

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem



Dissertação de Mestrado

Experiências vivenciais:
Ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde

Michele Nunes Guerin Sturbelle

Pelotas, 2024

Michele Nunes Guerin Sturbelle

Experiências vivenciais:

Ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde / Linha de pesquisa Saúde mental e coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde) da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciane Prado Kantorski

Pelotas

2024

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

S935e Sturbelle, Michele Nunes Guerin

Experiências vivenciais [recurso eletrônico] : ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde / Michele Nunes Guerin Sturbelle ; Luciane Prado Kantorski, orientadora. — Pelotas, 2024.

84 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2024.

1. Luto. 2. Suicídio. 3. Profissionais da saúde. 4. Abordagem centrada na Pessoa. 5. Psicologia. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Simone Godinho Maisonave CRB: 10/1733

Michele Nunes Guerin Sturbelle

Título: Experiências vivenciais: ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 26/02/2024

Banca examinadora:

Prof. Dra. Luciane Prado Kantorski (Orientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

Prof. Dra. Vanessa Andina Teixeira
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Prof. Dra. Ariane da Cruz Guedes
Doutora em Enfermagem pela Universidade do Rio Grande do Sul.

Prof. Dra. Poliana Farias Alves (Suplente) Doutora em
Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos àqueles que são sobreviventes enlutados pelo suicídio, que estão tendo que aprender a viver novamente após essa quebra em sua vida. Dedico também a todos os profissionais da saúde, tanto os que continuaram suas jornadas após a perda, quanto aos que acolheme contribuem para o enfrentamento da vida e manutenção da qualidade de vida de seus pacientes e clientes.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, aos Orixás e a todos os mentores espirituais que me fortalecem e acompanham durante essa jornada na terra. Sempre me fortalecendo e protegendo. Eparrey Oyá!

A toda minha família espiritual, que forma uma corrente de amor e fortalecimento.

À Martina e Thiago, minha filha e marido, pelo incentivo e paciência com minhas ausências e momentos nos quais tive que me dedicar ao trabalho. Obrigada pelo amor e zelo de vocês.

À minha mãe Marinez e à minha dinda Mana, que são minhas maiores incentivadoras na vida e nos estudos.

À minha grande família Nunes e minha sogra Conceição, que sempre me incentivam e ensinam a ser resiliente e seguir a vida com fé.

A todos os professores, mestres e modelos de vida e trabalho, principalmente, à minha querida orientadora Luciane Prado Kantorski que teve toda a paciência e respeito com as minhas particularidades, me fazendo crescer e me fortalecer durante este período de mestrado e além.

Aos clientes que prestigiam meu trabalho e fomentam meu desejo de estudar e me aperfeiçoar cada vez mais.

Meu amoroso agradecimento!

Obrigada!

*Segue o teu destino,
Rega as tuas plantas,
Ama as tuas rosas.
O resto é a sombra
De árvores alheias.*

A realidade

*Sempre é mais ou menos
Do que nós queremos.
Só nós somos sempre
Iguais a nós-próprios.
(Fernando Pessoa)*

RESUMO

STURBELLE, Michele Nunes Guerin. **Experiências vivenciais: Ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde.** Orientadora: Luciane Prado Kantorski. 2024. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2024.

