

EENF ESCOLA DE
ENFERMAGEM



FURG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE

EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

ELENA BUSTOS ALFARO

**REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS
MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**

RIO GRANDE

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE
SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA
FAMILIAR**

ELENA BUSTOS ALFARO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Mara Regina Santos da Silva

RIO GRANDE

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

A385

ALFARO, Elena Bustos.

Reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros: um estudo na perspectiva da resiliência familiar. – 2023.

185 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

Orientação: Prof.^a Dr^a Mara Regina Santos da Silva

1. Família. 2. Suicídio. 3. Resiliência. 4. Saúde Mental. 5. Enfermagem. I.

ALFARO, Elena Bustos. II. Título

CDD – 613

Xapecó (SC). I. Battestin, Cláudia. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Elena Bustos Alfaro

REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação em 21 de dezembro de 2022 e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carl Lacharité

Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) - Efetivo

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Efetivo

Profa. Dra. Sandra Beatris Diniz Ebling

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)- Efetivo

Profa. Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande (FURG) - Suplente interno

Profa. Dra. Maria Rosilene Candido Moreira

Universidade Federal do Cariri (UFCA) - Suplente externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi aprovada para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

(ASSINATURA SOUGOV)

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

(ASSINATURA SOUGOV)

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Orientadora

RIO GRANDE

2022

Dedico este trabajo a mi mamá **Cecilia Alfaro** que por ella estoy hoy aquí, por ser esa mujer que aún con su enfermedad mental ha sabido criarme, darme amor y enseñarme lo mejor de la vida.

¡Te amo mami!

AGRADECIMENTOS

Para as famílias em todos os cantos do mundo que enfrentam/ram adversidades constantes e fortalecem a resiliência de forma extraordinária, especialmente as famílias participantes deste estudo pela possibilidade de eu conseguir captar em profundidade as suas histórias.

Aos membros familiares, participantes deste estudo pelo acolhimento e possibilidade de aprendizado na construção deste trabalho.

Acima de tudo, agradeço a Deus porque ainda nos momentos de crise ele me deu sua mão e sempre me demonstra como atuar com bondade, sem perder a minha essência podendo ser feliz na minha plenitude.

A minha família, especialmente aos meus pais, Lino e Cecília pelo apoio e amor incondicional, apesar de suas próprias lutas na vida. Por sempre ser meu refúgio. A meus dois irmãos Daniel e Marcos.

Agradeço a meu pai, por sua dedicação em tudo o que ele fez, por ser esse pai esforçado por dar-me tudo o que eu precisei, por querer para mim sempre a melhor educação. Meu diploma também é seu, por tudo o que tem feito para eu chegar até aqui. Te amo por esse amor a nós tua família.

Admiro minha mãe, Cecilia, por sua alma forte, sua fé, sua compaixão e sua profunda crença de que as pessoas têm a capacidade de enfrentar os desafios da vida. Por me ensinar que nós temos o poder de ser a força para muitas pessoas principalmente para aquelas que o mundo torna invisível.

A minha prima Ruth, por ser a irmã que Deus me deu, por estar sempre presente na minha vida, por ser esse porto seguro quando mais preciso de alguém. Aos meus amigos: Claudia, Amanda, Marlon, Lissette, Paola e Kateline, têm sido uma força nesta caminhada que me tem feito crescer imensuravelmente.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), a minha orientadora Prof^a. Dra. Mara Regina Santos da Silva, pelos ensinamentos no decorrer destes cinco anos.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) por o apoio para a realização deste trabalho.

¡Gracias!

Elena Bustos Alfaro.

BUSTOS, Elena, Alfaro. **Reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros: um estudo na perspectiva da resiliência familiar. 2022.** 185p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

RESUMO

O fenômeno do suicídio é um importante problema de saúde pública em nível mundial e um tema prioritário de investigação, devido ao impacto que causa nas famílias, principalmente nas pessoas mais próximas, nas comunidades e nos países. Esta tese tem como objetivo geral compreender os processos que sustentam a reestruturação da vida familiar após a perda de um dos seus membros por suicídio. Como objetivos específicos, inclui: (1) identificar elementos que denotam os sentidos atribuídos à perda do familiar por suicídio; (2) examinar os processos de comunicação e organização intrafamiliar que contribuem para a reestruturação da vida familiar após o suicídio de um dos seus membros; (3) analisar os recursos externos da família que se constituem em referências de apoio no processo de reestruturação da vida familiar, ao longo da experiência da morte por suicídio. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório que utiliza como referencial teórico o conceito de Resiliência Familiar. Participaram do estudo nove familiares pertencentes a oito famílias, residentes em Rio Grande, RS/Brasil, que vivenciaram a perda de um membro por suicídio entre 2016 e 2021. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período entre maio e agosto de 2022 e submetidos à técnica de análise temática. De forma complementar, foi utilizado o Genograma e o Ecomapa com cada uma das famílias participantes. Todos os preceitos éticos e legais da Resolução nº 510/2016, do Ministério da Saúde do Brasil, foram respeitados. Os resultados, agrupados em núcleos temáticos, mostram os sentidos atribuídos pelas famílias à perda por suicídio, os quais foram assim denominados: a descoberta marcante do ato executado; uma dor imensurável; sentimento de abandono; culpabilidade que paralisa; vazio e saudade da história vivida. Constatou-se, também, que o processo de reestruturação familiar ocorre prioritariamente dentro da própria família, por meio de modificações na rotina e/ou nos papéis; e as famílias não acessam ou não reconhecem os serviços de saúde como fonte de apoio para sua reestruturação após a perda. Ainda, os resultados apontam que as intervenções dirigidas à posvenção podem ser orientadas pelos indicadores presentes nestas famílias, dentre os quais destacam-se: histórico de separações conjugais; família reconstituída; relações familiares conflituosas; histórico de doenças físicas e mentais concomitantes; abuso de álcool e drogas; violência (física, emocional e sexual) entre os membros da família; ser alvo de racismo; e condição econômica deficitária. Comprova-se, portanto, a tese que as famílias que vivenciaram o suicídio de um dos seus membros podem se reestruturar, desde que sejam capazes de mobilizar os processos e as estruturas de apoio, existentes no contexto em que vivem. Conclui-se destacando a relevância da posvenção como abordagem das famílias sobreviventes, sendo imperativo a inclusão de políticas públicas que reforcem a necessidade de atenção às famílias sobreviventes, nos diferentes serviços da Rede de Atenção Primária onde elas podem ser reconhecidas, acolhidas e consideradas como grupo em situação de vulnerabilidade. São famílias que precisam de ajuda para identificar e acessar os recursos extrafamiliares, principalmente o apoio social e nesta tarefa os profissionais têm papel preponderante, por meio da mobilização das potencialidades das famílias, permitindo fortalecer o seu processo de reestruturação.

Descritores: suicídio. Família. Resiliência. Saúde mental.

BUSTOS, Elena, Alfaro. **Restructuring family life after the suicide of one of its members: a study of the family resilience perspective.** 2022. 185p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS.

ABSTRACT

The suicide phenomenon is a major public health issue worldwide and a priority research topic due to its the impact on families, especially on those closest to it, on communities and on countries in general. This thesis has as overall objective understanding the processes that support the restructuration of family life after the loss of one of its members by suicide. The specific objectives are: (1) to identify elements that denote the attributed meanings to the loss of the family member by suicide; (2) to examine the communication and intrafamily organization processes that contribute to the restructuration of family life after the suicide of one of its members; (3) to analyze the family's external resources that become support references in the process of family life restructuring after the experience of death by suicide. This is a qualitative and exploratory study that uses the concept of Family Resilience as a theoretical reference. This study had participation from nine relatives, from eight families, of a member that died by suicide between 2016 and 2021, all residents of Rio Grande, RS. Data was collected through semi-structured interviews, conducted between May and August 2022, and was subjected to the thematic analysis technique. As complement, the Genogram and the Ecomap tools were also used with each of the participating families. The study followed all the ethical and legal requirements of Resolutions No. 510/2016, of the Brazilian Ministry of Health. The results, grouped into thematic cores, show that the meanings attributed by the families to the loss by suicide were: the marking discovery of the act performed; immeasurable pain; feeling of abandonment; paralyzing guilt; emptiness; and nostalgia for the shared history with the deceased relative. The study also verified that the family restructuring process occurs primarily within the family itself through changes in the routine and/or roles and that families did not access or were not aware of health services as a source of support for their restructuring after the loss. Furthermore, the results indicate that interventions aimed at postvention can be guided by indicators present in these families' histories: marital separation; reconstituted family; conflictive relationships; concomitant physical and mental illnesses; alcohol and drug abuse; violence (physical, emotional and sexual) between family members; racial discrimination; and poor economic situation. Therefore, the results verify that families that experienced the suicide of one of their members can have a positive restructuring process, as long as they are able to access support structures according to the context in which they live. Postvention is relevant to reach surviving families, so it is essential to have public policies that reinforce attention to these families in the different services offered by the Primary Care Network, where they can be cared for, sheltered, and considered as vulnerable group. These are families that need help to identify and access external resources, mainly social support, and in this task health professionals should have a leading role by assisting the family on to realize their internal potentials, so that they can strengthen their restructuring process.

Descriptors: suicide. Family. Resilience. Mental health.

BUSTOS, Elena Alfaro. **Reestructuración de la vida familiar después del suicidio de uno de sus miembros: un estudio en la perspectiva de la resiliencia familiar.** 2022. 185p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

RESUMEN

El fenómeno del suicidio es un importante problema de salud pública a nivel mundial y un tema prioritario de investigación, debido al impacto que causa en las familias, principalmente en las personas más allegadas, en las comunidades y en los países. Esta tesis tiene como objetivo general comprender los procesos que sustentan la reestructuración de la vida familiar después de la pérdida de uno de sus miembros por el suicidio. Como objetivos específicos incluye: (1) identificar elementos que denotan los sentidos atribuidos a la pérdida de un familiar por suicidio, (2) examinar los procesos de comunicación y organización intrafamiliar que contribuyen a la reestructuración de la vida familiar después del suicidio de uno de sus miembros, (3) analizar los recursos externos de la familia que se constituyen en referencias de apoyo en el proceso de reestructuración de la vida familiar, a lo largo de la experiencia de muerte por suicidio. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, que utiliza como referencial teórico el concepto de Resiliencia Familiar. Participaron del estudio nueve familiares, pertenecientes a ocho familias, residentes de Rio Grande, RS/Brasil, que vivieron la pérdida de un miembro por suicidio entre 2016 y 2021. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas en el periodo entre mayo y agosto de 2022, y sometidos a la técnica de análisis temática. De forma complementaria, fue utilizado el Genograma y Ecomapa con cada una de las familias participantes. Todos los preconceptos éticos y legales de la Resolución n° 510/2016, del Ministerio de la Salud de Brasil, fueron respetados. Los resultados, agrupados en núcleos temáticos, muestran los sentidos atribuidos por las familias a la pérdida por suicidio, los cuales fueron denominados como: el descubrimiento marcante del acto ejecutado; un dolor inmensurable; sentimiento de abandono; culpabilidad que paraliza; vacío y nostalgia de la historia vivida. Se constató, también, que el proceso de reestructuración familiar ocurre prioritariamente dentro de la propia familia, por medio de las modificaciones en la rutina y/o en los papeles; y las familias no acceden, o no reconocen los servicios de salud, como fuente de apoyo para su reestructuración después de la pérdida. Aún, los resultados apuntan a que las intervenciones dirigidas a la posvención pueden ser orientadas por indicadores presentes en estas familias, entre los que se destacan: antecedentes de separaciones matrimoniales; familia reconstituida; relaciones familiares conflictivas; antecedentes de enfermedades físicas y mentales concomitantes; abuso de alcohol y drogas; violencia (física, emocional y sexual) entre miembros de la familia; discriminación racial; y deficiente condición económica. Por lo tanto, se comprueba la tesis de que las familias que han experimentado el suicidio de uno de sus miembros pueden reestructurarse, siempre que sean capaces de movilizar los procesos y estructuras de apoyo que existen en el contexto en el que viven. Se concluye destacando la relevancia de la postvención como abordaje de las familias sobrevivientes, siendo imperativo la inclusión de políticas públicas que refuercen la necesidad de atención a las familias sobrevivientes en los diferentes servicios de la Red de Atención Primaria donde puedan ser reconocidas, acogidas y consideradas como un grupo en situación de vulnerabilidad. Son familias que necesitan ayuda para identificar y acceder a recursos extrafamiliares, principalmente el apoyo social, y en esta tarea los profesionales tienen un papel protagónico, por medio de la movilización de las potencialidades de las

familias, permitiendo fortalecer el proceso de reestructuración familiar acompañado por profesionales capacitados. .

Descriptores: suicidio. Familia. Resiliencia. Salud mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Processos recursivos multiníveis integrados sobre resiliência familiar.....	47
Figura 2- Localização do município de Rio Grande, no Rio Grande Do Sul.....	49
Figura 3- Genograma da Família F ₁	61
Figura 4-Ecomapa da Família F ₁	62
Figura 5- Genograma da Família F ₂	64
Figura 6-Ecomapa da Família F ₂	64
Figura 7-Genograma da Família F ₃	66
Figura 8-Ecomapa da Família F ₃	66
Figura 9-Genograma Família F ₄	68
Figura 10-Ecomapa Família F ₄	68
Figura 11-Genograma Família F ₅	70
Figura 12-Ecomapa Família F ₅	70
Figura 13-Genograma Família F ₆	72
Figura 14-Ecomapa Família F ₆	72
Figura 15-Genograma Família F ₇	74
Figura 16-Ecomapa Família F ₇	74
Figura 17-Genograma Família F ₈	76
Figura 18-Ecomapa Família F ₈	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelo de resiliência familiar.....	44
Quadro 2: Mortes por suicídio em Rio Grande-RS, no período de 2016 a 2021.....	51
Quadro 3: Caracterização dos encontros com os informantes e o tempo total de entrevista com cada uma das famílias.....	54
Quadro 4: Características das pessoas participantes na pesquisa.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi– Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHD – Classificação Hierárquica Descente

CINAHL – Cumulative Index of Nursing and Allied Literature

COMPESQ – Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem – FURG

COREG – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DO – Declaração de Óbito

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

G-MUS – Sistema de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde

GEPEFES – Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde

IRAMUTEQ – Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

MS – Ministério de Saúde

NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SIMVE – Sistema de Informação sobre Mortalidade da Vigilância Epidemiológica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPAs – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1. INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral	26
2.2 Objetivos Específicos	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 O fenômeno do suicídio	27
3.1.1 Famílias no contexto suicida	33
3.2 Posvenção do suicídio	37
5 METODOLOGIA	49
5.1 Tipo de estudo	49
5.2 Contexto em que o estudo foi desenvolvido	49
5.3 Participantes	51
5.4 Coleta de dados	53
5.5 Análise dos dados	55
5.6 Aspectos éticos	57
6 RESULTADOS	59
6.1 Descrição e Caracterização das famílias participantes	60
Família F₁	60
Família F₂	62
Família F₃	65
Família F₄	67
Família F₅	69
Família F₆	71
Família F₇	73
Família F₈	75
6.2 Caracterização das pessoas informantes	77
6.3 ARTIGOS	79
6.3.1 Artigo 1	79
6.3.2 Artigo 2	103
6.3.3 Artigo 3	133
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	166

APÊNDICE B. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	169
APÊNDICE C. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.....	172
APÊNDICE D. DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	173
APÊNDICE E. TERMO DE COMPROMISSO COMISSÃO NUMESQ.....	174
APÊNDICE F. CARTA APRESENTAÇÃO COMISSÃO NUMESQ.....	175
APÊNDICE G. PARECER COMISSÃO NUMESQ.....	176
APÊNDICE H. PARECER DO CEP.....	177
APÊNDICE I. FIGURAS PARA LEITURA E INTERPRETAÇÃO DOS GENOGRAMAS.....	178

APRESENTAÇÃO

Dois eixos temáticos estão na origem desta tese de doutoramento que iniciou em 2018 quando cheguei ao Brasil: Família e Doenças Crônicas. A primeira, porque na minha prática, como enfermeira, sempre me inquietou o modelo de assistência centrado no indivíduo que, de certa forma, esquece da família, mesmo quando adversidades previsíveis como uma doença crônica de natureza física ou psicológica rompe sua estabilidade e a coloca em condição de fragilidade.

Como bolsista da Organização dos Estados Americanos - OEA trouxe comigo o compromisso de realizar uma pesquisa sobre uma das necessidades prioritárias na área da saúde, em meu país de origem, a Costa Rica. No ano em que iniciei o doutorado, no meu país incrementaram as lutas em nível do sistema de saúde, principalmente no campo da saúde mental e, sobretudo, o transtorno depressivo e o suicídio que consiste, principalmente este último, em um problema que nenhum país deve deixar passar sem ter uma atuação eficaz.

Com a minha chegada ao Brasil me deparei com o fenômeno do suicídio também aqui como um grave problema de saúde pública local. Sabe-se que esta situação ocorre em todas as regiões do mundo, mas em algumas os índices são bastante elevados como registrado pela OMS em 2016, chegando a 79% nos países de baixa e média renda.

Apesar das inúmeras diferenças demográficas e culturais entre a Costa Rica e o Brasil, muitas intersecções são identificadas nas histórias desses dois países. A Costa Rica é um pequeno país com aproximadamente cinco milhões de habitantes, onde as concepções e os problemas de saúde estão fortemente ligados às características ambientais. Além disso, nas últimas décadas, o país passou por transformações demográficas, sociais, políticas e econômicas que influenciaram o modo de viver das pessoas e a dinâmica da vida familiar.

Dentre as similitudes do Brasil e da Costa Rica estão as taxas de suicídio igualmente altas em ambos os países, o que explica a realização desta tese em uma instituição brasileira da região Sul, onde a incidência de suicídio é a mais alta do país.

Outro fator que justifica a opção em realizar o doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) é a

vinculação com o Grupo de Estudo e Pesquisa em Família Enfermagem e Saúde (GEPEFES). Este Grupo trabalha com os conceitos: família, vulnerabilidade, resiliência, sendo este último o referencial que orientou o desenvolvimento desta tese. Trata-se de um conceito que aplicado ao estudo com família “fala” da capacidade de esta responder positivamente às adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo de vida, tal como é a perda de um familiar por suicídio.

Nesta tese o foco principal são as famílias que mesmo depois de enfrentarem uma situação difícil como o suicídio de um dos seus membros, continuam sendo uma unidade familiar. E, nesse processo de reestruturar-se, necessitam de ajuda. Em minha perspectiva, a família desempenha um papel fundamental para a sociedade, é um sistema que deve proporcionar um espaço adequado para seus membros, além de segurança física e mental.

Embora, muitas vezes, os serviços de saúde não consigam responder às necessidades dessas famílias, é importante ter claro que elas têm o direito e desejam reestruturar suas vidas, após a situação dolorosa que vivenciaram, além de se fortalecerem e seguirem em frente.

Espero que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a prática dos profissionais que tanto na Costa Rica como no Brasil trabalham com as famílias que perderam um de seus membros por suicídio. Espero, ainda, que possam contribuir para o avanço do conhecimento da prevenção e a posvenção do suicídio. Da mesma forma, entendo que, de alguma maneira, esta tese possa contribuir para atingir um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até o ano de 2030, ou seja, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio da prevenção e do tratamento; promovendo a saúde mental e o bem-estar da população.

1. INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo está em constante mudança, tornando-se um cenário em que a diversidade e a complexidade dos padrões de relacionamento entre os seres humanos são crescentes e sem precedentes (WALSH, 2016b), de grandes lutas e esforços para os indivíduos que neles vivem. Nesse cenário se desenvolve a vida familiar que, sem dúvida, se transforma constantemente, influenciada pelas experiências e os desafios que enfrenta.

Cada família, ao longo de seu ciclo vital, acumula experiências, sendo algumas com forte impacto em suas vidas. Dentre essas, a experiência do suicídio de um dos seus membros. Esse acontecimento pode levá-las à necessidade de reestruturar suas vidas, reorganizando as regras familiares e integrando novos comportamentos em grupo para enfrentar os desafios que essa situação traz consigo.

O suicídio não afeta apenas a pessoa que morre, mas, também, tem efeitos profundos sobre os demais familiares e amigos. Quando o grupo familiar enfrenta a morte de um dos seus membros ocorre o processo de luto, de adaptação e de reorganização do grupo, levando-o a se reestruturar como unidade familiar. Depois da perda, porém, sempre se questiona se os processos pelos quais essas famílias vivenciam o suicídio podem ser comparados aos de uma morte por outras causas.

Alguns autores mencionam que quando se trata de uma morte violenta ou súbita, esse processo é mais difícil, podendo comprometer o desenvolvimento do processo de luto, uma vez que esse tipo de mortes são cercadas de tabus e preconceitos (DORNELAS NUNES *et al.*, 2016; KRÜGER; WERLANG, 2010). São várias situações comuns que os familiares vivenciam devido à morte súbita por suicídio de um familiar, incluindo altos níveis de rejeição, estigmatização, vergonha e o sentimento de responsabilidade pela morte (KÖLVES *et al.*, 2020).

Além disso, cada família como unidade funcional é única e pode vivenciar este e muitos outros eventos dependendo do contexto social, situação econômica, estrutura familiar, apoio social, composição familiar, entre tantas outras variáveis. A perda do

ente querido é reconhecidamente um estressor comum na vida de um ser humano (PERI *et al.*, 2016). Entretanto, quando se trata do suicídio, os desafios que essa morte gera são fortes para todo o grupo familiar, de modo que o impacto produzido pode ter um profundo efeito dominó na família e no círculo social. Para GARCIANDÍA IMAZ (2013), as famílias estão expostas a uma maior probabilidade de desestruturação, desorganização e manifestações patológicas em seus membros.

A partir do "momento zero" em que o familiar morre, o grupo pode entrar em estado de choque e, a partir desse momento, começa realmente a vivenciar a perda do ente querido. Assim, o processo de luto pode variar no tempo e nas características, dependendo do contexto em que a família se encontra. A maioria enfrenta o sofrimento e as repercussões que essa experiência adversa dolorosa traz e que podem ser superadas pela família. Para DUTRA *et al.* (2018) esse período é a fase de superação, em que a família pode reestruturar sua vida, porém vai depender dos recursos que contam como família e do apoio social recebido.

Para compreender essa fase de superação é necessário reconhecer que as famílias possuem estressores e tensões pré-existentes, assim como dificuldades, demandas e histórias próprias anteriores ao suicídio. Além disso, que variam em sua estrutura e organização (ordem de nascimento e espaçamento, gênero, hierarquias, alianças); nos processos pelos quais o poder e a autoridade são atribuídos (papéis, regras e responsabilidades); também pelas experiências de perdas anteriores; os estilos de comunicação e de enfrentamento das situações que se lhes apresenta (BREEN *et al.*, 2019).

A família que experimenta o suicídio pode ou não ter a força e as ferramentas para sair fortalecida desta situação dolorosa, uma vez que o processo de reestruturação que percorre pode se apresentar com diferentes possibilidades de transformação. Em algumas situações, a família sente-se em uma condição “sem saída”, e necessita fazer dessa adversidade e de tudo o que ela acarreta “a força para reestruturar-se. Esta situação caracteriza o processo de fortalecimento da resiliência familiar.

Para WALSH (2005) todas as famílias têm potencial para resiliência e os mesmos estressores podem levar a resultados diferentes, dependendo de como a família gerencia os desafios. No campo dos sistemas familiares, numerosos estudos mostram que casais e famílias, por meio do sofrimento e da luta, muitas vezes se descobrem mais

fortes, mais amorosos, mais determinados em suas vidas e mais capazes de enfrentar os desafios (WALSH, 2016c).

O conceito de resiliência familiar é inerentemente contextual, com as fortalezas e as vulnerabilidades avaliadas e abordadas em relação à situação desafiadora de cada família (WALSH, 2016a). Daí a importância de conhecer os desafios particulares que cada uma das famílias vivencia frente ao suicídio de um dos seus integrantes, os recursos familiares que utilizaram e/ou irão utilizar posteriormente para enfrentar a situação. Como se dá essa reestruturação familiar, ou seja, conhecer as particularidades de cada família em seus processos de reestruturação.

Para Walsh (2005, 2016) a resiliência é promovida quando as adversidades e os problemas são vistos como uma forma de crescer e superar os próprios limites. No entanto, alguns processos-chave se constituem como bases do funcionamento familiar, associados à construção da resiliência, principalmente em três domínios que acompanham esses processos de reestruturação: (1) o sistema de crenças familiares; (2) os padrões de organização; e (3) os processos de comunicação.

O sistema de crenças está na raiz de todo o funcionamento familiar. São forças muito significativas na construção da resiliência, socialmente construídas e a partir das quais se configuram as normas, as regras, os valores, as atitudes e os papéis do sistema familiar. As principais crenças associadas à resiliência nas famílias podem ser organizadas em três eixos: atribuição de sentido à adversidade, neste caso o suicídio de um membro da família; ligadas ao mundo social da família, às suas crenças culturais e religiosas (DE ANDRADE SEIDI; DA CRUZ BENETTI, 2011; WALSH, 2005). As crenças que predominam em uma família direcionam a maneira como seus membros administram uma dada adversidade. No caso deste estudo, o sistema de crenças da família vai determinar a percepção e o sentido que atribuem à experiência de suicídio que vivenciaram.

Os padrões de organização familiar são considerados os verdadeiros amortecedores de choques familiares. Esses padrões consistem em conexão de recursos sociais e econômicos, que integram a unidade funcional da família regulando e definindo relações e comportamentos reforçados por crenças culturais e familiares (DE ANDRADE SEIDI; DA CRUZ BENETTI, 2011; WALSH, 2016a). No caso do suicídio de um de seus membros, é necessário que as famílias mantenham os rituais familiares

que lhes permitam se reestruturar para dar continuidade à vida familiar ao longo do tempo.

Por fim, outro processo referido por Walsh (2016c) para o bom funcionamento da família é a comunicação. Facilitar o processo de comunicação potencializa a capacidade dos membros para se expressarem e negociarem novas demandas. Nesse sentido, é preciso que a família desenvolva clareza, expressão emocional aberta e resolução colaborativa de problemas.

Conforme referido, os processos de reestruturação dependem de fatores individuais, familiares, culturais e do contexto em que essas pessoas vivem, entre outros. Para Walsh (2016a), na resiliência familiar há uma premissa sistêmica básica de que crises sérias e desafios de vida persistentes afetarão toda a família e, por sua vez, os principais processos-chave de transição são mediadores na reestruturação e/ou desestruturação para todos os membros, suas relações e a unidade familiar.

De acordo com Walsh (2016a) é necessário uma maior conscientização dos processos familiares, buscando compreender mais plenamente a vivência das adversidades e a capacidade familiar/humana de superá-las. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa torna-se um meio de dar voz à essas famílias que sobrevivem ao suicídio, com “descrições densas e detalhadas, desvelando os significados dos eventos, as situações e as experiências vividas a partir de suas próprias perspectivas. Esta abordagem é particularmente interessante se considerarmos os altos índices de suicídio e por extensão o grande contingente de pessoas e famílias que sofrem com este ato praticado por um de seus membros.

Entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio no Brasil, com um aumento de 43% no número anual de mortes por suicídio, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019 (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2021). Com estimativa de 32 mortes por dia (a cada 45 minutos uma pessoa tira a vida no país) (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016). Comparando os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul (RS), apresentou, em 2016, uma das maiores taxas de suicídio do país, com aproximadamente 11 casos/100.000h (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE–MS (BR), 2017). Trata-se de uma taxa de suicídio que representa quase o dobro de todo o Brasil, com uma média de três mortes por dia (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Esses números enfatizam a necessidade de estudos e estratégias de prevenção do suicídio que consideram os aspectos socioculturais, os fatores de risco e as situações que desencadeiam o suicídio, bem como estudos de como as famílias enfrentam essa situação após a morte de um dos seus membros. As evidências indicam que em média de cinco a seis membros da família imediata e até 135 indivíduos podem estar expostos ao impacto do suicídio de um indivíduo (CEREL *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2016).

Apesar do crescente número de pesquisa relacionada ao suicídio, o conhecimento específico dos processos de reestruturação familiar ainda é insuficiente e mais estudos são necessários. Particularmente, é importante investigar abordagens que permitam uma compreensão mais detalhada da situação vivida por estas famílias, visto que cada uma possui o seu próprio sistema de crenças e de formas de lidar com as situações. Nesse sentido, é imprescindível dar voz às famílias e aos familiares de modo que se possa melhor conhecer como eles têm enfrentado a situação e quais suas necessidades para enfrentarem essa adversidade. E, considerando que o Brasil é um país com grande população e múltiplas diferenças culturais, é importante que esse fenômeno seja estudado de forma contextualizada.

A perspectiva da resiliência, utilizada neste estudo como referência teórica, possibilita apreender a unicidade da família, suas potencialidades para mudar e progredir em determinadas situações e os mecanismos ou ferramentas que as ajudam nesse processo. Possibilita, também, que os profissionais da saúde possam promover e/ou utilizar intervenções eficazes junto a essas famílias, de forma que favoreça o processo de reestruturação.

Outro fator que evidencia a necessidade de mais estudos sobre a temática em foco é a escassez de estudos na literatura brasileira relacionados ao apoio às famílias que perderam alguém por suicídio e, particularmente sobre como essas famílias enfrentam o processo de reestrutura-se após a morte, ou seja, de dar continuidade às suas vidas. Em sua maioria, os estudos envolvem apenas uma categoria de parentesco (pais ou viúvas) ou, então, são feitas comparações, entre os pais que perderam o filho por suicídio e outros pais que vivenciaram a perda por outras causas.

Em uma revisão da literatura realizada no período entre julho e outubro de 2020, nas bases *PubMed*, *CINAHL*, *Cochrane Library* e *PsycINFO*, não foi encontrado nenhum estudo específico sobre os processos de reestruturação na unidade familiar. Foi

encontrado apenas um estudo no contexto brasileiro que analisou o processo de luto dos filhos decorrente do suicídio de um dos genitores (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Outros estudos são centrados em como os profissionais de saúde entendem a experiência de cuidar de famílias em luto após o suicídio (SILVA *et al.*, 2018). Porém, como foi mencionado anteriormente, não foram encontrados estudos específicos sobre a unidade familiar, ou algum estudo específico em que os participantes de pesquisas fossem as famílias sobreviventes ao suicídio.

Essas lacunas justificam a realização deste estudo com o propósito de compreender como estas famílias, apesar de enfrentarem uma situação dolorosa, conseguem se reestruturar como unidade. Em seu desenvolvimento utiliza-se como referencial teórico o conceito de resiliência familiar de FROMA WALSH, uma vez que esta perspectiva possibilita examinar os desafios enfrentados pelas famílias considerando a diversidade de culturas e estruturas familiares, seus recursos e suas limitações, assim como os significados da experiência para elas. Trata-se de um estudo inspirado na afirmação de Robert Anderson: “*a morte interrompe uma vida, mas não a relação com a pessoa que morreu*”, a qual é abordada na peça teatral intitulada *I Never Sang for My Father*.

As perguntas que nortearam a realização deste estudo foram:

1. *Quais sentidos são atribuídos pelas famílias à perda por suicídio de um de seus membros?*
2. *Quais processos ajudaram na reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros?*
3. *Onde a família (ou seus membros individualmente) encontram/ram apoio para se reestruturar/em após a experiência do suicídio de um de seus membros?*

As respostas à essas questões vão permitir sustentar a seguinte **tese**:

As famílias que vivenciaram o suicídio de um dos seus membros podem se reestruturar, desde que sejam capazes de mobilizar os processos e as estruturas de apoio, existentes no contexto em que vivem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender os processos que sustentam a reestruturação da vida familiar após a perda de um dos seus membros por suicídio.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Identificar elementos que denotam os sentidos atribuídos à perda do familiar por suicídio.

2.2.2. Examinar os processos de comunicação e organização intrafamiliar que contribuem para a reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros.

2.2.3. Analisar os recursos externos da família que se constituem como referências de apoio no processo de reestruturação da vida familiar ao longo da experiência da morte por suicídio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O fenômeno do suicídio

O suicídio é um comportamento específico do homem que foi descrito desde os primórdios da história da humanidade. Porém, ao longo dos tempos, variam as considerações sociais que se fazem a respeito de sua aceitação ou rejeição e punição (DARAY; GRENDAS; REBOK, 2016).

Existem diferentes definições de suicídio, algumas são históricas, como a de DURKHEIM que o considera como sendo qualquer caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, perpetrado pela própria vítima que desejava produzir aquele resultado (a morte). Para BAECHLER, o suicídio é toda conduta que busca e encontra a solução para um problema existencial ao ameaçar a vida do sujeito; para SHNEIDMAN é um ato consciente de autoaniquilação entendido como um desconforto multidimensional em um indivíduo que usa esse ato como a melhor solução (DARAY; GRENDAS; REBOK, 2016). Para os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), o suicídio faz parte de uma classe mais ampla de comportamentos denominada violência auto infligida, entendida como comportamento autodirigido, cujo resultado deliberado é uma lesão ou o potencial de causar lesões. Esse tipo de violência auto infligida pode ser suicida ou não suicida (STONE *et al.*, 2017).

Nesta tese, o suicídio é considerado como a morte causada por um comportamento prejudicial dirigido a si mesmo, dotado da intenção de morrer por esse comportamento. É, portanto, um ato deliberadamente iniciado e realizado com o propósito de acabar com a vida. É uma morte não natural na qual a intencionalidade é decisiva (GÓMEZ-DURÁN *et al.*, 2014; OMS, 2014; STONE *et al.*, 2017). Especificamente no âmbito da saúde pública, o suicídio é um problema presente em todas as regiões do mundo, atingindo diferentes faixas etárias. Em meninas de 15 a 19 anos é a segunda causa de morte, em homens nessa mesma faixa etária o suicídio é a terceira causa de morte (WHO, 2019).

Trata-se de um problema que afeta as populações mais vulneráveis, muito comum em grupos marginalizados e discriminados da sociedade. É um sério problema de saúde pública, não só nos países desenvolvidos, uma vez que a maioria dos suicídios

do mundo ocorreu em países de baixa e média renda (79%) (WHO, 2019). Estima-se que, globalmente, ocorrem mais de 800.000 mortes por suicídio a cada ano (aproximadamente um a cada 40 segundos), um número que provavelmente é uma subestimação considerável da verdadeira dimensão do problema (HAWTON; PIRKIS, 2017; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2014; WHO, 2019).

As taxas de suicídio variam consoante a raça ou origem étnica e outras características da população; além disso, refletem apenas uma parte do problema. Existe um número consideravelmente maior de pessoas que são hospitalizadas por comportamentos suicidas não fatais do que pessoas com lesões fatais, e um número ainda maior que recebem tratamento em ambulatório (por exemplo, em caso de emergência) ou não recebendo nenhum tratamento (STONE *et al.*, 2017).

As taxas de suicídio vêm aumentando há mais de uma década e os custos facilmente chegam a bilhões de dólares a cada ano. Embora o suicídio seja um resultado estatisticamente raro, ele tem um impacto humano com um efeito em cascata de longo alcance. É provável que cada um de nós interaja com sobreviventes de suicídio, pessoas que passaram pela experiência e pessoas que pensam sobre o suicídio todos os dias, seja em nossa casa, no local de trabalho ou na comunidade (STONE *et al.*, 2017).

Notadamente, no contexto global, a pandemia pela COVID-19, teve impactos a nível social, econômico, político, sendo que a maior parte da população sofreu mudanças na sua saúde física e mental. Tais mudanças têm gerado o alerta de especialistas de todo o mundo para o provável aumento no comportamento suicida durante e após esse período (BENÍTEZ, 2021; BROWN; SCHUMAN, 2021; THAKUR; JAIN, 2020). E, mesmo depois de controlada, é fato que possam ser geradas "ondas" de transtornos mentais e suicídios causados pelo confinamento, pouco sabemos do real impacto que terá na vida das pessoas (BENÍTEZ, 2021).

As taxas de suicídio no Brasil variam de 4,6 a 6,6 por 100.000 habitantes e vem aumentando nos últimos 10 anos. Os fatores de risco e as características dos grupos de pessoas que se suicidam no país foram: ser do sexo masculino, ter idade entre 15 a 44 anos, ter ensino superior, a solidão, o desemprego, a carência socioeconômica, os transtornos mentais, ter planos suicidas, ter tido tentativas anteriores de suicídio, ser indígena, entre outros. (BALDAÇARA *et al.*, 2022). Esses dados colocam o país em oitavo lugar no número absoluto de suicídios a nível mundial (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2017). No Brasil, a depressão é o fator explicativo mais relevante para as tentativas de suicídio, ou seja, se não é diagnosticada e tratada, tem consequências (MAGALHÃES; OLIVEIRA ANDRADE, 2019).

Observa-se uma disparidade nos estados brasileiros em relação às mortes por suicídio. O estado do Rio Grande do Sul (RS), por exemplo, possui uma das maiores taxas em relação aos demais estados brasileiros, com aproximadamente 10,9/100.000h por ano (RIBEIRO *et al.*, 2016; WAISELFISZ, 2014). Em 2015, foram 10,5 / 100.000h (MALTA *et al.*, 2017) e em 2016 11 casos/100.000h (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE–MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), 2017).

A mortalidade por suicídio entre as mulheres jovens nesse Estado é de 4,1/100.000h, enquanto entre os homens esse número chega a 17,4/100.000h (RIBEIRO *et al.*, 2016; WAISELFISZ, 2014). Em 2015, a taxa era de 17,8/100.000h no sexo masculino e 4,5/100.000h no feminino (DANTAS *et al.*, 2017). No período de 2017 a 2019, a taxa média de suicídios no estado foi de 4,9 casos/100 mil habitantes entre mulheres e de 20,5 casos/100 mil habitantes entre homens (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

No Rio Grande do Sul, a taxa de suicídio é quase o dobro em relação à taxa do país, com uma média de três mortes por dia. Essa distribuição não é homogênea e, em regiões específicas do estado, as taxas são significativamente mais elevadas (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2018). Esses números enfatizam a necessidade de estudos e estratégias de prevenção do suicídio que consideram aspectos socioculturais, fatores de risco e situações que desencadeiam o suicídio no RS (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Um estudo de FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER (2020) sobre o perfil epidemiológico e toxicológico dos casos de suicídio no Rio Grande do Sul, em 2017-2018, encontrou como resultados que naquele período foram registrados 2.564 suicídios (11,3 / 100.000 habitantes / ano), em sua maioria homens (79,4 %); na faixa etária de 50 a 54 anos (10,3%), sendo o principal meio utilizado foi o enforcamento (72,5%). Os jovens tiveram 4,5 vezes (IC95% 2,7; 7,7) e 2,4 vezes (IC 95% 1,5; 3,6) mais chances de serem vítimas quando se constatou resultados positivos para alguma substância ilegal ou ausência dos pais, respectivamente (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

Diferentes fatores estão relacionados ao suicídio. No Brasil, um dos fatores explicativos para esse fenômeno é o transtorno depressivo, no entanto, atualmente se busca focar mais pesquisas na necessidade de orientar adequadamente a etiologia, visto que durante vários anos esse problema se centrou no ponto de vista antropológico-moral, em que o suicida foi moralmente culpado de forma muito forte. A partir dessa nova perspectiva procura-se explicar melhor a etiologia com um propósito nitidamente preventivo, investigando-a em todas as latitudes, bem como os determinantes biológicos e/ou psicossociais que podem explicar esta máxima autoagressividade, e as diferenças quantitativas observadas ao longo da geografia terrestre (DARAY; GRENDAS; REBOK, 2016).

