. (1996). *Terapia sitêmica de familia: da intrusão à contrução*. Rio de Janeiro: Noos.
- Reyna, M. R., Salcido, E. M., & Arredondo, A. P. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en psicologia*, 14 - 19.
- Ribeiro, J. S., Ribeiro, M. R., Coelho, F. R., & Batista, R. L. (2010). *Lançando redes - A historia da parróquia São Pedro Apostolo*. Manaus: Valer.
- Ricardo Bezerra Cavalcante, P. C. (2014). ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. 13 - 18.

- Richard , L., Frierson, M., Margaret , M., Peggy , C., & Wadman, M. (2002). Principles of suicide risk. *Postgraduate medicine*, 65-71.
- Rita Catalina Aquino Caregnato, R. M. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Contexto Enferm*, 679 - 684.
- Rivera, A. G. (2015). Suicidio: consideraciones historicas. *Revista med la paz*, 21(2), 91 - 98.
- Roiz, M. (2008). La familia, desde la teoría de la comunicación de palo alto. *Reis*, 117 - 136.
- Ruiz, A. (1997). Las contribuciones de Humberto Maturana a las ciencias de la complejidad y a la psicología. 283-302.
- Saúde, M. d., Organização Pan-Americana da Saúde , & Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciênc. (2006). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*.
- Scout, J. (1990). Género: Una categoria de análise histórica. . *Educação e realidade*, 16, 22- 31.
- Shneidman, E. (1969). *Suicide, lethality and the psychological autopsy*. Boston: Little Brown.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. California: Enterprises. Retrieved Septiembre 29, 2016, from <https://www.scribd.com/read/269123471/Definition-of-Suicide#>
- Shneidman, E. (1996). Final thoughts and reflections. *The suicida mind*, 157 - 166.
- Silva, R. D. (2009). A complexidade do suicídio. In F. Campos, *Vidas interrompidas* (pp. 134-145). Vitória: DIO. Retrieved 07 25, 2017, from https://www.passeidireto.com/arquivo/17870868/livro_vidas_interrompidas_final
- Sluzki, C. (2010). La red social: Frontera de la practica sistémica. 28, 1 -18.
- Sluzki, C. E. (1997). *A redes social na practica seitemica*. Sao Paulo: Casa do psicologo. Retrieved agosto 25, 2016, from https://books.google.com.br/books?id=nqcETHljVykC&printsec=frontcover&dq=teorias+de+las+redes+sluzki&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjB5fip_7bPAhXJf5AKHV3yDIMQ6AEILDAA#v=onepage&q=teorias%20de%20las%20redes%20sluzki&f=false
- Vasocellos, J. (2010). *Pesamento sitêmico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Vasocellos, M. J. (2002). *Pensamento sitemico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.

- Vega, P. M., Blasco, F. H., Baca, E. G., & Díaz, S. C. (2002). Salud mental: Atención primaria. *Salud Global*, 4, 1 - 16. Retrieved 12 07, 2017, from <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf>
- Viniegras, G. C., & CernudaI, P. C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 265 - 274.
- Vogel, A. (2011). Um breve histórico da Terapia Familiar Sistêmica . *Revista IGT na Rede*, 116 - 129.
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da violência 2014, os jovens do Brasil* . Rio de Janeiro: Garamond, Unesco, Instituto Ayrton Senna.
- Watzlawick, P., Helmick, B., & Jakson, D. (1973). *Pramatica de comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix. Retrieved Octubre 7, 2016, from <https://books.google.com.br/books?id=exKuv0NUDcoC&printsec=frontcover&dq=Pragm%C3%A1tica+da+comunica%C3%A7%C3%A3o+humana:+Um+estudo+dos+padr%C3%B5es,+patologias+e+paradoxos+da+intera%C3%A7%C3%A3o&hl=en&sa=X&ved=0ahUKewjWw87N0-HPAhUEUZAKHV18ANoQ6AEIKzAC#v=>
- Werlang, B., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida* . Porto Alegre: Artmed.
- Worden, J. (2002). *El tratamiento del duelo*. Barcelona: Paidós.
- World Health Organization. Department of Mental Health. (2000). *Prevention of suicidal behaviors: a task for all*. Geneva: In: Mental and Behavioral Disorders.

8. ANEXOS.

Anexo 1. Termo de anuência



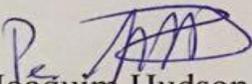
ARQUIDIOCESE DE MANAUS
PARÓQUIA SÃO PEDRO APÓSTOLO

TERMO DE ANUÊNCIA

Autorizo a pesquisadora **Bianka Melida Bertrand Velasquez**, orientada pela Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez, a realizar a Pesquisa intitulada **VIVÊNCIAS SOCIOAFETIVAS DE FAMÍLIAS QUE SOFRERAM A MORTE POR SUICÍDIO DE UM MEMBRO JOVEM**, a ser realizada no bairro de Petrópolis com a ajuda da Pastoral da Juventude e Pastoral da Pessoa Idosa, ambas pertencentes à Paróquia São Pedro Apóstolo.