O suicídio é uma questão de saúde pública, que teve um aumento considerável nos últimos 10 anos (2010 — 2019) em todo o mundo. No Brasil não foi diferente. Esse fenômeno é considerado complexo e multifatorial, abrangendo diversos aspectos e áreas do conhecimento que são implicadas durante todo o processo. Já o luto é uma forte reação à quebra de um laço afetivo e do bem estar que havia até então, gerando um sofrimento específico. Pelo caráter repentino e violento do suicídio o luto, nesses casos, pode gerar culpa e autoacusação, demandando muita energia psíquica para a sua elaboração, o que levou a denominar este enlutado como sobrevivente. Esta pesquisa teve como objetivo compreender as experiências vivenciadas por profissionais da saúde que se tornaram sobreviventes enlutados por suicídio após a perda de familiar, amigo ou pessoa significativa, considerando também as perdas no exercício da profissão. O marco conceitual foi baseado nos preceitos da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), de Carl Rogers, a qual traz conceitos fundamentais, tais como a tendência atualizante e as atitudes facilitadoras (empatia, congruência e aceitação incondicional) que são relevantes para tratar do tema proposto, que mesmo sendo um fenômeno universal, causa efeitos individuais e diferentes em cada pessoa. Subsidiava também a entrevista não-diretiva que foi utilizada como instrumento de coleta de dados, tendo como questão norteadora “Fale sobre seu vínculo e toda a experiência vivida em relação ao suicídio ocorrido”. A coleta de dados ocorreu nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2023. Foram realizadas 10 entrevistas com profissionais da saúde de duas instituições hospitalares da cidade de Pelotas/ RS, sendo nove mulheres e um homem, dos quais uma é psicóloga, uma arteterapeuta, quatro enfermeiros e quatro técnicos em enfermagem. A análise dos dados foi baseada no Modelo Fenomenológico Empírico (MFE), de Amedeo Giorgi, o qual satisfaz a necessidade de compreensão da proposta deste estudo. Após a análise dos dados foram formuladas quatro categorias: “História e percepção da morte por suicídio”; “Percepção da influência da morte e luto na saúde e curso da vida”; “Percepção das atividades laborais após a morte e o luto” e “Tendência atualizante e atitudes facilitadoras presentes nos discursos”. Os resultados e discussão evidenciam que todos os entrevistados têm dificuldade em compreender o fenômeno do suicídio e sua ocorrência, mesmo assim, todos sofreram algum impacto decorrente da morte e do luto por suicídio. Destacou-se a urgência da necessidade de intervenções institucionais com todos os colaboradores, tanto pelo luto quanto por possíveis adoecimentos psíquicos, criando assim, um clima favorável e atitudes facilitadoras que contribuem para o enfrentamento da morte e luto e também como forma de prevenção de adoecimentos e fatalidades futuras.

Palavras-Chave: Luto; Suicídio; Profissionais da Saúde; Abordagem Centrada na Pessoa; Psicologia;

ABSTRACT

STURBELLE, Michele Nunes Guerin. **Experiential Experiences: Being a Grieving Survivor of Suicide as a Healthcare Professional**. Advisor: Luciane Prado Kantorski. 2024. 84 pages. Dissertation (Masters in Sciences). Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas, 2024.

Suicide is a public health issue, with a considerable increase in the last 10 years (2010 — 2019) around the world and in Brazil it was no different. This phenomenon is considered complex and multifactorial, covering different aspects and areas of knowledge that are involved throughout the process. Grief is a strong reaction to the breaking of an emotional bond and the well-being that existed until then, generating specific suffering. Due to the sudden and violent nature of suicide, mourning in these cases can generate guilt and self-accusation, demanding a lot of psychic energy for its elaboration, which led to calling this mourner a survivor. This research aimed to understand the experiences of health professionals who became survivors bereaved by suicide after the loss of a family member, friend or significant other, also considering losses in the exercise of their profession. The conceptual framework was based on the precepts of Carl Rogers' Person-Centered Approach (PCA), which brings fundamental concepts, such as the actualizing tendency and facilitating attitudes (empathy, congruence and unconditional acceptance) that are relevant to address the topic. proposed, that even though it is a universal phenomenon, it causes individual and different effects on each person. It also subsidizes the non-directive interview that was used as a data collection instrument, with the guiding question "Talk about your relationship and the entire experience in relation to the suicide that occurred". Data collection took place in the months of August, September and October 2023. 10 interviews were carried out with health professionals from two hospital institutions in the city of Pelotas/RS, nine women and one man, one of whom is a psychologist, one an art therapist, four nurses and four nursing technicians. Data analysis was based on Amedeo Giorgi's Empirical Phenomenological Model (MFE), which satisfies the need to understand the purpose of this study. After analyzing the data, four categories were formulated: "History and perception of death by suicide"; "Perception of the influence of death and mourning on health and life course"; "Perception of work activities after death and mourning" and "Updating tendency and facilitating attitudes present in the speeches". The results and discussion show that everyone interviewed has difficulty understanding the phenomenon of suicide and its occurrence, even so, everyone suffered some impact resulting from death and mourning due to suicide. The urgent need for institutional interventions with all employees was highlighted, both for mourning and for possible psychological illnesses, thus creating a favorable climate and facilitating attitudes that contribute to coping with death and grief and also as a way of preventing illnesses. and future fatalities.