Entre os fatores de risco mais citados salienta-se os comportamentos suicidas que têm forte relação com a presença de doenças psiquiátricas ou sintomas psicológicos, principalmente a depressão. Ainda entre os múltiplos fatores, está associado ao consumo problemático de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas (GONÇALVES; PONCE; LEYTON, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2016), algumas características sociodemográficas (STONE *et al.*, 2017), a presença de doenças crônicas (OTZEN *et al.*, 2020) e história de comportamento suicida (BURGOS *et al.*, 2017; STONE *et al.*, 2017).

De acordo com o relatório técnico realizado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), os fatores de risco para o suicídio podem ser divididos nos seguintes níveis (STONE *et al.*, 2017):

- **Nível individual:** história de depressão e outras doenças mentais, desesperança, abuso de substâncias, determinadas condições médicas, tentativas anteriores de suicídio, ser vítima ou autor de violência e determinantes genéticos e biológicos.
- **Nível relacional e comunitário:** relacionamentos altamente conflituosos ou violentos, sentimento de isolamento e falta de apoio social, conexão inadequada com a comunidade, barreiras ao atendimento médico, bem como **histórico de suicídio de um membro da família ou ente querido**, financeiro ou de trabalho estressante.

- **Nível social:** disponibilidade dos meios letais para o suicídio, representações do suicídio na mídia de forma insegura, estigma relacionado à busca de ajuda e doença mental.

A esses fatores mencionados somam-se aqueles relacionados aos processos familiares e sua capacidade de cumprir suas próprias funções, como o apoio familiar, a rede de apoio social e a proteção dos indivíduos contra situações ambientais hostis (BURGOS *et al.*, 2017).

O suicídio tem sido associado também a fatores de proteção. Dentre esses são apontados, a religiosidade, a espiritualidade, as objeções morais ao suicídio e certos elementos ambientais como uma rede de apoio social adequada (GÓMEZ-DURÁN *et al.*, 2014). Todos esses fatores, sejam de risco ou de proteção, requerem estudo metuculoso na avaliação do comportamento suicida, uma vez que alguns deles podem ter uma ação condicionada. Ademais, a relevância de cada fator de risco e de proteção pode variar de acordo com a idade, raça, sexo, orientação sexual, local geográfico de residência, status sociocultural e econômico.

Cabe destacar, ainda, que embora um número significativo de estudos afirmem que o suicídio tem uma estreita relação com as enfermidades mentais, chegando a 90-95% dos casos consumados (Gómez-Durán *et al.*, 2014), existem muitas divergências com relação à esta afirmação, alguns concordando e outros que discordam. Os “estudos de autópsia psicológica” argumentam que os diagnósticos psiquiátricos atribuídos aos que morreram por suicídio, é realizado por meio de entrevistas com alguns familiares, o que poderia introduzir prejuízos de memórias sobre o falecido e estimular esses informantes a pensarem sobre transtornos mentais como fatores de risco específicos; ou, então, porque esses familiares estando em processo de luto, têm seus sentimentos de culpa exacerbados (HJELMELAND; KNIZEK, 2017).

Da mesma forma, os “estudos de ligação de registros”, que também consideram o índice de 90% questionável argumentam que a utilização de dados obtidos em links de registros dos serviços de saúde mental (TOO *et al.*, 2019), são provavelmente daquelas pessoas que já estavam diagnosticadas com transtorno mental.

MISHARA e CHAGNON (2016) consideraram especificamente a relação entre transtornos mentais e suicídio; e sugeriram seis modelos que podem explicar os

mecanismos subjacentes a essa relação. O Modelo 1 estabelece que o suicídio e os transtornos mentais têm uma etiologia comum, de modo que a vulnerabilidade biogenética e os eventos negativos da vida podem conduzir a ambos.

O Modelo 2 sugere que alguns transtornos mentais (por exemplo, transtornos por abuso de substâncias) podem se desenvolver como uma alternativa ao suicídio (por exemplo, no contexto de pessoas que tentam evitar pensamentos ou impulsos suicidas). No Modelo 3, o suicídio é visto como uma consequência direta das distorções cognitivas que caracterizam muitos transtornos mentais (por exemplo, alucinações de comando em transtornos psicóticos, sentimentos de extrema desesperança como na depressão). O Modelo 4, argumenta que o suicídio ocorre como resultado de experiências negativas que às vezes acompanham os transtornos mentais (por exemplo, exclusão social, estigma e discriminação). O Modelo 5 postula que o suicídio é iatrogênico, resultante de um tratamento "abaixo do ideal" para transtornos mentais. E, por último, o Modelo 6 é um modelo combinado que incorpora características dos outros cinco, mas se sobrepõe a uma situação de crise (MISHARA; CHAGNON, 2016).

E no caso da ideação suicida, está associada a transtornos depressivos, mas também ao consumo de alimentos, abuso de álcool, violência, sentimento de perda, influência do contexto; problemas acadêmicos, financeiros e interpessoais, dor crônica e dor psicológica (TORO; GRAJALES; SARMIENTO, 2016). Por exemplo, a pesquisa qualitativa encontrou que os problemas existenciais parecem muito mais importantes para o suicídio do que os transtornos mentais (HJELMELAND; KNIZEK, 2017).

É importante reconhecer o papel significativo dos transtornos mentais no suicídio, subestimar isso pode resultar em oportunidades perdidas de prevenção do suicídio. O fato do suicídio se caracterizar como um problema complexo significa que ele merece uma resposta multifacetada (HAWTON; PIRKIS, 2017), mas os serviços e profissionais de saúde mental devem ser parte central dessa resposta (TOO *et al.*, 2019).

Na prevenção do suicídio é preciso focar mais na complexidade que sempre está por trás desse ato. O modelo biomédico não alcança a prevenção do suicídio. Precisamos incorporar os fatores contextuais e o relacional em uma perspectiva de curso de vida, se quisermos compreender a natureza do suicídio (HJELMELAND; KNIZEK, 2017).

Outra consequência da patologização do suicídio é que as experiências vividas estão ausentes ou silenciadas no discurso suicida. Weebb (2010) argumenta que "o que é geralmente mais significativo para a pessoa suicida é negligenciado, ignorado ou, pior ainda, deliberadamente negado e descartado como irrelevante ou como sintomas de uma doença suspeita. " É um mito que o suicídio, ou o que está por trás do suicídio, seja algo mensurável que pode ser observado e contado (HJELMELAND; KNIZEK, 2017).

3.1.1 Famílias no contexto suicida

O alto índice de suicídios em todo o mundo repercute no número de famílias afetadas e que permanecem desconhecidas (CEREL *et al.*, 2019). Essas famílias precisam de ajuda para se reestruturarem e de um sistema de apoio e proteção, uma vez que moldam esse processo de reestruturação integrando a experiência do suicídio.

A crise desencadeada pelo suicídio e a tentativa de suicídio é uma experiência complexa, construída por histórias do passado, do presente e com expectativas sobre o futuro, cujo sofrimento pode paralisar a família, reforçando a crença de que o desejo de morrer se constitui em uma ameaça para o sistema familiar. A mesma crise também pode se tornar um catalisador da criatividade, uma vez que as famílias podem compartilhar a experiência, inserindo novidades em suas histórias (KRÜGER; WERLANG, 2010).

Cada suicídio é uma tragédia pessoal que tira a vida de uma pessoa prematuramente e afeta a vida das famílias, dos amigos e das comunidades (OMS, 2014). As pessoas afetadas são descritas na literatura como "*sobreviventes do suicídio*" ou "*sobreviventes da perda por suicídio*". Entretanto, para MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL (2019), a terminologia usada atualmente neste contexto é problemática, pois é muitas vezes imprecisa na descrição de uma ampla gama de experiências.

Em trabalhos anteriores sobre o luto suicida e a posvenção, o termo vítima sobrevivente era frequentemente utilizado, derivado diretamente dos pensamentos originais de Shneidman. Este foi mais recentemente substituído por "afligidos por suicídio", "sobreviventes do suicídio" e "expostos ao suicídio". No entanto, essa terminologia contemporânea permanece um tanto ambígua, já que termos como sobreviventes do suicídio podem se referir tanto àqueles que vivenciaram a perda de

uma pessoa significativa, quanto àqueles que tentaram o suicídio. Isso frustra os esforços para ampliar a compreensão do impacto do suicídio (MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL, 2019).

Para alguns autores, estima-se que entre cinco e dez pessoas próximas sejam gravemente afetadas por cada morte decorrente do ato suicida. Porém, entende-se que esse número pode ser efetivamente maior se o ampliarmos aos contatos que as pessoas fizeram ao longo de suas vidas, como amigos, colegas e profissionais (ANDRIESSEN *et al.*, 2017; OMS, 2014; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). CEREL *et al.* (2019) autores afirmam que, em média, cinco a seis membros da família imediata e até 135 indivíduos podem estar expostos ao impacto do suicídio de um indivíduo.

Apesar da situação difícil no momento do suicídio, posteriormente para as famílias sobrevivem momentos difíceis de vivência da perda e do luto que mobiliza sentimentos intensos. A forma como cada sobrevivente reage está relacionada ao vínculo estabelecido com a pessoa que cometeu suicídio, podendo haver dificuldade em aceitar a perda, causando conseqüentemente um impacto significativo na vida do indivíduo (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). O luto, desencadeado pela perda de um ente querido foi descrito por John Bowlby, em 1980, com quatro fases:

1. Fase de descrença e desgaste da sensibilidade: pode durar de algumas horas a uma semana e ser interrompida por momentos de pena ou raiva intensa;
2. Fase de saudade, lembrança e busca da figura perdida: costuma durar de meses a anos, pela perda de um dos pais, irmão, cônjuge, entre outros;
3. Fase de desorganização e desesperança.
4. Fase de maior ou menor reorganização (BOWLBY, 1980).

Sentimentos de protesto contra o destino e manifestações de rebelião também costumam surgir após as reações iniciais que podem até se transformar em acusações contra amigos, familiares ou médicos. No caso de desaparecimentos ou mortes repentinas e inesperadas, esses sentimentos são ainda mais intensos e onipresentes. A cólera e a raiva podem ser dirigidas a alguém específico como uma forma de reorganização mental da ansiedade e confusão, tornando-se, também, autocensura.

Algumas pessoas proibem as pessoas próximas de falar sobre a perda, o falecido ou a situação (MORER BAMBA; ALONSO GÓMEZ; OBLANCA BELTRÁN, 2017).

Este é um provável indicador de mau prognóstico, pois significa apoiar a evolução do luto em defesas psicóticas como negação-denegação e a cisão. Ao contrário, os rituais de luto têm a ver com ações que ajudam a contatar a perda e seu significado profundo. Tolerar sentimentos de luto, raiva, saudade e lembranças ajudam a reorganizar o mundo interno e relacional, com adaptação à nova vida sem o ente querido. É um processo complexo, não só emocional, mas também cognitivo, pois as representações internas mudam gradativamente durante o processo de luto (MORER BAMBA; ALONSO GÓMEZ; OBLANCA BELTRÁN, 2017).

Existem lutos individuais, no entanto, alguns autores mencionam o luto como um processo familiar. Breen *et al.* (2019) afirmam que o luto é um assunto de família, entretanto, é comumente visto como um fenômeno individual; as famílias são complexas e trabalhar com essa complexidade é desafiador, mas necessário para uma visão holística do processo de luto.

Nesta linha, uma das configurações mais importantes dentro das quais o luto pode ser vivenciado é a família. Portanto, o luto é um assunto de família. No entanto, esse consenso aceito externamente deve ser explicitado devido à abordagem individual que domina a teoria tanatológica, a pesquisa, a prática e a educação (THOMPSON *et al.*, 2016).

Nessa visão do luto como um assunto de família, uma morte na família implicará múltiplas perdas em inúmeros relacionamentos, em papéis funcionais na unidade familiar e nas esperanças e sonhos por tudo o que poderia ter sido. A morte de um membro da família é uma perda profunda para todo o grupo familiar, afetando todos os outros membros, seus relacionamentos e a família como unidade funcional. A partir da orientação dos sistemas familiares, o luto é visto em termos de processos transacionais influenciados pela experiência de perdas anteriores e envolvendo aqueles que morrem e seus sobreviventes em um ciclo de vida familiar multigeracional compartilhado (WALSH; MCGOLDRICK, 2004, 2013).

As teorias de sistemas (por exemplo, BOWEN, 1978; BRONFENBRENNER, 1979; WALSH, 2005) fornecem uma lente útil através da qual podemos ver o luto no contexto familiar. Algumas dessas teorias e referenciais, combinados com a teoria e

prática do processo do luto, informaram o estudo e/ou intervenção do luto na família. Estes incluem: teoria dos sistemas familiares (WALSH; MCGOLDRICK, 2004), teoria do desenvolvimento familiar (SHAPIRO, 1994) e teoria do apego (BOWLBY, 1980). As teorias de sistemas têm suas nuances e suas diferenças, mas compartilham uma ênfase na “complexidade, contexto e intersubjetividade”, em que os membros da família criam coletivamente histórias e verdades (BREEN *et al.*, 2019).

Um dos processos mais importantes após a morte de um membro da família é a adaptação da família à perda. A morte apresenta desafios adaptativos imediatos e de longo prazo para as famílias. O ajuste da família à perda não significa resolução, no sentido de que alguns superam completamente, "de uma vez por todas". Os processos de luto não têm uma sequência ordenada ou um cronograma fixo, e perdas significativas nunca podem ser totalmente resolvidas (WALSH; MCGOLDRICK, 2013).

Da mesma forma, a capacidade de recuperação da perda, comumente mal interpretada, não significa obter rapidamente um "fechamento" da experiência emocional ou simplesmente recuperar e seguir em frente (WALSH, 2005). Em vez disso, o processo de luto e a reestruturação dessas famílias são graduais ao longo do tempo, geralmente diminuindo de intensidade. Para os familiares, o enfrentamento adaptativo ao longo do tempo, envolve uma oscilação dinâmica na atenção, alternando entre a perda e a reestruturação, focada às vezes na dor e outras vezes no domínio dos desafios emergentes (STROEBE; SCHUT; BOERNER, 2010; WALSH; MCGOLDRICK, 2013).

Existem diversos desafios cruciais que a família tem de enfrentar para se adaptar à perda e estes vão depender das várias influências culturais, para as quais WALSH e MCGOLDRICK (2013), postulam quatro tarefas familiares que tendem a facilitar a adaptação dos membros da família, fortalecendo a unidade familiar, a curto e/ou a longo prazo:

- (1) Reconhecimento compartilhado da morte e da perda.
- (2) Experiência compartilhada de perda.
- (3) Reorganização do sistema familiar. Flexibilidade adaptativa, continuidade e coesão/conectividade no sistema familiar, podem exigir realinhamento de relacionamentos e redistribuição de funções de papel para compensar a perda.

(4) Reinvestimento em outros relacionamentos e atividades de vida.

A maneira como uma família aborda a perda amortece as interrupções e facilita o intercâmbio emocional. A criação de significado, reorganização e reinvestimento nas atividades da vida influenciarão a adaptação imediata e de longo prazo de todos os membros, relacionamentos e unidade familiar. Da mesma forma, existem fatores que dificultam esses processos familiares face à perda, como os fatores específicos da própria perda e os processos familiares, incluindo a natureza da morte, o estado das relações e as funções dos papéis e o momento da perda de acordo com o ciclo de vida da família (WALSH; MCGOLDRICK, 2004, 2013).

Sendo assim, o processo de luto após o suicídio gera grande sofrimento e requer muita energia psíquica dos familiares tanto para o luto, como para o processo de reestruturação familiar. Na verdade, o luto por um suicídio pode ser um grande estressor, aumentando os riscos de problemas de saúde social, física e mental e o comportamento suicida em indivíduos enlutados (ANDRIESSEN *et al.*, 2017, 2019).

Esses achados são consistentes com um estudo qualitativo onde três temas principais foram encontrados em relação às experiências após o luto suicida: (1) concorrência de dor e reações de saúde; (2) disparidade no apoio recebido após o suicídio e (3) reconstrução da vida após o suicídio do falecido. Os sentimentos iniciais de culpa, vergonha e raiva geralmente se manifestam em dificuldades físicas, psicológicas e psicossomáticas de longa duração. Razão pela qual enfatiza-se a importância de se trabalhar com essas famílias nesse período (SPILLANE *et al.*, 2018).

3.2 Posvenção do suicídio

O termo posvenção do suicídio é descrito na literatura como as intervenções destinadas a amortecer o fardo da angústia dos sobreviventes e melhorar o impacto da morte por suicídio, que permite o desenvolvimento de ações para mitigar o choque da perda por suicídio e prevenir o sofrimento para as próximas gerações (DUTRA *et al.*, 2018; HARRINGTON-LAMORIE *et al.*, 2018). É, pois, a intenção é intervir para facilitar o desenvolvimento saudável do luto pela morte por suicídio (MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL, 2019).

Em geral, a primeira coisa que deve ser feita, segundo os pesquisadores, é definir adequadamente a população afetada pós-suicídio. Nessa perspectiva, torna-se fundamental conhecer as consequências diretas sobre as pessoas que vivenciaram a morte por suicídio e os riscos de um processo complexo de luto, suas necessidades a partir do contexto no qual ocorreu a morte por suicídio, a fim de intervir para ajudar a família se reestruturar.

O início do uso desse termo posvenção ocorreu no final dos anos 1960, criado por EDWIN SHNEIDMAN. Este primeiramente voltou sua atenção para as necessidades das pessoas atingidas pelo suicídio. Para ele era necessário algo mais que somente a prevenção e as intervenções contra o suicídio, uma comunidade benigna deveria fornecer rotineiramente cuidados de saúde mental *pósventivos* aos sobreviventes-vítimas de mortes por suicídio (MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL, 2019).

De acordo com SHNEIDMAN, a posvenção é a prevenção para a próxima década e geração. Das três abordagens possíveis (temporárias) para crises de saúde mental: prevenção, intervenção e posvenção, pelo menos no caso de suicídio, a posvenção provavelmente representa o maior problema e, portanto, apresenta a maior área de ajuda potencial. Se houver cerca de 50.000 suicídios cometidos nos Estados Unidos a cada ano, sem contar os dois milhões de mortes "não detectadas" atualmente rotuladas como mortes naturais, acidentais e homicidas, então há pelo menos 200.000 sobreviventes-vítimas criadas cada ano, cujas vidas são para sempre ignoradas por aquele evento (SHNEIDMAN, 1972, p.x).

No caso da Costa Rica, meu país de origem, tem havido grandes lutas em relação ao fenômeno do suicídio, principalmente nos últimos anos, pois uma proporção apreciável da população do país vive em condições sociais, econômicas e ambientais, em detrimento da saúde física e mental, do bem-estar, da qualidade de vida e até da integridade física.

Embora não existam estudos epidemiológicos recentes nesse país, estima-se que os transtornos mentais aumentaram em função das variações ocorridas no perfil demográfico e das mudanças sociais, econômicas e culturais que impactaram a sociedade costarriquenha nas últimas décadas. O impacto negativo desses fatores na saúde mental e no desenvolvimento psicossocial é evidente e se manifesta em situações

que comprometem o funcionamento social do indivíduo e da família, seu equilíbrio emocional e o desdobramento de suas potencialidades (MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA, 2014).

No momento, a situação ainda é relevante para o país, pois são vários os desafios que a Costa Rica enfrenta no campo da saúde mental. Especialistas concordam que entre os mais importantes está a necessidade de realização de estudos epidemiológicos, uma vez que permitem a definição de políticas públicas. Uma maior coordenação interinstitucional também é identificada como uma chave para melhorar a prevenção e o cuidado em geral para pessoas com problemas mentais e comportamentais; pois o país não tem um estudo epidemiológico que nos permita conhecer a incidência e a prevalência das doenças mentais de forma global. As doenças mentais constituem hoje o principal encargo de custos econômicos da saúde pública (BLANCO, 2018).

No caso de suicídio e tentativas de suicídio, também dispararam alertas no país devido ao aumento dos casos, principalmente entre a população adolescente. Segundo dados do Ministério da Saúde de Costa Rica, a taxa é de 5,8 por 100 mil habitantes, o que significa que em média ocorrem 318 suicídios por ano, com maior prevalência entre os homens, mas com aumento acelerado nas mulheres (BLANCO, 2018). No período de 2010-2013 um total de 1.208 suicídios, dos quais 85,8% eram homens. Desses casos, 51,57% ocorreram no domicílio; e o método mais utilizado é o enforcamento (58,8%), seguido da intoxicação (21,8%). Os fins de semana (sexta-feira, sábado e domingo) são os dias em que mais ocorrem suicídios, e o mês com maior percentual de suicídios é setembro, com 9,9% do total de suicídios em ambos. Em relação às tentativas de suicídio, foram notificadas 888 no total em 2013, das quais 63,85% eram mulheres (MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA, 2014). Não foi encontrada nenhuma informação disponível a respeito da sobreposição na Costa Rica.

Os pesquisadores em âmbito mundial tentam entender quem está exposto; quem é afetado pelo suicídio; como as pessoas expostas a mortes por suicídio são afetadas; as semelhanças e as diferenças com outros tipos de mortes, principalmente aquelas inesperadas e/ou violentas. No entanto, durante o período de 50 anos desde que Shneidman começou a se concentrar nas pessoas enlutadas por mortes por suicídio, apenas 443 artigos sobre luto suicida foram publicados de acordo com uma revisão

sistemática recente (MAPLE *et al.*, 2018; MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL, 2019).

Da mesma forma, governos e agências de financiamento geralmente se concentram em aumentar a base de conhecimento na prevenção e na intervenção do suicídio para reduzir o número de pessoas que morrem por suicídio. Apesar da importância desses esforços, poucos esforços foram direcionados àqueles atingidos por suicídio que foram excluídos dessa abordagem. A atenção da pesquisa na área de luto suicida é um fenômeno relativamente recente (MOORE *et al.*, 2013).

No caso do Brasil, o termo posvenção ainda é pouco utilizado o que para Fukumitsu, Kovács (2016) repercute na escassez de serviços de atendimento às pessoas que sofrem ao perderem entes queridos por suicídio. Os serviços de "posvenção" destinam-se a ajudar os sobreviventes a administrar a crise suicida imediata e a lidar com suas consequências de longo prazo. Visto que a vivência da convivência familiar após o suicídio pode ser vivenciada de diversas formas, desde o momento de receber a notícia da morte de um familiar, pois é um momento difícil e doloroso, porém, quando é provocado por um ato suicida, torna-se ainda mais chocante e deixa os sobreviventes desesperados pela notícia (DUTRA *et al.*, 2018).

O luto é uma reação natural à perda de uma pessoa próxima, como um membro da família ou amigo, mas o luto após o suicídio pode incluir várias respostas psicológicas, físicas e comportamentais à morte, sentimentos de tristeza, saudade, culpa e raiva, bem como reações físicas como chorar (ANDRIESSEN *et al.*, 2019). No caso de morte por suicídio, as famílias podem vivenciar mais choques ou traumas relacionados à natureza inesperada ou violenta da morte, e mais sentimentos de abandono, rejeição, vergonha e lutas com a criação de questões de significado de por que aconteceu (ANDRIESSEN *et al.*, 2017; PITMAN *et al.*, 2017).

Após esse estado de choque inicial, para DUTRA *et al.*, (2018) os familiares passam para um segundo momento, que é conviver com o sofrimento e as repercussões do suicídio na vida da família. Quando o fenômeno do suicídio gera um trauma na família, gera cicatrizes difíceis de curar. O momento que a família ou algum membro da família encontra o corpo de seu familiar o trauma se descreve como ainda mais difícil de superar e esquecer esse momento da descoberta da morte (DUTRA *et al.*, 2018).

O impacto do evento suicídio tem relação com o tempo, de modo que os familiares cada um a seu tempo e ritmo, tentam se reestruturar como grupo, tentando amenizar a dor. DUTRA *et al.*, (2018) em seu estudo, constatou que uma das principais estratégias citadas pelos familiares para progredir foi o apego a Deus, um modo de fazer viva sua fé e confiança de modo que a espiritualidade mostrou ser uma forte aliada no processo de reestruturação. Ademais outro fator que apoia o processo é o apoio de amigos, vizinhos como redes de apoio, e por último o suporte dos profissionais de saúde.

De acordo com ANDRIESSEN *et al.* (2019) em relação ao suporte social, eles podem ter menos suporte em comparação a outras formas de luto, o que pode ser devido à demanda limitada por ajuda e à incapacidade da rede social em apoiá-los. Além disso, outra dificuldade encontrada pelos sobreviventes é conseguir retomar suas vidas normalmente, apesar do que aconteceu (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

Os sobreviventes do suicídio podem ressignificar as consequências de uma morte velada e explícita. Portanto, são entendidos como sobreviventes e transcendem a possibilidade de morrer junto com aquele que se suicidou. Acredita-se que as pessoas que passaram pela experiência de suicídio aprendem a não ceder ao sentimento de abandono e de desamparo causado pelas reverberações do suicídio. Precisam aprender a se cuidar e receber atenção das outras pessoas (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016), para se reestruturarem como família.

Segundo alguns estudos, existe uma lacuna no conhecimento sobre os processos de luto e processos de reestruturação familiar ao longo do tempo após o suicídio. Embora existam pesquisas que utilizam dados de ligação (ERLANGSEN *et al.*, 2017), representam apenas um número limitado que analisam as mudanças no nível individual nos processos de luto, de forma longitudinal e vários deles focam grupos específicos, como filhos ou cônjuges mais velhos (KÖLVES *et al.*, 2020).

Para outros autores, as experiências de pessoas que sofrem o suicídio de um de seus familiares são pouco conhecidas. Sugere-se que um fator que tem contribuído para essa incompreensão tem sido a utilização de métodos quantitativos, que podem não ser sensíveis ao processo de luto e seu conteúdo temático (SHIELDS; KAVANAGH; RUSSO, 2017).

Alguns autores reforçam a execução da pesquisa neste contexto, para eles é necessário avançar na compreensão de como as famílias vivenciam a perda de um membro por suicídio, com o objetivo de desenvolver intervenções dos profissionais de saúde para acompanhamento, posvenção e promoção da saúde mental desses familiares (DORNELAS NUNES *et al.*, 2016; DUTRA *et al.*, 2018), bem como seu processo de reestruturação da vida familiar após esse difícil evento em seu ciclo vital.

Aqueles que encontram um novo significado e propósito na vida após a morte suicida de outra pessoa têm muito a oferecer para informar o desenvolvimento de intervenções apropriadas e oportunas para apoiar aqueles que lutam. Sendo pessoas que conseguiram, em meio à adversidade, ganhar forças para seguir em frente, sejam resilientes após um evento traumático. Esse tipo de população pode nos ajudar a responder as perguntas sobre as características que permitem que algumas pessoas cresçam e prosperem após essas exposições, e as maneiras pelas quais essas características podem ser aproveitadas para informar intervenções de apoio a outras pessoas que precisam de ajuda (MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL, 2019).

Cabe a nós, como *expert* na temática do suicídio, garantir que as mensagens de perigo e risco sejam temperadas com histórias de sobrevivência. Assim como a mídia é encorajada a moderar suas reportagens sobre suicídios e incluir histórias de pessoas que passaram por uma crise suicida e se recuperaram. É necessário um trabalho mais qualitativo para entender como as pessoas dão sentido a esses eventos e como isso se relaciona com sua identificação com a morte por suicídio e o efeito que essa identificação tem (MAPLE; POŠTUVAN; MCDONNELL, 2019).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa utiliza como referencial teórico o conceito de resiliência familiar de Froma Walsh (2016c) para examinar o processo de reestruturação das vidas familiares após a experiência de suicídio de um dos seus membros. Esta referência justifica-se devido à ênfase colocada nos recursos internos e nos externos que interagem para potencializar a capacidade da família fazer face às adversidades.

Para WALSH (2016c), resiliência familiar é uma resposta positiva da família frente às adversidades da vida, sendo esse um processo que vai além de sobreviver, fugir ou passar por uma provocação angustiante, perpassando a capacidade de renascer, resistir, reestruturar, fortalecer e crescer, permitindo que seus integrantes assumam suas vidas (pessoal e familiar) fortalecidas e com mais recursos (WALSH, 2016c). Muitas famílias enfrentam momentos de crise, mas acontece que como grupo tentam-se unir, para se apoiar juntamente, para conseguir superar as dificuldades, é assim como conseguem ter confiança entre seus membros para conseguir ter a força como unidade para superar as adversidades.

A partir deste referencial, o suicídio de um familiar pode servir para que a família diante da perda de um ente querido seja vista como um processo de transição que envolve aqueles que morrem e os sobreviventes em um ciclo de vida compartilhado, reconhecendo tanto o caráter final da morte, quanto a continuidade da vida. Nessa perspectiva, também é considerado o impacto da morte de um membro na família como unidade funcional, com repercussões imediatas e de longo prazo para cada membro e para todas as demais relações (WALSH, 2016c).

O grupo familiar pode ter uma resposta positiva ao suicídio de seu membro, desenvolvendo certos processos que os protegem, diminuindo o impacto das adversidades, promovendo a superação dos desafios que surgem ao longo do caminho que percorrem após o evento suicida. Existem também respostas negativas à este fenômeno que está aumentando a vulnerabilidade e instabilidade de todos os membros. Como diz Walsh (2016c), é “dar um salto adiante”, pois toda família tem potencial de resiliência.

A Resiliência Familiar tem como foco a família como unidade funcional e os processos que nela ocorrem, bem como o meio social em que se desenvolve. Portanto,

para Walsh (2016c) uma perspectiva ecológica é importante, pois os problemas são o resultado da interação entre a vulnerabilidade familiar e os contextos sociais; e a perspectiva de desenvolvimento tem a ver em como as capacidades de superação e de enfrentamento variam ao longo do tempo, dependendo da sua previsibilidade.

Outro ponto importante é que a abordagem da resiliência familiar possibilita promover a capacidade da família de enfrentar a morte e continuar com a vida, individual e colaborativa e fortalecer a unidade familiar. Esta perspectiva envolve três processos denominados: **sistema de crenças, processos de comunicação e padrões organizacionais** (WALSH, 2016c). Esses processos são fundamentais e caracterizam os fundamentos da concepção de resiliência familiar. No caso deste estudo, são os domínios que podem fortalecer as potencialidades da família para superação da perda.

No modelo de resiliência familiar cada um dos processos anteriormente mencionados se subdivide em componentes, os quais são explicados por elementos como se observa no Quadro 1. No sistema de crenças, um de seus componentes é a perspectiva positiva a qual é explicada por os elementos esperança, domínio e aceitação, e os valores do grupo familiar.

Quadro 1: Modelo de resiliência familiar

Processos de Resiliência Familiar	Componentes	Elementos
Sistema de crenças	Criação de significado da adversidade	Valor afiliativo Sentido de coerência Avaliação das crises
	Perspectiva positiva	Esperança Domínio e aceitação Valores
	Espiritualidade-Transcendência	Inspiração Heroísmo
Processos ou padrões de organização	Flexibilidade	Estabilidade Capacidade de Mudança Equilíbrio
	Conexão emocional	Unidade-separação Fronteiras Liderança e autoridade
	Recursos sociais e econômicos	Família extensa e comunidade Seguridade econômica Políticas e apoio social
Processos de Comunicação	Clareza	Mensagens Condutas Crises
	Expressão emocional	Empatia

Resolução cooperativa dos problemas	Tolerância Promoção das interações Negociação de diferenças Decisões compartilhadas Proatividade
-------------------------------------	--

Fonte: elaboração própria baseada em (WALSH, 2016a) e (BRAVO-ANDRADE *et al.*, 2019).

O **Sistema de Crenças** refere-se as premissas básicas que orientam, guiam as reações emocionais e as decisões da família; serve para dar sentido ao que está acontecendo com a família; “é o coração e a alma da resiliência” (WALSH, 2016c). Aplicado à este estudo, as famílias que sofreram a perda de um membro por suicídio enfrentam essa situação por meio dos significados atribuídos às experiências já vividas e que ainda serão vividas após a perda, vinculando às crenças culturais, crenças religiosas e interação com a rede social. Trabalhar nesse domínio de crenças implica: dar sentido às adversidades, gerar uma visão positiva e contar com a transcendência e a espiritualidade (WALSH, 2016c).

O primeiro componente do Sistema de crenças é dar sentido à adversidade, menciona-se o *valor afiliativo*, o que indica que a resiliência se baseia nas interações, sendo a crise, no caso do suicídio de um familiar, um desafio no qual eles como grupo familiar compartilham suas crenças e as relações entre os membros da família é de extrema importância em suas vidas (WALSH, 2005).

Há, também, a orientação do ciclo de vida familiar em que a família com um bom funcionamento tem uma percepção da evolução do tempo e do que vai acontecer com eles. É um processo contínuo de crescimento e mudanças, que progride ao longo do ciclo da vida e de uma geração para a outra (WALSH, 2016c). Portanto, uma família que enfrenta o suicídio, apesar de ser uma transição dolorosa, pode catalisar o crescimento e a transformação da família.

Existem crenças facilitadoras e restritivas. As primeiras aumentam as possibilidades das famílias superarem seus problemas; as segundas perpetuam as adversidades, restringindo o processo de resiliência familiar. Embora a resiliência seja promovida por dificuldades, as tragédias e o fracasso familiar, também pode ser consideradas instrutiva e servir como um ímpeto para mudança e crescimento (WALSH, 2016c).

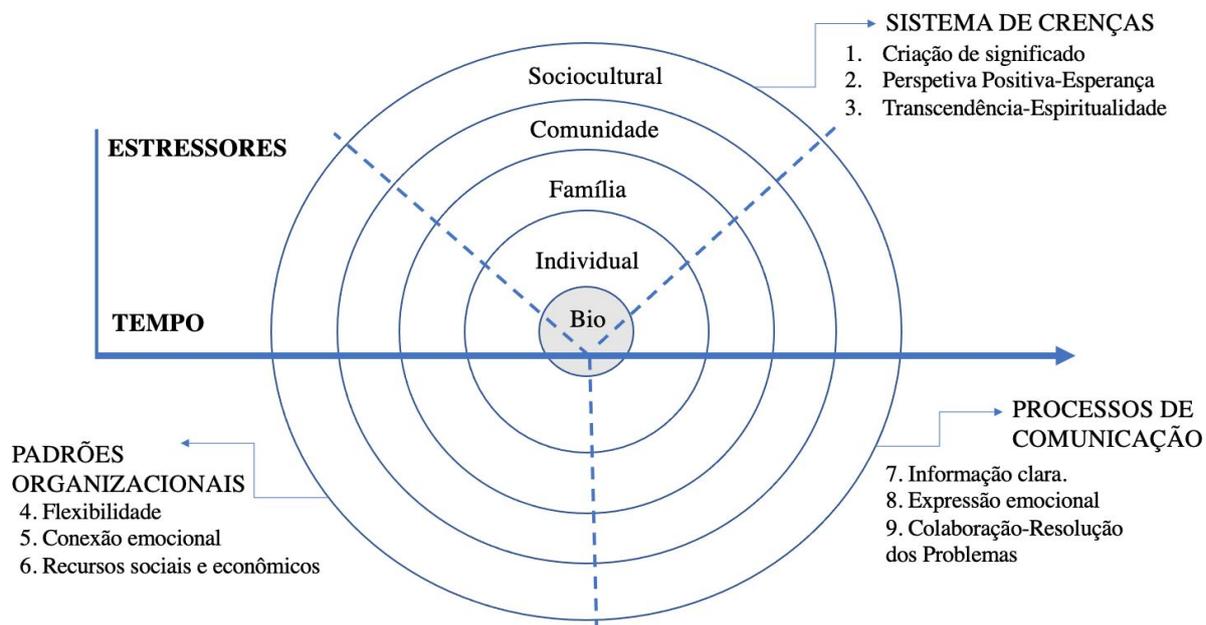
Os **Padrões Organizacionais** propiciam que a família se torne flexível, com abertura para mudanças, estabilidade em meio à crise, liderança forte, igualdade no sistema parental, entre outros. Propicia, também que mostre aptidão para a mudança e possa ter recursos sociais e econômicos (segurança econômica, mobilização de redes sociais, entre outros). A *flexibilidade* do sistema fornece o equilíbrio necessário entre a homeostase e a morfogênese. Será em aspectos estáveis como regras, papéis, padrões de interação (rituais e rotinas) sob as quais os indivíduos encontrarão segurança. Todos esses aspectos devem ser suficientemente flexíveis para se adaptarem às situações adversas (WALSH, 2016c).

Já a conexão emocional trata do estabelecimento de fronteiras claras entre os membros e entre as gerações, preservando a organização hierárquica, reforçando a liderança e a autoridade, ao mesmo tempo que oferece um sentimento de segurança a todos os membros da família. Os *recursos sociais e econômicos* também fazem parte desse domínio. Refere-se ao conceito de sistema aberto, em que o papel dos recursos sociais e da família extensa como fatores de proteção contra as crises são muito importantes (WALSH, 2016c).

Finalmente, os **Processos Comunicativos** ajudam a expressar abertamente as emoções, a esclarecer situações ambíguas, a dar respostas empáticas e a promover a colaboração como método de resolução de problemas. Inclui aspectos que mudam da forma crítica de reagir às adversidades, para uma postura positiva em relação ao futuro, com expressão emocional sincera e resolução cooperativa de problemas. Para WALSH (2016c), a clareza e a consistência nas mensagens, a expressão emocional sincera e resolução cooperativa dos problemas se definem sendo como as características mais importantes para uma boa comunicação que contribui para auxiliar e fortalecer a resiliência familiar.

A Figura 1 descreve os processos dinâmicos e recursivos na resiliência operando tanto dentro quanto entre os níveis do sistema no contexto de estresse e ao longo do tempo. Os processos-chave na resiliência familiar identificados pela autora para um funcionamento eficiente da família são: Sistemas de Crenças, Padrões ou Processos Organizacionais e Processo de Comunicação.

Figura 1-Processos recursivos multiníveis integrados sobre resiliência familiar.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora principal, tomando como referência a figura feita por WALSH (2016b).

No caso da morte de um membro da família, essa experiência deixará um vazio na estrutura da vida familiar, podendo destruir os padrões de interação já estabelecidos. Assim, o processo de reestruturação da família vai envolver o realinhamento das relações e a redistribuição das funções dos papéis necessários para compensar a perda, conter o estresse transitório e dar continuidade à vida da família (WALSH, 2016c).

Outro aspecto importante é que o tipo de morte cria diferentes desafios para os membros sobreviventes da família, ainda mais quando se trata de suicídio. Segundo Walsh (2016c) os suicídios estão entre as mortes mais angustiantes que as famílias podem enfrentar, principalmente quando são impulsivas, supostamente sem sentido ou aparentemente com a intenção de machucar e punir os entes queridos. A raiva e a culpa podem invadir os relacionamentos na família, especialmente quando se culpam pela morte e o estigma social associado ao suicídio também contribui para a vergonha da família e para encobrir as circunstâncias.