Manaus, 01 de outubro, 2016




Pe. Joaquim Hudson de Souza Ribeiro
PÁROCO DA PARÓQUIA S. PEDRO APÓSTOLO

PARÓQUIA SÃO PEDRO APÓSTOLO - CNPJ 04.026.811/0023-28
Rua Cel. Ferreira de Araújo, s/n - Bairro de Petrópolis
Manaus - Amazonas - CEP 69.063-000
Site: www.saopedroaposto.org.br
Fone: (92) 3611-3201

Anexo 2. Parecer do comitê de ética



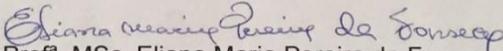


PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM

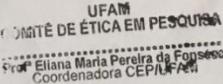
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas **aprovou**, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº 63891616.9.0000.5020, intitulado: **“Vivências socioafetivas de famílias que sofreram a morte por suicídio de um membro jovem no Barrio Petrópolis de Manaus.”**, tendo como Pesquisadora Responsável Bianka Mélida Bertrand Velásquez.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 03 de abril de 2017.



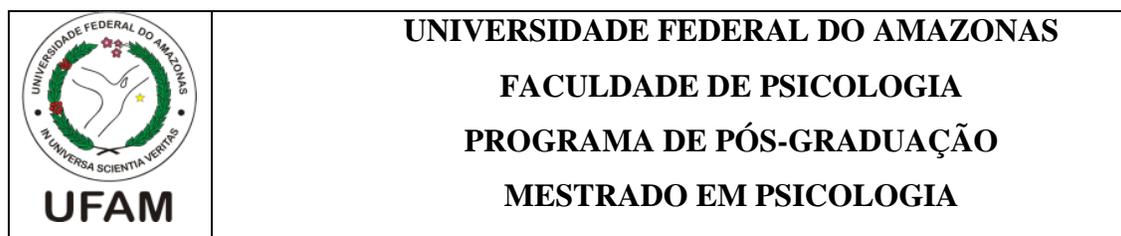
Profª. MSc. Eliana Maria Pereira da Fonseca
 Coordenadora CEP/UFAM



UFAM
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Profª Eliana Maria Pereira da Fonseca
 Coordenadora CEP/UFAM

Escola de Enfermagem de Manaus – EEM/UFAM
 Rua Teresina, 4950 – Adrianópolis – CEP: 69057-070 – Manaus-AM – Fone: (92) 3305-5130 – E-mail: cep@ufam.edu.br

Anexo 3. Termo de consentimento.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa **vivência sócioafetiva de famílias que sofreram a morte por suicídio de um membro jovem do bairro Petrópolis, situado na cidade de Manaus**, sob a responsabilidade da pesquisadora, Bianka Méli da Bertrand Velásquez, endereço institucional: Rua General Rodrigo Otávio, nº 300, Coroado I, UFAM, e-mail: biambv@yahoo.com, telefone (92)81909931 e a orientadora, professora doutora Denise Machado Duran Gutierrez no endereço Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos 3000 Campus Universitário - Setor Sul, Bloco X, telefone (92) 9984712, e-mail dmdgutie@com.br. Esta pesquisa pretende analisar e compreender o impacto do suicídio de jovens em suas famílias a partir das vivências sócioafetivas. Temos interesse para conhecer como a família lidou com a questão de suicídio e como desenvolveu mecanismo de enfrentamento para lidar com ocorrido, o que tipo de apoio tiveram ao longo desse processo por parte do poder público e redes de apoio social ou de familiares e amigos. Sua participação é voluntária e se dará por meio da realização de uma ou mais entrevistas conjuntas com todos os membros da família. Todas as informações serão gravadas e/ou registradas, sendo utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa.

Segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, falar do acontecido pode trazer prejuízos de caráter psíquico, social dos participantes durante a pesquisa e até depois desta. Para tanto, caso ocorra constrangimento ou desconforto durante o desenvolvimento da pesquisa aos participantes, a pesquisadora, psicóloga suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar o acompanhamento psicológico necessário aos sujeitos envolvidos, visando o bem-estar dos mesmos. Cumpre esclarecer que a pesquisa, através da instituição que a acolhe, garantirá reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida de

V.Sa., sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano, e caso os mesmos ocorram, serão valorados em conjunto com a instituição proponente, haja vista que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos na Resolução em tela e nem na Res. 510/2016, que trata

2/2

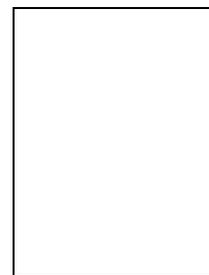
da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e uma vez que não há definição da gradação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado). Como benefícios dessa pesquisa será uma oportunidade para que o (a) Sr. (a) expresse livremente tudo o que sentiu e viveu em um ambiente de respeito e segurança. Sentindo-se acolhidos e escutados. Também você estará contribuindo para o desenvolvimento **científico** na área, ajudando a melhorar políticas públicas de acolhimento a sujeitos que enfrentam a mesma vivência que o (a) Sr. (a). Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181. email:cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Impressão do dedo polegar



Em caso que não saiba

assinar _____

Assinatura dos participantes

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Responsável

 <p>UFAM</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS</p> <p>FACULDADE DE PSICOLOGIA</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO</p> <p>MESTRADO EM PSICOLOGIA</p>
--	---

Anexo 3. Ficha de identificação e roteiro de entrevista

Iniciais do jovem _____

Local: _____ Data ____/____/2017

Pesquisador: _____

Pesquisa sobre suicídio

Dados pessoais do jovem

Data do nascimento: ____/____/____ Idade _____ Sexo () Masc. () Fem.