Keywords: Mourning; Suicide; Health professionals; Person-Centered Approach; Psychology;

RESUMEN

STURBELLE, Michele Nunes Guerin. **Experiencias vivenciales: Ser sobreviviente en duelo por suicidio siendo profesional de la salud**. Directora: Luciane Prado Kantorski. 2024. 84 páginas. Tesis de Maestría (Maestría en Ciencias). Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Pelotas, 2024.

El suicidio es un problema de salud pública, con un aumento considerable en los últimos 10 años (2010 — 2019) en todo el mundo y en Brasil no fue diferente. Este fenómeno se considera complejo y multifactorial, abarcando diferentes aspectos y áreas del conocimiento que intervienen a lo largo del proceso. El duelo es una fuerte reacción ante la ruptura de un vínculo afectivo y del bienestar que existía hasta ese momento, generando un sufrimiento específico. Debido al carácter repentino y violento del suicidio, el duelo en estos casos puede generar culpa y autoacusación, demandando mucha energía psíquica para su elaboración, lo que llevó a llamar a este doliente sobreviviente. Esta investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias de los profesionales de la salud que se convirtieron en sobrevivientes de suicidio después de la pérdida de un familiar, amigo o pareja, considerando también las pérdidas en el ejercicio de su profesión. El marco conceptual se basó en los preceptos del Enfoque Centrado en la Persona (PCA) de Carl Rogers, que trae conceptos fundamentales, como la tendencia actualizante y las actitudes facilitadoras (empatía, congruencia y aceptación incondicional) que son relevantes para abordar el tema propuesto. , que si bien es un fenómeno universal, provoca efectos individuales y diferentes en cada persona. También subsidia la entrevista no directiva que se utilizó como instrumento de recolección de datos, con la pregunta orientadora “Habla de tu relación y de toda la experiencia en relación al suicidio ocurrido”. La recolección de datos tuvo lugar en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2023. Se realizaron 10 entrevistas a profesionales de la salud de dos instituciones hospitalarias de la ciudad de Pelotas/RS, nueve mujeres y un hombre, uno de ellos psicólogo, otro arteterapeuta, cuatro enfermeras y cuatro técnicos de enfermería. El análisis de los datos se basó en el Modelo Fenomenológico Empírico (MFE) de Amedeo Giorgi, que satisface la necesidad de comprender el propósito de este estudio. Luego del análisis de los datos, se formularon cuatro categorías: “Historia y percepción de la muerte por suicidio”; “Percepción de la influencia de la muerte y el duelo en la salud y el curso de vida”; “Percepción de las actividades laborales después de la muerte y el duelo” y “Tendencia actualizadora y actitudes facilitadoras presentes en los discursos”. Los resultados y la discusión muestran que todos los entrevistados tienen dificultades para comprender el fenómeno del suicidio y su ocurrencia, aun así, todos sufrieron algún impacto derivado de la muerte y el duelo por el suicidio. Se destacó la urgente necesidad de intervenciones institucionales con todos los empleados, tanto por duelo como por posibles enfermedades psicológicas, creando así un clima favorable y facilitando actitudes que contribuyan al afrontamiento de la muerte y el duelo y también como forma de prevención de enfermedades y futuras fatalidades.

Palabras clave: Duelo; Suicidio; Profesionales de la salud; Enfoque centrado en la persona; Psicología;

Lista de QUADROS

QUADRO 1 - Artigos da Revisão de Literatura

SUMÁRIO

Apresentação	14
1 Introdução	17
2 Pressupostos	20
3 Objetivo	21
3.1 Objetivos Específicos	21
4 Revisão De Literatura	22
4.1 Artigos Revisados	22
4.2 Discussão	36
4.3 Conclusão	40
5 Marco Conceitual	40
5.1 Profissionais da Saúde e o Luto.....	41
5.2 O ser-no-mundo	42
5.3 Suicídio	43
5.3.1 O Suicídio como fato social.....	43
5.4 Carl Rogers	44
5.5 Abordagem Centrada Na Pessoa (ACP).....	46
5.6 Fases Da Abordagem Centrada Na Pessoa (ACP)	47
5.6.1 Fase Não-Diretiva (1940 - 1950).....	47
5.6.2 Fase Reflexiva (1950 – 1957)	48
5.6.3 Fase Experiencial (1957 - 1970)	48
5.6.4 Fase Coletiva Ou Inter-Humana (1970 - 1987)	49
5.6.5 Fase Pós-Rogeriana Ou Neorogeriana	50
5.7 Pesquisa Centrada Na Pessoa	51
6 Método	53
6.1 Caracterização Do Estudo.....	53
6.2 Local Do Estudo	53
6.3 Participantes Do Estudo.....	54
6.4 Procedimentos Éticos	54
6.5 Coleta De Dados	55
6.6 Análise Dos Dados.....	56
7 Análise e Discussão dos Resultados	57