As famílias que perdem um membro por suicídio podem encontrar forças para superar a perda profundamente sentida e buscar uma vida significativa que beneficie outras pessoas. Walsh (2016c) refere que os sistemas de crenças, os processos

organizacionais e os processos de comunicação são variáveis cruciais da mediação na adaptação à perda do familiar. E algo muito importante para rever na pesquisa é o momento em que essas famílias se encontram; em que etapa de seu ciclo vital se encontram, pois o significado e as consequências da perda variam de acordo com a fase específica do ciclo de vida que está atravessando no momento da morte (WALSH, 2016c).

Na perspectiva de Walsh (2016c) certos fatores influenciam o impacto da perda, um deles é a prematuridade da morte, a qual transforma o ocorrido em uma morte "fora de seu momento", do ponto de vista das expectativas cronológicas ou sociais. Além disso, outra característica está relacionada a pessoa que se suicidou, se foi a morte do pai ou da mãe, ou de um filho, pois isso influencia a adaptação da família após o suicídio.

Diante do fenômeno do suicídio, é importante que além de viver o processo de luto, essa família possa iniciar seu processo de reestruturação a partir daquele "momento zero" em que ocorre a morte. Para tanto, se faz necessário a reconexão e a reconciliação, ou seja, torna-se necessário uma ponte sobre águas turbulentas onde, apesar da história de sofrimentos dolorosos, ele não pode ser completamente extinto, mas pode ser enfrentado com coragem e não precisa ser revivido (WALSH, 2016c).

Neste estudo, a utilização do conceito de resiliência familiar como referencial teórico justifica-se pelo fato de possibilitar a compreensão dos processos familiares, a partir da experiência da adversidade e da capacidade humana de enfrentar positivamente o que vivenciam como grupo, com a experiência do suicídio no contexto familiar. O processo de reestruturação familiar face ao suicídio deve ser um caminho que conduza a família a um novo e mais profundo lugar de confiança e compromisso familiar. Sendo o legado da resiliência: aprender com a adversidade, não devem tentar-se culpar, evitando pensar o que deveria ser feito, pois esses questionamentos não conduzem as famílias a um processo de reestruturação positiva (WALSH, 2016c).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

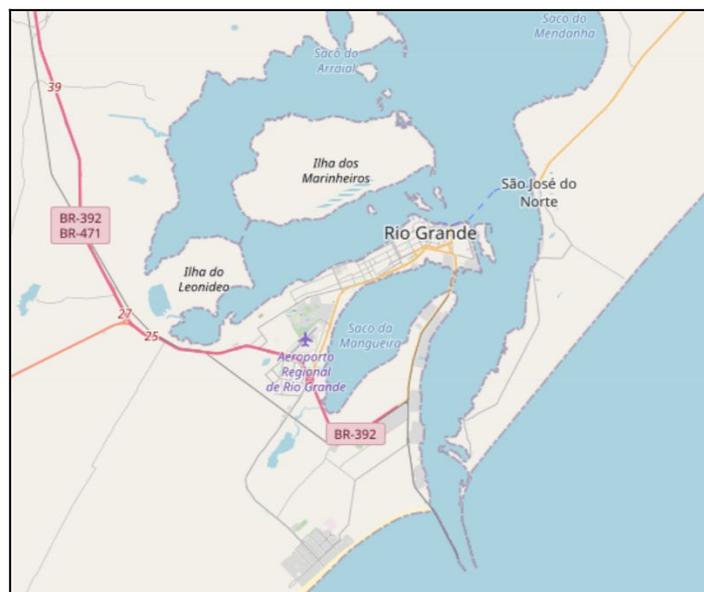
Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório que utiliza como referencial teórico o conceito de Resiliência Familiar de Froma Walsh (2016c) para melhor compreender o fenômeno em estudo. A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas interpretativas que permitem aos investigadores estudar um fenômeno integrado em seu entorno natural, tratando de dar sentido e interpretá-los a partir dos significados que os indivíduos lhes atribuem (CRISTANCHO *et al.*, 2018; MINAYO, 2014).

Neste estudo, a abordagem qualitativa permitiu dar voz às famílias e conhecer seu histórico de suicídio na família; quem são as pessoas que a integram, além de favorecer que eles expressassem a percepção em relação ao processo de reestruturação familiar que vivenciam. É, pois, uma abordagem que privilegiou o ponto de vista de quem viveu a experiência e, ao mesmo tempo, permitiu aos pesquisadores aprender os sentidos, as crenças e os valores que moldam e direcionam o processo de reestruturação da família após ter vivenciado a experiência de morte por suicídio de um de seus membros (ASPERS; CORTE, 2019; CRISTANCHO *et al.*, 2018; DE SOUZA MINAYO, 2017).

5.2 Contexto em que o estudo foi desenvolvido

Este estudo foi realizado no município de Rio Grande/RS, o qual têm uma extensão de 2.709,5 km² e uma população estimada de 211.005 habitantes e densidade populacional de 77,9 habitantes por km². Está localizado em uma área litorânea do extremo sul do Brasil, entre duas lagoas: Mirim e dos Patos (a maior de Brasil) e o oceano Atlântico (Figura-2). O clima é temperado, embora no inverno as temperaturas possam chegar a zero grau, característica que fazem desta uma cidade diferente de outras no país. É um município com características socioambientais e econômicas que influenciam na saúde das pessoas, e onde é alta a incidência de suicídio, o que demanda maior atenção em relação a este fenômeno.

Figura 2- Localização do município de Rio Grande, no Rio Grande Do Sul.



Fonte: Cidade-Brasil.com.br (2022).

Rio Grande é uma cidade que construiu sua riqueza ao longo da história devido à forte movimentação industrial, ligado ao porto marítimo local (segundo em movimentação de cargas do Brasil) e a uma refinaria de petróleo que juntos geram muitos empregos. A migração é constante e intensa, com trabalhadores vindos de outras regiões do país, embora nos últimos anos os índices de desemprego tenham aumentado em consequência de planos econômicos insatisfatórios. Conhecer esses fatores ambientais permitirá compreender melhor os seus efeitos sobre os processos experienciados pelas famílias ao longo de seu ciclo vital.

Além disso, cabe destacar que a região conta com cultos religiosos diversos, que podem ser de apoio para muitas famílias. Cada uma com suas crenças e características de seus fiéis. São numerosos os centros de umbanda, espíritas, testemunhos de Jeová, igrejas evangélicas e católicas, entre outras. Da mesma forma, há uma densa rede de serviços sociais e de saúde a nível hospitalar e comunitário. São quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um Ambulatório de Saúde Mental e um Serviço Residencial Terapêutico; sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 27 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Estão instalados, também, no município

um Hospital Psiquiátrico e dois hospitais gerais, sendo um Hospital Universitário. Todos esses são serviços públicos e oferecem atendimento diário a toda a população.

5.3 Participantes

Os participantes do estudo foram famílias (ou familiares representantes de suas famílias) que vivenciaram o suicídio em um de seus membros. Considerou-se neste estudo que a família é constituída por todas as pessoas que compartilham o sentimento de pertença, ou seja, que se reconhecem como família. Não está necessariamente atrelada a laços consanguíneos. Considera-se, também, que sob uma perspectiva sistêmica é possível trabalhar com um só membro da família ou mais, sem perder de vista a perspectiva familiar.

As famílias e/ou os familiares foram selecionados em uma sequência de etapas. A primeira foi por meio das informações obtidas nas Declarações de Óbito (DO) do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Vigilância Epidemiológica do Rio Grande-RS, nas quais constavam o suicídio como causa da morte. Foram examinados um total de 123 DO por suicídio, ocorridos no período janeiro de 2016 a dezembro de 2021. Essas informações foram registradas em planilha Excel. O Quadro 2 mostra a distribuição de mortes por suicídio no período.

Quadro 2: Mortes por suicídio em Rio Grande-RS, no período de 2016 a 2021.

Ano	Número de mortes por suicídio
2016	11
2017	28
2018	16
2019	25
2020	21
2021	22
	123

Fonte: Declarações de Óbito por Suicídio da Vigilância Epidemiológica, Rio Grande-RS. obtidas em maio 2022.

Além das mortes por suicídio ocorridas em cada ano foram extraídas dos DOs informações sociodemográficas das pessoas falecidas, com o propósito de facilitar o contato posterior com os familiares para convidá-los a participar da pesquisa. Posteriormente, foram as informações relativas a nome e a data de nascimento do falecido e nome dos pais que, de fato, permitiram a localização e o recrutamento dos participantes do estudo.

Após essa primeira etapa foram realizadas tentativas de contato com os familiares por meio das redes sociais *Facebook* e *Instagram*, colocando os nomes dos falecidos e os nomes dos pais. Conseguiu-se fazer o convite a 14 familiares, dos quais três deles aceitaram participar. De forma complementar, foi acessado o Sistema de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande-RS (G-MUS), utilizando os nomes dos falecidos e os nomes dos pais (obtidos nas DO). Foram contactados os 66 familiares identificados, sendo que seis aceitaram participar da pesquisa, mas somente três compareceram nas entrevistas agendadas.

Como terceira tentativa de localizar um maior número de familiares, foi novamente acessado o sistema G-MUS, utilizando as datas de nascimento dos falecidos. Foram identificados 11 familiares, mas destes somente dois integraram este estudo. No total, nove familiares pertencentes a oito famílias constituem a amostra em estudo.

Cabe destacar que dentre os familiares contactados, alguns justificavam a recusa em participar do estudo pelo fato de já ter se passado muito tempo desde o fato ocorrido e não mais desejarem reviver ou resgatar os sentimentos dolorosos que a perda lhes trouxe. Por essa razão, nenhuma das famílias que vivenciou o suicídio entre 2016 e 2017 participou e somente uma família de 2018, sendo que esta decidiu participar porque uma de suas filhas já tentou o suicídio e continua manifestando desejo de morrer. A mãe expressa medo de novamente vivenciar esse fato e não conseguir ajudar.

Como critérios de inclusão considerou-se: famílias residentes em Rio Grande, que vivenciaram experiência do suicídio a mais de seis meses, considerando o período de início da coleta de dados. De acordo com a literatura, o processo de luto das famílias pode variar com o tempo, mas passado um ano já é considerado patológico. Nos primeiros meses, pode ser difícil a interação com a família que se encontra ainda em “fase de choque”, pois a perda é recente e, nestes casos, a abordagem deve priorizar o

processo de luto em si. Não foram incluídos no estudo os membros da família com idade igual ou menor de 18 anos e os não residentes em Rio Grande/RS.

Trata-se, portanto, de uma amostragem intencional constituída pelas informações de famílias que estavam disponíveis e de acordo com os critérios anteriormente descritos. Dentre as oito famílias participantes, três dos falecimentos aconteceram no ano 2021, quatro no ano 2020 e uma no ano 2018.

Como garantia do anonimato, as famílias participantes receberam um código formado pela letra “F” que significa “família”, seguido de um número indicativo da sequência de realização das entrevistas (F₁, F₂, F₃...F₈). De uma única família participaram dois membros, a mãe e o padrasto do falecido, F₆₋₁ e F₆₋₂, respectivamente.

5.4 Coleta de dados

Os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com as famílias selecionadas, durante o período entre 20 de maio e 17 de agosto de 2022, após a liberação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FURG e da autorização da Secretaria de Saúde do Rio Grande. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Foi utilizado um roteiro de entrevista (ANEXO B) elaborado de acordo com os objetivos do estudo e seguindo as bases propostas no referencial teórico e as recomendações de KALLIO *et al.* (2016), com dois níveis de questões: tópicos principais e questões de acompanhamento. Os tópicos principais referem-se aos conteúdos fundamentais da pesquisa e incentivam os participantes a falar livremente sobre suas percepções e vivências.

Este roteiro foi composto por quatro partes. A primeira parte, refere-se à caracterização das pessoas informantes. A segunda, com perguntas relacionadas à caracterização da família. A terceira, direcionada aos processos que sustentam a reestruturação da vida familiar. E, por fim, a quarta parte abordando os recursos intra e extrafamiliares da família que perdeu um de seus membros por suicídio.

Foram realizados até três encontros com cada família para completar a coleta de dados. Sete entrevistas foram efetuadas com um único integrante e uma delas com dois participantes representantes das famílias (F₆₋₁ e F₆₋₂). O tempo de duração das entrevistas

foi definido pelo participante, considerando seu desejo de expressar-se e sua disponibilidade de tempo. O tempo médio de duração das entrevistas foram 2 horas e 41 minutos. O total de horas de entrevistas com todas as famílias foi de 21 horas e 51 minutos. O Quadro 3 mostra o número de encontros e o tempo total de entrevista com cada uma das oito famílias participantes.

Quadro 3: Caracterização dos encontros com os informantes e o tempo total de entrevista com cada uma das famílias.

Família	Número de Encontros	Tempo (#horas/#minutos)
F ₁	3	3h 10min
F ₂	3	3h 15min
F ₃	2	2h 20min
F ₄	2	2h 51min
F ₅	2	1h 46min
F ₆	2	1h 58min
F ₇	3	4h 27min
F ₈	2	1h 44min

Fonte: elaboração própria da autora (2022).

As entrevistas foram agendadas previamente, considerando um horário que não compromettesse as atividades laborais dos participantes e a privacidade. Sete foram realizadas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e uma foi realizada em sua totalidade *on-line*, pela plataforma *Zoom*. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, com o consentimento dos participantes.

Durante a coleta de dados foi dada atenção especial à reciprocidade entre entrevistador e participante, visto que conforme descrito por KALLIO *et al.* (2016) para o sucesso das entrevistas semiestruturadas, essa reciprocidade é imprescindível, pois permite ao entrevistador improvisar perguntas de acompanhamento com base nas respostas dos participantes e deixando espaço para as expressões verbais individuais dos participantes.

Nas entrevistas esteve presente a doutoranda autora que conduzia a entrevista e uma segunda doutoranda que auxiliava nos esclarecimentos necessários aos participantes, bem como no preenchimento dos dados descritivos dos informantes e das famílias. Esta composição levou em consideração as estratégias para gerar um ambiente

mais cálido para quebrar o gelo, reduzir possíveis entraves linguísticos uma vez que autora é costarriquenha e, ainda, criar um ambiente mais descontraído e agradável para os participantes (KALLIO *et al.*, 2016).

Instrumentos complementares

Além do roteiro de entrevista, foram utilizados instrumentos complementares como o genograma e o ecomapa com cada uma das famílias participantes. Esses instrumentos permitiram analisar a estrutura, as relações e a rede de apoio da família que vivenciou o suicídio de um dos seus membros, e o lugar que ocupava esta pessoa na família. Alguns autores também destacam que a utilização desses instrumentos permite que durante o processo de coleta de dados sejam trabalhados primeiro os tópicos mais leves para depois entrar em questões emocionais e profundas (BAUMBUSCH, 2010; KALLIO *et al.*, 2016; NAIDON *et al.*, 2020).

O **genograma** é uma representação gráfica, que utiliza da codificação das informações familiares, de ícones ou signos e permite mostrar como os membros de uma família estão biológica e juridicamente relacionados. Para sua elaboração, são considerados dados demográficos, informações funcionais e fatos da família nuclear e extensa que perpassam as gerações anteriores (ARIAS GALLEGOS *et al.*, 2017). É bastante utilizado no estudo com famílias, que facilita a comunicação com os participantes nas entrevistas.

O segundo instrumento utilizado foi o **ecomapa**, aplicado no último encontro. Este instrumento permitiu identificar as inter-relações da família com o contexto em que a família está inserida. Especificamente, forneceu informações sobre a rede extrafamiliar de recursos, além de representar as ligações importantes entre a família e o mundo (WRIGHT; LEAHEY, 2013).

5.5 Análise dos dados

Primeiramente, para a caracterização das famílias participantes do estudo, foi analisado o genograma individual de cada uma utilizando o software GenoPro® versão 2020, com foco em três níveis: estrutura familiar básica (significado das linhas que constituem o diagrama); registro das informações sobre a família (ano de nascimento, idade, doenças, traumas, estressores, acontecimentos importantes) e das relações emocionais (PÉREZ SÁNCHEZ *et al.*, 2018). Também foi identificado a pessoa IP

(*index person*) que nesta pesquisa foi a pessoa que se suicidou e, também, o representante da família que participou das entrevistas. Por último, o Ecomapa permitiu analisar a rede de recursos extrafamiliar, considerando os tipos de recursos, a forma e a qualidade da relação que estabelece com sua rede de recursos (fluxo da energia e intensidade das relações) de cada um dos grupos familiares entrevistados (NAIDON *et al.*, 2020).

Posteriormente, as entrevistas já transcritas foram organizadas e ajustadas de acordo com as exigências do *software* IRAMUTEQ, ou seja, efetuadas correções dos erros de digitação, os ajustes ortográficos e gramaticais, a pontuação e transferidas as entrevistas para o programa Libre Office versão 7.4, entre outras necessárias para construir o *corpus*.

Como primeiro passo, preparou-se o *corpus* como se descreveu anteriormente, depois o *corpus* textual nesse formato composto por um só texto corrido (*corpus* da maneira original, monotemático com textos longos) caracterizado o nome dado a cada família participante ($n = 8$); o qual foi submetido à análise lexical de conjuntos de segmentos de texto, por meio de uma **Classificação Hierárquica Descendente (CHD)** (CAMARGO; JUSTO, 2013b; RATINAUD; MARHAND, 2012). Esta forma de classificação apresenta contextos lexicais que se associam ou não a temas dos produtores do material, sendo do objetivo da pesquisa os indicativos de recursos de apoio e suporte social intrafamiliar e extrafamiliar ou das diferenças nos recursos percebidos dos sobreviventes ao suicídio.

Para a inclusão dos elementos em cada uma das classes correspondentes se toma como referência a frequência maior que a média de ocorrências no *corpus*. É assim que com auxílio do IRAMUTEQ foi possível recuperar no *corpus* original os segmentos de texto associados a cada classe, permitindo obter o contexto das palavras estatisticamente significativas, de modo que possibilitou a análise qualitativo dos dados (CAMARGO e JUSTO, 2013b). Das classes emergentes, procurou-se as relações gerais e as diferenças entre elas, para continuar o próximo passo, procurar o mesmo padrão entre os participantes e assim descrever os temas principais.

Além disso, para identificar as co-ocorrências e a conexidade entre as palavras, realizou-se, também, uma **Análise de Similitude**, a qual auxiliou na identificação da estrutura do conteúdo do *corpus* textual do estudo (RATINAUD; MARHAND, 2012).

Essa análise de similitude “se baseia na teoria dos grafos, possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conectividade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um corpus textual” (CAMARGO e JUSTO, 2013a, P.516). Possibilitando a identificação do corpus textual deste estudo a presença dos recursos de apoio e suporte social intrafamiliar e extrafamiliar que contribuem para a reestruturação da vida familiar dos sobreviventes ao suicídio, tendo congruência com os objetivos da tese.

Também se realizou a análise por meio da **Nuvem de Palavras** a qual permitiu agrupar e organizar as palavras graficamente em função da sua frequência. Apresentado com tamanhos diferentes: as palavras maiores foram aquelas com maior frequência. Permitindo fornecer uma ideia inicial do conteúdo do material textual (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Com suporte de todas essas análises textuais que permitiu o IRAMUTEQ, se consegue trabalhar na primeira fase de análises temático que é o **pré-análise** assim como a segunda que é a **exploração do material**, com base em MINAYO (2014), e por último a terceira parte do **tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação**. Tendo como referência as análises produzidas no IRAMUTEQ permitiu visualizar o núcleo de compreensão do texto, que, articulado ao conceito a ser utilizado de “Resiliência Familiar” de Froma Walsh, para aprofundar na compreensão dos processos de vida familiar após o suicídio de um de seus membros. Destacando-se as informações contidas nos achados dos participantes do estudo, tomando como referência o conceito de “Resiliência Familiar” (WALSH, 2016c). Essa inferência constituirá o último procedimento a partir do qual será utilizada e refletirá uma comparação entre o que emergiu da população investigada e o que está presente na literatura e o referencial que será utilizado nesta tese.

5.6 Aspectos éticos

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da FURG. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP/FURG). Após as aprovações nestas duas instâncias, as autorizações foram solicitadas às instituições participantes. A

coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo CEP/FURG. A participação das famílias/familiares foi formalizada por meio da assinatura de duas vias do TCLE, sendo que uma via ficou arquivada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), sob a responsabilidade da professora orientadora deste estudo, onde ficará armazenado pelo período de cinco anos. A outra via foi entregue ao participante.

Os participantes foram informados sobre o estudo, os objetivos e a metodologia proposta e esclarecidos quanto aos direitos à privacidade, anonimato e possibilidade de retirar-se da pesquisa, sem qualquer prejuízo de sua desistência, com o compromisso ético de garantir o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, solicitando o consentimento para a divulgação dos dados anonimamente. Foram cumpridos todos os princípios da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) CONEP/MS (BRASIL, 2016) e todos os participantes assinaram o TCLE.

Para a conclusão do relatório final desta pesquisa, foram considerados os ***Crítérios Consolidados para Apresentação de Relatórios de Estudos Qualitativos*** (COREQ), que se destina a garantir a qualidade do relatório apresentado (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007)

6 RESULTADOS

Este capítulo traz, inicialmente, a descrição e caracterização de cada uma das famílias estudadas, as quais foram apresentadas com suporte do instrumento genograma e o ecomapa. Essa descrição detalhada permitiu ter uma visão mais ampla das famílias em estudo e o lugar que ocupava na família a pessoa que se suicidou. Em seguida é apresentado um quadro com características das nove pessoas informantes, que estiveram presentes nas entrevistas.

Na sequência, três artigos com os resultados e a discussão desta tese encerram o capítulo. O primeiro intitulado **“Famílias sobreviventes: sentidos atribuídos a perda por suicídio”**, responde o primeiro objetivo deste estudo: (I) identificar elementos que denotam os sentidos atribuídos à perda do familiar por suicídio. Este artigo traz como resultados cinco agrupamentos temáticos: (1) A descoberta marcante do ato executado; (2) Dor imensurável; (3) Sentimento de abandono; (4) Culpabilidade que paralisa; (5) Vazio e saudade da história vivida. Para formatação foram utilizadas as normas de publicação disponíveis no site: <https://www.revistas.usp.br/rlae/onlinesubmission>

O segundo artigo intitulado **“Resiliência familiar: reestruturação da vida familiar após a perda por suicídio”**, responde aos objetivos específicos II e III deste estudo: (II) examinar os processos de comunicação e organização intrafamiliar que contribuem para a reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros; e (III) analisar os recursos externos da família que se constituem como referências de apoio no processo de reestruturação da vida familiar ao longo da experiência da morte por suicídio. Três classes apontam os recursos intra e extrafamiliares e as modificações na vida familiar, os quais sustentam o processo de reestruturação familiar. Para a formatação do artigo foi utilizadas as instruções para publicação disponíveis no site: <https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=udst20>

O terceiro artigo intitulado **“Indicadores familiares que podem orientar na posvenção com famílias que vivenciaram o suicídio”** trata-se de um artigo produto das análises dos dados do estudo permitiu identificar indicadores familiares que orientam na posvenção das famílias que vivenciaram a perda de um membro por

suicídio, o qual está esquematizado na Figura 22. Oito indicadores familiares resultaram da análise de conteúdo dos dados: (1) Histórico de separações conjugais; (2) Família reconstituída; (3) Relações conflituosas; (4) Histórico de doenças físicas e mentais concomitantes; (5) Abuso de álcool e drogas; (6) Violência (física, emocional e sexual) entre os membros da família; (7) Ser alvo de racismo; (8) Condição econômica deficitária. Trata-se de um artigo estruturado de acordo com as normas de formatação publicadas no site: <https://www.scielo.br/journal/reeusp/about/#instructions>

6.1 Descrição e Caracterização das famílias participantes

Família F₁

F₁ é uma família que está constituída por oito pessoas, mãe, pai e seis filhos com idade entre os 23 anos e 11 anos de idade, todos estudantes. O membro da família que morreu por suicídio foi o segundo filho com 16 anos, em fevereiro do ano de 2020, antes das medidas de distanciamento social pela COVID-19, conforma mostra a Figura 3.

O falecido era um adolescente estudante do ensino médio, solteiro, portador de epilepsia, em tratamento medicamentoso. O suicídio foi provocado pela intoxicação intencional de drogas anticonvulsivantes. De criança ele recebeu atendimento no CAPSi aos nove anos, mas não deu continuidade aos atendimentos. Com 13 anos iniciou o uso de maconha e aos 14 anos começou a usar cocaína, posteriormente teve o diagnóstico de epilepsia. Fez parte do tráfico de drogas e esteve envolvido em num assalto na cidade.

A pessoa participante na pesquisa foi a mãe do falecido, a qual trabalha fora de casa e conhecida saudável. O pai com histórico de abuso de álcool e drogas (cocaína) e hipertenso. Antes da morte do filho, o pai trabalhou durante muito tempo fora de casa, em um barco, permanecia em média 20 dias no mar intercalado de dois a três dias em casa. É uma família com renda entre três e cinco salários mínimos, na qual os pais são os provedores principais.

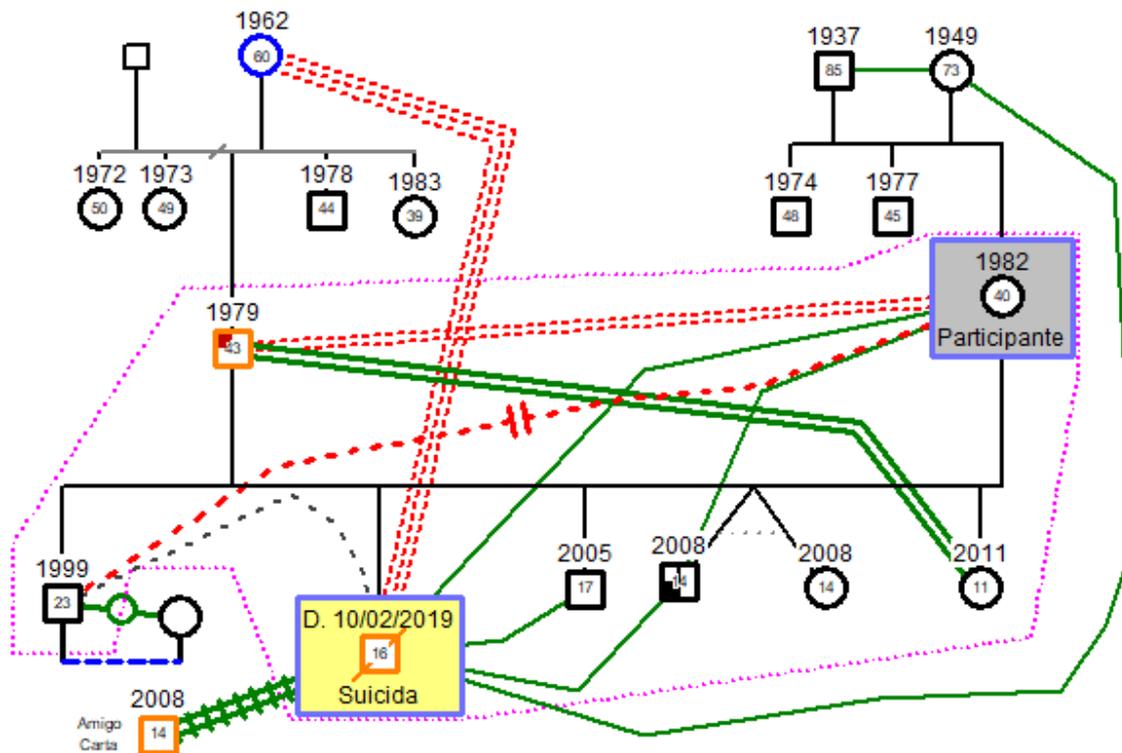
A relação emocional entre o pai e a mãe, é conflituosa, devido a que o pai teve adição as drogas, e esteve longe do grupo familiar por períodos muito longos, mas ainda com as adversidades presentes na família, tentam que seus filhos estudem e tenham o necessário para viver.

A nível da relação emocional entre a mãe e os filhos é forte, a exceção do filho mais velho, que está cortada a relação, isto se fez ainda mais intenso após a morte do filho por suicídio. A mãe menciona que seu filho mais velho não se importo com a perda do seu irmão, afastando-se mais da família, e culpabilizando a seu irmão por o que aconteceu. Entretanto a relação com o pai com os filhos é diferente, é uma relação de menos confiança, mais distante, porém agora após a morte do filho, ele tem tentado reaproximar deles, até pelo fato de já trabalhar na cidade e estar na casa com eles no dia a dia (Figura-4). Já que agora ele trabalha na noite, e cuida os filhos do dia, e a mãe trabalha de dia,

Os demais filhos pequenos, são saudáveis, a exceção do filho de 14 anos que tem problemas endócrinos, faz tratamento desde criança. As relações do grupo familiar com a família extensa é forte por parte da família materna, mas a relação emocional com a família do pai é conflituosa. Além dos desafios que enfrenta a família, outra situação que gera neles angústia e dor é os julgamentos e falta de empatia das pessoas fora de casa, são criticados por ter vivenciado a perda de um dos seus membros tão cedo.

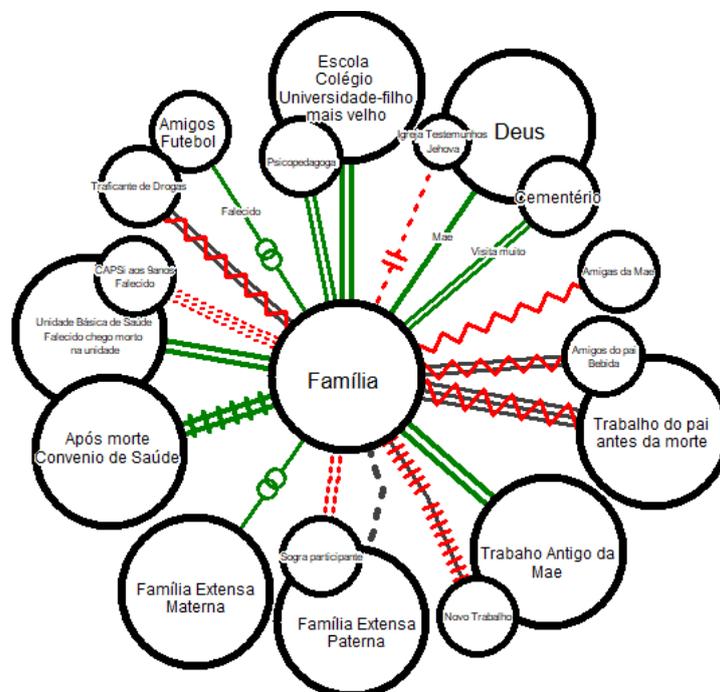
De modo que para participante da pesquisa a empatia é uns dos valores mais importantes na vida e tenta transmitir isso para seus filhos menores.

Figura 3- Genograma da Família F₁



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Figura 4-Ecomapa da Família F₁.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Família F₂

A Família F₂, são uma família constituída pela mãe e por cinco filhos e um filho de coração, filhos com idade entre os 33 anos e 23 anos de idade, o terceiro filho se suicidou com 26 anos no maio do ano 2020, de ressaltar que já na cidade tínhamos quase três meses do distanciamento social pela COVID-19.

O falecido não tinha filhos nem uma relação conjugal. Era um adulto jovem, seu trabalho era informal, mas que normalmente não estava com atividade laboral. Ele era solteiro e no momento da perda, moravam na mesma casa a mãe, o falecido, o filho de 25 anos e o filho de coração (ele foi embora após a morte). Cabe ressaltar que a manutenção econômica dessa casa é por parte da pensão da mãe.

A pessoa participante na pesquisa foi a irmã do falecido, a qual tem 30 anos de idade, está casada, tem dois filhos, e moram no mesmo terreno da casa da mãe. A participante tem um papel importante na família, cumpre o rol de mãe com todos seus irmãos, além de cuidar de seus próprios filhos menores de idade, e de sua mãe que é doente (Figura 5).

O falecido se suicidou por meio de enforcamento, ele estando internado no Hospital Psiquiátrico (Figura 6), após duas tentativas de suicídio. Ele tinha diagnóstico de esquizofrenia, consumo e abuso de álcool e drogas, especificamente maconha com início aos 13 anos e a cocaína aos 22 anos, previamente aos 16 anos de idade foi diagnosticado com depressão maior, esteve com atendimento com psicólogo, naquele momento. Ele tinha medicação para sua doença, mas não tinha aderência ao tratamento. E ocasionalmente pegava as medicações da mãe.

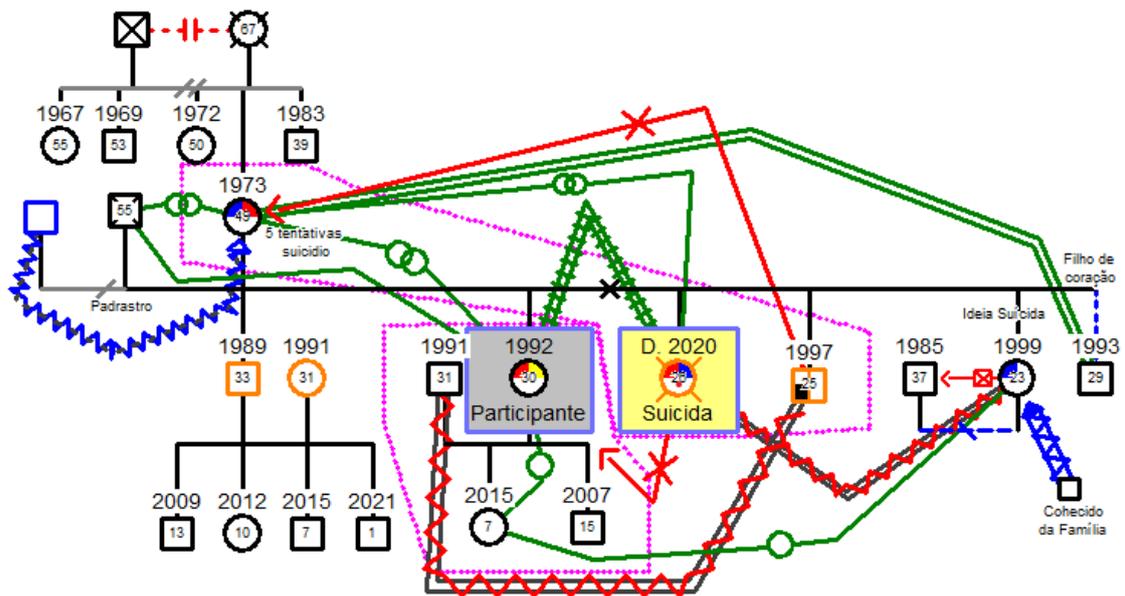
F₂ é uma família com histórico de doença mental, violência física e emocional, esses tipos de violência foram iniciados pelo pais dos filhos da família, e depois se tornou um padrão em alguns dos membros da família. Também está presente o consumo e abuso de álcool e drogas de parte de todos os filhos homens, acrescenta-se ainda o histórico de doença cardíaca em seus integrantes.

No meio de todas as situações adversas que têm experimentado, são uma família muito unida, até pelo fato de morar quase todos no mesmo terreno. Ainda com as situações que tem vivenciado, estão sempre um para o outro. E isso fez a família forte e

lhe permite continuar com a vida, a participante é essa peça importante para uma correta comunicação com todos seus membros, é a pessoa que acompanha sempre quando algum dos membros familiares precisa de ajuda.

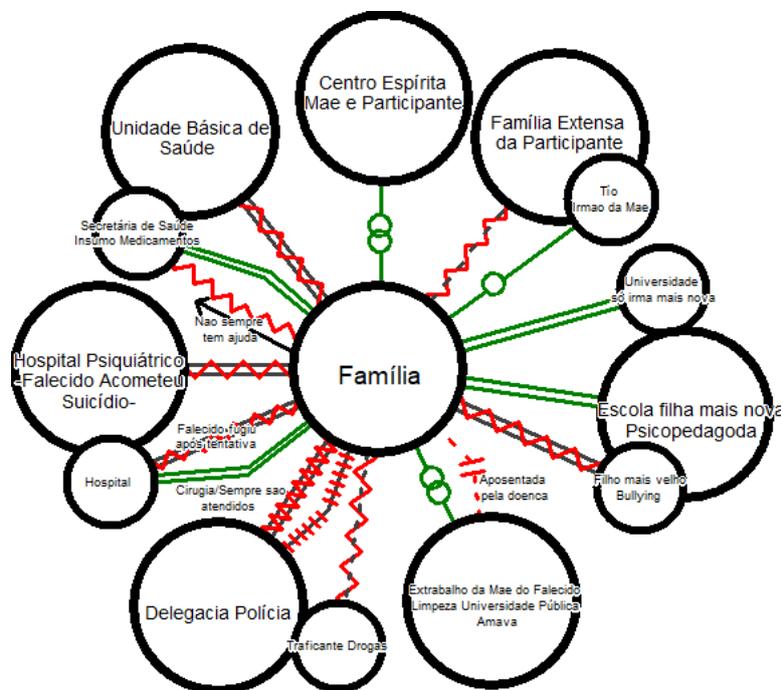
O histórico de saúde da mãe é importante ser explanado, ela tem doença cardíaca, essa foi a razão principal da aposentadoria mais cedo, agora ela tem 49 anos, além de ter depressão maior, possui o histórico de cinco tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio é relevante, dos irmãos um teve tentativa de suicídio que é o irmão de 25 anos, e a irmã de 23 anos, atualmente está com depressão maior e ataques de ansiedade com episódios frequentes de pânico (ademais de ter recente histórico de abuso sexual de um conhecido da família, e abuso emocional por parte do namorado) e ideias suicidas.

Figura 5- Genograma da Família F₂



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Figura 6-Ecomapa da Família F₂



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Família F₃

A Família F₃, são uma família constituída pela mãe, pai e um filho único, que foi a pessoa que se suicidou com 23 anos, o qual era estudante universitário no último ano, prévio a formatura. Na casa moravam pai, mãe e o falecido, o suicídio foi provocado por enforcamento, a vítima se encontrava sozinho em casa no momento da morte, seus pais estavam cuidando da avó nesse dia. A perda aconteceu em maio de 2021, ainda no contexto da pandemia.

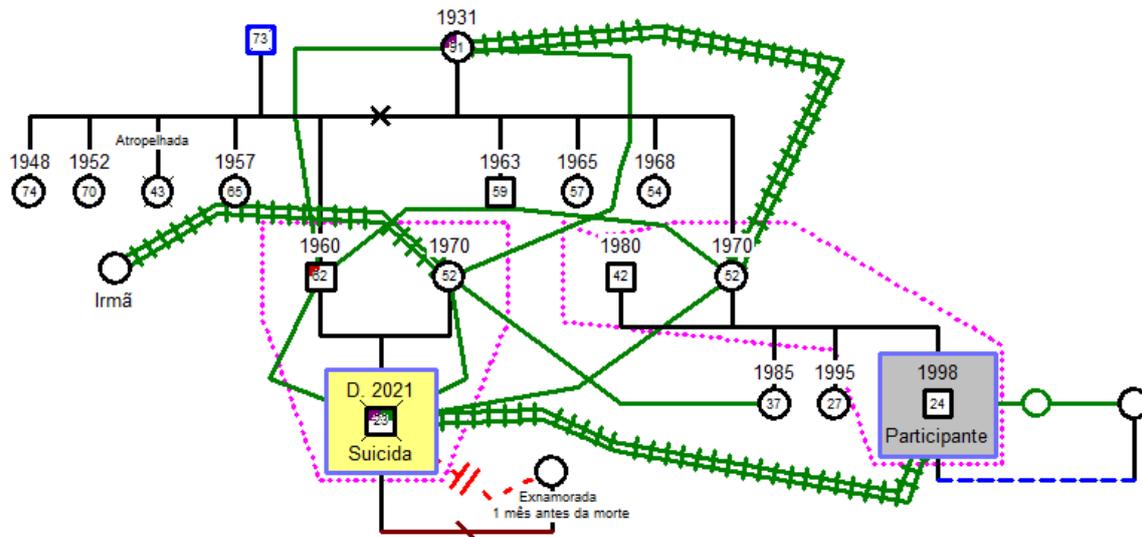
O falecido era portador de Diabetes, insulínodépendente, com diagnóstico na adolescência aos 13 anos de idade. Os pais da vítima com 62 anos e a mãe com 52 anos, os dois trabalhadores, mas pela morte do filho se afastaram mais de 6 meses de seus respectivos trabalhos e os dois com atendimento psicológico e medicação após a morte.