Estado civil _____ Naturalidade _____

Religião _____

Grau de instrução _____ Ocupação _____

Endereço _____

Família de procriação

Idade de cônjuge _____ Número de filhos _____

Idade e gênero de filhos. _____

Outras uniões/casamentos/filhos _____

Com quem morava (papéis do membro da família, idade)

Pessoa (s) que respondeu a entrevista _____

Idades _____

Modo de perpetração _____

Motivo _____

Local _____

Data ____/____/____ Hora _____

Observações relevantes _____

Roteiro de entrevista semiestruturada (Autopsia psicossocial)

I) Contato inicial

Objetivo: Esclarecer sobre a pesquisa, assegurar um consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade pessoal e familiar e pactuar os detalhes da entrevista.

- a) Leitura, esclarecimento sobre o termo de consentimento e outros esclarecimentos
- b) Preenchimento dos dados de identificação

II) Caracterização social

- 1) Profissão e grau de instrução da pessoa que cometeu suicídio
- 2) Profissão e grau de instrução dos cônjuges, filhos ou familiares
- 3) Como foi sua experiência na escola, trabalho: dificuldades, limites e possibilidades
- 4) Tinha namorada? Como era o relacionamento
- 5) Como usava seu tempo livre
- 6) Fonte de rendimento familiar (salário fixo, outras rendas)
- 7) Conforto na moradia (própria, alugada, emprestada, número de cômodos, rede de esgoto, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo, tinha quarto individual para dormir, número de residentes em casa)
- 8) Descrição do aspecto do bairro e local de moradia

III) Retrato e modo de vida (de quem cometeu o ato suicida)

- 1) Como você descreve o seu parente que cometeu o suicídio?
- 2) Com quem ele se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser?
- 3) Ele se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação?
- 4) Como ele reagia diante de situações adversas? Havia algo que o chateava mais?
- 5) História de perdas (filhos (as), esposo (a), irmãos, amigos, namorado (a), emprego, patrimônios, etc.)
- 6) Como o suicida lidava como as situações de perda?
- 7) Problemas de relacionamento com familiares ou amigos (cônjuge, filhos, irmãos, pais, colegas de trabalho ou escola)?

- 8) Onde e com quem encontrava apoio? Que tipo de contato mantinha com os parentes, e outras pessoas significativas, especialmente os mais próximos?
- 9) Já sofreu alguma situação de violência
- 10) Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos? Com quem encontrava apoio?
- 11) Tinha muitos ou poucos amigos? Que problemas surgiram no convívio? Como vocês ajudaram?
- 12) Recebia apoio dos vizinhos? Como se deu o contato e o apoio entre vizinhos?
- 13) Recebia apoio de colegas ou ex-colegas de trabalho/escola
- 14) Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros?
- 15) Grupos religiosos ou outros grupos de apoio?
- 16) Participava de partido político, sindicato, organização profissional, clubes ou associações voluntárias.
- 17) Há história anterior de doença grave? Qual? Psiquiátrica - Neurológica? Tratamentos?
- 18) Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?
- 19) Quais eram seus projetos de vida?

IV) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

- 1) Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem)
- 2) Onde ocorreu o suicídio? Em que data dia da semana e hora?
- 3) Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem encontrou e em que circunstâncias? Como foi o socorro?)
- 4) Como a família viu esse gesto? Que fatores desencadearam o suicídio?
- 5) Como a família vivenciou o momento do sepultamento?
- 6) Anteriormente a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
- 7) Houve tentativas anteriores? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Verificar os seguintes indicadores (a partir das perguntas feitas acima)

Estado mental que antecedeu o suicídio

- 1) A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?
- 2) A pessoa falava de pensamentos, sentimentos ou ideias que pareciam irreais?
- 3) A pessoa parecia ter atenção nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?
- 4) A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilavam entre essas fases?
- 5) A pessoa costumava falar de sentimento de culpa, tristeza ou desespero?
- 6) A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento orientações ou recomendações foram feitas?

Imagem da família

- 1) Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) face ao gesto destrutivo
- 2) Isso trouxe algum problema à família? Como a família lida com esses problemas? A família já recorreu a algum tipo de apoio?
- 3) A família possui rede de apoio (relações de apoio) a quem possa recorrer?
- 4) Há dificuldades na comunicação entre as pessoas e no modo de buscar ajuda?
- 5) Como a família está buscando prosseguir e confortar – se mutuamente?