7.1 História e Percepção da morte por suicídio.....	58
7.2 Percepção das atividades laborais após a morte e o luto.....	62
7.3 Percepção da influência da morte e luto na saúde e curso da vida.....	67
7.4 Tendência atualizante e atitudes facilitadoras presente nos discursos.....	71
8 Considerações Finais	74
Referências.....	76
Apêndices.....	80

APRESENTAÇÃO

Comecei a formação universitária, em 2006, pela Graduação em Psicologia, na Universidade Católica de Pelotas, como bolsista do Programa Universidade para Todos (PROUNI), fato este que faço questão de salientar, principalmente pelo fato de uma docente, em certo momento, ter dito que os acadêmicos decorrentes deste programa estavam perdendo tempo na universidade, visto sua complexidade e a necessidade de manter empregos para se sustentarem. Sei que essa fala foi pontual e desinformada, mas ao iniciar esta pesquisa, lembro-me dela e de quanto ela estava equivocada.

Saliento a importância da opinião de uma mestra que pode estimular ou minar os sonhos e projetos de discentes que buscam evoluir e se desenvolver para também retribuir a sociedade o bem que receberam tendo acesso à educação de qualidade, através de programas sociais que dão direito ao crescimento pessoal e profissional a um grande número de pessoas, independente de condições financeiras ou classes sociais mais abastadas.

Os estudos sobre família e redes de apoio iniciaram quando estive como residente 1, na Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com ênfase na atenção à saúde cardiometabólica do adulto (RIMHAS/ FURG), entre 2013 e 2014. Nesta experiência pude acompanhar diversos casos onde o familiar acometido por patologia tinha resistência ao diagnóstico ou adesão ao tratamento.

Quando a família e rede de cuidados (amigos, vizinhos, UBS de referência, entre outros) eram inseridas no processo de adesão e manutenção do tratamento, melhora da qualidade alimentar e atividades físicas, este paciente passava a ter mais seriedade e compromisso com seu autocuidado. Desta experiência saí com muito interesse e planos de seguir os estudos sobre familiares e redes de apoio.

Após, fui contratada pela Fundação de Apoio Universitário do HE-UFPel, como psicóloga clínica, para atendimento exclusivo dos colaboradores de todos os setores desta instituição. Comecei meu trabalho em 2014 e concluí minha atuação em 2017. Neste período atendi um grande número de colaboradores com as mais diversas demandas, a grande maioria eram profissionais da saúde, com atuação hospitalar.

Quando me deparei com uma mãe que perdeu a filha para o suicídio e me disse *“queroalguém que me ajude e não que passe a mão na minha cabeça”*, me encontrei

novamente com a necessidade de intervir na vida de uma familiar que sofreu danos psicológicos graves após esta perda, já estando há três anos em luto e apresentando todos os sintomas advindos desse luto complicado e prolongado.

Também tive contato com familiares e amigos que perderam seus entes tanto para o suicídio, quanto para doenças graves, como o câncer. O que reforçou ainda mais a necessidade de aprofundar meus estudos e conhecimentos, tanto no âmbito assistencial quanto no âmbito acadêmico.

Em paralelo a esta atividade laboral, iniciei atendimentos no consultório, onde segui trabalhando com familiares, mães e pais que necessitavam orientação para lidar com suas famílias e filhos, e até mesmo filhos que precisavam auxiliar os pais em seus processos de adoecimento ou envelhecimento. Também acompanhei uma família que teve a perda de um familiar por suicídio, auxiliando na elaboração do luto e enfrentamento da nova realidade, gerando resultados positivos.

Em 2020, concluí a Especialização em Psicologia Clínica com ênfase na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), no qual estudei o envelhecimento e a Abordagem Centrada na Pessoa. A monografia foi uma revisão de literatura, em que um dos fatores mais citados para a perda da qualidade de vida foi a ausência dos familiares e da rotina anterior, pois na bibliografia analisada, os idosos estavam em residências de longa permanência, em sua maioria, o que reforça ainda mais a necessidade da presença e cuidados vindos da família e amigos.