A pessoa participante na pesquisa foi a primo do falecido, ele e seu primo tinham uma relação muito forte, eram da mesma idade, moravam na mesma cidade, foram para o mesmo colégio, os dois compartilhavam a paixão pelo futebol (estavam num time juntos durante a adolescência), ademais ingressarem na universidade e faziam parte da mesma graduação, e os dois no horário noturno. Ademais de ter essa relação forte (Figura 7), compartilhavam todas as atividades de estudo, de família, esporte e amizades. Ainda o falecido sendo filho único, seu primo cumpriu o papel de irmão para ele.

A família por parte do pai são uma família numerosa com nove filhos, é relevante que muitas das relações emocionais nesta família extensa estão baseadas pelo cuidado da avó com 91 anos de idade e os principais cuidadores dela são o pai e mãe do falecido, e a mãe do participante.

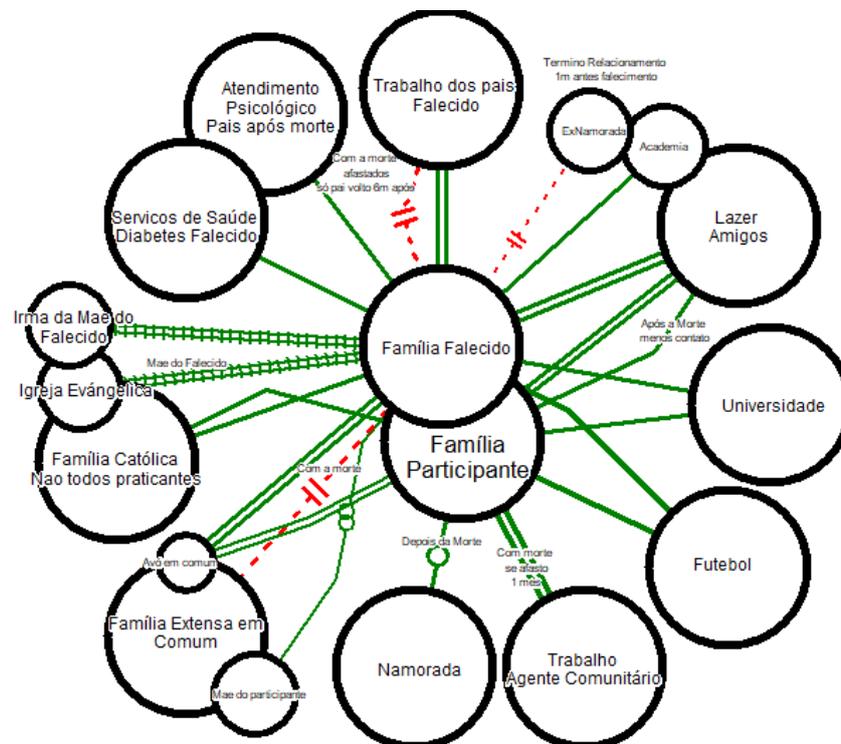
Sendo a família nuclear do falecido e do participante famílias muito próximas, as quais tem uma relação muito forte, de confiança e apoio, eles se acompanham como família nesse cuidado, assim como no processo reestruturação após a perda, mas não é assim com todos os membros da família extensa, com alguns deles as relações são conflituosas ou distantes esse distanciamento foi ainda mais forte após a morte, devido a comentários imprudentes de alguns membros (Figura. 8).

Figura 7-Genograma da Família F₃.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Figura 8-Ecomapa da Família F₃.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Família F₄

A Família F₄ está constituída por seis pessoas, pai, mãe, e quatro filhos homens, filhos com idade entre os 17 anos e 6 anos de idade, todos estudantes. A pessoa falecida era o pai da família, no momento da morte tinha 60 anos. O suicídio aconteceu em novembro do ano 2021, foi provocado por enforcamento, a vítima se encontrava na casa com sua esposa e seus filhos dormindo, o corpo foi encontrado o outro dia de manhã pela esposa.

O falecido era tinha anteriormente dois matrimônios, dos quais teve quatro filhos entre 36 e 19 anos (Figura 9). No momento da morte estava aposentado devido a sua condição de saúde (dor crônica, histórico de abuso de drogas e depressão maior com tratamento), mas trabalhava ainda na mercearia que tinha construído com sua esposa e filhos, durante quase 10 anos. Ele era a fonte principal do sustento econômico, por meio da pensão como ex-sargento do exército, com a mercearia e como terceiro ingresso o trabalho de sua esposa.

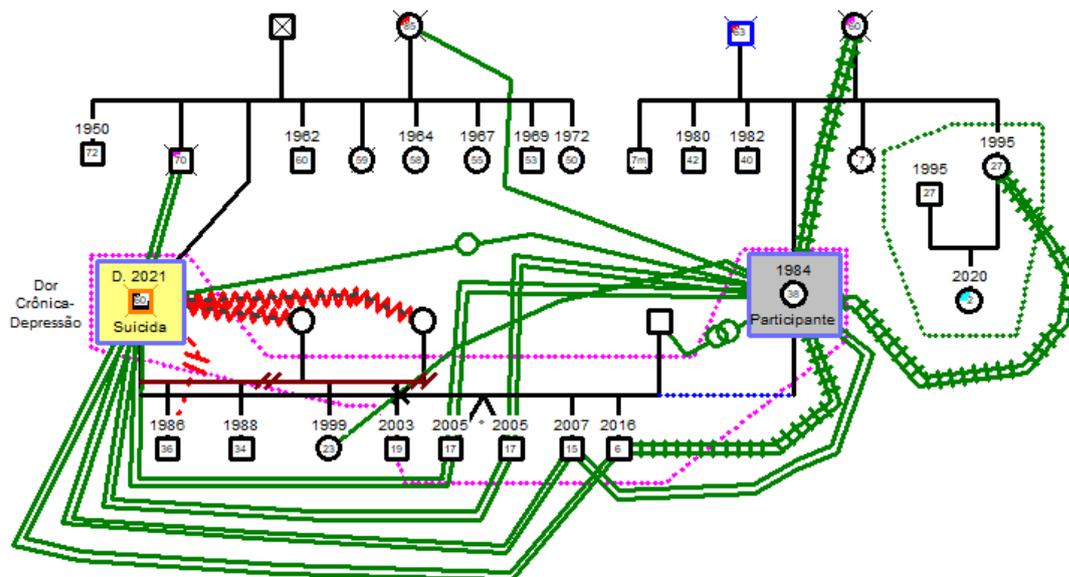
A pessoa participante na pesquisa foi a esposa do falecido, no momento da entrevista a família tinha 7 meses de luto após a morte por suicídio. A participante menciona na entrevista estar sozinha encarregada dos filhos todos menores de idade. Continua com seu trabalho como confeiteira, mas após a morte do familiar, a família conta com quase a metade da renda familiar que possuíam, já que fecharam a mercearia após o falecimento.

As relações emocionais entre o casal era muito forte, e as relações dos filhos com os pais também uma boa relação, próxima e de confiança. A participante menciona o quanto o pai amava seus filhos, e no caso deles como matrimônio acostumavam resolver as situações falando, sem envolver seus filhos. Outras das relações emocionais muito fortes era a da participante com sua mãe, ela tinha devido ao câncer no meio da pandemia em maio de 2020, um ano antes do suicídio de seu marido. Para a participante os dois recursos de apoio mais respeitáveis para ela foi seu marido e sua mãe. Devido a isso a participante explica que é muito difícil compreender o porquê ele acometeu o suicídio, já que o amor entre eles era muito forte.

As relações emocionais com a família extensa do falecido eram boas, mas não fortes pela distância (mora em outro estado do Brasil), mas com a família extensa da

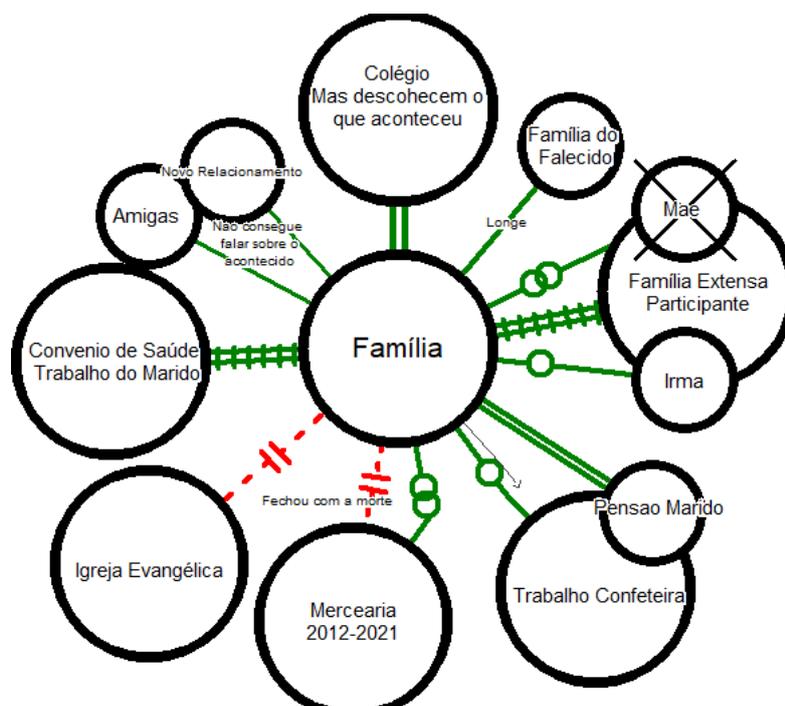
participante a família convivia mais tempo juntos e compartilhavam muitas atividades nos finais de semana (Figura 10).

Figura 9-Genograma Família F₄.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Figura 10-Ecomapa Família F₄.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Família F₅

A Família F₅, são uma família constituída por seis pessoas, mãe, padrasto, e quatro filhos, filhos com idade entre os 27 anos e 20 anos de idade. A pessoa falecida era o filho mais novo, no momento da morte tinha 20 anos. Moram na mesma casa a mãe com o padrasto, e cada um de seus filhos separados. São uma família que vive uma luta constante, vivência trás vivência, que muitas vezes deixam a família sem força para continuar.

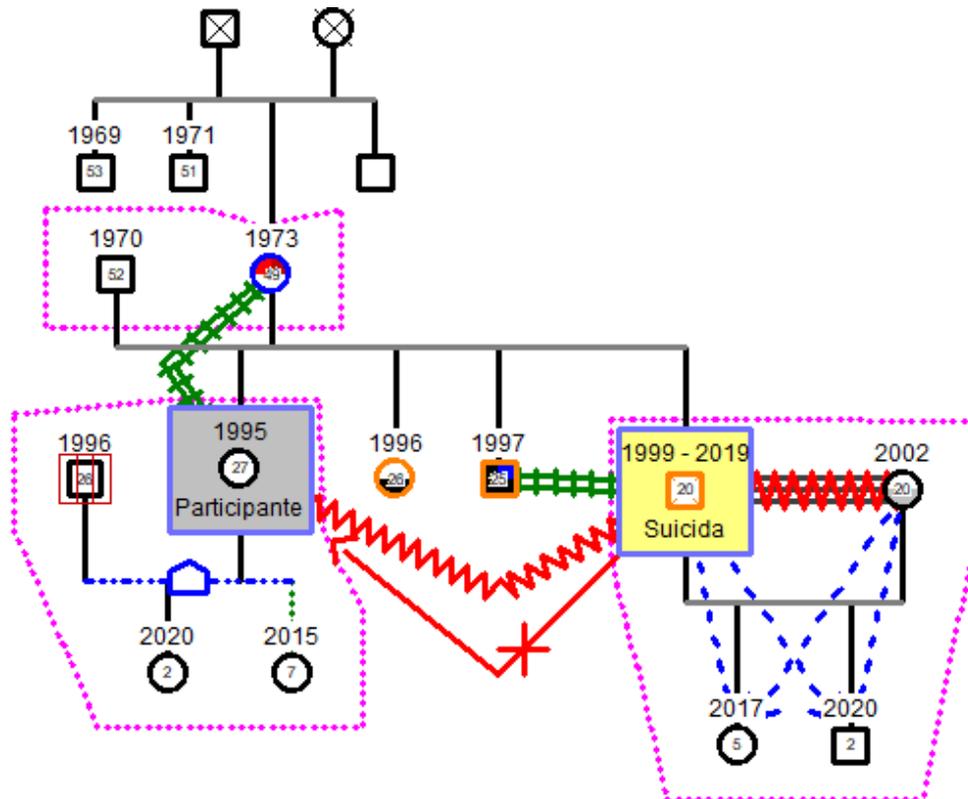
O falecido era desempregado, pai de duas filhas, atualmente elas tem dois e cinco anos, quando ele se suicidou estava morando não rua com sua companheira, e suas duas filhas, nesse momento a filha mais nova tinha meses de nascida, viviam em condições de violência, pobreza e abuso de álcool e drogas.

A pessoa participante na pesquisa foi a irmã do falecido, é a filha mais velha da família, tem duas filhas ao igual que seu irmão, um de dois anos e outra de sete anos de idade. No momento da entrevista o companheiro da participante estava na prisão, participante não quis falar sobre as razões dele estar em prisão, mencionou só que por fazer coisas erradas (Figura 11).

Os outros filhos da família F₅ a de 26 anos de idade no momento da entrevista estava internada em uma Clínica de Reabilitação devido ao consumo e abuso de álcool e drogas (Figura 12). Depois está o irmão com 25 anos que tem depressão, abuso de drogas e insuficiência renal crônica. No caso da mãe que tem atualmente 49 anos, está numa união estável, é fumadora há 14 anos, alcoólatra, hipertensa e com problemas cardíacos.

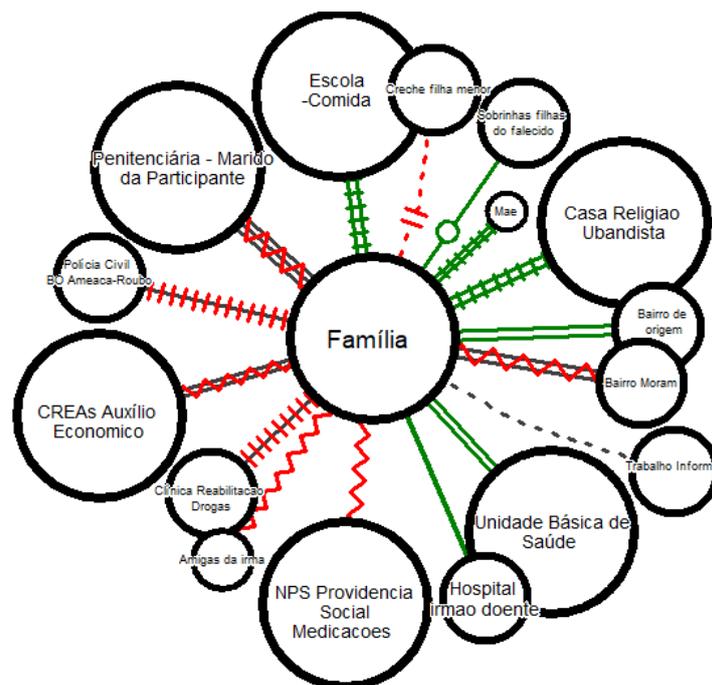
A família F₅ é uma família com histórico de violência física, emocional, negligência, abuso de álcool e drogas por parte de vários membros da família, tráfico de drogas, situação econômica difícil e com vários problemas de saúde importantes, em nível de físico e mental.

Figura 11-Genograma Família F₅.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Figura 12-Ecomapa Família F₅.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Família F₆

A Família F₆ está constituída por sete pessoas, a mãe, padrasto e cinco filhos, filhos com idade entre os 50 anos e 30 anos de idade. A pessoa falecida era terceiro filho, no momento da morte tinha 39 anos de idade. Moram na mesma casa a mãe, padrasto, falecido e o irmão de 45 anos.

O falecido era desempregado, tinha diagnóstico de esquizofrenia, problemas de visão, anemia, abuso e consumo de álcool e drogas (maconha) (Figura-13). Acostumava se afastar e ficar isolado no espaço dele. O suicídio aconteceu depois do Natal em dezembro do ano 2021, tem sido a família participante do estudo que tem menos tempo após a morte pelo suicídio. A morte o foi provocada por enforcamento, a vítima foi encontrada dois dias após a morte, já que morava na garagem nos fundos da casa.

A pessoas participantes na pesquisa foi a mãe (F₆₋₁) e o padrasto (F₆₋₂) do falecido. Eles dois são os responsáveis pelos gastos econômicos da casa. Os dois são aposentados, no entanto a mãe ainda que se aposentou, continua trabalhando com a filha mais nova que é enfermeira, num Centro de Reabilitação de pessoas com adições ou doença mental, que é um novo projeto da filha.

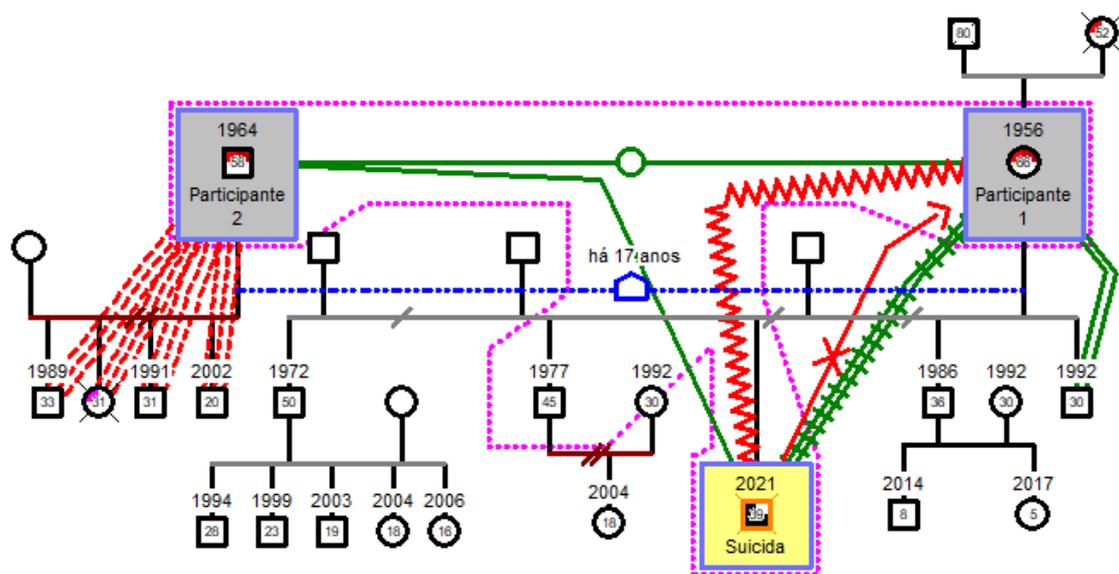
Por sua parte o padrasto (F₆₋₂) não frequenta a casa deles todos os dias da semana, pois vai a casa deles só nos finais de semana e nos dias uteis mora numa quitinete no centro da cidade, assim tem sido a convencia por 17 anos do relacionamento, ele é reconhecido como pai pelos filhos da companheira.

As relações na família eram fortes, para sua mãe e padrasto, o falecido era uma pessoa querida, amada, preocupada com eles e eles e vice-versa. Mas quando ficava em crises pelo consumo excessivo de drogas e álcool, ficava violento, e tinham que ligar para polícia para levar ele para o Hospital Psiquiátrico da cidade (Figura-14).

Sentem muito a falta do filho, mas eles mostravam ter uma relação muito forte, e ainda anos após convivência mostram o quanto se amam, para eles como família cuidar é muito importante, e o assim fizeram quando esteve internado no hospital, apesar que as vezes permanência internado por 30 dias, falam que não deixavam um dia de ir ver ele.

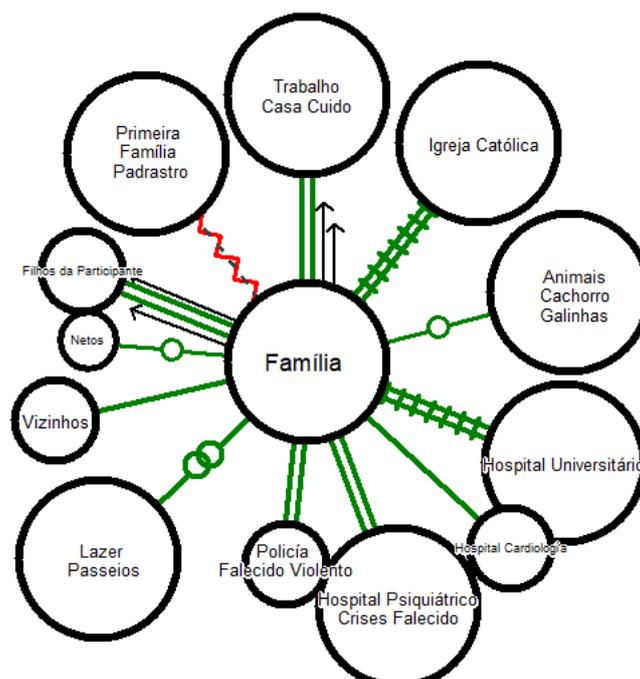
Para a mãe cuidar dos seus é insubstituível e esse jeito de cuidar dos filhos, também se entrelaça no seu trabalho como cuidadora de pacientes no domicílio e agora no Centro de Reabilitação. No decorrer da entrevista muitas vezes a participante menciona que não se perdoa e se culpabiliza por não ter conseguido cuidar bem de seu filho falecido.

Figura 13-Genograma Família F₆.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Figura 14-Ecomapa Família F₆.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licença n. 77408).

Família F₇

A Família F₇ está constituída por cinco pessoas, mãe, padrasto, e três filhos, filhos com idade entre os 20 anos e 12 anos de idade. A pessoa falecida o padrasto, no momento da morte tinha 32 anos de idade. O suicídio ocorreu em agosto de 2020, durante o ápice das medidas de distanciamento social pela COVID-19, no momento da morte estava isolado num apartamento perto da família extensa da participante porque tinha testado positivo ao COVID-19, o suicídio foi provocado por enforcamento. Ele tinha feito ameaças a sua companheira por mensagens e vídeos de que se ia suicidar.

O falecido trabalhava na fazenda de segunda-feira à sexta-feira, e vinha na cidade e ficava com eles nos finais de semana. O falecido tinha três filhos de seu primeiro casamento, entre 12 anos e cinco anos de idade (Figura-15).

A pessoa participante na pesquisa foi a companheira do falecido, tinham uma união estável e moravam juntamente com os três filhos da participante. A participante tem história de abuso sexual por parte de várias pessoas, depressão maior, perda da personalidade, e ideais suicidas produto de muitas situações de seu primeiro casamento, onde teve abuso físico, emocional e financeiro.

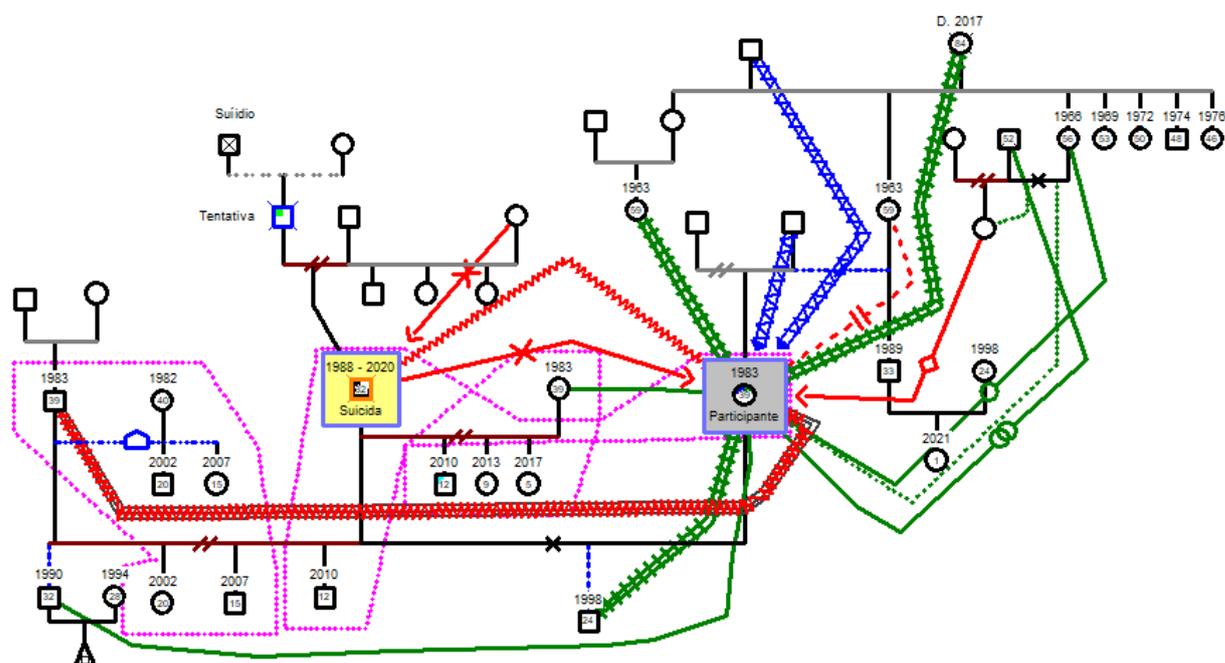
As relações emocionais entre o casal eram conflituosas, presença de violência emocional e ciúmes de parte do falecido. As relações do grupo familiar com a família

extensa da participante são próximas, porém conflituosas, as únicas duas relações forte e de apoio para a participante são uma tia e uma prima, que até hoje são os únicos recursos de apoio para a participante, económica e emocionalmente.

Por outro lado, as relações emocionais da participante com a família extensa do falecido eram distantes e conflituosas, principalmente com a sogra (Figura-16). O falecido com história familiar de antecedente de suicídio, consumo e abuso de álcool e drogas.

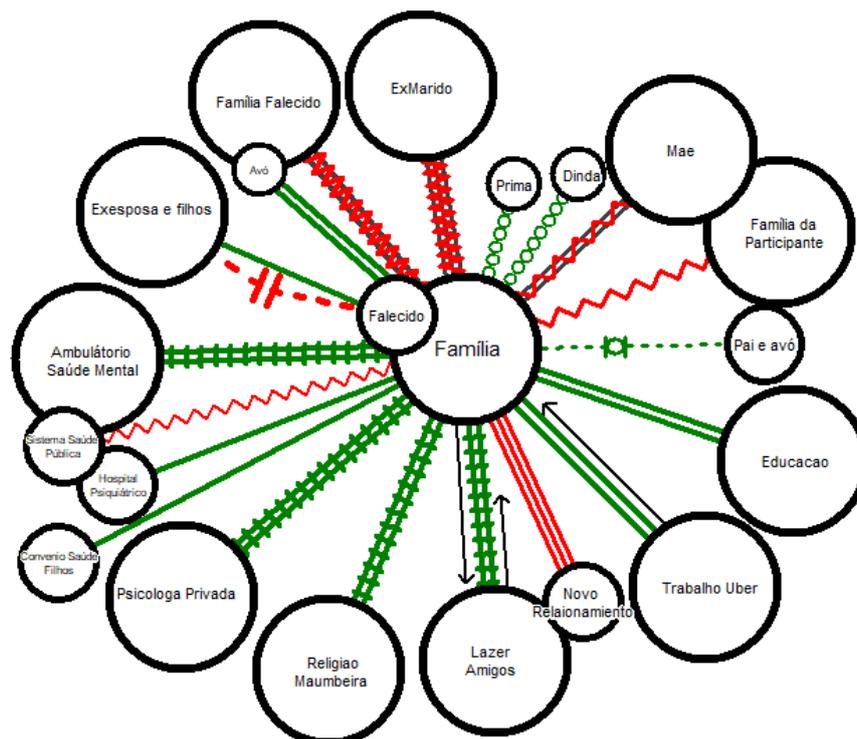
O desafio atual da participante são seus filhos, já que está na justiça pela custódia deles, devido após a morte de seu companheiro por suicídio, o pai de seus filhos levou os dois filhos mais velhos a morar com ele. Desde a percepção da participante o amor responsável é chave das relações, mas o pai de seus filhos não dá isso, por isso luta na justiça por eles.

Figura 15-Genograma Família F₇.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020.

Figura 16-Ecomapa Família F₇.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020 (licencia number 77408).

Família F₈

A Família F₈ está constituída por as mães e uma filha, filha atualmente com sete anos de idade. F₈ é uma família homoafetiva, a falecida é uma das mães, no momento da morte tinha 26 anos, o suicídio ocorreu em outubro do ano 2018, foi provocado por enforcamento (Figura 17). A falecida tinha depressão maior, consumo de drogas e histórico de violência sexual, emocional e física.

A pessoa participante na pesquisa foi a companheira da falecida, tem 45 anos e dois filhas mais velhas, que moram fora de casa, uma de 29 anos que foi barriga solidária para conceber a filha do relacionamento homoafetivo. A outra filha tem 24 anos, teve diagnostico de depressão maior, borderline, tentativa de suicídio em cinco ocasiões e o último diagnostico pelo psiquiatra foi esquizofrênica.

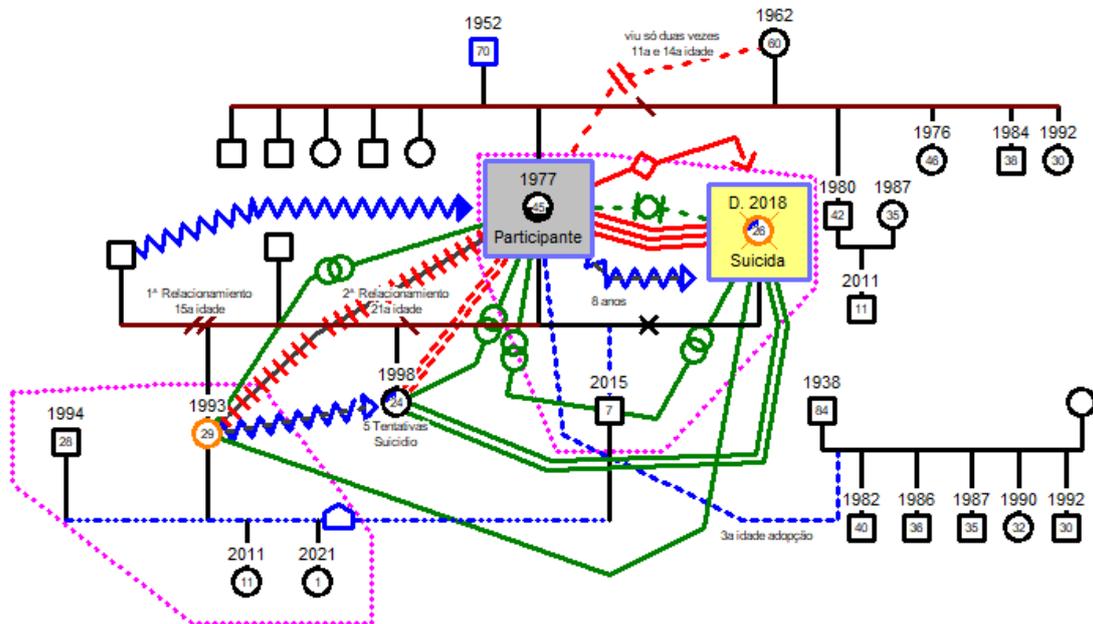
A falecida tinha chegado em Rio Grande aos 17 anos, onde conheceu a participante no trabalho na boate, e iniciaram logo o relacionamento. F₈ são uma família onde os provedores principais eram as duas companheiras e a renda familiar se encontrava entre 1 a 2 salários mínimos. Como família enfrentaram muitas dificuldades

no âmbito econômico e mudanças do local de trabalho (Figura 18), o que levava as relações conflituosas devido a falta de dinheiro.

As relações emocionais do casal tinham sido cortadas e restauradas, existia ciúmes por parte da participante para com a falecida. As relações da informante com suas filhas mais velhas são próximas, porém conflituosas. A participante se cobra muito por não ter criado as duas primeiras filhas corretamente, pelo fato de não estar mais presente na vida delas na infância e na adolescência ou não estar nos momentos mais marcantes da vida delas.

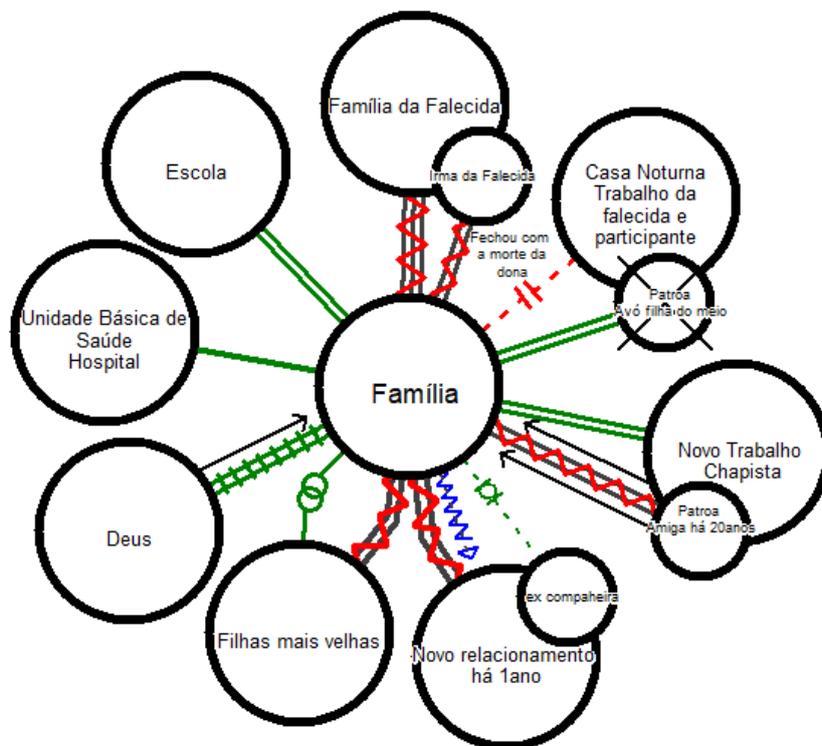
Com isso a participante fala como para ela é muito importante fazer essa diferença na criação da filha mais nova, conseguir fazer com ela o que não fez com outras as filhas como estar presente, dar carinho, afeto, tempo, além disso uma das preocupações é ter os recursos econômicos suficientes para dar a ela as coisas que precise.

Figura 17-Genograma Família F₈.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020.

Figura 18-Ecomapa Família F₈.



Fonte: elaboração própria, com suporte do software GenoPro® versão 2020.

6.2 Caracterização das pessoas informantes

No Quadro 4 estão descritas as características dos nove participantes da pesquisa, que pertencem a oito famílias, já que da Família F₆ participaram duas pessoas. Dentre os participantes, dois são do sexo masculino e os demais sete são do sexo feminino. A idade variou entre 24 e 66 anos de idade.

Com relação a situação conjugal, três participantes eram viúvas, devido a morte pelo suicídio do parceiro; três em união estável; duas eram casadas; e um participante era solteiro. No que concerne a raça e cor, cinco se declararam pretos; três brancos e uma parda. No que tange a religião, três são católicos, sendo um não praticante; duas são espíritas, uma delas não praticante; uma umbandista; uma macumbeira; uma testemunha de Jeová não praticante e uma evangélica não praticante.

Em relação a escolaridade, um participante tem nível superior completo, cinco com grau médio; três com ensino fundamental. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa que cometeu o suicídio, duas eram mães; duas eram irmãs; três esposas, uma delas num relacionamento homoafetivo; um era o padrasto; um era primo e melhor amigo do falecido. A ocupação dos participantes está detalhada no Quadro 4.

Quadro 4: Características das pessoas participantes na pesquisa.

Características dos informantes da pesquisa								
Código e número de informante	Parentesco com a vítima	Idade (anos)	Sexo	Situação Conjugal	Raça/Cor	Religião	Ocupação Habitual	Escolaridade
F1	Mãe	40	F	Casada	Preta	Testemunha de Jeová	Diarista Integral	Médio grau
F2	Irmã	30	F	Casada	Branca	Espírita	Do Lar	Fundamental II

F3	Primo	24	M	Solteiro	Branca	Católico	Agente Comunitário de Saúde	Superior completo
F4	Esposa	38	F	Viúva	Preta	Evangélica	Confeiteira	Médio Grau
F5	Irmã	27	F	União Estável	Preta	Umbandista	Desempregada	Fundamental II
F6-1	Mãe	66	F	União Estável	Preta	Católica	Aposentada- Cuidadora	Médio Grau
F6-2	Padrasto	58	M	União Estável	Preta	Católico	Aposentado	Fundamental I
F7	Esposa	39	F	Viúva	Parda	Macumbeira	Motorista de Aplicativo	Médio Grau
F8	Esposa	44	F	Viúva	Branca	Espírita	Chapista	Médio Grau

Fonte: elaboração própria, resultados da entrevista semiestruturada. I parte do roteiro, caracterização dos informantes. M: é para masculino, F: é para feminino.

6.3 ARTIGOS

6.3.1 Artigo 1

FAMÍLIAS SOBREVIVENTES: SENTIDOS ATRIBUÍDOS À PERDA POR SUICÍDIO

Resumo

Objetivo: identificar elementos que denotam os sentidos atribuídos à perda de um familiar por suicídio. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, cujo desenvolvimento foi orientado pelo conceito de Resiliência Familiar. Participaram oito famílias residentes no sul do Brasil, as quais vivenciaram o suicídio em um de seus membros. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** cinco agrupamentos temáticos mostram como as famílias, em meio às adversidades, buscam dar sentido a perda vivenciada: a descoberta marcante do ato praticado; uma dor imensurável; sentimento de abandono; culpabilidade que paralisa; vazio e saudade da história vivida. **Conclusão:** os sentidos atribuídos pelas famílias permitem sensibilizar os profissionais da saúde, sendo imperativo a inclusão de políticas públicas que reforcem a necessidade de atenção às famílias sobreviventes, nos diferentes serviços onde elas podem ser reconhecidas, acolhidas e consideradas como grupo em situação de vulnerabilidade.

Descritores: Famílias; Suicídio; Perda; Posvenção; Significado; Resiliência.

Descriptors: Family; Suicide; Loss; Postvention; Meaning; Resilience.

Descriptores: Familia; Suicidio; Perdida; Postvención; Significado; Resiliencia.

Introdução

O suicídio praticado por um dos membros da família é uma experiência que não pode ser padronizada, uma vez que cada uma a percebe e sente de forma diferente. Para algumas famílias representa uma dor imensurável, para outras pode significar o final de tempos difíceis e a perspectiva de amenizar os problemas que vivenciavam dentro da unidade familiar.

Independente da forma como reagem, estima-se que pelo menos cinco a seis pessoas próximas, geralmente da família, são afetadas diretamente quando acontece o suicídio de uma pessoa, constituindo-se esta experiência em algo que muitas vezes não conseguem entender⁽¹⁻³⁾ Considerando que ocorrem aproximadamente 700.000 suicídios por ano⁽¹⁾, no mundo, calcula-se que em torno de quatro milhões de pessoas estão vivenciando essa experiência adversa, o que representa um grande contingente de famílias expostas que podem reagir de formas muito diversas frente ao fenômeno.

Além do suicídio ser uma experiência devastadora para as famílias, em geral, elas também são esquecidas pelo sistema de saúde, convertendo-se em uma população das mais afetadas pelo fenômeno⁽³⁻⁵⁾. Particularmente, logo após a morte do familiar, quando se encontram em um período de maior fragilidade, com fortes sentimentos de culpa e raiva é que ficam desassistidas. Com isto, aumentam os riscos de problemas de saúde física e mental nos familiares, incluindo ideias e/ou risco de suicídio⁽⁶⁻⁷⁾. Por essa razão, é imprescindível que os enfermeiros e outros profissionais, especialmente da Estratégia Saúde da Família se ocupem dessas famílias e identifiquem a forma que cada uma reage à perda por suicídio, especialmente que conheçam os sentidos que cada uma atribui à perda por suicídio.

Na literatura nacional, a família sobrevivente como objeto de estudo é pouco explorada na área da enfermagem. Em geral, as pesquisas abordam as taxas de suicídio, as causas prováveis e as características do processo de luto⁽⁸⁻⁹⁾. As experiências e os significados que essas famílias atribuem à morte por suicídio são raros. Na literatura internacional, um estudo produzido na Irlanda apontou três temas principais relacionados a experiência familiar com o suicídio: a concorrência de dor e reações de saúde; a disparidade no apoio recebido após o suicídio e a reconstrução da vida após o suicídio do familiar⁽¹⁰⁾.

A partir destas considerações, este estudo tem como objetivo identificar os sentidos que as famílias atribuem à perda de um de seus membros por suicídio.

Método

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, do tipo exploratório, que utiliza como referência teórica o conceito de Resiliência Familiar de Froma Walsh⁽¹¹⁾, o qual está estruturado a partir de três processos: sistema de crenças, processos organizacionais e processos de comunicação. Neste artigo, trabalha-se com o sistema de crenças, compreendido como premissas básicas que dão sentido ao que a família está vivenciando e direcionam as reações emocionais e suas decisões⁽¹²⁾.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Rio Grande/RS, Brasil, município onde a taxa de suicídio no período de 2017 a 2019 é próxima do dobro da taxa global do país, com aproximadamente 10,9 casos/100 mil habitantes por ano⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Período

Os dados foram coletados no período entre maio e agosto de 2022.

População do estudo

A população do estudo foi composta pelas famílias que vivenciaram a perda de um de seus membros devido ao suicídio, ocorrido entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021 e notificado no Sistema de Informação sobre Mortalidade da Vigilância Epidemiológica (SIMVE).

Participantes

Participaram do estudo nove pessoas pertencentes a oito famílias que vivenciaram o suicídio em um de seus membros, selecionadas de modo intencional, a partir das Declarações de Óbito (DO) do SIMVE. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: ter experienciado o suicídio em um familiar; residir no município onde o estudo foi realizado; e idade maior de 18 anos. Foi critério de exclusão, o suicídio ter acontecido nos seis meses anteriores ao início da coleta de dados, visto que nesse período os familiares, em geral, encontram-se ainda em “estado de choque”, o que dificulta a interação para realização das entrevistas ⁽⁹⁾.

Coleta de dados

Os dados foram gerados a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas privativamente com cada participante, de forma presencial nas dependências da instituição a qual este estudo está vinculado. Com uma família a entrevista foi realizada na modalidade *online*. Inicialmente, foram coletadas informações gerais para caracterização tanto das pessoas que responderam a entrevista, quanto das suas famílias. Em seguida foi utilizada uma pergunta desencadeadora sobre o sentido atribuído pelo entrevistado e pelos demais membros da família à perda do familiar por suicídio e,

ainda, o que essa experiência representou para ele e para a vida da família como um todo?

As entrevistas duraram em média 2 horas e 40 minutos. Com quatro famílias foram realizados dois encontros e com as demais foram três encontros, totalizando 21 horas e 50 minutos de duração da coleta de dados. Todas as entrevistas foram conduzidas e gravadas pela primeira e terceira autoras deste artigo, e encontram-se armazenadas em um arquivo confidencial da instituição.

Análises dos dados

Os dados foram submetidos à análise temática⁽¹⁶⁾, seguindo as três etapas propostas na técnica: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva de todas as entrevistas com a identificação de expressões ou palavras significativas, cuja presença ou frequência contribuía para elucidar o objeto em estudo. Foram demarcados, também, os contextos nos quais essas expressões assumiam sentido. Esses elementos foram organizados na forma de quadros para auxiliar a classificação dos dados, considerando tanto a frequência de ocorrências quanto os significados referidos pelos entrevistados. Em seguida, foram criados os núcleos temáticos intermediários, utilizando como critério as semelhanças de acordo com o sentido atribuído pelo participante. A terceira etapa foi dedicada à formação de cinco núcleos temáticos finais, os quais traduzem os resultados do estudo.

Aspectos éticos

O estudo recebeu uma certificação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande (CAAE 51473921.0.0000.5324). Também foi avaliado e aprovado pela Comissão do Núcleo Municipal de Educação em

Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, sob parecer 13/2022. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados previamente com relação ao objetivo, os riscos e os benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para assegurar confidencialidade e privacidade, os participantes foram identificados com um código formado pela letra F de “família”, seguido de um numeral correspondente a ordem de realização das entrevistas.

Resultados

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo nove familiares pertencentes à oito famílias, os quais estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Características das pessoas participantes na pesquisa, Rio Grande, RS, maio-agosto 2022.

Características dos informantes da pesquisa								
Código	Parentesco com a vítima	Idade (anos)	Sexo	Situação Conjugal	Raça/Cor	Religião	Ocupação habitual	Escolaridade
F1	Mãe	40	F	Casada	Preta	Testemunha de Jeová	Diarista	Médio grau
F2	Irmã	30	F	Casada	Branca	Espírita	Do Lar	Fundamental II
F3	Primo	24	M	Solteiro	Branca	Católico	Agente Comunitário de Saúde	Superior completo

F4	Esposa	38	F	Viúva	Preta	Evangélica	Confeiteira	Médio Grau
F5	Irmã	27	F	União Estável	Preta	Umbandista	Desempregada	Fundamental II
F6-1	Mãe	66	F	União Estável	Preta	Católica	Aposentada e cuidadora	Médio Grau
F6-2	Padrasto	58	M	União Estável	Preta	Católico	Aposentado	Fundamental I
F7	Esposa	39	F	Viúva	Parda	Macumbeira	Motorista de Aplicativo	Médio Grau
F8	Esposa	44	F	Viúva	Branca	Espírita	Chapista	Médio Grau

Fonte: elaboração própria da primeira autora. M: masculino; F: feminino.

Os resultados que retratam os sentidos atribuídos à perda do familiar por suicídio são apresentados em cinco núcleos temáticos: (1) A descoberta marcante do ato executado; (2) Uma dor imensurável; (3) Sentimento de abandono; (4) Culpabilidade que paralisa; (5) Vazio e saudade da história vivida.

O primeiro núcleo temático, *a descoberta marcante do ato executado*, expressa a forma como os familiares descobriram o suicídio e o impacto desta descoberta em suas vidas. As narrativas mostram o quanto esse momento foi difícil e desesperador para eles e a necessidade de expressarem detalhadamente como tudo aconteceu, durante a entrevista.

As famílias que tinham filhos pequenos (F₁, F₄, F₅, F₇ e F₈) se referem ao momento em que encontraram seu familiar como marcante e inesquecível e que ao dar a notícia aos filhos só desejavam protegê-los diante do cenário. *Eu falei: onde está teu pai? sai de meu quarto, abri a porta, e estava ali: o corpo pendurado. Imagina, eu não olhei ele na primeira vez. Entrei em desespero, eu não queria que meus filhos vissem isso* (F₄).

O segundo núcleo temático, *uma dor imensurável*, comporta os sentimentos compartilhados pela unidade familiar, em decorrência da perda vivenciada, os quais são intensificados de acordo com as crenças sobre a morte por suicídio. Os participantes (F₁, F₂, F₄, F₅, F₆₋₁, F₆₋₂ e F₈) consideram que os primeiros momentos após o ocorrido são de extrema dor. *A sua dor não vai passar! Isto você vai carregar todos os dias contigo. Você vai acordar de manhã, vai pensar na pessoa e sentir a falta dela.* (F₁).

A angústia e a dor permanecem, ainda, por longo tempo, assim como o desejo de compreender o que aconteceu; questionam se poderiam ter ajudado mais, ou se poderiam parar o tempo e voltar atrás (F₃, F₄, F₆₋₁, F₈). É nesse contexto que se referem a uma dor imensurável, que não passa. *Ninguém está preparado para ter um episódio desses na família. Por ter proximidade a gente se pergunta se poderia ter feito alguma coisa* (F₃). *Se eu pudesse voltar atrás e dizer para ela tudo o que eu poderia ter feito. Mas não dá!* (F₈).

A forma como cada familiar reage à perda está relacionada com os vínculos que tinha com a pessoa que se suicidou. Em alguns casos, gerir a perda pode ser mais difícil como refere a participante (F₂) que não se permite sofrer mais do que a mãe pois considera que a dor de uma mãe é maior que a da irmã. Nesta hierarquização da dor, a irmã só consegue expressar sua dor quando se isola. *Minha dor de irmã não é maior que a da mãe. Ela gerou, colocou no mundo, alimentou, cuidou quando estava doente. Eu cuidei quando estava doente agora, eu corri, eu tirei o lugar dela para ajudá-la, mas a dor dela nunca vai ser comparada com a de ninguém* (F₂).

Uma das famílias refere que a perda gerou, além da dor, também, um sentimento de alívio devido as relações conflituosas, a violência psicológica, os ciúmes, as ameaças de parte do falecido para com a participante. *Ninguém sabe lidar com a perda por suicídio! É porque, ao mesmo tempo, no meu caso foi dor, mas, também, foi um alívio. Não por eu ter me livrado da pessoa, mas porque havia ameaças, havia perseguição* (F₇).

O terceiro núcleo temático, *sentimento de abandono*, mostra que além da dor os participantes das famílias F₁, F₂, F₃, F₄, F₆, F₇, F₈ se sentem abandonados por parte de quem se suicidou. Frequentemente, se perguntam por que a pessoa decidiu deixá-los e por que não lhes falou o que realmente sentia, pois eram uma família (F₁, F₄, F₈): *Quando for o dia do aniversário, vou lembrar e sentir falta do abraço dele. Ele descansou, mas a falta dele é minha! Sou eu que sinto a falta! Não é ele que está sentindo. Ele está lá, está dormindo! É você que sente a falta* (F₁). *Nós demos muito carinho para meu filho, demos tudo! Todo mundo falava: como esse menino fez isso? ele tinha tudo!* (F_{6.1}).

O núcleo temático, *culpabilidade que paralisa*, engloba os sentimentos de culpa por não ter evitado a morte por suicídio, esse sentimento foi expresso pelas oito famílias é referido como paralisante, de modo que provoca um estado que impede de continuar com suas vidas, o que muda de intensidade à medida que o tempo transcorre. Para as famílias F₁ e F₂, o sentimento de culpa só foi compreendido depois de transcorrido um tempo; enquanto para F₈, a culpa paralisante ainda estava muito presente e intensa, mesmo já tendo transcorrido quatro anos desde o suicídio consumado. *Quando aconteceu, todo mundo ficou chocado, como foi que ele fez isso? Ninguém entendeu, até hoje eu não entendo. Meus filhos falam: mãe por que tu deixaste o pai fazer isso? Mas se eu soubesse, como ia deixar? No início, os meninos se culpavam porque a gente não escutou quando ele se enforcou* (F₄). *No primeiro mês, a gente só pensa no que poderia ter feito* (F₃). *Uma coisa que não vou me perdoar, é que esse dia que ele estava bem louco. Já estávamos acostumados com ele se afastando de nós. Eu me culpo por não ter ido lá, parece que Deus não queria que eu o achasse* (F_{6.1}).

A culpa também se mostrou em relação a não conseguir mostrar as próprias emoções; são pessoas que não estão bem, que não se sentem fortes e que não conseguem demonstrar como realmente se sentem. *É mais difícil para o homem expor seu lado afetivo (F₃)*. Outra situação é o que eles desejavam num momento específico após a experiência da morte, como no caso de F₈ que não queria ir ao velório, mas culpa-se por não ter ido: *Coisa triste, eu estava até abaixo de remédio, porque uma amiga me botou um remédio na boca, falando que tinha que me acalmar, eu não queria ir ao velório (F₈)*.

F₈ se refere a uma culpa que paralisa: *Eu sou estranha; eu sou travada. Quando acontece alguma coisa e eu fico travada, não é que eu não quero ajudar. Eu não sabia como ajudar e tinha medo de piorar as coisas. As pessoas não sabem disso e acham que eu sou assim. Eu não gosto, eu sou oito ou oitenta; eu te amo e daqui a pouco te detesto e daqui a pouco eu te amo de novo (F₈)*. Esse estado de estar paralisado se manifesta em seus estudos, no trabalho, nos relacionamentos e na sua rotina diária: *Por ter ficado muito abatido nas primeiras semanas, eu fiquei afastado dois meses do trabalho. Deixei de ir às aulas, pelo menos duas semanas (F₃)*.

O quinto núcleo temático, *vazio e saudade da história vivida*, fala do vazio que a ausência da pessoa que morreu deixou e mostra como a família tenta preservar o vínculo com essa pessoa, para acalmar a saudade que sente. Os participantes referem que fazem isso recorrendo as memórias da história vivida, das rotinas compartilhadas, das datas comemorativas como aniversários e as lembranças dos valores e ensinamentos que a pessoa tentava transmitir: *A gente aprende a viver e que tem que se apegar em tudo que era bom, porque o que era bom conforta e ajuda a seguir em frente (F₂)*. *O que posso fazer é lembrar que ela foi uma mãe excepcional, foi uma mãe melhor do que eu fui (F₈)*.

Ainda que se reestruturem como grupo para superar os desafios e suprir as necessidades de cada um dos seus membros, as famílias referem que não é exatamente a morte como tal que dói, mas a ausência da pessoa. Referem, também, a dificuldade para

aceitar que a vida não vai ser mais como era antes do acontecido: *Eu sempre fico mal no dia 27, fico com um baixo-astral. Foi o último dia que eu o vi (F_{6.1}). Ele era um pai excepcional, prestativo, nunca dizia um não para os filhos (F₄). Ele me buscava quando era de manhã cedo e me levava até o ônibus. Agora quando saio de manhã sozinha fico pensando se ele estivesse vivo...Essas coisas são difíceis (F_{6.1}).*

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que o suicídio de uma pessoa próxima como um filho, um pai, ou um irmão, provoca na unidade familiar um impacto de proporções que oscilam desde o desespero, até sentimentos de um certo alívio o qual não descarta, também, tristeza e culpa concomitante. Principalmente, no momento que constatarem o fato ocorrido, as famílias que participaram deste estudo referiram que o desespero se manifestou juntamente com o questionamento acerca do porquê essa pessoa acabou com sua vida. Evidência em nível nacional fez referência ao momento da descoberta do suicídio associado a descrença de alguns familiares de que a morte teria ocorrido por esse meio⁽⁹⁾.

No cenário internacional, estudo desenvolvido com no sul da Dinamarca apontou que as consequências advindas do suicídio são classificadas como um estado de dúvidas, horror e pânico⁽¹⁹⁾, os quais também foram referidos pelos participantes deste estudo. Na maioria das vezes, o suicídio acaba ocorrendo na própria residência, facilitando que o corpo seja encontrado por familiares. A violência dessa descoberta traz para o familiar uma sobrecarga emocional maior, o que explica a necessidade de maior atenção dos profissionais para com o impacto dessa descoberta, pois por mais que o enlutado busque afastar as imagens mentais desse momento poderão ocorrer *flashbacks*, bem como pesadelos e comportamentos evasivos, durante um longo período⁽²⁰⁻²²⁾.

Nas famílias com crianças e/ou adolescente constatou-se que elas não falaram a respeito do que havia acontecido para protegê-los. Após o suicídio de um dos pais, as memórias das crianças são influenciadas pelo comportamento dos adultos⁽²³⁾. Estudo realizado em Estados Unidos em crianças que perderam a seu pai por suicídio, refere que as crianças se sentiram confusas nesse momento ao observar as reações emocionais extremas dos adultos; também relataram não entender o que havia acontecido⁽²⁴⁾.

As marcas desse dia acompanham a família no seu processo de reestruturação por meio de seus sistemas de crenças que lhes permite dar sentido para esse momento de crise, considerando seus pontos fortes, como, por exemplo, a espiritualidade⁽²⁵⁾. Por outro lado, a maneira como cada sobrevivente reage pode estar relacionada com o tipo de vínculo que tinham com quem matou-se, o que pode ajudar ou dificultar a aceitação da perda⁽²⁶⁾. Estudos demonstraram que os familiares que conseguem falar sobre o evento da morte apresentaram significativamente menos dificuldades de luto e exibiram uma diminuição da perturbação da saúde mental, permitindo que eles mesmos façam um ajuste saudável no meio da adversidade^(9,27).

No agrupamento intitulado *uma dor imensurável*, foi relatada a dor experimentada e a impossibilidade de mensurá-la, uma vez que perder um ente querido por suicídio é considerada pelos participantes como uma das experiências mais dolorosas da vida⁽²⁸⁾. Entretanto, cabe destacar que essa dor vai mudando com o tempo, conforme a família mobiliza suas forças para dar continuidade às suas vidas, mesmo sentindo uma angústia que lhes parece de caráter permanente. Nesse contexto, torna-se, então, importante os apoios de familiares próximos, os quais podem ser recursos protetores para a família, de modo que os indivíduos procurem um sentimento de pertencimento, proteção e senso de valor⁽²⁹⁾.

Autores⁽⁹⁾ expõe que os familiares que vivenciaram o suicídio de um de seus membros tem marcas advinhas do fenômeno que são inapagáveis da memória, de modo que eles precisam conviver com as lembranças do vivido para conseguir reestruturar suas vidas. É comum que eles apresentem sinais que invadam o campo mental de maneira inesperada, evidenciando a necessidade de auxílio profissional para conseguir continuar com suas vidas^(9,21). Nesse contexto, as famílias que têm sofrido a perda enfrentam essa situação por meio dos sentidos atribuídos daquilo já vivido e das situações que ainda serão vividas após a perda, vinculando às crenças culturais e religiosas, e interação com a rede social⁽³⁰⁾. Entretanto, muitos familiares sofrem em silêncio e com apoio emocional limitado⁽²⁴⁾, ainda que, a família conte com a capacidade de resistir e de reestruturar-se após a perda. Baseado no conceito da resiliência familiar os domínios que compõem o sistema de crenças permitem a família conseguir construir laços mais fortes entre seus membros, o que permite que estes possam usar essa força para o enfrentamento, reestruturação e superação diante das adversidades⁽¹¹⁻¹²⁾.

No terceiro tema, os participantes reforçam que se sentem abandonados pelo familiar que se suicidou, gerando neles sentimentos de raiva e abandonados pelo falecido e com muitos questionamentos. Muitas vezes ficam desorientados, perguntando-se por que seu relacionamento com a pessoa não foi suficiente para impedi-los de tirar a própria vida⁽²⁸⁾. Neste estudo, algumas das participantes eram cônjuges da pessoa falecida, corroborando com outros estudos, apontam que ao experimentar o suicídio sentem-se abandonados, a forma máxima de rejeição⁽²⁸⁾. Uma das participantes mencionou que o irmão havia falhado na promessa de cuidar da mãe. Da mesma forma que no estudo⁽²⁸⁾, os participantes referem que ficaram com raiva por essa

decepção percebida e de terem sido abandonadas por seu familiar para lidar com o estresse da vida.

No quarto núcleo temático, existe uma necessidade de entender o que aconteceu, com isso se apresenta uma culpa que paralisa. Sendo um sentimento que se manifesta na maioria das famílias sobreviventes, o se sentir responsáveis pela morte de seu familiar ⁽³¹⁻³²⁾ e a culpa é vivenciada tão intensamente, que gera em seus membros uma dor aguda, por sentir que deveria ter feito algo para evitar a morte, mas não o fez ^(31,33). Especialmente os pais da pessoa que suicidou-se, costumam responsabilizar-se, são atormentados pela necessidade de entender a morte e decisão de acabar com sua vida⁽⁹⁾. Nesse cenário, uma mensagem deixada pelo falecido pode ajudar os sobreviventes a entender por que razão seu ente querido decidiu suicidar-se⁽²⁸⁾. Corroborasse neste estudo como essa mensagem numa das mães participantes, gerou nela conforto saber que seu filho deixou uma carta para ela, expressando o amor por ela, manifestando para a mãe que fica que todo ia estar melhor, e que eles se iam encontrar logo. Também se constatou que essa mensagem não é reconfortante para todas as famílias, uma das participantes manifestou que a presença de uma mensagem que a falecida deixou, lhe paralisa até hoje, ela não consegue nem ir por a carta na polícia federal, sendo um sentimento de culpa que lhe paralisa até hoje quatro anos após o suicídio.

No caso em que os sobreviventes são crianças⁽²⁴⁾ expõe que eles também sentiram-se culpados por possivelmente serem a causa do suicídio, sentindo-se paralisados. Reforçando que independente da idade, a culpa torna-se forte em todos os membros da família. No caso das mulheres desta pesquisa sentem-se mais culpadas de não ter notado, ou não acreditar que realmente a pessoa estava demandando ajuda. O

que faz com que estas participantes fiquem com sentimentos de não terem cuidado o suficiente do falecido, sentindo-se medo de serem julgadas⁽³⁴⁾.

Por último, a família ainda que tenha que vivenciar a descoberta da morte, essa dor faz-se presente, visto que o sentimento de abandono vai transformando-se com o tempo, e, a culpa que ainda paralisa, torna-se um catalisador para que a família mobilize seus recursos internos para reestruturar-se⁽¹¹⁾. Esses sentidos atribuídos são transformados em saudades da história que foi vivida antes do suicídio com a pessoa que já não está com eles e do que podia ter sido no futuro. Os sobreviventes, como família, compartilham elementos que ajudam a sentir-se melhor, entre eles incluíam: falar, superar, manter rotinas, aceitar e a esperança por meio da fé. Todos os participantes descreveram o efeito aliviador de falar abertamente sobre suicídio, na maioria das vezes com um membro da família ou pessoa de confiança, mas que isto ocorre tempo depois da morte.

As famílias como um sistema funcional podem recuperar-se desse desafio estressante e carregado de tanta dor para emergir mais fortalecida e com mais recursos⁽¹¹⁾. Esse vazio e saudade consegue ser suportada com a manutenção do vínculo com a pessoa falecida, construindo lembranças entre os membros e a pessoa falecida. A família consegue isto porque dá sentido à adversidade, o que no caso do suicídio é um desafio compartilhado, pois como grupo familiar compartilham suas crenças, e as relações entre os membros é de extrema importância em suas vidas, e, assim, ali é estabelecida a noção de confiança.

O anteriormente dito é definido por⁽³⁰⁾ como *valor afiliativo*, o qual é fundamental para o bom funcionamento da família, este valor se baseia em que os membros da família compartilham uma forte crença na vida familiar, com isto o

convencimento como grupo, de modo que compartilham que para conseguir suas próprias necessidades humanas, as quais prosperam baseado nos relacionamentos⁽³⁰⁾. As famílias participantes principalmente com crianças pequenas tentam ajudá-las a construir memórias de seus familiares falecidos^(9,24) mencionam que os efeitos sobrevividas dos casos de suicídio são emborráveis da memória familiar, prementes nesse momento de perturbação na unidade, pois os membros familiares sentiram-se fragilizados, mas que precisaram apoiar-se reciprocamente para se reestruturar como família e continuar a vida. Uma dessas estratégias de apoio é não perder o vínculo afetivo com pessoa que foi embora.

Criar novas memórias familiares, as quais sustentaram o apoio familiar ao longo do tempo, foi uma das atividades mais importantes para os familiares, permitindo-lhes re-estruturar-se por meio dessas atividades novas que terminam sendo estratégias de enfrentamento familiar, possibilitando a mensagem de que não há problema em se sentir feliz às vezes⁽³⁵⁾. Sendo que em algumas culturas, as famílias são os únicos provedores de conforto disponível para os membros da família em sofrimento e assume-se que as famílias são provedoras dispostas de cuidados⁽²⁹⁾.

Porém, a família torna-se a conexão social central para a maioria das pessoas, independentemente da idade. Pode-se supor que os membros da família são um recurso facilmente acessível quando os membros precisam dar sentido ao suicídio de seu familiar. Em um estudo sobre crianças sobreviventes ao suicídio, aponta-se a importância de passar tempo junto à família em rotinas previamente estabelecidas e novas, o que contribuiu para as crianças das famílias sentirem-se melhor⁽³⁵⁾.

Assim, e de modo que a maioria das famílias são os “refúgios em um mundo sem coração”, estas são reconhecidas como cheias de aceitação incondicional⁽²⁹⁾. A

ausência do familiar, pode acarretar uma solidão existencial, em que a família sente-se perdida e desvalida no processo de reestruturação, a ponto de repensarem se a vida é algo que vale a pena ser vivida⁽²¹⁾. Porém, mesmo aqueles que sofreram traumas graves ou muitos relacionamentos problemáticos têm o potencial de cura e crescimento ao longo da vida e ao longo das gerações⁽³⁰⁾. Para os autores⁽³³⁾, o processo de cuidar de famílias após a morte por suicídio de um dos seus integrantes compreende primeiramente uma dinâmica entre constatar como o profissional está frente a uma situação trágica, as dúvidas sobre a atenção oferecida à família no momento da morte, ademais das intervenções idealizadas e executadas para cuidar eticamente destas famílias nesse momento crítico.

Dentro das informações aqui levantadas, reconhece-se as limitações com respeito à amostragem. Embora ainda seja importante considerar a sua finitude: por um lado, o acesso aos participantes e sua rejeição a participar das entrevistas; por outro lado, a profundidade alcançada e o tempo das entrevistas permitiram expor o fenômeno estudado, pois os pesquisadores encontramos a lógica interna do objeto de estudo, o qual tem seu sentido atribuído pelas famílias sobreviventes ao suicídio – que também são sujeitos – em todas as suas conexões e interconexões⁽³⁶⁾. Uma limitação do estudo, cabe destacar, é a de que durante a pesquisa, os sentidos atribuídos pelos membros familiares menores de idade não foram levados em consideração. Embora o foco do presente estudo tenha se limitado à perspectiva das vivências dos familiares de maior de idade, dada a natureza vulnerável do inquérito, o investigar dos sentidos atribuídos pelas crianças e adolescentes podem ser um foco relevante para pesquisas futuras.

Nesse sentido, as implicações para a prática são precisas para demandar com urgência ações frente a falta de habilidades interpessoais, assim como atitudes

estigmatizantes frente as situações de crise que gera o fenômeno do suicídio na unidade familiar⁽³⁷⁾. Cabe ressaltar que o desejo de ajudar a família sobrevivente a seguir em frente é uma tarefa primordial dos profissionais da saúde. Essa família já é outra após a morte por suicídio, “agora é outro sistema; deve se reestruturar a partir de um espaço e um tempo esvaziado em alguma medida e, como consequência, é necessária uma nova organização, uma nova forma de se conectar, de se relacionar como família”⁽³¹⁾. Em essa mudança tão drástica para o sistema, as famílias devem ser atendidas prontamente, trabalhando com a adversidade vivenciada como força para a continuidade dos projetos familiares.

A formação acadêmica, assim como a educação permanente de profissionais já formados devem estar voltadas para trabalhar com a estigmatização que tem a sociedade sobre o suicídio. Ações dirigidas para que o conhecimento sobre o fenômeno seja cada vez de mais fácil acesso, permitindo transformar o contexto atual onde está marcado pelo despreparo profissional⁽³³⁾.

Conclusão

Os sentidos atribuídos pelas famílias à perda por suicídio permitem sensibilizar os enfermeiros e outros profissionais da saúde, especialmente da Estratégia Saúde da Família. Deste modo, as famílias não estarão “abandonadas” y/ou “desassistidas” no período que mais necessitam de suporte e, ao mesmo tempo, não sejam rotuladas de doentes, mas apenas como seres que enfrentam um momento adverso e, para este momento precisam de ajuda

Os resultados mostraram, ainda, que o suicídio seja uma das crises mais fortes que um grupo familiar possa experimentar, desde a resiliência familiar essa dor e os múltiplos sentimentos vivenciados podem tornar-se força para enfrentar esse desafio.

Constata-se que reconhecer o sentido dessa perda nas suas vidas permite aos familiares sobreviventes um acréscimo em suas relações como grupo, fazendo uso de seus recursos internos, baseados nas suas crenças, sem que haja impedimento de viver uma vida reestruturada após o suicídio, permitindo a transcendência enquanto família em meio à dor.

Em geral, as famílias revelaram como o acolhimento e chance de escuta por um profissional foi de grande apoio para sua resignificação de muitas situações que ainda não compreendiam. O fato de expressar as circunstâncias vivenciadas, seus desafios, suas necessidades atuais, e quais eram suas forças como família, não só permitiu-lhes sentir-se melhor, como também possibilitou-lhes identificar a resiliência familiar nas situações expressadas.

Referencias

1. World Health Organization. Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals, Update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258814>.
2. Entilli L, Leo DD, Aioli F, Polato M, Gaggi O, Cipolletta S. Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors. OMEGA - Journal of Death and Dying, 003022282110241. 2021. doi:10.1177/00302228211024112.
3. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, Venne J, Moore, M., et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2019; 49(2), 529-534. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>.

4. Krüger LL, Werlang, BSG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*. 2010; 15, 1, 59–70. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100007&lng=pt&tlng=pt.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud. 2014.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=50BBD1EB7BE0FEDBD69EC579D66776C8?sequence=1.
6. Andriessen K, Krysinska K, Kølves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. 2019. 10, 2677. Disponível em:
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>.
7. Andriessen K, Rahman B, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*. 2017; 88:113-20. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395616304836>.
8. Fukumitsu KO, Kovács MJ. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*. 2016; 47; 1. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/19651>.
9. Dutra K, Preis LC, Caetano J, Santos JLG, Lessa G. Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71; 2146–2153. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&tlng=en.

10. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*. 2018; 13;8(1):e019472. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019472.
11. Walsh F. *Strengthening family resilience*. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press. 2016.
12. Walsh F. Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process*, v. 55, n. 4, p. 616–632, 2016.
13. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37; 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=pt&tlng=pt>.
14. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência: Os jovens do Brasil*. [S.l.]: DF: Flacso Brasil. 2014. Disponível em: <https://flacso.org.br/files/2020/03/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>.
15. Franck MC, Limberger RP. Estudo epidemiológico, geográfico e multivariado dos casos de suicídio no Rio Grande do Sul, Brasil, entre 2017 e 2019. *BJFS*. 2020;9(4):419-39. doi: 10.5123/s1679-49742020000200014.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

17. Daltro MCSL, Moraes JC, Marsiglia RG. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde Soc, São Paulo*. 2018; 27 (2): 544-555. doi: 10.1590/S0104-12902018156194.
18. Silva JMS, Cardoso VC, Abreu KE, Silva LS. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. *Revista Feminismos*. 2021; 8, 3.
Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42114>.
19. Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *J Adv Nurs*. 2014; 70(4):823-32. Available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12243/epdf>.
20. Botega NJ. Crise suicida: Avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed. 2015.
21. Fukumitsu KO, Kovács MJ. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*. 2016; 47, 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>.
22. Ruckert MLT, Frizzo RP, Rigoli MM. Suicídio: A importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2019; 15; 2. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/edicoes_antteriores.asp>.
23. Cutrer-Párraga EA, Cotton C, Heath MA, Miller EE, Young TA, Wilson SN. Three Sibling Survivors' Perspectives of their Father's Suicide: Implications for Postvention Support. *J Child Fam Stud*. 2022;31(7):1838-1858. doi: 10.1007/s10826-022-02308-y.
24. Watson C, Cutrer-Párraga EA, Heath M, Miller EE, Young TA, Wilson S. Very Young Child Survivors' Perceptions of Their Father's Suicide: Exploring

- Bibliotherapy as Postvention Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(21):11384. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111384>.
25. Kim GM, Lim JY, Kim EJ, Kim SS. A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience. *Aging & Mental Health*. 2017; 1–9. doi:10.1080/13607863.2017.1354.
26. Silva L, Marinho C. Suicídio: Aspectos relacionais e o processo de elaboração do luto na família. 2017. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?suicidioaspectos-reacionais-e-o-processo-de-elaboracao-do-luto-nafamilia&codigo=A1137&area=D11A.
27. Levi-Belz Y, Lev-Ari L. “Let’s talk about it”: The moderating role of self-disclosure on complicated grief over time among suicide survivors. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 4;16(19):3740. doi:10.3390/ijerph16193740.
28. Young IT, Iglewics A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurtti M et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>.
29. Edwards TM, Patterson JE, Griffith JL. Suicide prevention: The role of families and carers. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2021. doi:10.1111/appy.12453.
30. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*. 2016; 13(3), 313–324. doi:10.1080/17405629.2016.1154035.
31. Imaz J. Familia, suicidio y duelo. *Rev Colomb Psiquiat*. 2013;43(S1):71–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42s1/v42s1a10.pdf>.

32. Moraes SM, Magrini DF, Zanetti ACG, Santos MA, Vedana KGG. Attitudes and associated factors related to suicide among nursing undergraduates. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6):643-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n6/en_1982-0194-ape-29-06-0643.pdf.
33. Silva L, Afonso BQ, Santos MR, Baliza MF, Rossato LM, Szyllit R. Care for families after suicide loss: nursing academic experience. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2018;71; 2206-2212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VTMTbWz7LxV6GcyxPH9T38q/>. ISSN 1984-0446.
34. Rocha PG, Lima DMA. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 2019. 31(2), 323-344. Disponível em; <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>.
35. Wilson S, Heath MA, Wilson P, Cutrer-Parraga E, Coyne SM, Jackson AP. Survivors' perceptions of support following a parent's suicide. *Death Studies*, 2019. 1–12. doi:10.1080/07481187.2019.1701.
36. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qualit.* 2017; 5(7):1- 12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
37. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: Influence of emotional intelligence. *Rev. Latino-Am. Enfer*

6.3.2 Artigo 2

Family resilience: restructuring of family life after loss due to suicide

The study aimed to comprehend the process of family restructuring, after the death of one of its members due to suicide, from the intra and extrafamilial resources involved in this process. Nine family members who experienced a loss due to suicide participated in the semi-structured interviews, which were transcribed and then analyzed using the IRaMuTeQ software. Descending hierarchical classification, similarity analysis and word cloud were used. Three classes were found, named: intrafamilial resources; extrafamilial resources; and changes in family life that support the process of family restructuring. The findings show that family restructuring occurs primarily within the family itself, through changes in the routine and/or roles of its members and that families do not access or do not recognize health services as a source of support for their restructuring process after the loss.

Keywords: suicide; family resilience; family; mental health; suicide survivors

Introduction

Suicide is one of the main global public health challenges. It is among the leading causes of death worldwide, surpassing deaths from malaria, HIV/AIDS, breast cancer, war and homicide. Globally, 703,000 people die each year due to suicide. More than one in every 100 deaths (1.3%) in 2019 was due to suicide (WHO, 2019). It is a phenomenon that mainly impacts the population of young adults, becoming the second cause of death in this population, despite continuous efforts in terms of prevention and investigation into the phenomenon (Kaspersen et al., 2022; OMS, 2014; Spillane et al., 2018).

In recent years, the COVID-19 pandemic has had an unprecedented impact on social, psychological and economic contexts, directly or indirectly leading to a

significant increase in the mental disorder, suicide and suicide attempt rates (Farooq et al., 2021). In this scenario, each life lost reveals the complexity of the phenomenon that is not restricted to the person who dies, but strongly affects those with whom the person had emotional ties, with consequences that make the loss due to suicide one of the most difficult to overcome (Pitman et al., 2014).

This population composed of family members has been called “suicide survivors”, although they receive different names according to the language of each country. It is a term that aims to highlight the fact that this is a population that needs care and attention, since they are families that remain “invisible” and that are multiplying more and more around the world (Cerel et al., 2019).

In a literature search, in the PubMed, CINAHL, Cochrane Library and PsycINFO databases, from July to October 2020, no specific studies were found on processes of family restructuring after suicide, with a particular focus on the family unit. Most studies focus on family members individually (parents or widows). One study was found that sought to understand the family’s experience of losing a relative due to suicide and others that compared the suffering of losing a child due to suicide and due to other causes (Dutra et al., 2018; Andriessen et al., 2019).

Since suicide is one of the most disruptive adversities that can happen throughout a family’s life cycle, it is considered that interventions should prioritize the potential that these families preserve, even in adverse situations. In this field, the concept of Resilience constitutes a reference for working with families that experience severe adversity. It is a concept that can be applied as an individual approach or with families, in this case assuming the name Family Resilience (Walsh, 2016).

The family resilience approach involves three main domains: (1) **Belief system** that allows the family to make sense of what is happening to them. This is the basic premises that direct and guide emotional reactions and decisions; (2) **Organizational Patterns** referring to the rules, roles and patterns of interaction (rituals and routines) that help the family become more flexible and find security in coping with the situation; (3) **Communicative Processes** that help emotions to be openly expressed, ambiguous situations to be clarified, empathic responses to be given and collaboration to be promoted as a method of solving problems in the family faced with suicide (Walsh, 2016c).

Based on the family resilience perspective, the role of healthcare providers involves comprehending these processes based on their own family experience. This can contribute to transferring this knowledge to the care for this population, helping these families to strengthen and develop their abilities as a group through supported self-care. Based on the above, the question that guided this study was: What processes help in the restructuring of family life after the suicide of one of its members? The aim of this study was to comprehend the process of family restructuring, after the death of one of its members due to suicide, from the intra and extrafamilial resources involved in this process.

Method

Participants

Study participants were nine family members, belonging to eight families, aged between 24 and 66 years, residing in a region of southern Brazil, who experienced the suicide of one of their members in the period between 2016 and 2021. They were recruited through the records (death certificate) of the Mortality Information System of the

Epidemiological Surveillance Service of the municipality where they resided.

Subsequently, the search was expanded using a Management System of the Municipal Health Department of Rio Grande, Brazil.

The relationships between the participants and the deceased person were: three wives; two mothers; two sisters; a stepfather and a cousin. The people who died due to suicide were aged between 16 and 60, being one woman and seven men. The time between the death and the data collection interview for this study ranged from six months to four years. For the purposes of theoretically structuring the recruitment strategy, we considered a family to be made up of all people who share a sense of belonging, that is, who recognize themselves as a family, not necessarily linked by blood ties. From a systemic perspective, it is possible to work with only one or two family members, without losing sight of the family perspective (Walsh, 2016b).