Dentro do Programa de pós-graduação em Enfermagem da UFPel, fiz as disciplinas de *Leituras Foucaultianas para a área da saúde e Saúde Mental no contexto da pandemia de COVID-19*. Ao concluir a primeira disciplina, fui convidada a participar do grupo de extensão *Um olhar sobre o cuidador familiar: quem cuida merece ser cuidado*, onde fizemos diversos estudos sobre a importância do cuidado com o cuidador familiar, olhando para ele como um ser individual e não apenas coadjuvante do processo de adoecimento de seu ente.

Unindo todas estas experiências e o meu desejo de contribuir para que o luto seja um processo natural e não um gerador de sofrimento e adoecimento e, sabendo da necessidade e importância de trabalharmos o suicídio para que não seja a única saída para quem está adoecido ou passando por momentos desesperadores, deu-se início esta pesquisa, que foi construída, juntamente com a orientadora, a Prof^ª Dra. Luciane Prado Kantorski, ante a possibilidade de associar os temas que já vinham sendo estudados e trabalhados durante minha trajetória acadêmica e assistencial.

Deu-se início, então, a este projeto de dissertação, que foi precedido por uma revisão integrativa, na qual foram obtidas informações muito ricas e que confirmaram a necessidade deste estudo. Como será comprovado mais adiante, na introdução, um caso de suicídio atinge um número grande de pessoas que são, normalmente, familiares, amigos e conhecidos desta pessoa que morreu.

Pensando nos diversos atores deste processo o foco, neste momento, será a experiência vivenciada por profissionais da saúde que são também sobreviventes enlutados. Esta escolha se deu pelo fato de compreender o quanto ser profissional da saúde, mesmo em situações pessoais, pode dificultar a elaboração e enfrentamento do luto, influenciando tanto a vida pessoal quanto profissional desta pessoa.

Ainda pode ocorrer o fato da perda ter sido no âmbito profissional, com pacientes e/ ou colegas de trabalho, o que pode gerar também um luto e até uma dificuldade de compreender-se após este episódio, impedindo a busca por ajuda profissional para elaboração dessa experiência.

A seguir, serão apresentadas a introdução, os objetivos geral e específicos, a justificativa, os pressupostos, passando pela revisão de literatura e marco teórico, bem como pela metodologia e finalizando com a análise e discussão de resultados, assim como as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

O tema suicídio é relevante por se tratar de um fenômeno multidimensional, pois além de abranger diversas áreas de conhecimento, atinge não somente a pessoa que morre, mas também toda uma rede social e familiar (OSMARIN, 2016).

No boletim epidemiológico nº 33 (BRASIL, 2021a), o suicídio é considerado um problema de saúde pública que teve crescimento mundial. No Brasil cresceu significativamente nos últimos 10 anos (2010-2019), passando de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019, mesmo considerando o aumento populacional, a taxa de morte por suicídio em 2019 foi de 6,6 a cada 100 mil habitantes.

Ainda segundo essa pesquisa, houve crescimento em todas as regiões do Brasil, mas destaca-se a região Sul e Centro-Oeste como as que mais registraram casos de suicídio. As pessoas que mais morrem por suicídio, segundo o boletim, são os homens, tendo um risco 3,8 vezes maior que as mulheres. Constatou-se aumento dos casos de suicídio em todas as faixas etárias, mas destaca-se um aumento significativo em adolescentes, com aumento de 81% no período estudado (BRASIL, 2021a).

Todos estes dados sobre suicídio levam a pensar nas pessoas que são afetadas por este fenômeno. Após a morte por suicídio, diversas outras pessoas podem sofrer com o luto e mudanças de vida, principalmente familiares, amigos e rede de apoio, que incluem entre outros, os profissionais da saúde, visto que o suicídio normalmente é precedido de adoecimento psíquico e até mesmo físico, o que se faz levar em consideração que estes profissionais poderiam ter tido contato prévio com a pessoa na condição de paciente, o que lhe fez ser um possível enlutado (HAYASIDA, 2014; FUKUMITSU, 2016).

Segundo Osmarin (2016) o luto é uma forte reação à quebra de um laço afetivo e do bem estar que havia até então, gerando um sofrimento específico. Pelo caráter repentino e violento do suicídio, o pesar nesses casos, pode gerar culpa e autoacusação, demandando muita energia psíquica para a elaboração do luto, o que levou-se a denominar este enlutado como sobrevivente, termo que foi utilizado neste estudo (FUKUMITSU, 2016).