Data collection

Two researchers conducted the semi-structured interviews using a four-part script: (I) characterization of the informants; (II) characterization of the participating families; (III) processes that support the restructuring of family life and (IV) intra and extrafamilial resources. The script made it possible to address topics of interest to both the researchers and the participants.

All interviews were digitally recorded and fully transcribed into the Libre Office Writer program, version 7.4, jointly by the first and third authors (Nursing Doctoral candidates). Field notes made by the main researcher in their reflective field diary were also used as data. The interviews were carried out on the premises of the Nursing School of the Federal University of Rio Grande (FURG), located in the municipality of

Rio Grande, southern Brazil. Only one interview was conducted online, using the Zoom platform.

All interviews were scheduled in advance with the participants and carried out in an adequate physical space, which guaranteed the confidentiality and anonymity of the participants, and which allowed this difficult topic to be approached. They were held between May and August 2022. The duration was determined by the participants and ranged from 1:46h to 4:27h (this time corresponds to the sum of all meetings with each family member). In total, the mean duration of the interviews was 2:41h.

Data analysis

The material transcribed from the interviews was submitted to writing and formatting adjustments, as required by the software used in this study, IRaMuTeQ - *Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* - version 0.7 alpha 2 2020 for Windows. Adjustments included: spelling adjustments, insertion of underline resources to unify nouns and standardize terms contained in the participants' narratives; and command-line insertion preceding each text to identify the sequential order of participation in the survey. Next, the textual corpus was submitted to lexical analysis.

IRaMuTeQ is a free, open-source tool, based on the R software and the Python programming language, which enable different modes of simple analysis, such as basic lexicography (Camargo & Justo, 2013a; Ratinaud & Marhand, 2012) and the multivariate analyses adopted in this study (1-descending hierarchical classification, 2-similitude analysis and 3-word cloud).

The monothematic corpus containing long texts was composed of the reports of the eight families identified by sequential numerical coding (fam_1, fam_2, ... fam_8) that originated the respective lines of command, "being first submitted to the

Descending Hierarchical Classification (DHC), in which the IRaMuTeQ performs the fractionation of the corpus through statistical calculations, originating text segments (TSs) that are classified according to their vocabularies; resulting in classes that present vocabulary similar to each other in the same class and different to the TSs of the other classes” (Farias et al., 2022, p. 3).

Therefore, “the words contained in the same class assume this representation because it is considered that, when used in a similar context, they are associated with the same lexical world, composing specific mental worlds, or semantic contexts of the same representation” (Farias et al., 2022, p. 3). The study revealed indications of intrafamilial and extrafamilial social support and support resources, or differences in the perceived resources of suicide survivors, enabling the denomination of the empirical categories.

Elements are included in a specific class if they occur more frequently than the mean occurrence in the corpus, and their association with the class is determined by a chi-square value of 3.84 or higher. This gives a margin of error $< .05$ (for one degree of freedom = 1). A good use of the corpus is considered when the percentage of retention of STs is 75% or greater (Camargo & Justo, 2013b; Farias et al., 2022). In this study, a performance of 94.29% was obtained.

In the emerging classes, general relations and differences between them were sought to continue with the next step, looking for the same pattern among the participants and, therefore, describing the main themes. In addition, to identify the co-occurrences and the connection between the words, a second analysis of the corpus was carried out, the similitude analysis, which is based on graph theory and helped to identify the support resources and intra and extrafamilial social support, which

contribute to the restructuring of the family life of suicide survivors. This analysis is outlined in the form of a co-occurrence tree, which is presented as an image containing colored groups called “communities”, interconnected by vertices that vary in size and position, and indicate different degrees of interconnection (Camargo & Justo, 2013b; Farias et al., 2022).

The study used the theoretical framework of family resilience as a foundation for interpreting the analyses performed using the IRaMuTeQ software. This formed the basis for understanding the results of the study. As previously mentioned, the concept of family resilience is integrated by three recursive processes: the belief system; organizational processes; and communication processes. In this study, the three were contemplated; however, the creation of meaning that forms part of the belief system was not considered.

Researchers and the subject of reflexivity

We adopted an interpretative approach that allowed the researchers to study the processes of family restructuring after suicide, interconnected with their natural environment (the families themselves), trying to give meaning and interpret them from the meanings that the individuals attributed to them (Cristancho et al., 2018; Minayo, 2014). In this way, it was possible to map in depth the processes that support family restructuring, giving voice to the families, to identify how they experienced the death due to suicide of one of their members. This perspective enabled the qualitative researchers to discover the meanings, beliefs and values that shape and direct the process of family restructuring after this experience (Aspers & Corte, 2019; Cristancho et al., 2018; de Souza Minayo, 2017).

Through the inductive practice, we sought to reduce the risk of being influenced by our own interpretations. Each researcher had previous experience in conducting qualitative research with vulnerable populations and all interviews in this study were carried out by two researchers, under the guidance of a third researcher with extensive experience in working with families in situations of vulnerability and in family resilience. The researchers were aware of their own assumptions and/or potential for emphasizing certain previously covered themes. They were the only ones present at the time of the interviews and had not previously worked with any of the participants in this study.

After the interview, all researchers gathered to listen to and discuss the recording. This open dialogue allowed the interviewers to reflect on any emerging biases and be aware of how these might have influenced the interviews. Appropriate and permissible terminology was also considered in the interviews. All co-authors of this article were involved in ongoing discussions regarding the interpretation of the data. This was preceded by agreements on the analytical process, more specifically the coding framework and how to address emerging themes.

The concept of “Family resilience” made it possible, through the interviews, to explore multiple subjective perspectives of family experiences, particularly in processes after death due to suicide. It also allowed for the expansion of the measurement of these complex family processes addressed in this study, without being constrained by limitations, fulfilling our obligations as researchers (Walsh, 2016a).

Ethics

The study proposal was submitted to the Ethics Committee of the Federal University of

Rio Grande (FURG), and approved (CAAE 51473921.0.0000.5324) on 12/12/2021. It complied with the ethical guidelines proposed by Resolution No. 510/2016, of the National Health Council of Brazil and by the Commission of the Municipal Center of Education in Collective Health of the Municipal Health Department of the study site, under authorization No. 13/2022. Participation was voluntary and the participants were free to withdraw at any stage. After showing an interest in participating, all respondents were free to decide when and where the interviews would be held.

Before each interview, participants were again informed about the nature of the study and formalized their participation by signing a consent form, confirming in writing that they understood the ethical considerations involved in this study, including confidentiality and the purpose/future uses of the data. The names of people, streets, places and organizations were replaced with a unique code known only to the interviewers. Data were stored in an encrypted unit provided by the university that only the researchers of this study had access to.

Results

The corpus was divided into 2277 TSSs, and the CHD retained 2147 of them (94.29% of the total), originating three classes. Initially, the corpus was divided, originating class 1: “intrafamilial resources”. In the second partition, class 2: “extrafamilial resources” and class 3: “changes in family life that contribute to the restructuring process” were separated, ending the process (see Figure 1). The lexical terms grouped in the respective DHC classes, when examined considering the Concept of Family Resilience, made it possible to elucidate the elements contained and outline the naming of the processes that the families who lost a member to suicide experienced in order to be able to restructure themselves after the loss.

Figure 1 – DHC dendrogram of the corpus of resources that contribute to the restructuring of life for families who have survived suicide.

Class 1 Intrafamilial Resources (1071 TSs – 49.9%)			Class 2 Extrafamilial Resources (751 TSs – 35.0%)			Class 3 Changes in family life (325 TSs – 15.1%)		
Form	F	(X ²)	Form	f	(X ²)	Form	f	(X ²)
Child	225	(52.2)	tell	294	(169.8)	Home	101	(108.1)
family	89	(44.7)	arrive	91	(37.4)	sell	23	(70.9)
relationship	47	(35.0)	Hospitalize	23	(36.2)	Pay	21	(61.2)
Father	124	(32.4)	police	16	(30.0)	Sleep	26	(60.4)
life	85	(32.0)	doctor	21	(26.7)	Food	14	(60.3)
Good	79	(27.1)	Hospital	21	(24.3)	time	12	(45.0)
problem	62	(23.3)	Run	22	(23.7)	inside	33	(41.8)
difficult	35	(25.2)	Start	52	(23.5)	Day	61	(38.2)
strong	35	(19.2)	Put	30	(21.8)	Morning	19	(34.9)
resolve	26	(18.6)	Ask	35	(20.4)	Work	43	(34.7)
contact	23	(18.0)	Look	47	(19.7)	Night	21	(31.3)
change	25	(18.0)	Ambulance	10	(19.7)	Leave	41	(28.4)
finish	37	(17.6)	Blood	13	(17.7)	Lunch	6	(27.2)
right	36	(16.7)	Drug dealer	10	(15.2)	Drink	10	(23.1)
			Center	31	(15.2)	Dawn	4	(22.5)
			Cry	29	(15.1)			

Source: designed by the first researcher. All DHC words presented statistical significance <0.001 or <0.01 or <0.01 or <0.05.

Class 1, with the highest percentage of representativeness of the corpus (49.9%), showed elements of relationships at the intrafamilial level, especially before the death of a relative, how the family faced the loss, the uncertainty of doing the right (good) or wrong thing, receiving the denomination of “intrafamilial resources”. The family as a group protected itself in adversity, as its members supported each other to constitute themselves as a force for one another. Furthermore, they tried not to show their feelings

because they didn't want the other family members to be overwhelmed. This characteristic was common among the participants.

In the most marked moments, his daughters are with us. We tried to alleviate his absence, I think this helped to take a step forward and helped to ease the pain!

In our family, in any situation of extreme need, or of extreme concern, we get together, even if there are differences [among them]. Our unity always keeps us together.

Resilience is based on relationships and the crisis triggered by suicide constitutes an adversity for the entire family group. Therefore, protecting children from suffering was the desire of other family members, although many of them did not like to talk to their children about adult problems.

I don't like talking to my children, I don't want to dump my problems on them. My youngest son said to me: Mom, you're sad. I told him: your mum's not sad. He understands that his father died, that he fell down a ladder and hurt his foot.

In this category, it was also observed how the extended family could support more than the nuclear family itself: "I had support from my godmother, she is very responsible, very good! She was a key [person] for me." The support provided a positive perspective that helped to life to continue, with hope and acceptance of the death that occurred: I would tell other families who experience this, that the pain doesn't last forever, just the longing. That we learn to live and need to cling to everything that was good. The good memories of the person who died brought them hope and happiness in moments of pain. One of the families mentioned that the arrival of a new baby brought renewal to the family:

The baby that arrived renewed a lot, because my older brother was very bad. He said he wasn't seeing the joy in anything at all.

Spiritual support was revealed to be a strong resource for the family members, where they found emotional comfort. The participants reported that a Spiritist Center they attended was a place where they found peace, not only while participating in religious rituals, but also when they returned home:

I go to the Religion Center every 15 days. The meeting they hold is good. How can I explain to you? It makes me feel better! I feel welcome there. It's a good place that accepts me when I need it. When I'm sad it's the best place for me.

For other participants, religion was not a resource perceived as support after the death. In these cases, one of the family members practicing the evangelical religion mentioned that after her husband's suicide, the whole family withdrew, for different reasons, such as: negative comments from people in the church; feelings of abandonment and anger toward God; among others:

I left the church very angry with God: how did he let [her husband] do this? Anger that he [husband] was selfish and ended his life, instead of facing the situation; he preferred to end his life and leave us here.

Class 2 retained 35.0% of the TSs and concentrated elements of resources that families accessed before and after the death of the family member. This class received the name of "extrafamilial resources", with emphasis on the words: police, doctor, hospital, center (reference to the health center) and the word "drug dealer" which in the interviews had considerable importance in the relationships with the community where the family lived. The family felt impotent when they didn't find help where they believed they could get help [at the Police Station]. In these cases, they felt unprotected and alone facing the suicide that occurred:

They [police officers] said there was nothing they could do because he [the person who committed suicide] was on drugs and that he couldn't be arrested. They sent him away on foot. I didn't get help where I thought I would, not even after my brother killed himself.

Likewise, in the health services, the lack of acceptance was perceived by the family members who attributed this to situations experienced before the suicide: "There was a civil police officer involved in all this, but when he wanted to tell the truth, the police tried to kill him".

I think that if they [the police] had done something, he would still be here today and maybe better, because looking back on the situation, he would ask us for help, to be hospitalized. And now it's my other sister who is hospitalized there, she hasn't run away from the Rehabilitation Center, but I don't think that's going to change anything. It's always the same!

The Health System was a resource of help for few families; however, the words spoken by the professionals and/or workers of the services that integrate the system, at the time of the suicide, were very remarkable, they still remember them today:

The professional told me: he [person who committed suicide] was very cold-blooded, he really wanted to kill himself! Because his foot was at a very low height [from the ground]. He had to make an effort and lift his legs. If he didn't want to die, he would have stretched his legs and reached the ground.

Class 3, called "**changes in family life that contribute to the restructuring process**", constituted 15.1% of the corpus. It encompassed the responsibilities, routines, and roles of the family members within the family and the challenges that the family members faced after the death, denoting time as a transversal characteristic of the process of living together in the family. These changes allowed the family group to continue with their lives after the suicide. Among the changes in family routines, it was

important for the participants to perform some activity, in order to feel better, even though the pain was present:

I wish I had more time. It's not more life time, it's more time to do what is needed in everyday life. I do the best in everything I do. I am desperately looking for a house to rent to move to the town. When my middle son lived with me, he would be there in the morning [at home]. So, it was that time for the family to be together, to have lunch together, and now I aim to move to the city for that.

I live for my children, I take them to school, I come home and in the afternoon, when my husband leaves for work, I'm alone, I lie down on the couch and sleep until it's time to pick them up.

Changes in economic terms led the families to make decisions seeking financial security: They judge me, [they say to me]: if you're not going to work, you're not going to manage just by selling cakes. But I need to try and I will try. I already have a thrift store at home, I also make cakes [to sell]. Other family members had their own business venture before the suicide, but due to the father's death, the business could no longer be managed by the remaining members:

They [children] loved the grocery store, I talked to them that I was going to sell it, because I couldn't continue, we opened from 9am in the morning until 10pm at night, but I [wife of the deceased] cannot continue alone.

Resuming everyday life allowed the family members to feel better and invest in new activities (e.g., being an app driver): "it's my escape valve, I scream, I talk, 'I do therapy' inside the car, my second home is the car"; or, in some cases, stop doing some activity that was part of the routine before the suicide:

Many people still ask them [parents of the deceased] how their son is doing. They tried for a long time to avoid this situation. They stopped going to the supermarket and we [participant and aunt of the deceased] shopped for them.

The importance of work in the process of rebuilding family life was emphasized, whether returning to the old job or remaking life plans to find another way to support themselves as a family:

I stay at home, but I [mother of the deceased] need to go out, I'm in a hole if I don't go out. Shortly after losing my son, I went to take care of a patient. I needed to go out into the street to cry. Only they paid me to care, not to cry.

The process of restructuring the lives of the participating families who experienced the loss of a member due to suicide was represented in the similitude tree, in which three communities are structured peripherally and a larger one as the central community. Two words stand out: child and mother. The first community had the terms “brother”, “mother” (also represented by: “fight”, “childhood”, “role”, “help”, “certainty”, “patience”, “cry”) words that intertwine with the central community and have a strong connection with the word “son” which, in turn, has a strong connection with the word “home” in the community.

The core community that focused on the word “son” revolves around the person who committed suicide: “death” versus “life”, “marijuana”, “today”, “relationship”. The line that joins the central community and community two presents the word “father”, strongly related to “son”. Then community two highlights elements of living at home: “inside”, “day”, and “night” form part of the core community. The third community is more separated from the other three, with words that have less power and that refer to the social resources: “school”, “study”, “FURG” (refer to the initials of the public university in the municipality), “center”, “health”, “treatment”, “disease”, “problem”, and “need”.

clear who the main care actors were. This is not just a having caring attitude, as it covers a set of material activities and relationships that consist of providing a concrete response to the needs of others (Hirata, 2020). However, among the eight people who committed suicide, seven were men, which is in line with the literature that highlights a higher frequency of suicide in men, in Brazil, than among women, confirming the worldwide trend that they are three times more likely than women to commit suicide (D'Eça Júnior et al., 2019).

The present study sought to understand the process of family restructuring after a death due to suicide, based on intra and extrafamilial support and social support resources that contribute to the restructuring of the family life of suicide survivors. The research work was based on the perspective of family resilience, showing that the families had a deep conviction in the potential to overcome their challenges. Even those who had suffered severe trauma or very troubled relationships had the potential to overcome and grow throughout their lives and across generations (Walsh, 2005, 2016b, 2016a, 2016c). In the discourses of the participants, elements of intrafamilial relationships can be observed, especially before the suicide, when they refer to the problems that the family faced and the uncertainty as to what was right or wrong in their attitudes.

The literature on the positive experiences of suicide survivors shows how the support of other family members is an important complement to the health services for this group (Kaspersen et al., 2022; McKinnon & Chonody, 2014). Within the family, the emotional connection becomes a strength for the family unit to cope with the pain (Walsh, 2016a); the presence of certain family members help the family cohesion; it allows a balance in the midst of adversity, with those members who were non-family

authority, from the moment of death until the present, being the key people for the family to restructure itself. This is because the benefits for the family from using the time together support the health of the family. Engagement, happiness, sharing experiences and appreciation will result from the interactive communication within the family, usually in middle-class families (Kusumawaty et al., 2021).

When going through the experience of loss due to suicide, all the family members felt fragile and needed to support each other to continue life (Dutra et al., 2018). In the midst of this experience, some of them fulfilled the function of being the pillar for those who remained, which prevented these “pillars” from expressing and sharing their emotions with others. However, in their statements they mentioned that even though they had these differences in their roles at home, in times of crisis they always fought to be together.

Consistent with family resilience, it is assumed that no single model of healthy functioning fits all families or their situations (Walsh, 2016b); however, there is evidence that healthy family relationships, including open communication, are an important element (Wu et al., 2020). Suicide survivors often lack support from their own informal network, as the traumatic loss can increase family conflict (Cerel et al., 2019). Furthermore, according to some of the participants’ reports, the person who died was the one closest to them, as they were the trusted person within the family with whom they got on best. Accordingly, studies in the USA and Norway documented that, although many family members and close friends may be present and provide support after the suicide, many bereaved people found that their personal networks avoided them (Dyregrov et al., 2019).

Some families are unable to talk about how they feel and studies show inhibition of talking about the event with other people and consequent withdrawal (Entilli, Ross, et al., 2021; Peters et al., 2016). According to this perspective, some participants prefer to isolate themselves to avoid judgments or inconvenient people in the initial period after the loss, making them close themselves off more. In addition to facing the pain of the death of a loved one, family members need to deal with the demands and judgments of society (Dutra et al., 2018). However, this may only be in the first months after the loss, as intrafamilial resources for the optimal functioning and well-being of members may vary over time, as challenges arise and families evolve (Walsh, 2016a).

The spiritual resources within the family were revealed by the participants as a strong support, through which they sought to ease the suffering. Time plays a key role as it passes, with the spiritual resource possibly changing due to the beliefs and values of the group. However, some families stressed that religion was not a resource in the restructuring process, although the faith that there is a God became an ally in seeking a higher purpose in their lives; which allowed the families to develop a positive and reflective attitude in their transcendence as a group (Dutra et al., 2018). Considering that spirituality is not only related to religion, there remained a belief in presenting God in all stages of life (Kusumawaty et al., 2021).

For Kryszinska et al., (2017) the spiritual dimension of a person can be profoundly affected after the suicide of a loved one in ways that can influence the restructuring process, as it can serve as an important resource during suicide recovery, however, it can also be a source of stigmatization in this process. On the other hand, for some family members spirituality lost its meaning due to the adversity. This means that they were participants of different religious beliefs, each one seeing what happened

according to their belief; and for some families religious belief was not a strength for them after the death, because of this, they preferred to stay away from religious activities.

According to a literature review, on many occasions informal groups unrelated to bereavement support (such as sports or religious groups) were not frequently recommended or reported as helpful, which may be due to the general fear of being stigmatized (Entilli, Ross, et al., 2021; Sheehan et al., 2018). A study performed in Norway identified how social network members (family, friends, co-workers and neighbors) need to be educated about the harmful consequences of stigmatizing communication with bereaved individuals, so that they can overcome their uncertainties regarding communication of support for this population (Dyregrov & Selseng, 2022).

The previous argument is confirmed by the study by Čepulienė et al. (2021), demonstrating the need for these families to be helped by the religious community without being judged, since sometimes religious communities have a stigma about suicide, preventing adequate help from being provided to the family (Dransart, 2018; Jahn & Spencer-Thomas, 2018). If members of a religious community view the phenomenon of suicide based on “stigma might be supported by different religions’ harmful views of suicide as a mortal sin” (Čepulienė et al., 2021, p. 20), producing immeasurable pain in the family group, because one of the places that could be welcomed becomes a place where they are criticized and judged for something that the family did not do.

Regarding extrafamilial resources, as a group, they must mobilize social resources, which Walsh (2016a) defines as transactions with larger systems, such as access to institutional and structural supports. In addition, two situations were presented

in this study: 1) families who preferred to isolate themselves and 2) other families who were suspicious of the city's Care Network, due to experiences prior to the death of their family member. On the other hand, some mentioned the importance of the social support.

With regard to health centers, for most families, the support they received at the time of death and after the event was not relevant. The family feels powerless when they do not receive help from the places they believed could help them. This study shows that when the suicide survivors used professional support and services they considered them to provide poor social support; as the participants did not resolve their issues with a psychologist or only had one or two meetings (Entilli, Ross, et al., 2021).

However, other studies show that family members seek psychological support and help from professionals to better cope with these conflicting situations (Dutra et al., 2018). In the present study, participants perceive more support within their family or extended family. In another study, participants expressed a high level of social support experienced from their close relatives for “practical support”, to “get physical comfort” or to “have someone to remember the deceased with” (Entilli, Ross, et al., 2021). Both in the intrafamilial environment and in the extended family, moments of good humor and distraction seem to have been seen by the participants as factors that minimize distressing situations, possibly alleviating emotional overload (Claus et al., 2018; Walsh, 2016a).

This study also showed more social support from the police and religious centers, and little or no recognition of healthcare providers as an extrafamilial resource for family restructuring. For Kaspersen et al., (2022) it is likely that surviving families initially met with first responders (e.g., police, paramedics, funeral directors and the

coroner's office) shortly after the suicide. This first meeting with these services can be of great importance for future seeking, help and use of the service.

However, the literature shows that suicide survivor experiences with first responders are not always good (Kaspersen et al., 2022). In one of the families, this moment was remarkable because the rescuer stated how the family member was "cold-blooded" to kill themselves, a moment in which the family was in a state of shock; however, those words were not forgotten. Some officials, for example the police, could have conflicting roles if the death was considered suspicious, which could lead to a cold approach (Pitman et al., 2016).

Some studies found that the police rarely provided information about support alternatives, or that the information was out of date or seemed irrelevant (McKinnon & Chonody, 2014; Pitman et al., 2016). Actively supporting survivors in obtaining informal and professional support can have direct effects on their well-being and satisfaction in the restructuring process, even though they are conceptually distinct constructs, although strongly interrelated with the mental and physical health of suicide survivors (Leopold & Lechner, 2015).

According to a recent literature review (Entilli, Leo, et al., 2021; Kőlves et al., 2020; Walsh, 2016a), seeking help decreases after 6 months/1 year; this may indicate a withdrawal from seeking support, an alarming issue given that the literature suggests that grief-related issues can last for up to 2 years. It is also important to mention that in this study, families who had experienced the loss for between six years and less than six months were contacted, of the nine participants, only one lost their family member four years before, the others were in the period from six months to two years. Many of the families that participated in this study indicated that it was too late for them to talk.

Jointly with the support of intrafamilial and extrafamilial resources, the family unit restructured responsibilities, routines and roles of the members at home, due to the challenges that were presented after the death, denoting the time as a transversal characteristic of family life. The need to change the routine of families to move forward after the adversity shows the presence of one of the attributes of family resilience to resolve problems, as it requires a new standard of functioning to meet new family needs, as highlighted in the literature (Ruiz et al., 2021; Walsh, 2016a).

One of the changes is at the economic level, as it leads the family to make decisions to achieve financial security. Finding solutions to problems and negotiation skills can be developed through the family unity. Some conditions in the families are little explored and/or talked about, since the family's focus is more on fulfilling economic needs, such as changing jobs, in order to fulfill their basic necessities (Kusumawaty et al., 2021).

Most participating families have low economic resources and the family members who committed suicide were involved in drugs, with at least three involved in drug trafficking. For Dutra et al. (2018), in addition to family members losing someone who, most of the time, contributed to sustain the family, they also had to deal with the financial debt left by those who committed suicide. This fact, combined with the complexity involved in the suicide, in most cases, led to disorganization within the family. However, it also led the families to reinvent themselves in order to be able to restructure themselves, even if it took time, since the family felt lost in this scenario. Walsh (2016b), however, mentioned that what negatively affected the family dynamics could also be the force to transform.

Among the changes that take place in families, this study identified issues related to concluding commercial activities that they shared with the deceased person, and selling properties to change residential address. In a study carried out by Dutra et al., (2018) changing address was one of the strategies cited to overcome this disruption, especially when the suicide occurred at home. Leaving the house where they lived with their loved one proved to be a factor that eased the pain. Accordingly, there is an effort to strengthen family resilience through the restructuring of functional roles, which reduces relational tensions (Walsh, 2016c).

The previous aspect leads the family to become flexible (openness to change, stability in the midst of a crisis, strong leadership, and equality in the parental system, among others), showing that the family has a good attitude towards change, so that it can obtain resources that allow the necessary balance between homeostasis and morphogenesis (Walsh, 2016c). Individuals will find security in stable aspects such as rules, roles, and patterns of interaction (rituals and routines) (Walsh, 2016c). As expressed by several participants, a new activity, such as becoming an app driver, constituted an escape valve for the difficult times after the death.

Although the suicide experience generates important repercussions in the lives of the family, they also have the capacity to mobilize the existing forces within the family system, making resilience present; showing how the internal resources of families can be the force to be able to restructure themselves after the death of their family member. However, extrafamilial resources are sometimes not perceived as a source of support or are unknown to families.

Therefore, preventing these families from experiencing their restructuring process in silence is of great importance, as families that survive suicide are a

vulnerable group. These family members are victims of this self-inflicted violence, although it does not affect them physically, it does have an immeasurable emotional impact on each of them. Living with this event for the rest of their lives made it a difficult path for the families, which is full of questions, impotence, judgments, anger and longing.

In addition, recognizing the strengths of these families allows them to see their role in the group and how they have the ability to overcome adversity and try to restructure their lives. According to Dyregrov & Selseng (2022) emphasizing the importance of making people aware that stigma exists and subsequently increasing knowledge about why it occurs and how it is addressed in society can help reduce or extinguish stigma.

The aim of this study was not intervention, however, it did verify the relevance that acceptance and listening had for the participants, as can be seen in the statement of one of the participants who spoke after the meetings: “talking to someone outside the family group who was listened carefully and without judgment made me feel better and understand many things that I carried inside”. This shows the need for professionals working in PHC to promote self-care supported by families, regardless of the time that has elapsed since the suicide.

Acknowledgments: We want to thank the participants for sharing their experiences regarding and the possibility of entering the depth of their stories.

Disclosure statement: No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding: This research project was supported by the Coordination for the Improvement of Higher Level Personnel - CAPES, Brazil.

Declaration of data availability: The data cannot adhere to the FAIR principles as the sample size was too small and participants would be identifiable due to the robustness of the qualitative

interviews.

Additional information: This article is based on the PhD thesis of the first author, which was supervised by the second author.

References

- Andriessen, K., Krysinska, K., Kõlves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 10*, 2677. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013a). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia, 21*(2), 513-518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013b). *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ* (p. 18). Universidade Federal de Santa Catarina. <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Čepulienė, A. A., Pučinskaitė, B., Spangelytė, K., Skruibis, P., & Gailienė, D. (2021). Spirituality and Religiosity during Suicide Bereavement: A Qualitative Systematic Review. *Religions, 12*(9), 766. <https://doi.org/10.3390/rel12090766>
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Claus, M. I. S., Zerbetto, S. R., Gonçalves, A. M. de S., Galon, T., Andrade, L. G. Z. de, & Oliveira, F. C. de. (2018). The family strengths in the context of psychoactive substance dependence. *Escola Anna Nery, 22*(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0180>
- Cristancho, S., Goldszmidt, M., Lingard, L., & Watling, C. (2018). Qualitative research essentials for medical education. *Singapore Medical Journal, 59*(12), 622-627. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018093>
- de Souza Minayo, M. C. (2017). AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. *Revista Pesquisa Qualitativa, 5*(7), 01-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
- D'Eça Júnior, A., Rodrigues, L. dos S., Meneses Filho, E. P., Costa, L. D. L. N., Rêgo, A. de S., Costa, L. C., & Batista, R. F. L. (2019). Mortalidade por suicídio na

- população brasileira, 1996-2015: Qual é a tendência predominante? *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(1), 20-24. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>
- Dransart, D. (2018). Spiritual and Religious Issues in the Aftermath of Suicide. *Religions*, 9(5), 153. <https://doi.org/10.3390/rel9050153>
- Dutra, K., Preis, L. C., Caetano, J., Santos, J. L. G. dos, & Lessa, G. (2018). Experiencing suicide in the family: From mourning to the quest for overcoming. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 5), 2146-2153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>
- Dyregrov, K., Møgster, B., Løseth, H.-M., Lorås, L., & Titlestad, K. B. (2019). The special grief following drug related deaths. *Addiction Research & Theory*, 28(5), 415-424. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1679122>
- Dyregrov, K., & Selseng, L. B. (2022). “Nothing to mourn, He was just a drug addict”—Stigma towards people bereaved by drug-related death. *Addiction Research & Theory*, 30(1), 5-15. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1912327>
- Entilli, L., Leo, D. D., Aioli, F., Polato, M., Gaggi, O., & Cipolletta, S. (2021). Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110241. <https://doi.org/10.1177/00302228211024112>
- Entilli, L., Ross, V., De Leo, D., Cipolletta, S., & Kølves, K. (2021). Experiences of Parental Suicide-Bereavement: A Longitudinal Qualitative Analysis over Two Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 564. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020564>
- Farias, A. C., Maia, E. R., Costa, M. S., Moreira, M. R. C., Oliveira, J. D. de, & Pinto, A. G. A. (2022). Outlining the therapeutic itineraries of children with disabilities in the professional health care subsystem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), e20210169. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0169>
- Farooq, S., Tunmore, J., Wajid Ali, M., & Ayub, M. (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Research*, 306, 114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>
- Hirata, H. (2020). Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão. *Estudos Avançados*, 34(98), 25-40. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.003>

- Jahn, D., & Spencer-Thomas, S. (2018). A Qualitative Examination of Continuing Bonds through Spiritual Experiences in Individuals Bereaved by Suicide. *Religions*, 9(8), 248. <https://doi.org/10.3390/rel9080248>
- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2022). Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10016. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610016>
- Kølves, K., Zhao, Q., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & de Leo, D. (2020). Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(1), 89-98. <https://doi.org/10.1177/0004867419882490>
- Krysinska, K., Jahn, D. R., Spencer-Thomas, S., & Andriessen, K. (2017). The Roles of Religion and Spirituality in Suicide Bereavment and Postvention. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. T. Grad (Eds.), *Postvention in Action: The International Handbook of Suicide Bereavement Support* (pp. 186-196). Hogrefe Publishing.
- Kusumawaty, I., Yunike, Jawiah, & Rehana. (2021). Family resilience in caring for drug addiction. *Gaceta Sanitaria*, 35, S491-S494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.079>
- Leopold, T., & Lechner, C. M. (2015). Parents' Death and Adult Well-being: Gender, Age, and Adaptation to Filial Bereavement. *Journal of Marriage and Family*, 77(3), 747-760. <https://doi.org/10.1111/jomf.12186>
- McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231-248. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637>
- Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento* (14.^a ed.). Hucitec.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global* (pp. 1-89). Organización Panamericana de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=50BBD1EB7BE0FEDBD69EC579D66776C8?sequence=1
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members: Helpful and

- Unhelpful Responses after Suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 418-425. <https://doi.org/10.1111/inm.12224>
- Pitman, A., Khrisna Putri, A., Kennedy, N., De Souza, T., King, M., & Osborn, D. (2016). Priorities for the development and evaluation of support after suicide bereavement in the UK: Results of a discussion group. *Bereavement Care*, 35(3), 109-116. <https://doi.org/10.1080/02682621.2016.1254457>
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Ratinaud, P., & Marhand, P. (2012). *Application de la méthode ALCESTE à de «gros» corpus et stabilité des «mondes lexicaux»: Analyse du «CableGate» avec IraMuTeQ*. 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles, Liège. [http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud, Pierre et al. - Application de la methode Alceste.pdf](http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,Pierre%20et%20al.-Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf)
- Ruiz, B. O., Zerbetto, S. R., Galera, S. A. F., Barcellos Fontanella, B. J., Gonçalves, A. M. D. S., & Protti-Zanatta, S. T. (2021). Family resilience: Perception of family members of psychoactive substance dependents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3449. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3816.3449>
- Sheehan, L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., Redmon, M., Rubey, C. T., & Weber, S. (2018). Behind Closed Doors: The Stigma of Suicide Loss Survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 77(4), 330-349. <https://doi.org/10.1177/0030222816674215>
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2018). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 8(1), e019472. [https://doi.org/DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019472](https://doi.org/DOI:10.1136/bmjopen-2017-019472)
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar* (1.^a ed.). Roca.
- Walsh, F. (2016a). Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process*, 55(4), 616-632. [https://doi.org/DOI: 10.1111/famp.12260](https://doi.org/DOI:10.1111/famp.12260)

- Walsh, F. (2016b). *Strengthening family resilience* (3.^a ed.). Guilford Press.
- Walsh, F. (2016c). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, *13*(3), 313-324.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Wu, Q., Zhang, J., Walsh, L., & Slesnick, N. (2020). Family network satisfaction moderates treatment effects among homeless youth experiencing suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, *125*, 103548.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103548>

6.3.3 Artigo 3

ARTIGO ORIGINAL

Indicadores familiares que orientam na posvenção com famílias que vivenciaram o suicídio

RESUMO

Objetivo: Identificar indicadores que podem orientar na posvenção das famílias que vivenciaram a perda de um membro por suicídio. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, realizado com nove familiares pertencentes a oito famílias que perderam um dos seus membros pelo suicídio ocorrido no período 2016 a 2021. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre maio e agosto de 2022, com o auxílio do software GenoPro® e após submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Os principais indicadores familiares identificados foram: histórico de separações conjugais e reconstituição familiar; relações conflituosas; histórico de doenças físicas e mentais concomitantes; abuso de álcool e drogas; violência (física, emocional e sexual) entre os membros da família; ser alvo de racismo; e condição econômica deficitária. **Considerações finais:** O estudo aponta um conjunto de indicadores familiares chave que deve ser considerado pelos profissionais da saúde para planejar intervenções dirigidas às necessidades reais das famílias sobreviventes ao suicídio.

DESCRITORES: Família., Resiliência psicológica., Suicídio., Saúde mental., Posvenção.

INTRODUÇÃO

O suicídio, como um grave problema de saúde pública, requer diferentes abordagens e estratégias para preveni-lo. Dados mundiais mostram o quão urgente e necessário é realizar mais pesquisas, melhores intervenções e tratamentos eficazes frente ao fenômeno⁽¹⁾. Cada ano há mais perdas de pessoas por suicídio e, conseqüentemente, à medida que esse número aumenta, também aumenta o número de pessoas afetadas por esse tipo de perda, cujos efeitos transcendem a família, os amigos e a comunidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil figura como o oitavo país com maior número de suicídios e um crescimento acelerado, com taxas mais altas do que as de acidentes de trânsito e de homicídios^(1,2). Em média 72.247 pessoas por ano cometem o suicídio, o que evidencia a importância de melhor conhecer as diversas dimensões desta temática no país⁽³⁾, uma vez que os problemas de saúde social, física e mental e as tentativas de suicídio se repetem entre as pessoas enlutadas^(4,5).

O aumento do interesse dos pesquisadores sobre suicídio levou a um incremento na produtividade da pesquisa sobre a posvenção do suicídio. Busca-se identificar precocemente quem está mais exposto, quem é a pessoa mais atingida e as semelhanças e diferenças com outros tipos de óbitos, principalmente aqueles relacionados às mortes inesperadas e/ou violentas^(7,8). Da mesma forma, governos e agências de financiamento se concentram em aumentar a base de conhecimento na prevenção e intervenção do suicídio para reduzir o número de perdas humanas por suicídio. Apesar desses esforços, poucos são direcionados às famílias sobreviventes ao suicídio que, geralmente ficam excluídas dessa abordagem.

No Brasil, a promoção de suporte para as famílias sobreviventes é ainda muito frágil, sendo que em algumas regiões é inexistente⁽³⁾, mesmo sendo importante conhecer suas necessidades e cuidar delas, fortalecendo os aspectos positivos de suas vidas e de seu funcionamento. Da mesma forma, é importante identificar e valorizar a maneira como tais famílias enfrentam as situações e resolvem seus problemas, no contexto específico da perda por suicídio⁽¹¹⁾, pois isto pode subsidiar o trabalho dos profissionais em termos de posvenção.

Para Shneidman (1973) a posvenção se define como um conjunto de ações, atividades, intervenções, suporte e assistência dirigidas às pessoas impactadas pelo suicídio, com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver melhor, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não houvesse esse auxílio^(7, 3). É preciso, portanto, avançar na compreensão de como as famílias vivenciam a perda de um membro por suicídio, para trabalhar com elas no sentido de desenvolver intervenções para a posvenção e a promoção da saúde mental dos familiares sobreviventes^(12,13). E, ao mesmo tempo, que as pesquisas nesse campo sejam de fácil acesso para os profissionais que estão diariamente no cuidado destas famílias⁽¹⁰⁾.

Tendo em vista a relevância da temática sobre famílias que sobrevivem a experiência de perder um de seus membros por suicídio e a necessidade de dirigir a atenção a elas que, em geral, enfrentam sozinhas o processo de reestruturar-se após essa perda, este estudo nos levou a considerar a importância de reconhecer indicadores familiares nos sobreviventes ao suicídio.

Consideramos como indicadores familiares as características ou o conjunto de características de uma família que perdeu um de seus membros por suicídio, os quais revelam que se trata de uma família que necessita de ajuda para reestruturar-se. Com base em Shneidman (1973) para quem a morte de uma pessoa não é somente um fim, mas um recomeço para aqueles que estão em processo de sobreviver, os indicadores permitem aos profissionais planejar uma assistência ética com as famílias.

Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo: identificar indicadores que podem orientar na posvenção das famílias que vivenciaram a perda de um membro por suicídio.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de carácter exploratório⁽¹⁶⁾, que utiliza o Marco para avaliação dos estressores nas famílias inseridas em diferentes contextos⁽¹⁷⁾, para orientar a organização, análise e interpretação dos dados. Com base nesse marco, é preciso compreender o contexto atual no qual a família está inserida, assim como o histórico da família. O contexto se refere as situações que a família enfrentou, está enfrentando ou que ainda vai enfrentar⁽¹⁷⁾.

População

Nove participantes pertencem a oito famílias que vivenciaram o suicídio de um dos seus membros ocorrido no período de 2016 a 2021.

Local

O estudo foi realizado em um município do sul de Brasil, pertencente ao Estado do Rio Grande do Sul, onde a taxa de suicídio é próxima do dobro da taxa do país⁽¹⁸⁾. Razão pela qual a percentagem de famílias sobreviventes a perda por suicídio, neste contexto, é maior que o resto do país.

Crerios de seleção

Foram incluídos como participantes do estudo as pessoas maiores de 18 anos que perderam um familiar por suicídio. Foram excluídas as famílias em que a morte do familiar ocorrera a menos de 6 meses, do início da coleta de dados

Coleta dos dados

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas de maio a agosto de 2022, durante as quais foi elaborado o genograma da família, em conjunto com os participantes. Todos os autores do estudo são integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde-(GEPEFES), que tem seus eixos teóricos centrados nos conceitos: família, vulnerabilidade e resiliência. As entrevistas foram conduzidas pela primeira e terceira autora, ambas enfermeiras e doutorandas.

Foram realizados entre dois e três encontros com cada família. Com sete famílias as entrevistas se desenrolaram presencialmente nas dependências da universidade pública, a qual este estudo está vinculado. Um encontro foi realizado de forma *online* pela plataforma *Zoom*, de acordo com a disponibilidade das pesquisadoras e dos participantes. A duração média das entrevistas foi de 2 horas e 40 minutos. Todas foram gravadas e os participantes da pesquisa validaram o conteúdo dos genogramas.

Análise e tratamento dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o *software* GenoPro® (versão 2020) e posteriormente a técnica de Análise de Conteúdo⁽¹⁹⁾, balizada pelo *Marco para avaliação dos estressores nas famílias inseridas nos diferentes contextos*⁽¹⁷⁾, e o *conceito de Resiliência Familiar*⁽¹⁵⁾. A partir desta perspectiva as famílias que vivenciam as perdas procuram seu próprio senso de sobrevivência, de significado, de domínio e de continuidade. Reverter os problemas familiares que são vivenciados, antes, durante e após a morte por suicídio, sob a perspectiva da resiliência familiar, permite identificar e intervir sobre esses problemas na particularidade de cada família, mas com melhores possibilidades para reestruturar suas vidas, fortalecendo-as para um futuro compartilhado como grupo⁽¹⁵⁾.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAAE 51473921.0.0000.5324. de 2021, em conformidade com a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes manifestaram sua concordância via assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o

anonimato dos participantes, os depoimentos utilizados neste artigo foram identificados pela letra “F” seguido de um numeral atribuído a cada grupo familiar (F₁, F₂, F₃...F₈), conforme a ordem cronológica em que as entrevistas aconteceram.

RESULTADOS

Histórico de doenças físicas e mentais concomitantes

O primeiro indicador faz referência a presença de doenças físicas (F₁, F₂, F₃, F₄, F₅, F₆ e F₇) e doenças mentais (F₂, F₄, F₆, F₇ e F₈) em algum dos membros familiares. Em sete famílias estão presentes as doenças físicas concomitante com as doenças mentais (F₂, F₄, F₆ e F₇). São famílias em que algum ou alguns dos seus membros têm doenças crônicas, de natureza física, que gera mudanças nas dinâmicas destas famílias, em suas relações com os demais membros e a família com seu entorno social. Além disso, no percurso de seu ciclo vital como grupo, essa concomitância gera necessidades específicas, em termos de saúde familiar, as quais devem ser atendidas por os profissionais, sendo que elas influenciam todo os membros familiares, levando, algumas delas a afrontar-se com situações adversas, para as quais precisam de acompanhamento e intervenções de parte da equipe de saúde.

Histórico de separações conjugais e reconstituição familiar

Este indicador presente nas famílias F₂, F₄, F₅, F₆, F₇ e F₈ remete as situações de divórcio e/ou separações nas famílias e a reconstituição destas. Principalmente quando estas famílias têm a presença concomitante de vários indicadores, por exemplo a reconstituição familiar, pode representar por um lado a busca de mais estabilidade para o grupo ou, por outro, gerar mais estresse e instabilidade para seus membros. Quando os membros de uma família não conseguem se ajustar e se reorganizar com as mudanças de papéis e rotinas que acontecem nas situações de divórcio e/ou separações conjugais, impacta nos demais membros evidenciando que nem todos seus integrantes dispõem de forças para lidar com as mudanças na nova vida familiar.

Relações conflituosas

Em cinco famílias (F₁, F₂, F₅, F₇ e F₈) predominavam relações conflituosas entre seus membros, as quais se tornaram um fator de risco para a saúde mental dos membros familiares. Os tipos de relações conflituosas identificados variam de acordo com o ciclo de vida em que elas se encontram, no caso deste estudo, eram famílias com filhos

pequenos e adolescentes. Os conflitos eram devidos, principalmente pelo fato de que estabelecer as regras da família e o cuidado dos filhos correspondia a só um dos pais, sobrecarregando um deles. Essa situação converge para aquelas famílias com histórico de divórcio e/ou separações entre os pais, ou quando um dos genitores tem consumo abusivo de substâncias (F₁, F₂ e F₈).

Outro fator associado às relações conflituosas é o histórico de violência (física, emocional e/ou sexual), que gera tensão nas relações que, com o passar do tempo, se intensificarem ou se romperem completamente entre a pessoa que é alvo da violência e a que a pratica (F₇ e F₈).

Ser alvo de racismo

Tendo em conta a maneira como a sociedade é estruturada e o fato de ser permeada de desigualdades sociais, o racismo estrutural coloca as famílias em posição de vulnerabilidade racial. Entre as famílias participantes, quatro (F₁, F₄, F₅ e F₆) se reconhecem como alvo de racismo pelo fato de serem pessoas pretas. O racismo por si só é danoso para as famílias, porquanto limita o acesso a saúde, a educação, a segurança, a empregos bem remunerados, entre outros. Em concomitância com os demais indicadores aqui expostos, o racismo coloca as famílias em condição de maior negligência e impacta diretamente na saúde mental de seus membros, exacerbando o risco de suicídio nesta população.

Abuso de álcool e drogas

O abuso de álcool e drogas como indicador repetitivo nas gerações das famílias e, concomitantemente, com os demais indicadores apresentados neste estudo pode ser potenciador de transtornos mentais, relações conflituosas e violência entre os membros. Também pode levar a separações conjugais, ao desemprego e conseqüentemente condições econômicas difíceis para a família. Nesta categoria seis famílias vivenciavam a presença deste comportamento em vários de seus membros (F₁, F₂, F₄, F₅, F₆ e F₈), exacerbando-se entre aqueles que tinham uma doença mental diagnosticada. A pessoa que faz uso abusivo de álcool e/ou drogas, em geral, mostra certas características como não conseguir desempenhar adequadamente os papéis que lhe cabe dentro da família, além de problemas legais e desempenhar-se com dificuldade no trabalho. Neste estudo, algumas pessoas que se suicidaram eram membros do tráfico de drogas e acumulavam processos judiciais.

Violência entre os membros da família

Dentre as oito famílias, quatro (F₂, F₅, F₆, F₇ e F₈) expressaram a existência de problemas de violência entre seus membros, incluindo todos os tipos, mas com predominância de violência física, emocional e sexual, recorrentes. São famílias nas quais a violência se apresenta como padrão normatizado através das gerações. A violência sexual em específico aconteceu nas famílias F₂, F₇ e F₈. No caso da participante da família F₇, identificou-se que na infância era vítima do padrasto e na vida adulta a violência era parte de seu ex-marido e sogro. Ademais, esse padrão se repetiu com o companheiro que se suicidou, por meio de violência emocional e sexual. Esses casos específicos mostram como diferentes tipos de violência se fazem presentes na vida de alguns membros da família e que, as vezes se perpetuam na vida adulta.

Condição econômica deficitária.

As famílias lutam para conseguirem satisfazer suas necessidades básicas, alimentação, vivenda, acesso a melhores cuidados de sua saúde, educação, entre outros, mas quando elas como grupo se enfrentam a pobreza (F₁, F₂, F₅ e F₈) e o desemprego (F₁, F₂, F₅, F₆ e F₈) elas não conseguem suprir essas necessidades básicas para viver melhor, leva a estas famílias a uma condição econômica deficitária, convergem a pobreza e o desemprego. Esses dois indicadores quando presentes em uma família acentuam os demais problemas existentes. Uma família, F₈, apresenta diversos indicadores o que a coloca em uma condição deficitária. A pessoa que se suicidou era menor de idade, com um relacionamento alvo de homofobia, ambas envolvidas na prostituição e um relacionamento baseado em violência, consumo abusivo de álcool e drogas, desemprego e, após a morte por suicídio, uma situação econômica deficitária.

DISCUSSÃO

A análise baseada em genogramas de famílias que perderam um membro por suicídio, mostrou histórias familiares repletas de mudanças e de desafios frente a adversidade. Primeiramente, das oito famílias, sete delas perderam um membro familiar do sexo masculino, dentro de uma estrutura familiar em que quatro deles cumpriam o papel de filhos e três tinham o papel do pai. Mundialmente os homens cometem suicídio em uma proporção de três a quatro vezes maior que as mulheres, semelhantes aos

encontrados no estudo realizado no Brasil sobre a caracterização dos suicídios entre 1990 e 2015⁽²⁰⁾ e, também, neste estudo.

Segundo a literatura, existem diferentes explicações para explicar as causas associadas com as altas taxas de suicídio entre homens, dentre essas: “o impacto de questões socioeconômicas associadas ao desempenho de papéis sociais que são socialmente atribuídos aos homens; o desempenho escolar e a capacidade cognitiva geral; a resistência em buscar ajuda psiquiátrica; o efeito do divórcio e da alienação parental, a função da testosterona; e a maior prevalência de alcoolismo”⁽²⁰⁾.

Os resultados permitiram identificar indicadores familiares que podem orientar a posvenção das famílias que vivenciaram a perda de um membro por suicídio. Dentre os principais indicadores familiares foram identificados: ter vivenciado o divórcio e tornar-se famílias reconstituídas; famílias com histórico de doença física e mental, adições à álcool e às drogas, à violência física, à emocional e à sexual; famílias que vivenciam o racismo e a pobreza; e relações emocionais conflituosas. É importante lembrar que os comportamentos destrutivos de um membro da família tem impacto na família como um todo⁽¹⁵⁾, como se evidenciou neste estudo.

A maioria das famílias participantes se autodeclararam pretas, são famílias que vivenciam o racismo tanto na sua unidade familiar, quanto o racismo estrutural nas relações sociais, que produzem impactos em várias áreas e efeitos nefastos à saúde, gerando sérias consequências a nível emocional e físico⁽²¹⁾. No Brasil, a população negra com respeito ao resto da sociedade, vive diariamente os maiores níveis de vulnerabilidade social e econômica. A humilhação racial, sendo um fenômeno social, onde não se lhes permite sentir-se pertences ao país, vai gerando nesta população emoções contraproducentes na sua essência como grupo, isso pode carregar em eles um sentimento de inadequação levando a uma maior porcentagem de suicídio nas pessoas negras. A nível estatístico o risco de suicídio nos jovens negros é 45% maior que em relação com os jovens brancos, isto gera uma alerta a nível de saúde coletiva^(21,22).

Em geral a saúde mental das pessoas negras, inumeráveis vezes recebem diagnósticos de transtornos mentais considerando-se mais graves e com mais frequência do que a população branca, sem distinção entre homens e mulheres negras, como por exemplo a psicose maníaco depressiva e a esquizofrenia⁽²¹⁾. Grada⁽²³⁾ afirma que o racismo estrutural é primordial para a leitura do fenômeno do suicídio, sendo que o

racismo leva a uma perda da pessoa como ser humano, gerando uma deterioração a nível emocional e psíquico.

Entre os fatores de risco associados ao racismo que contribuem para a ocorrência do suicídio estão: sentir que não tem um lugar social; ausência de sentimento de pertença; se sentir inferiores; rejeição; negligência; abuso; inadaptação; sentimento de incapacidade; isolamento social; e solidão⁽¹⁸⁾. Cabe destacar, ainda, que o indicador étnico-racial tende a se tornar invisível nas discussões ou não é o objetivo proposto pelas pesquisas⁽²⁴⁾.

Nessa perspectiva, essa invisibilidade é produto de uma lógica intencional e consciente de um modo organizacional científico, pois estabelecem condições para que essas vidas não sejam reconhecidas e apreendidas como vidas dignas de direitos e cuidados. Ademais do racismo como forte indicador para ser identificado e trabalhado na posvenção com as famílias sobreviventes, existem outros comportamentos destrutivos que exigem que os membros da família enfrentem seu medo, culpa, raiva, desamparo e, muitas vezes, falta de competência e isolamento social. Esses sentimentos e convicções são tão fortes que são reforçados nos esquemas familiares, essas formas de relacionamento familiar, tendem a reaparecer em muitas gerações de uma mesma família; no entanto, esse processo é complexo^(25,26).

Outro indicador, o abuso de álcool e das drogas, tem um impacto em toda a unidade familiar. Identificou-se o histórico de abuso de álcool através das gerações, além disso na atualidade os membros da família participante com consumo abusivo iniciam essa prática na adolescência, primeiramente com o consumo de maconha, posteriormente com cocaína e crack. Cerca de 20% das mortes por uma *overdose* de drogas nos Estados Unidos foram devido a abuso de cocaína⁽²⁷⁾. Nesta pesquisa o integrante que se suicidou consumia abusivamente, sendo que as famílias relatam que no dia da morte a pessoa estava “muito drogada”.

Estudos no Brasil indicam que comportamentos suicidas são frequentes entre usuários de crack^(28,29). Razão pela qual famílias que entre seus membros esteja presente após a morte do familiar o abuso de substâncias é um indicador que deve ser avaliado com cautela pelos profissionais na posvenção. O suicídio e o uso de substâncias aumentam a carga sobre os serviços de saúde mental e têm consequências sociais e econômicas relevantes⁽³⁰⁾.

Numerosos indicadores familiares são sintomáticos, incluindo o alcoolismo, abuso de drogas, a violência manifestada em suas diferentes modalidades e o suicídio como outro tipo de violência autoinfligida que se repetem de geração após geração. Essa transmissão pode não acontecer linearmente⁽¹⁷⁾. Um estudo no México mostrou que depois de analisar três esferas (pessoal, social e familiar) o principal problema para o suicídio é a desintegração familiar (divórcio, alcoolismo, toxicodependência, abuso, abuso físico, etc.), e não o reconhecimento do núcleo familiar que perdeu importância na sociedade e, portanto, dentro da mesma família⁽³¹⁾.

Nesta pesquisa o histórico de separações conjugais; família reconstituída; relações conflituosas, foram indicadores salientes nas famílias participantes. Um estudo⁽³²⁾ identificou que às pessoas afetadas pelo divórcio dos pais correm maior risco de desenvolver uma variedade de condições de saúde mental, incluindo distúrbios emocionais e comportamentais, baixo desempenho escolar, depressão, ansiedade, ideação suicida, tentativa de suicídio, angústia, tabagismo e abuso de substâncias. Uma vez mais se constata que a presença ou convergência de vários indicadores aqui descritos podem colocar a família sobrevivente em uma posição de maior risco, e que devem ser atendidas em suas necessidades.

Muito dos indicadores familiares identificados tem impacto negativo nas crianças destas famílias, que, muitas vezes, carecem de informações e de habilidades para superar os desafios que o divórcio e demais situações adversas presentes na família traz. A maneira mais importante de minimizar os danos emocionais especificamente em às crianças envolvidas em separação e em divórcio, é garantir que as crianças mantenham um relacionamento próximo e seguro com ambos os pais, a menos que haja abuso ou negligência conjugal ou infantil; ou abuso de substâncias por parte dos pais⁽³²⁾. Esses últimos indicadores estão presentes nas famílias participantes o que impede muitas vezes conseguir esse relacionamento saudável com os adultos.

Todos os indicadores identificados nesta pesquisa são problemas que podem estar presentes em muitas famílias. Entretanto, é a convergência deles em uma família sobrevivente, que se constitui em um alerta para que os profissionais atuem prontamente, principalmente se esses indicadores já estavam presentes antes do suicídio acontecer. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem identificar os indicadores de modo que possam ser trabalhados em conjunto com a unidade familiar, permitindo-lhes

uma melhor compreensão da família e uma fonte de informação para orientar os processos de reestruturação após a perda de um membro por suicídio⁽¹⁷⁾.

Estudos recentes revelam que uma parte importante dos fatores de risco para o suicídio está intimamente relacionada à eventos familiares. No entanto, poucos são os estudos que discutem as estratégias de prevenção que consideram a estrutura e a dinâmica familiar⁽³³⁾. Esses eventos integram o ciclo de vida familiar, proporcionando uma evolução dinâmica da família, que passa por determinadas fases, numa sequência de mudança e reorganização da sua unidade⁽³⁴⁾. As famílias que participaram deste estudo se encontravam nos estágios: família com adolescentes; e famílias lançando os filhos e seguindo em frente. São famílias em processos de transição, os quais certamente comportam certos níveis de ansiedade, mas dependendo de sua intensidade podem tornar ainda mais difícil ou disfuncional essa transição⁽¹⁷⁾. O suicídio ocorrido em uma fase de transição gera ainda mais ansiedade na unidade familiar.

De acordo com o modelo planteado por McGoldrick, Gerson e Petry⁽¹⁷⁾ mesmo um pequeno estresse horizontal em uma família em que o eixo vertical representa um estresse intenso que poderá criar um grande rompimento do sistema; ali é onde os profissionais de saúde devem prestar especial atenção. Quando uma família está passando por uma experiência significativa, como é a morte por suicídio, o ideal é que ela mantenha alguma familiaridade, como rotinas diárias e rituais. Alcançar uma flexibilidade saudável significa encontrar um equilíbrio delicado entre continuidade e mudança⁽³³⁾. Porém se a família não reestruturar seus papéis e suas responsabilidades o estresse e a ansiedade provavelmente aumentará e o funcionamento da família sofrerá.

Deste modo quando os indicadores familiares como a pobreza, o racismo, os padrões emocionais conflituosos, a violência, a adição, entre outros; muitos deles indicadores que tem a ver com a transgeracionalidade, de modo que nos períodos de transições familiares, todo o sistema familiar é afetado pela pressão e carga de uma transformação que abrange várias gerações⁽³⁵⁾. Quando se apresenta uma perda de um membro familiar, é importante identificar como essas famílias conseguiram se reestruturar após a perda e se os membros puderam reinvestir em outras relações e atividades de vida a raiz da perda⁽¹⁷⁾.

Outro dos indicadores é a violência, especificamente, a violência intrafamiliar que leva a uma variedade de desfechos negativos, abrangendo desfechos físicos e

psicológicos, como dor crônica, problemas respiratórios, problemas perinatais, infecções sexualmente transmissíveis, HIV, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de drogas e suicídio^(33,36). Outro estudo, desenhado como caso-controle identificou os transtornos psiquiátricos, eventos do ciclo da vida, automutilação, violência sexual, desemprego e isolamento social, como fatores de risco nas famílias⁽³⁷⁾.

Frente a essas mobilizações do sistema familiar após a morte por suicídio não podemos ignorar o contexto social, o econômico e o político e seu impacto sobre as famílias. Nesta pesquisa as famílias participantes vivenciam discrepâncias de suas situações sociais e econômicas, que acaba por imobilizar-lhes ali. Por isso, é de importância que os profissionais reconheçam esses indicadores presentes nas famílias sobreviventes e possam dar atenção especial naquelas que precisam de mais apoio social. Por exemplo, em um apoio social informal poderia ser benéfico para todos os sobreviventes ao suicídio⁽³⁸⁾. Aquelas afetadas por o suicídio sem a presença indicadores familiares que possam levar-lhes ao estresse pós-traumático podem beneficiar-se de enfoque educativo⁽³⁹⁾.

No caso das famílias que estejam levemente afetadas e com poucos indicadores familiares que levem a problemas no seu processo de reestruturação pode ser útil o apoio entre pares, o reconhecimento mútuo e o compartilhar podem ser de grande ajuda para essas famílias⁽⁴⁰⁾. Porém no caso de famílias que estejam os seus membros com muitos dos indicadores familiares acentuados e/ou com problemas de saúde física e mental podem beneficiar-se de uma psicoterapia especializada^(41,42). Com base no anterior poder planejar intervenções que abordem a identificação de cada situação familiar e quais indicadores familiares podem ser os que nos auxiliem como profissionais de saúde a reconhecer elementos nestas famílias sobreviventes ao suicídio, para conseguir permitir diminuir neles os riscos de suicídio; ao mesmo tempo em que atendem às necessidades de apoio para um processo de reestruturação onde os recursos extrafamiliares sejam utilizados e eficazes.

Posvenção eficaz, ou seja, o apoio ao luto por suicídio, é visto como um grande desafio de saúde pública e de mental, se sabe que não é fácil para os profissionais de saúde, adentrar-se numa população que este sofrimento é uma dor imensurável que precisa de conhecimento teórico-prático para conseguir responder as necessidades reais

destas famílias. De modo que as estratégias de posvenção podem ser operacionalizadas a partir da perspectiva clínica, ou seja, a perspectiva dos profissionais e serviços de saúde mental, e da perspectiva da saúde pública, com o desenvolvimento de políticas e estratégias gerais para a população⁽⁴³⁾.

Por último, conseguir dar resposta a chamada que fez Shneidman há 50 anos, com sua mensagem: “devemos fornecer rotineiramente cuidados de saúde mental posventiva”⁽⁸⁾, para estas famílias. É uma urgência de abordar esse fenômeno, ajudando a ter impacto nas políticas públicas e nas práticas profissionais para conseguir salvar vidas e ter uma reestruturação familiar positiva, esta urgência não pode ser subestimada.

Portanto, não basta propor intervenções efetivas, mas sim intervenções sem julgamentos, sem estigma; essas famílias necessitam de profissionais de saúde com sensibilidade, escuta atenta; mesmo anotando várias vezes em meu diário reflexivo, a perda do familiar gera nessas famílias a experiência de estar montado em uma montanha-russa da qual não podem sair; dias de estar acima da dor física, outros dias a dor emocional se torna evidente, alguns dias os dois tipos de dor se entrelaçam; mas algo que não sai dessa montanha-russa sem fim, é uma dor que muda completamente suas vidas dia após dia.

O anterior é confirmado por Scavacini⁽³⁾ que desde 2016 em certos estados de Brasil tem trabalhado com grupos de apoio para os sobreviventes enlutados, por meio do Instituto Vita Alere, onde tem experimentado a importância do pertencimento e do acolhimento sem julgamento para esta população, desde esse contexto eles se mantêm na defesa e apoio ao desenvolvimento de novos grupos.

Dentre as limitações deste estudo, o número de participantes alentando em novas pesquisas abranger mais famílias, em que venham de diferentes contextos para ter uma visão mais ampla do fenômeno de reestruturação familiar após a perda por suicídio. As contribuições deste estudo referem-se à utilização dos indicadores familiares no processo de avaliação e intervenção no cuidado às famílias sobreviventes ao suicídio, contribuindo aos profissionais de saúde a identificar quais são as principais situações que vivenciam estas famílias para ajudar-lhes no processo de reestruturação familiar. Baseado nessa concepção ter um olhar desde uma perspectiva positiva de como essa família ainda na adversidade tem as ferramentas para continuar com suas vidas.

A necessidade de intervenções específicas para famílias pertencentes a determinados grupos sociais, principalmente aqueles indicadores familiares identificados neste estudo. Com uma visão nos problemas estruturais, inclusive socioculturais e ambientais específicos e singulares, podem ser utilizados na posvenção com famílias em ambientes mais vulneráveis. Para desenvolver estratégias de posvenção eficazes e abrangentes, é crucial avaliar esses indicadores familiares e desenvolver intervenções e estratégias culturalmente apropriadas e sensíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma abordagem de saúde pública para a posvenção pode permitir que as intervenções sejam apropriadas às necessidades dos sobreviventes e alinhar a posvenção com os programas de prevenção do suicídio. Destacar áreas de vulnerabilidade e resiliência familiar quando o suicídio esteve presente na unidade familiar, pode converter-se em uma ferramenta para a posvenção com um olhar nos papéis potenciais da família para conseguir-se reestruturar.

Esses indicadores familiares apresentam um forte argumento para que os formuladores de políticas públicas, apoiarem e analisarem a importância da contratação de profissionais e a sensibilização dos serviços da Rede de Atenção para a intervenção das famílias sobreviventes ao suicídio, com objetivo final de dar uma atenção que permita responder a esse sofrimento com o que estas famílias vivem.

A importância dos profissionais em reconhecerem os indicadores familiares, para poder responder a demandas destas famílias. Conseguir para elas uma atenção onde eles se sintam acolhidos, não julgados e escutados. Devido à complexidade do fenómeno do suicídio, o qual é atravessado por múltiplos elementos, onde os indicadores aqui apresentados, neste estudo, sejam levados em consideração para um trabalho com as famílias, com um enfoque integrador e não cair em intervenções reducionistas nem simplistas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide rates (per 100 00 population) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
2. Silva BFA da, Prates AAP, Cardoso AA, Rosas N. O suicídio no Brasil contemporâneo. Soc estado [Internet]. agosto de 2018 [citado 23 de octubre de 2022];33(2):565-79. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922018000200565&lng=pt&tlng=pt
3. Scavacini K, Cornejo ER, Cescon LF. Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. Rev M (Rio J) [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 23 de octubre de 2022];4(7):201. Disponible en: <http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8981>
4. Andriessen K, Rahman B, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. Journal of Psychiatric Research [Internet]. mayo de 2017 [citado 10 de abril de 2020];88:113-20. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395616304836>
5. Pitman AL, Rantell K, Moran P, Sireling L, Marston L, King M, et al. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. BMJ Open [Internet]. mayo de 2017 [citado 10 de abril de 2020];7(5):e014487. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-014487>
6. Andriessen K. Can Postvention Be Prevention? Crisis [Internet]. enero de 2009 [citado 23 de octubre de 2022];30(1):43-7. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.30.1.43>
7. Maple M, Pearce T, Sanford R, Cerel J, Castelli Dransart DA, Andriessen K. A Systematic Mapping of Suicide Bereavement and Postvention Research and a Proposed Strategic Research Agenda. Crisis [Internet]. julio de 2018 [citado 31 de octubre de 2020];39(4):275-82. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000498>

8. Maple M, Poštuvan V, McDonnell S. Progress in Postvention. *Crisis* [Internet]. 2019 [citado 30 de octubre de 2020];40(6):379-82. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1027/0227-5910/a000620>
9. Moore M, Maple M, Mitchell AM, Cerel J. Challenges and Opportunities for Suicide Bereavement Research: The Experience of Ethical Board Review. *Crisis* [Internet]. 1 de septiembre de 2013 [citado 31 de octubre de 2020];34(5):297-304. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000191>
10. Rocha PG, Lima DMA. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicol clin* [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre de 2022];31(2):323-44. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652019000200007&lng=pt&nrm=iso
11. Zerbetto SR, Galera SAF, Ruiz BO. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 23 de octubre de 2022];70(6):1184-90. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601184&lng=en&tlng=en
12. Dornelas Nunes FD, Ferreira Pinto JA, Lopes M, Enes C de L, Lappann Botti NC. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *RPESM* [Internet]. junio de 2016 [citado 10 de abril de 2020];(15). Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
13. Dutra K, Preis LC, Caetano J, Santos JLG dos, Lessa G. Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 10 de abril de 2020];71(suppl 5):2146-53. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&tlng=en
14. Walsh F. Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Fam Process*. 2016;55(4):616-32.

15. Walsh F. Strengthening family resilience. 3.^a ed. New York: Guilford Press; 2016.
16. Gil A. Como elaborar projetos de pesquisa. 6.^a ed. São Paulo: Atlas; 2018.
17. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genograms. Assessment and Treatment. 4.^a ed. W.W. Norton, Incorporated.; 2020. 400 p.
18. Franck MC, Monteiro MG, Limberger RP. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. mayo de 2020 [citado 5 de junio de 2020];29(2). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200307&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
19. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. 14.^a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
20. Palma DC de A, Santos ES dos, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 23 de octubre de 2022];36(4):e00092819. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405005&tlng=pt
21. De Oliveira Alve C, Moreira Coelho AL, Tavares BL. Enfrentar o racismo é promover saúde e equidade [Internet]. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde.; 2020 [citado 21 de octubre de 2022]. Disponible en: http://brapep.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Nota-Te%CC%81cnica_Racismo_03_12_2020-compactado.pdf
22. Brasil. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Brasília.; 2018. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf
23. Kilomba G. Memórias da Plantação: Episódios de Racismo Cotidiano [Internet]. 1.^a ed. Cobogó; 2019. Disponible en: https://www.ufrb.edu.br/ppgcom/images/MEMORIAS_DA_PLANTACAO_-_EPISODIOS_DE_RAC_1_GRADA.pdf

- 24.Lima L, Cunha Paz FP. A morte como horizonte?: Notas sobre suicídio, racismo e necropolítica. *TeoCult* [Internet]. 5 de julio de 2021 [citado 23 de octubre de 2022];16(1):95-109. Disponible en:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/30795>
- 25.Leonidas C, Santos MA. Family relations in eating disorders: the Genogram as instrument of assessment. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. mayo de 2015 [citado 23 de octubre de 2022];20(5):1435-47. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501435&lng=en&tlng=en
- 26.Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K. Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. *Front Psychol* [Internet]. 29 de marzo de 2018 [citado 23 de octubre de 2022];9:429. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00429/full>
- 27.KariisA M, Scholl L, Wilson N, Seth P. Drug overdose deaths involving cocaine and psychostimulants with abuse potential - United States, 2003-2017. *Weekly /* [Internet]. 2019;68(17):388-95. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6817a3.htm>
- 28.Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, et al. Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems: Crack Users and Antisocial Behaviors. *The American Journal on Addictions* [Internet]. julio de 2012 [citado 23 de octubre de 2022];21(4):370-80. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x>
- 29.Narvaez JCM, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczinski F, Silva RA, Pechansky F, et al. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. agosto de 2014 [citado 23 de octubre de 2022];55(6):1369-76. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X14001084>
- 30.Moçambique M, Hoffmann A, Roglio VS, Kessler FHP, Dalbosco C, Schuch JB, et al. Prevalence of suicide in cocaine users accessing health services: a systematic

review and meta-analysis. Brazilian Journal of Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 23 de octubre de 2022]; Disponible en:

<https://www.bjp.org.br/details/2244/en-US/prevalence-of-suicide-in-cocaine-users-accessing-health-services--a-systematic-review-and-meta-analysis>

31. González-Abarcaález-Abar A, Ramos-Corrales J, Nolasco-García E, Lara-Flores A, Ramírez-Piedra A, Márquez-Alcaraz M, et al. Depresión y suicidio. Salud Jalisco [Internet]. 2014;1(1):47-55. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141k.pdf>

32. Çaksen H. The effects of parental divorce on children. Psychiatriki [Internet]. 2021 [citado 23 de octubre de 2022]; Disponible en: https://psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1714&lang=en

33. Arafat SMY, Saleem T, Edwards TM, Ali SA, Khan MM. Suicide prevention in Bangladesh: The role of family. Brain and Behavior [Internet]. mayo de 2022 [citado 23 de octubre de 2022];12(5). Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.2562>

34. Dal Bello L, Magnabo M. O fenômeno da transgeracionalidade no ciclo de vida familiar: casal com filhos pequenos. Rev bras psicodrama [Internet]. 2020;28(2).

Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932020000200003

35. Andolfi M. A terapia familiar multigeracional: instrumentos e recursos do terapeuta. Belo Horizonte: Artesã; 2019.

36. Dokkedahl S, Kok RN, Murphy S, Kristensen TR, Bech-Hansen D, Elklit A. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis. Syst Rev [Internet]. diciembre de 2019 [citado 23 de octubre de 2022];8(1):198. Disponible en:

[https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1118-](https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1118-1)

37. Arafat SMY, Mohit MA, Mullick MSI, Kabir R, Khan MM. Risk factors for suicide in Bangladesh: case-control psychological autopsy study. *BJPsych open* [Internet]. enero de 2021 [citado 23 de octubre de 2022];7(1):e18. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056472420001520/type/journal_article
38. Scocco P, Zerbinati L, Preti A, Ferrari A, Totaro S. Mindfulness-based weekend retreats for people bereaved by suicide (*Panta Rhei*): A pilot feasibility study. *Psychol Psychother Theory Res Pract* [Internet]. marzo de 2019 [citado 23 de octubre de 2022];92(1):39-56. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papt.12175>
39. Cha JM, Kim JE, Kim MA, Shim B, Cha MJ, Lee JJ, et al. Five Months Follow-up Study of School-based Crisis Intervention for Korean High School Students Who Experienced a Peer Suicide. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2022];33(28):e192. Disponible en: <https://jkms.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2018.33.e192>
40. Kramer J, Boon B, Schotanus-Dijkstra M, van Ballegooijen W, Kerkhof A, van der Poel A. The Mental Health of Visitors of Web-Based Support Forums for Bereaved by Suicide. *Crisis* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 23 de octubre de 2022];36(1):38-45. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000281>
41. Supiano KP, Haynes LB, Pond V. The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook. *Death Studies* [Internet]. 21 de octubre de 2017 [citado 23 de octubre de 2022];41(9):553-61. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2017.1320339>
42. Zisook S, Shear MK, Reynolds CF, Simon NM, Mauro C, Skritskaya NA, et al. Treatment of Complicated Grief in Survivors of Suicide Loss: A HEAL Report. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 25 de abril de 2018 [citado 23 de octubre de 2022];79(2):17m11592. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2018/v79n02/17m11592.aspx>

43. Ruckert MLT, Frizzo RP, Rigoli MM. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2020];15(2). Disponível em: http://www.rbtc.org.br/edicoes_anteriores.asp

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta investigação mostram que para compreender o fenômeno do suicídio é necessário ter uma visão mais ampla da unidade familiar, do contexto no qual a vida familiar se desenrola e de seus vínculos com a comunidade. As evidências nesta tese enfatizam a importância de os profissionais da área da saúde estarem conscientes da necessidade da atenção às famílias sobreviventes, de serem reconhecidas, acolhidas e consideradas como grupo em situação de vulnerabilidade.

Assim, neste estudo confirmou-se a tese de que “as famílias que vivenciaram o suicídio de um de seus membros podem ter um processo de reestruturação positiva, desde que possuam estruturas de apoio de acordo com o contexto em que vivem.

Dentre os objetivos traçados para esta tese, o primeiro visava identificar no discurso dos participantes, elementos que denotaram os sentidos atribuídos à perda de um familiar por suicídio. Identificando-se que a morte por suicídio gera na unidade familiar inúmeros sentimentos, os quais se fazem presentes diariamente na vida da aquela família que é impactada pelo fenômeno do suicídio. Esses sentimentos têm características em comum, são profundos, complexos e difíceis para todos os membros da família, de modo que sentidos que sobrepõem qualquer outra vivência de perda devido a outras causas de morte.

As famílias sobreviventes precisam lutar contra os sentimentos de culpa, de exclusão e da falta de apoio fora da unidade familiar. Combinando uma dor imensurável com o sentimento de abandono por parte da pessoa que faleceu, emerge um sentimento de culpabilidade pelo ocorrido que, em algumas situações, chega a paralisar o cotidiano da família, além de agregar uma nostalgia em relação à história vivida antes da morte. É importante toda a história vivida anteriormente, associada com as normativas da sociedade, nas quais a empatia e a compaixão para com as famílias que perdem um de

seus membros é importante. Entretanto, quando a morte é por suicídio, é um luto vivido em silêncio, diferente do luto por outras causas de morte.

De acordo com o segundo e o terceiro objetivos que tratavam do processo de reestruturação familiar depois da morte por suicídio, encontramos como principal resultado nesta tese que este processo ocorre prioritariamente dentro da própria família, por meio das modificações na rotina e nos papéis de cada membro da família. Os resultados mostraram, também, que as famílias não reconhecem e não buscam certos recursos sociais como fonte de apoio para depois da perda.

Baseando-se nos resultados identificou-se que existe um certo “abandono” das famílias depois que a morte de seu familiar por parte dos serviços de saúde, mesmo que a pessoa falecida estivesse vinculada previamente a um Centro de Atenção Psicossocial. Isto leva as famílias a vivenciarem a perda de modo solitário e a buscarem seus próprios caminhos para continuarem suas vidas, mesmo na vigência dos sentimentos mencionados anteriormente. Observou-se também, que a família se comporta como se tivesse morrido junto com a pessoa que se suicidou, constatando-se o modelo de atenção centrado no indivíduo, de modo que a pessoa morre e aqueles que ficam não são reconhecidos como necessitados de ajuda. Estas famílias precisam de ajuda para identificar e acessar os recursos extrafamiliares, principalmente o apoio social e nesta tarefa os profissionais têm papel preponderante, por meio da mobilização das potencialidades das famílias, permitindo fortalecer o processo de reestruturação familiar acompanhado por profissionais capacitados.

Ainda, os resultados desta tese apontaram alguns indicadores familiares, que podem revelar para os profissionais que estas famílias necessitam de atendimento, particularmente quando estes indicadores se fazem presentes de forma concomitantes e associado a um histórico de suicídio na família. Trata-se de indicativos de “alarme” para os profissionais intervir com ações alinhadas às necessidades de cada família. Neste sentido, é importante propor um protocolo de intervenção, um produto técnico, a partir do qual o sistema de saúde seja capaz de identificar as famílias e quais delas estão em maior risco de vivenciar novamente o suicídio ou de agravar-se.

Ainda, em termos de implicações para a prática profissional, é urgente o cuidado imediato à estas famílias desde o momento zero, quando ocorre a morte. Com esta

finalidade, é necessário realizar revisões dos conhecimentos teórico-práticos existentes para propor intervenções coerentes com as reais necessidades das famílias e alinhadas com as políticas públicas de saúde mental.

Concluimos com a relevância da posvenção como abordagem de trabalho com famílias sobreviventes, de modo que as intervenções permitam mobilizar as potencialidades das famílias e o fortalecimento do processo de reestruturação familiar. A posvenção transcende o tempo, já que o processo de reestruturação não está delimitado a um tempo específico. Depende fortemente do contexto em que a família está inserida e das suas características como grupo. Assim, os profissionais devem reconhecer que ao trabalhar com essas famílias não será possível “arrancar” delas aquela dor imensurável, mas, acompanhá-las, estar presente nos desafios que enfrentam, ou seja, não deixá-las viver de forma solitária o processo de reestruturação.

Neste estudo, a concepção de resiliência familiar foi fundamental para identificar os recursos intra e extrafamiliares que cada uma das famílias dispunha para dar sustentação ao seu processo de reestruturação após a perda por suicídio. E, da mesma forma, para compreender como a família diante dessa situação adversa pode promover seu crescimento apesar do sofrimento.

Também a nível do ensino, os resultados desta pesquisa permitiram orientar o ensino para os estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem, de modo que possam ter os conhecimentos básicos para trabalhar com esta população. Desta forma, o conhecimento baseado na posvenção especificamente com as famílias sobreviventes, permitirá no futuro que eles já profissionais formados possam planejar assistência integral do cuidado. Independente do cenário de atendimento dos futuros profissionais, é relevante que eles tenham as ferramentas necessárias para identificar quando essa família precisa de ajuda urgente, e conseguir identificar quando é preciso o encaminhamento para outros profissionais da Rede de Atenção em Saúde.