O termo sobrevivente enlutado por suicídio é pertinente devido ao fato do luto, nestes casos, exigir uma resignificação da vida, como um renascimento após uma

mudança drástica que influencia tanto nos aspectos psíquicos, como nos papéis exercidos pela pessoa e no modo como a mesma vai seguir sua vida após este acontecimento traumático e repentino (FUKUMITSU, 2019).

Para Scavacini, Cornejo e Cescon (2019) o tabu e o estigma que existem em torno do suicídio, impactam diretamente na forma como o luto é vivenciado e pode, inclusive, interferir na forma como é elaborado e simbolizado.

Os profissionais da saúde tem peculiaridades que precisam ser levadas em consideração, visto que podem ser preparados tecnicamente para lidar com patologias, sintomas e a possibilidade do falecimento de pacientes, mas quando se trata de lidar com seus sentimentos acerca da perda de pessoa próxima ou significativa, podendo ser familiar, amigo, paciente ou colega de trabalho, podem ocorrer conflitos emocionais e até mesmo dificuldade de reconhecimento de seus sentimentos e alterações após o ocorrido (HAYASIDA, 2014; FARIA, 2017).

Todos estes fatores deixaram evidente a necessidade de uma investigação especializada nos casos descritos, pois apresentam fatores associados ao luto, não apenas pela morte em si, podendo ter impacto social, psicológico e familiar, devido à forma como o suicídio é percebido pela sociedade.

Para Durkheim *apud* Fontes (2000) o suicídio é definido como “toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima”. O autor destaca três tipologias de suicídio, conforme sua causa, sendo o suicídio altruísta, o suicídio egoísta e o suicídio anômico. O conceito de anomia destaca-se em sua teoria, que nos diz que a felicidade e bem estar da pessoa só é possível se houver equilíbrio entre suas expectativas e as exigências e meios sociais propostos pela sociedade.

Para o embasamento teórico foram utilizados os pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa, os quais preconizam que todo ser humano possui uma tendência a resgatar o equilíbrio e seu potencial, a qual chama-se tendência atualizante. Para que este funcionamento ocorra naturalmente são necessárias atitudes facilitadoras, que favoreçam o desenvolvimento e adaptação do indivíduo, as três atitudes facilitadoras são a congruência/ autenticidade, a empatia e a aceitação incondicional (ROGERS, 2021).

Devido ao impacto e complexidade deste tema foi realizada esta pesquisa, relacionando a morte por suicídio e o luto em profissionais da saúde, os quais além

de exercerem uma profissão em contexto tão sensível, são seres humanos, com sentimentos, necessidades e particularidades que muitas vezes são colocadas em negação para continuarem suas atividades laborais, o que pode acarretar diversos agravamentos em suas vidas.

A questão de pesquisa foi “Quais as experiências vivenciadas por profissionais da saúde que se tornaram sobreviventes enlutados por suicídio após a perda de familiar, amigo ou pessoa significativa, considerando também as perdas no exercício da profissão?”

2. PRESSUPOSTOS

- Sobreviventes enlutados por suicídio apresentam maior propensão a desenvolver sintomas e diagnósticos de transtorno mental, luto complicado, ideação suicida e agravos de sintomas preexistentes.
- Sobreviventes enlutados podem apresentar alterações e mudanças significativas na rotina diária, atividades laborais e acadêmicas e papéis que exercem.
- Os profissionais da saúde lidam com a vulnerabilidade humana, em diversos graus de complexidade e contextos, o que pode lhes gerar sofrimentos particularmente complicados, visto que muitas vezes não tem a licença, emocional e social, para elaborar sua perda, seja na vida pessoal ou durante o exercício profissional, o que pode ser ainda mais agravado em casos de suicídio.

3. OBJETIVO

Compreender as experiências vivenciadas por profissionais da saúde que se tornaram sobreviventes enlutados por suicídio após a perda de familiar, amigo ou pessoa significativa, considerando também as perdas no exercício da profissão.