A nível de pesquisa cabe ressaltar a importância de prestar atenção a outras vertentes de investigação com outras pessoas atingidas pelo fenômeno do suicídio (amigos, vizinhos, colegas de trabalho, colegas do estudo, etcétera), assim como os profissionais da Rede de Atenção. De modo, se enfatiza a necessidade de futuras investigações que aprofundem na percepção dos profissionais presentes no contexto

destas famílias: profissionais da atenção em saúde, professores, polícias, serviços sociais, locais de trabalho, entre outros; assim como de novos estudos em outros contextos e com outras abordagens que possam contribuir para a compreensão da complexidade dos processos de reestruturação familiar após o suicídio de um dos seus membros.

As limitações deste estudo, encontram-se primeiramente que os resultados são originados de um único cenário, de acordo com as características metodológicas do estudo, visando a confiabilidade do estudo, que é a repetição do estudo nas mesmas condições, para o qual o roteiro de entrevista completo foi apresentado na última fase do processo de pesquisa; permitindo a disponibilização do instrumento de coleta de dados para pesquisas futuras no município estudado com mais famílias sobreviventes.

Outra das limitações, destacamos o número restrito de participantes na pesquisa que, apesar de aplicar todas as possibilidades de convite para a totalidade das 123 famílias que vivenciaram o suicídio no período de 2016 a 2021 no local de estudo, não se teve o retorno esperado. Dentro das situações que dificultaram o contato foi que as famílias que o suicídio tinha acontecido entre 2016 e 2018, mais da metade dos contatos telefônicos já não pertenciam as pessoas que se queria localizar.

A rejeição de parte das famílias que tinha passado mais de dois anos após a morte do seu membro familiar, para algumas dessas famílias já tinha passado muito tempo, para eles participar e reviver o acontecido, uma das repostas mais comuns por parte deles era que se tivesse sido no primeiro momento que realmente precisam de ajuda. Levando a considerar a importância de intervenções imediata para as famílias sobreviventes, uma população que requer desse cuidado de parte dos profissionais de saúde. O ter presentes a mais representantes da família, é uma das limitações do estudo, convertendo-se o recrutamento o ponto mais difícil de conseguir no trajeto da pesquisa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, Robert. *I never sang for my father: A play in two acts*. Dramatists Play Service, Inc., 1968.
- ANDRIESEN, Karl *et al.* Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, v. 88, p. 113–120, maio 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395616304836>>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- ANDRIESEN, Karl *et al.* Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, v. 10, p. 2677, 29 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.02677/full>>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- ARIAS GALLEGOS, Walter L. *et al.* Análisis transgeneracional de la violencia familiar a través de la técnica de genogramas. *Revista de Investigación en Psicología*, v. 20, n. 2, p. 283, 21 dez. 2017. Disponível em: <<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/14042>>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- ASPERS, Patrik; CORTE, Ugo. What is Qualitative in Qualitative Research. *Qualitative Sociology*, v. 42, n. 2, p. 139–160, jun. 2019. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s11133-019-9413-7>>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). *SUICÍDIO: INFORMANDO PARA PREVENIR*. . Brasília: Conselho Federal de Medicina (CFM)/Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- BALDAÇARA, Leonardo, et al. Epidemiology of suicides in Brazil: a systematic review. *GLOBAL PSYCHIATRY ARCHIVES*, 2022.
- BAUMBUSCH, Jennifer. Semi-Structured Interviewing in Practice-Close Research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, v. 15, n. 3, p. 255–258, 22 jun. 2010. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6155.2010.00243.x>>. Acesso em: 24 ago. 2020.
- BENÍTEZ, Camacho Érika. Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, v. 32, n. 1, p. 15–39, 4 jan. 2021. Disponível em: <<http://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/469>>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- BLANCO, Patricia. *La salud mental continúa estando rezagada en el país, a pesar de los esfuerzos que realizan las instituciones y organizaciones sociales*. . San José: Universidad de Costa Rica, 2018. Disponível em:

<<https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/10/26/el-pais-tiene-una-deuda-con-la-salud-mental.html>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

BOWBLY, John. *La separación efectiva*. Barcelona: Paidós, 1973.

BOWEN, Murray. *Family therapy in clinical practice*. [S.l.: s.n.], 1978.

BOWLBY, John. *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós, 1980.

BRASIL. LEI Nº 9.610. . Lei dos Direitos Autorais (1998). , 20 fev. 1998, Sec. 1-Diário Oficial da União - 20/2/1998, Página 3, p. 665. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9610-19-fevereiro-1998-365399-norma-pl.html>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. *Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas*. . CNS/MS: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2016.

BRAVO-ANDRADE, Héctor Rubén *et al.* Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes. *CULTURA EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*, v. 10, n. 1, p. 25–41, 26 jun. 2019. Disponível em: <<https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/2064>>. Acesso em: 23 out. 2022.

BREEN, Lauren J. *et al.* Invitation to grief in the family context. *Death Studies*, v. 43, n. 3, p. 173–182, 16 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2018.1442375>>. Acesso em: 9 jun. 2020.

BRONFENBRENNER, Urie. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press., 1979.

BROWN, Sabrina; SCHUMAN, Donna L. Suicide in the Time of COVID-19: A Perfect Storm. *The Journal of Rural Health*, v. 37, n. 1, p. 211–214, jan. 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jrh.12458>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

BURGOS, Graciela Verónica *et al.* Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, v. 7, n. 3, p. 2802–2810, dez. 2017. Disponível em: <http://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/43>. Acesso em: 3 jun. 2020.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513–518, 2013a. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2022.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Laboratório de Psicologia Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013b. Disponível em:

<<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 9 set. 2022.

CEREL, Julie *et al.* How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 49, n. 2, p. 529–534, abr. 2019. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12450>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CRISTANCHO, S *et al.* Qualitative research essentials for medical education.

Singapore Medical Journal, v. 59, n. 12, p. 622–627, dez. 2018. Disponível em:

<<http://www.smj.org.sg/article/qualitative-research-essentials-medical-education>>.

Acesso em: 21 jun. 2021.

DANTAS, Ana P. *et al.* Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 40, n. 1, p. 12–18, 21 ago. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000100012&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DARAY, Federico; GRENDAS, Leandro; REBOK, Federico. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, v. 73, n. 3, p. 205–211, 2016. Disponível em:

<<https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457/15367>>. Acesso em: 3 jun. 2020.

DE ANDRADE SEIDI, Marisol Lurdes; DA CRUZ BENETTI, Silvia Pereira.

Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud.

Diversitas: Perspectivas en Psicología, v. 7, n. 1, p. 43–55, 2011. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/679/67922583004.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

DE SOUZA MINAYO, María Cecília. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01–12, 2017. Disponível em:

<<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>>.

DORNELAS NUNES, Fernanda Daniela *et al.* O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 15, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

Acesso em: 10 abr. 2020.

DUTRA, Kassiane *et al.* Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 5, p. 2146–2153, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&tlng=en>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ERLANGSEN, Annette *et al.* Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study. *JAMA Psychiatry*, v. 74, n. 5, p. 456, 1 maio 2017. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2017.0226>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200307&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 5 jun. 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, v. 47, n. 1, p. 3, 26 jan. 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/19651>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

GARCIANDÍA IMAZ, José Antonio. Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v. 43, p. 71–79, 2013. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745014000109>>. Acesso em: 6 maio 2020.

GÓMEZ-DURÁN, Esperanza L. *et al.* Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, v. 9, n. 1, p. 31–38, 2014. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S188898911400038X>>. Acesso em: 3 jun. 2020.

GONÇALVES, Raphael Eduardo Marques; PONCE, Júlio De Carvalho; LEYTON, Vilma. Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 20, n. 1, p. 9, 25 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/102818>>. Acesso em: 3 jun. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Suicídio e Tentativa de Suicídio. *Boletim de Vigilância Epidemiológica*, v. 1, n. 1, p. 1–8, 2018. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2020.

HARRINGTON-LAMORIE, Jill *et al.* Surviving families of military suicide loss: Exploring postvention peer support. *Death Studies*, v. 42, n. 3, p. 143–154, 16 mar. 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2017.1370789>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

HAWTON, Keith; PIRKIS, Jane. Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. *British Journal of Psychiatry*, v. 210, n. 6, p. 381–383, jun. 2017. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000281592/type/journal_article>. Acesso em: 26 fev. 2020.

HJELMELAND, Heidi; KNIZEK, Birthe L. Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, v. 41, n. 8, p. 481–492, 14 set. 2017. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2017.1332905>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

KALLIO, Hanna *et al.* Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, v. 72, n. 12, p. 2954–2965, dez. 2016. Disponível em:

<<http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13031>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

KÖLVES, Kairi *et al.* Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 1, p. 89–98, jan. 2020. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867419882490>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

KRÜGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca Susana Guevara. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 59–70, abr. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 19 fev. 2020.

MAGALHÃES, Lucimara Silva; OLIVEIRA ANDRADE, Sônia Maria. Depressão e Comportamento Suicida: Atenção Primária em Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 1, p. 107, 8 fev. 2019. Disponível em:

<<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/99>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. suppl 1, p. 142–156, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500142&tlng=pt>. Acesso em: 5 jun. 2020.

MAPLE, Myfanwy *et al.* A Systematic Mapping of Suicide Bereavement and Postvention Research and a Proposed Strategic Research Agenda. *Crisis*, v. 39, n. 4, p. 275–282, jul. 2018. Disponível em: <<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000498>>. Acesso em: 31 out. 2020.

MAPLE, Myfanwy; POŠTUVAN, Vita; MCDONNELL, Sharon. Progress in Postvention. *Crisis*, v. 40, n. 6, p. 379–382, 2019. Disponível em:

<<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1027/0227-5910/a000620>>. Acesso em: 30 out. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA. *Primeros datos oficiales sobre trastornos mentales permitirán incidir en la población y mejorar la salud mental*. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/662-noticias-2014/694-primeros-datos-oficiales-sobre-trastornos-mentales-permitira-incidir-en-la-poblacion-y-mejorar-su-salud-mental>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

MISHARA, Brian L.; CHAGNON, François. Why Mental Illness is a Risk Factor for Suicide: Implications for Suicide Prevention. In: O'CONNOR, RORY C.; PIRKIS, JANE (Org.). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2016. p. 594–608. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/9781118903223.ch34>>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MOORE, Melinda *et al.* Challenges and Opportunities for Suicide Bereavement Research: The Experience of Ethical Board Review. *Crisis*, v. 34, n. 5, p. 297–304, 1 set. 2013. Disponível em: <<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000191>>. Acesso em: 31 out. 2020.

MORER BAMBA, Bárbara; ALONSO GÓMEZ, Raquel; OBLANCA BELTRÁN, María. El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional. *Redes*, n. 36, p. 11–24, 2017. Disponível em: <<http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/196/159>>. Acesso em: 9 jun. 2020.

NAIDON, Ariane *et al.* Family treating a member with mental disorders: genogram and ecomap. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 10, n. 6, p. 1–18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36517/html_1>. Acesso em: 21 ago. 2020.

OLFSON, Mark *et al.* Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, v. 72, n. 12, p. 1172, 1 dez. 2015. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>>. Acesso em: 3 jun. 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención del suicidio un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=50BBD1EB7BE0FEDBD69EC579D66776C8?sequence=1>. Acesso em: 26 fev. 2020.

OTZEN, Tamara *et al.* Suicidabilidad y apoyo social percibido en estudiantes universitarios con enfermedades crónicas no transmisibles. *Terapia Psicológica*, v. 38, n. 1, p. 119–129, 2020. Disponível em: <<http://teps.cl/index.php/teps/article/view/274>>. Acesso em: 3 jun. 2020.

PÉREZ SÁNCHEZ, Lucía *et al.* Estudio de caso: genograma familiar, diagnóstico para la intervención sistémico familiar en la enfermedad crónica. *Alternativas en Psicología*, n. 39, p. 8–21, 2018. Disponível em:

<<https://alternativas.me/attachments/article/165/1%20-%20estudio%20de%20caso%20-%20genograma%20familiar.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

PERI, Tuvia *et al.* Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder—rationale and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 7, n. 1, p. 30687, dez. 2016. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v7.30687>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

PHILLIPS, Michael R. Rethinking the Role of Mental Illness in Suicide. *American Journal of Psychiatry*, v. 167, n. 7, p. 731–733, jul. 2010. Disponível em:

<<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2010.10040589>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

PITMAN, Alexandra L *et al.* Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, v. 7, n. 5, p. e014487, maio 2017. Disponível em:

<<http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-014487>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

RATINAUD, P; MARHAND, P. *Application de la méthode ALCESTE à de «gros» corpus et stabilité des «mondes lexicaux»: analyse du «CableGate» avec IraMuTeQ*. . Liège: [s.n.]. Disponível em:

<<http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud, Pierre et al. - Application de la methode Alceste.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2022. , 2012

RIBEIRO, Danilo Bertasso *et al.* Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 jun. 2020.

RUCKERT, Monique Lauermann Tassinari; FRIZZO, Rafaela Petrolli; RIGOLI, Marcelo Montagner. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 15, n. 2, 2019. Disponível em:

<http://www.rbtc.org.br/edicoes_antiores.asp>. Acesso em: 11 abr. 2020.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE–MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR).

Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletín Epidemiológico, nº 30. [S.l: s.n.], 2017. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2020.

SHAPIRO, Ester. *Grief as a family process: A developmental approach to clinical practice*. New York: Guilford, 1994.

- SHIELDS, Chris; KAVANAGH, Michele; RUSSO, Kate. A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, v. 74, n. 4, p. 426–454, mar. 2017. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222815612281>>. Acesso em: 23 nov. 2020.
- SHNEIDMAN, Edward. *Foreword*. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. ix–xi). Springfield, IL: Charles C: Thomas Publishers, 1972.
- SILVA, Lucía *et al.* Care for families after suicide loss: nursing academic experience. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 5, p. 2206–2212, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102206&tlng=en>. Acesso em: 11 abr. 2020.
- SPILLANE, Ailbhe *et al.* What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, v. 8, n. 1, p. e019472, 2018. Acesso em: 23 nov. 2020.
- STONE, Deb *et al.* *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. . Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades., 2017. Disponível em: <<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/56559>>. Acesso em: 3 jun. 2020.
- STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk; BOERNER, Kathrin. Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, v. 30, n. 2, p. 259–268, mar. 2010. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735809001627>>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- THAKUR, Vikram; JAIN, Anu. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 88, p. 952–953, ago. 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159120306437>>. Acesso em: 29 mar. 2021.
- THOMPSON, Neil *et al.* The Case for a Sociology of Dying, Death, and Bereavement. *Death Studies*, v. 40, n. 3, p. 172–181, 2016. Acesso em: 9 jun. 2020.
- TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 16 set. 2007. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzm042>>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- TOO, Lay San *et al.* The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, v. 259, p. 302–313, dez. 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032719306202>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

TORO-TOBAR, Ronald Alberto; GRAJALES-GIRALDO, Francly Lorena; SARMIENTO-LÓPEZ, Julián Camilo. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, v. 16, n. 4, p. 473–486, 1 dez. 2016. Disponível em:

<<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5002/pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2020.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência: Os jovens do Brasil*. . [S.l.]: DF: Flacso Brasil. Disponível em: <www.juventude.gov.br/juventudeviva>. Acesso em: 19 fev. 2020. , 2014

WALSH, Froma. Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process*, v. 55, n. 4, p. 616–632, 2016a. Acesso em: 8 jul. 2020.

WALSH, Froma. *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. 1. ed. São Paulo: Roca, 2005.

WALSH, Froma. *Processos Normativos da Família. Diversidade e Complexidade*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016b.

WALSH, Froma. *Strengthening family resilience*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2016c.

WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science*, v. 4, n. 1, p. 20–27, out. 2013. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19424620.2013.819228>>. Acesso em: 9 jun. 2020.

WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. *Living beyond loss: Death in the family*. 2. ed. New York: W. W. Norton, 2004.

WEBB, David. *Thinking about suicide. Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books, 2010.

WHO. *Suicide in the world: Global Health Estimates*. . Ginebra, Suíça: World Health Organization, 2019. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide rates (per 100 00 population)*. .

Genebra: World Health Organization, 2017. Disponível em:

<https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/>. Acesso em: 11 jan. 2020.

WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen. *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6. ed. Philadelphia: F.A. David Company, 2013.

———. 2021. “Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.” In, edited by Secretaria de Vigilância em Saúde, 1-10. Brasília: Ministério da Saúde.

APÉNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é **Elena Bustos Alfaro**, sou enfermeira, estudante do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG), e membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEES), e estou realizando esta pesquisa intitulada **REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS A EXPERIÊNCIA DE SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS** sob a orientação da Professora **Dra. Mara Regina Santos da Silva**-Enfermeira, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Após o processo de consentimento, gostaria de convidar você para participar do estudo, respondendo a uma entrevista que será gravada, para que nenhum detalhe importante seja perdido. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa que possui como **objetivo geral**: Compreender os processos que sustentam a reestruturação da vida familiar após a perda de um de seus membros por suicídio, e como **objetivos específicos**: (1) Identificar no discurso dos participantes do estudo elementos que denotam as repercussões e os sentidos atribuídos à perda do familiar por suicídio (2) Examinar os processos de comunicação e organização intrafamiliar que contribuem para a reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros (3) Analisar os recursos externos da família que se constituem em referências de apoio no processo

de reestruturação da vida familiar ao longo da experiência da morte por suicídio.

Dessa maneira a pesquisa trará benefícios na medida em que pode contribuir no sentido de compreender os processos de reestruturação da vida familiar após a experiência do suicídio de um membro familiar, a fim de propor novas estratégias, ferramentas e intervenções para os serviços de saúde e da comunidade em geral, com o propósito de fortalecer a assistência as famílias de este estudo. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, como um certo desconforto físico ou incômodo que pode ser causado por algumas questões incluídas no roteiro da entrevista. Frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você assistência integral, gratuita e imediata. Sua participação é livre de despesas pessoais e de compensação financeira, se exigir qualquer despesa adicional, ele será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você tem direito de se manter informado sobre os resultados parciais ou finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato da sua identidade. É garantida a liberdade da retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você, para que entre em contato comigo pelo e-mail: elebustos@gmail.com ou com a pesquisadora responsável através de e-mail: marare2021@gmail.com, [telefone \(55\) 53 8111-3621](tel:(55)5381113621) ou ainda pelo CEP-FURG (e-mail: cep@furg.br, [telefone \(53\) 3237-3011](tel:(53)32373011)). O CEP/FURG é o comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com a pesquisadora.

Assinatura do (a) participante. Data ___/___/___

Assinatura da pesquisadora responsável. Data ___/___/___

Impressão digital

--

APÊNDICE B. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR

Código de identificação:

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DA(S) PESSOA(S) INFORMANTE

- | | |
|--|---|
| <p>1. Idade:</p> <p>2. Sexo:
1 () Masc 2 () Fem</p> <p>3. Situação Conjugal
1 () Solteiro
2 () Casado
3 () Viúvo
4 () Separado Judicialmente/Divorciado
5 () União Estável
9 () Ignorada</p> <p>4. Raça/Cor
1 () Branca
2 () Preta
3 () Amarela
4 () Parda
5 () Indígena</p> <p>5. Religião:</p> <p>6. Escolaridade:
0 () Sem Escolaridade</p> | <p>1 () Fundamental I (1ª a 4ª Série)</p> <p>2 () Fundamental II (5ª a 8ª Série)</p> <p>3 () Médio Grau (Antigo 2º Grau)</p> <p>4 () Superior Incompleto</p> <p>5 () Superior Completo</p> <p>9 () Ignorado</p> <p>7. Ocupação Habitual (Aposentado/Desempregado):
_____</p> <p>8. Parentesco com a pessoa que cometeu o suicídio _____</p> |
|--|---|

PARTE II: CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

1. **Barrio/Distrito da residência:**
2. **Número de pessoas que moram na residência:**
3. **Provedor principal da família:**
4. **Renda familiar:** (1237 / 1567 reais RS 2022)
 - 0 () Sem Rendimento a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo
 - 1 () Mais de $\frac{1}{2}$ salário mínimo a 1 salário mínimo
 - 2 () Mais de 1 a 2 salários mínimos
 - 3 () Mais de 2 a 3 salários mínimos
 - 4 () Mais de 3 a 5 salários mínimos
 - 5 () Mais de 5 a 10 salários mínimos
 - 6 () Mais 10 salários mínimos
5. **Data da morte do membro familiar:**

PARTE III: PROCESSOS QUE SUSTENTAM A REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR

Para responder as perguntas seguintes eu gostaria que você pensasse sobre como tem sido para você e os demais membros da família ter vivenciado a perda de seu familiar

-O que isso representa na sua vida e na vida da família como um todo?

-Quais momentos, ao longo dessa vivência foram mais marcantes para você (antes e depois). Por quê?

-Quais estratégias (o que ajudou você e sua família) você e sua família utilizam para enfrentar e se reestruturar a partir da experiência que viveram?

-Poderia descrever como você vê sua família hoje em termos de responsabilidades, papéis, e modificações importantes que acontecerem depois da perda do seu familiar.

PARTE IV: RECURSOS INTRA E EXTRA FAMILIARES

Para responder as seguintes perguntas eu gostaria que você pensasse sobre:

1. Quando você precisou/precisa de ajuda (antes durante e após a perda do familiar) onde, ou quem você procura?
2. Quando seus familiares precisaram/precisam de ajuda (antes durante e após a perda do familiar) onde, ou quem eles procuraram/procuram?
3. A longo de toda essa experiência, o que você considera como pontos fortes de sua família?
4. Depois de ter passado por essa experiência, quais aprendizados você gostaria de transmitir para outras pessoas que passarem por situações semelhantes?

Agradeço por você (s) ter (terem) compartilhado estas informações comigo

APÊNDICE C. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS AUTORES**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM****DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS AUTORES**

Eu, Elena Bustos Alfaro e Prof^ª. Dra. Mara Regina Santos da Silva, ambas vinculadas ao Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/FURG), sendo as pesquisadoras responsáveis da pesquisa intitulada **REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**, declaramos que assumimos a inteira responsabilidade na condução da pesquisa durante todas as suas etapas. Ciente das nossas responsabilidades sociais e de pesquisa com as instituições envolvidas no estudo, temos presente o compromisso de atender aos princípios éticos com relação ao manuseio dos registros de informações e termos de consentimentos provenientes da pesquisa. Assumimos também, a responsabilidade de partilhar o conhecimento gerado com os participantes da pesquisa. Após o término da pesquisa, todas as informações serão arquivadas em caixas lacradas por um período de cinco anos, para atestar a validade do estudo. Serão guardadas no núcleo de pesquisa Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde - GEPEFES da Escola de Enfermagem em local sigiloso sob a responsabilidade das pesquisadoras responsáveis por um período de cinco anos, após esse período serão destruídos.

Rio Grande, RS - Brasil

Data: 24 de agosto de 2021



APÊNDICE D. DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Declara-se que ao término da pesquisa, os resultados obtidos no estudo intitulado **REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**, que será conduzida pelas pesquisadoras: Elena Bustos Alfaro e pela Prof^a. Dra. Mara Regina Santos da Silva, ambas vinculadas ao Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGenf/FURG), que serão divulgados através da elaboração de três manuscritos, que serão enviados para as revistas para publicação, e apresentados em eventos científicas. Temos o compromisso de que os materiais e os dados coletados serão utilizados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam elas favoráveis ou não. Os pesquisadores responsáveis não possuem qualquer conflito de interesse. Assim, aceitamos as responsabilidades pela condução da pesquisa.

Rio Grande, RS - Brasil

Data: 24 de agosto de 2021

APÊNDICE E. TERMO DE COMPROMISSO COMISSÃO NUMESQ**PAPEL TIMBRADO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO**

Rio Grande, 25 de março de 2022.

TERMO DE COMPROMISSO

DR^A MARA REGINA SANTOS DA SILVA - Enfermeira, Professora de Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES) CPF: 289842340-87 e a **DOUTORANDA: MSC. ELENA BUSTOS ALFARO** -Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), CPF: 090.323.431-90, declaramos nos responsabilizar pela entrega de uma cópia impressa e uma cópia digitalizada do estudo finalizado para o acervo bibliográfico do NUMESC, além de nos dispormos a apresentar a conclusão da pesquisa intitulada **REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**, para os envolvidos ou quando solicitado pelo referido núcleo. Atenciosamente,

Elena Bustos Alfaro
CPF: 090.323.431-90Mara Regina Santos Da Silva
CPF: 289842340-87

APÊNDICE F. CARTA APRESENTAÇÃO COMISSÃO NUMESQ**PAPEL TIMBRADO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

Rio Grande, 25 de março de 2022.

Prezado(a) Sr.(a) Coordenador (a) do NUMESC

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Eu **ELENA BUSTOS ALFARO**, aluno (a) do curso de **DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMGEM**, matrícula **127012** da **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**, orientado (a) pelo (a) professor (a) **MARA REGINA SANTOS DA SILVA** desenvolvo ou estarei desenvolvendo o projeto titulado **REESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS O SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DA RESILIÊNCIA FAMILIAR**, necessitando de acesso ao **SIM – Sistema de Informação de Mortalidade Vigilância Epidemiológica, UBS – Unidades Básicas de Saúde**, assim como aos dados **NOMES E CONTATOS DAS FAMÍLIAS QUE VIVENCIARAM O SUICÍDIO EM UM DE SEUS MEMBROS**, os quais serão coletados mediante **ENTREVISTA E/OU PRONTUÁRIOS** no período **ABRIL A JULHO DE 2022**. Salienta-se que o mesmo já foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE** e estarei seguindo todos os preceitos previstos na Resolução nº466/12 e na Resolução n.510/16.

Dados de identificação:

Elena Bustos Alfaro, elebustos@gmail.com (53) 98111-3621Mara Regina Santos da Silva, marare2021@gmail.com (53) 984159591

Elena Bustos Alfaro
CPF: 090.323.431-90

Mara Regina Santos Da Silva
CPF: 289842340-87

APÊNDICE G. PARECER COMISSÃO NUMESQ



PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Rio Grande, 05 de maio de 2022.

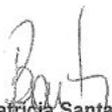
Parecer 13/2022.

Projeto - " Re-estruturação da vida familiar após experiência de suicídio de um de seus membros".

Discente: Elena Bustos Alfaro.

Parecer:

Perante a análise do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC/SMS decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do Projeto de Pesquisa apresentado.


Patricia Santa Catharina Santos
Enfermeira
Matrícula: 9084
Apoio Técnico Gestão/ESF
Enfª Esp. Patricia Santa Catharina Santos
Membro do NUMESC - Coren 64783
SMS – Rio Grande/RS

APÊNDICE H. PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RE-ESTRUTURAÇÃO DA VIDA FAMILIAR APÓS A EXPERIÊNCIA DE SUICÍDIO DE UM DE SEUS MEMBROS

Pesquisador: Mara Regina Santos da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51473921.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.037.888

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "avaliação dos Riscos de Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1814926.pdf, gerado em 12/12/2021) e/ou do Projeto Detalhado.

Resumo:

O fenômeno do suicídio é um importante problema de saúde pública a nível mundial e um tema prioritário de investigação, devido ao impacto que causa nas famílias, comunidades e países, principalmente nas pessoas mais próximas. Este projeto de tese tem como objetivo geral compreender os processos que sustentam a re-estruturação da vida familiar após a perda de um de seus membros por suicídio. Como objetivos específicos, inclui: (1) identificar no discurso dos participantes do estudo elementos que denotam as repercussões e os sentidos atribuídos à perda do familiar por suicídio, (2) examinar os processos de comunicação e organização intrafamiliar que contribuem para a re-estruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros, (3) analisar os recursos externos da família que se constituem em referências de apoio no processo de reestruturação da vida familiar ao longo da experiência da morte por suicídio. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo que busca examinar os processos de re-estruturação familiar tendo como referência o conceito de Resiliência Familiar. Os dados qualitativos serão gerados a

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Bairro: Campus Carreiros

CEP: 96.203-900

UF: RS

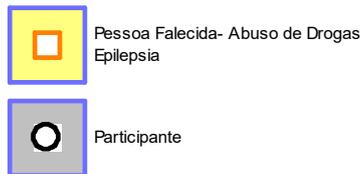
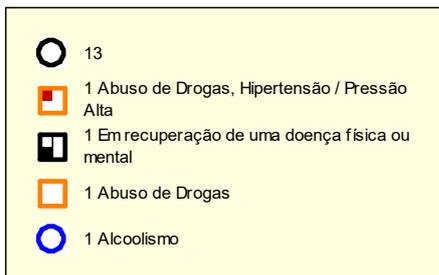
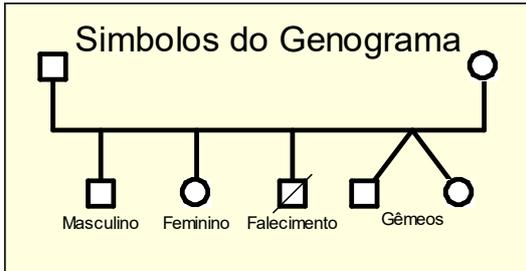
Município: RIO GRANDE

Telefone: (53)3237-3013

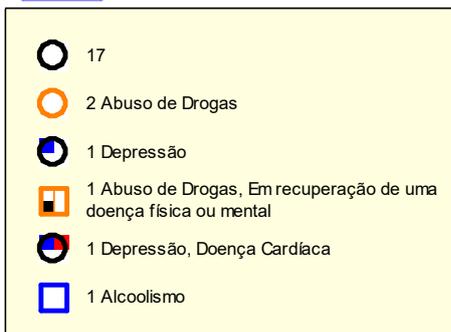
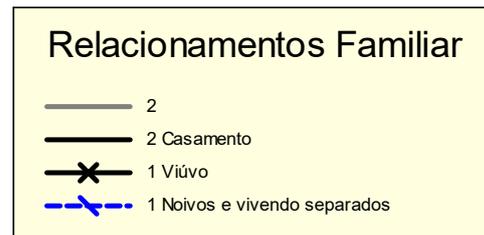
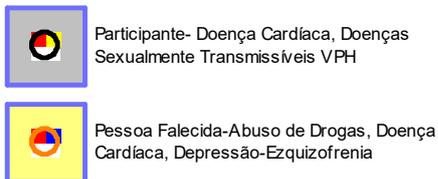
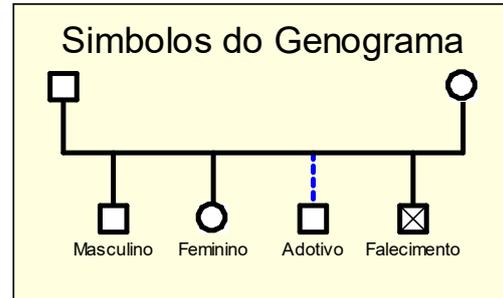
E-mail: cep@furg.br

APÊNDICE I. FIGURAS PARA LEITURA E INTERPRETAÇÃO DOS GENOGRAMAS

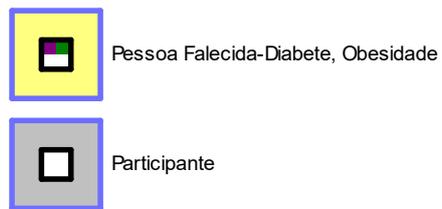
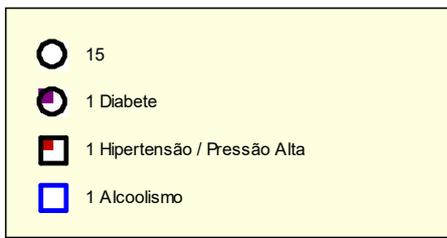
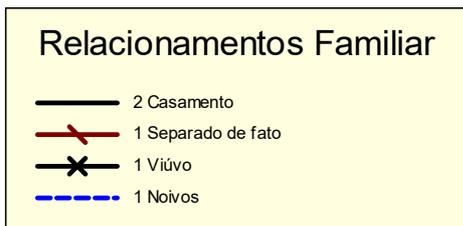
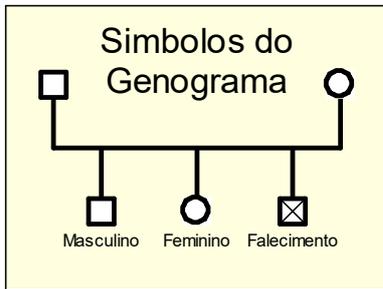
Família F₁



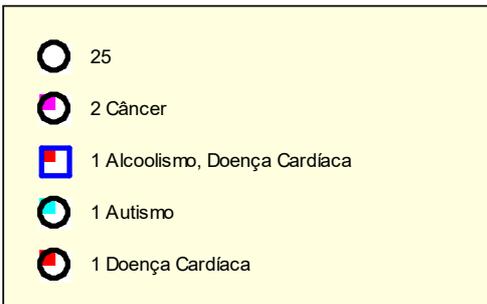
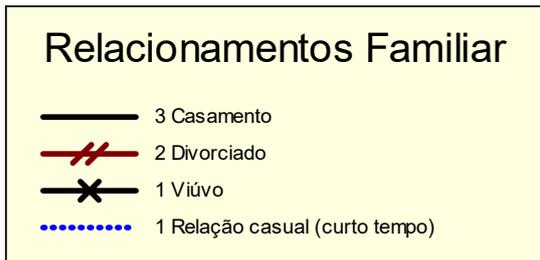
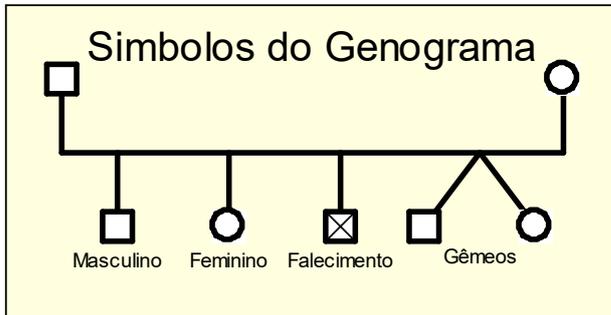
Família F₂



Família F₃



Família F₄

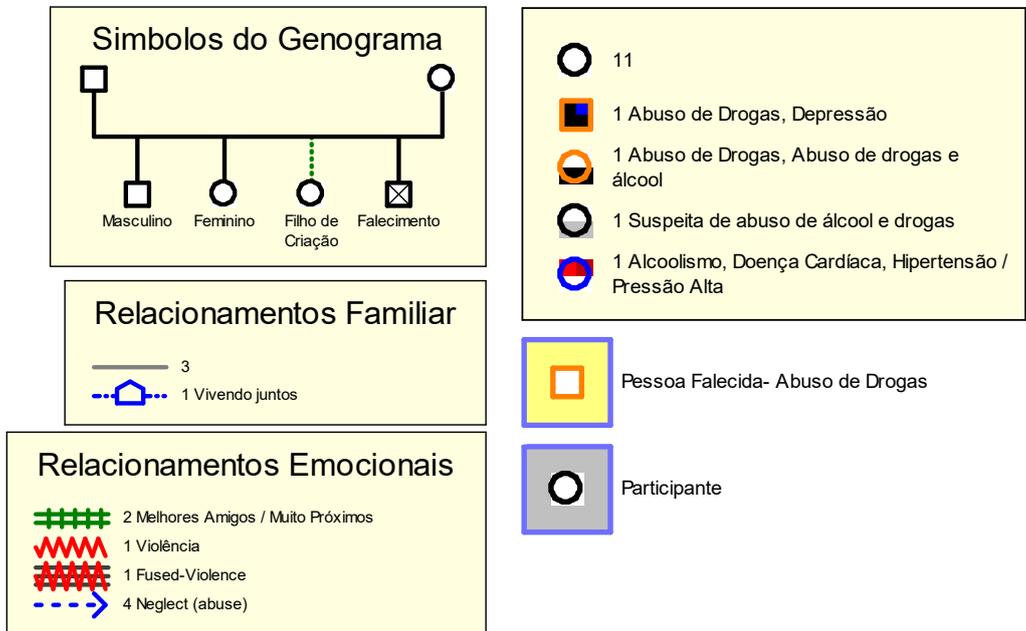


Participante

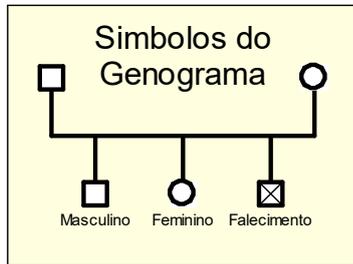


Pessoa Falecida Abuso de Drogas, Graves problemas físicos ou mentais, com álcool ou drogas

Família F₅



Família F₆



Participante 2 Doença Cardíaca, Hipertensão / Pressão Alta

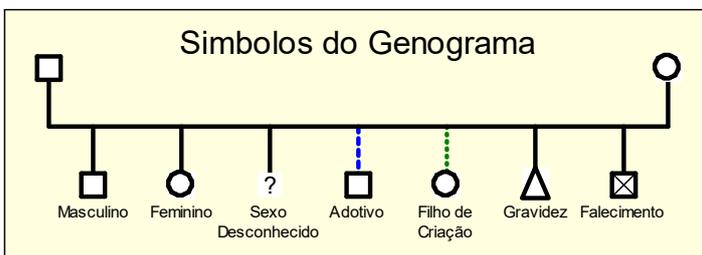


Pessoa Falecida Abuso de Drogas, Graves problemas físicos ou mentais, com álcool ou drogas

Família F₇

Relacionamentos Emocionais	Relacionamentos Familiar
1 Relações Cortadas / Distantes	5
3 Melhores Amigos / Muito Próximos	2 Casamento
1 Violência	4 Divorciado
1 Fused-Violence	2 Viúvo
1 Abuso	1 Vivendo juntos legalmente e separados oficialmente
3 Abuso Sexual	1 Vivendo juntos
2 Harmonia	1 Outro ou Desconhecido
1 Amor	
1 Amando	

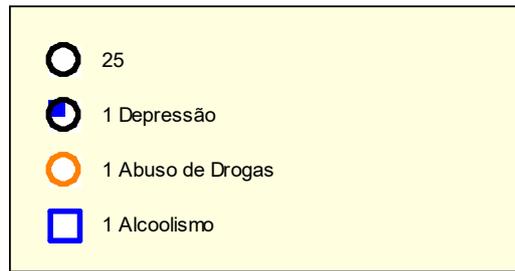
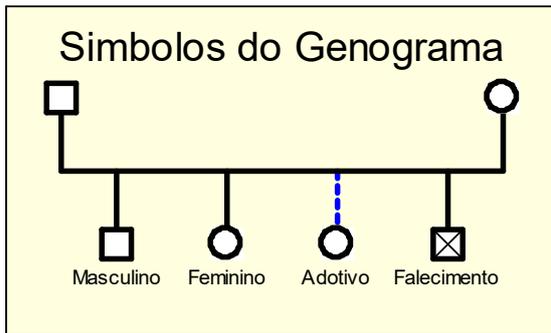
Família F₇



	42
	1 Autismo
	1 Alcoolismo, Hepatite

	Pessoa Falecida- Abuso de Drogas, Graves problemas físicos ou mentais, com álcool ou drogas
	Participante-Transtorno Personalidade, Depressão, Obesidade

Família F₈



Participante- Abuso de drogas e álcool



Pessoa Falecida- Abuso de Drogas, Depressão