Objetivos específicos

- Conhecer a experiência vivenciada pelo sobrevivente enlutado, buscando compreender o quanto esta experiência impacta sua vida e quais alterações percebidas ocorreram em sua saúde, qualidade de vida e relações após o suicídio.
- Identificar a ocorrência ou não de um clima favorável e atitudes facilitadoras (empatia, congruência/ autenticidade e aceitação incondicional) neste processo de perda e luto e por parte de quem ocorreram.
- Conhecer as formas de enfrentamento e sobrevivência destes profissionais da saúde após a perda e luto, buscando identificar a tendência atualizante neste processo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo é uma revisão integrativa, realizada no ano de 2022, que visa responder a seguinte questão de pesquisa: O que tem sido produzido pela literatura acerca do luto em sobreviventes do suicídio?

Foram usados os descritores *suicídio and luto and sobreviventes (suicide and bereavement and survivor)*. Nas bases de dados Web of Science (129), Pubmad (27), Pepsic (0), Scopus (0) e APA (0), onde foram selecionados os textos completos disponíveis gratuitamente, apenas com dados primários, dos últimos cinco anos, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

4.1 Artigos Revisados

Dos artigos encontrados na Web of Science, foram selecionados 16 artigos após a leitura dos títulos. Na base PubMed foram selecionados três artigos, totalizando 19 artigos para aprofundamento da revisão.

Quadro 1 – Artigos analisados

1	Título	Quais são os efeitos do luto por suicídio na saúde física e psicológica dos membros da família? Um estudo observacional e de entrevistas de métodos mistos na Irlanda
	Autor/Ano/ País	Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, <i>et al.</i> , 2018 - Irlanda
	Objetivo	Examinar como os familiares foram afetados física e psicologicamente após o luto por suicídio. Objetivo secundário foi descrever as necessidades dos familiares enlutados por suicídio.
	Método	Estudo de métodos mistos, utilizando entrevistas qualitativas semi estruturadas e medidas quantitativas adicionais de autorrelato de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21)
	Resultados	Os resultados qualitativos indicaram três temas superiores em relação às experiências após o luto por suicídio: (1) coocorrência de luto e reações de saúde; (2) disparidade nos apoios após o suicídio e (3) reconstrução da vida após o suicídio do falecido. Os sentimentos iniciais de culpa, vergonha e raiva manifestam-se frequentemente em dificuldades físicas, psicológicas e psicossomáticas

		duradoras. As necessidades de apoio eram diversas e estavam frequentemente relacionadas com a disponibilidade ou ausência de apoio informal por parte da família ou amigos. Os resultados quantitativos indicaram que a proporção de entrevistados acima dos pontos de corte da DASS-21 foi, respectivamente, de 24% para depressão, 18% para ansiedade e 27% para estresse.
Conclusão		É essencial a conscientização dos profissionais de saúde sobre as dificuldades adversas de saúde físicas e psicossomáticas vivenciadas pelos familiares enlutados por suicídio. Facilitar proativamente o apoio a este grupo poderia ajudar a reduzir as sequelas negativas para a saúde. Os efeitos do luto por suicídio são amplos, incluindo altos níveis de estresse, depressão, ansiedade e dificuldades de saúde física.
Título		Desenvolvimento de um recurso online: Estudo de método misto centrado no usuário Protocolo
Autor/Ano/ País		Leaune <i>et al.</i> 2021 - França
Objetivo		Projetar e implementar um recurso online inovador e adaptativo para pessoas enlutadas por suicídio de acordo com suas necessidades e expectativas em relação a soluções online dedicadas ao luto por suicídio
Método		O estudo ESPOIR2S é um estudo de método misto centrado no usuário. A estrutura do estudo assenta numa coleta simultânea de dados qualitativos e quantitativos que serão recolhidos e analisados durante (a) o ciclo de Relevância através de um questionário online e grupos focais; (b) o ciclo de Design através de grupos focais; e (c) e o ciclo do Rigor por meio de questionário online e entrevistas semiestruturadas.
Resultados		As pessoas enlutadas pelo suicídio apresentam baixos níveis de procura de ajuda e de apoio percebido após a perda. Os recursos online dedicados ao luto por suicídio oferecem oportunidades únicas para melhorar o acesso precoce à ajuda e apoio às pessoas enlutadas por suicídio. ESPOIR2S é o primeiro estudo que visa desenvolver e testar um recurso online inovador e adaptativo para pessoas enlutadas por suicídio
Conclusão		Através da implementação de uma solução online para pessoas enlutadas por suicídio adaptada às suas necessidades, pretendemos melhorar o acesso à ajuda e apoio, uma vez que ambos estão altamente correlacionados ao bem estar e recuperação
Título		Risco de suicídio após luto por suicídio: o papel das características relacionada à perda, saúde mental e desesperança
Autor/Ano/ País		Grafiadeli <i>et al.</i> 2021 - Alemanha
Objetivo		Examinar a associação entre sintomas de saúde mental e ideação suicida entre enlutados por suicídio, levando em consideração vários fatores.

Método	A amostra consistiu de N = 157 enlutados alemães por suicídio. A Escala de Beck para Ideação Suicida foi utilizada. Uma análise de regressão hierárquica determinou o efeito dos sintomas de saúde mental mais comuns na ideação suicida: sintomas de depressão (BDI-II), luto prolongado (ICG-D), estresse pós-traumático (IES-R) e desesperança (H- RB).
Resultados	Não surgiram diferenças significativas nas características sociodemográficas ou relacionadas à perda entre indivíduos enlutados por suicídio com e sem ideação suicida. A gravidade dos sintomas depressivos foi associada a maior ideação suicida. Ao controlar a desesperança, o efeito da depressão diminuiu consideravelmente, enquanto a própria desesperança acabou por ser a variável preditora mais importante
Conclusão	Níveis aumentados de desesperança comumente relatados por enlutados por suicídio podem representar um fator de risco mais forte para ideação suicida do que transtornos de saúde mental. A triagem e o direcionamento da desesperança parecem cruciais para a prevenção do suicídio nesta população.
Título	O uso de recursos digitais por suecos enlutados por suicidio em seu trabalho de luto: um estudo de pesquisa
Autor/Ano/ País	Westerlund, 2020 - Suécia
Objetivo	Examinar o uso de diferentes recursos por indivíduos suecos enlutados por suicídio em seu trabalho de luto e como eles valorizam esses recursos.
Método	Estudo transversal, onde os participantes foram captados em um site e no Facebook. Os dados foram coletados em três áreas diferentes: (a) dados demográficos, incluindo idade, sexo, escolaridade, religião com o falecido e tempo decorrido desde o suicídio; (b) consequências psicossociais percebidas que se seguiram à perda de um parente ou outra pessoa significativa por suicídio, bem como satisfação com a saúde psicossocial atual; e (c) avaliação dos diferentes recursos (off e online) que foram utilizados pelos participantes no seu trabalho de luto.
Resultados	A amostra final foi constituída por um total de 327 inquiridos, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos, dos quais 90% eram mulheres. Cerca de 56% dos entrevistados tinham formação universitária, 36% ensino médio e 8% ensino fundamental. Cerca de 40% dos entrevistados perderam um filho por suicídio. Houve 271 (83%) entrevistados que usaram grupos de apoio ou sites memoriais (recursos digitais) até certo ponto e 56 (73%) entrevistados que nunca usaram esses recursos ou não os usaram ativamente.
Conclusão	A maioria dos entrevistados utiliza recursos digitais no seu trabalho de luto e que a leitura de publicações é a atividade mais comum. A taxa de visitação entre os usuários foi maior em grupos de apoio online do que em sites memoriais, o que indica que os participantes consideram mais importante, ou urgente, visitar recorrentemente grupos de apoio do que sites memoriais
Título	Ser pró-ativo no atendimento às necessidades dos sobreviventes

	enlutados por suicídio: resultados de uma auditoria sistemática em Montreal
Autor/Ano/ País	Ligier <i>et al.</i> 2020 - França
Objetivo	Descrever as necessidades atendidas e não atendidas dos sobreviventes enlutados por suicídio e fornecer recomendações pós-venção.
Método	Sobreviventes enlutados por suicídio (n = 29) participaram de entrevistas semiestruturadas e preencheram instrumentos para discutir e avaliar potencial luto patológico, depressão (PHQ-9) e ansiedade (GAD-7), bem como utilização de serviços sociais e de saúde. A média de idade dos participantes foi de 57,7 anos e 23 eram mulheres.
Resultados	Embora a ajuda tenha sido oferecida inicialmente, na maioria dos casos por um profissional de saúde ou prestador de serviços (16/29), 22 sobreviventes gostariam de ser contactados por telefone nos primeiros 2 meses após o suicídio. Emergiram quatro categorias de necessidades individuais não satisfeitas: (médicas/farmacológicas, informação, apoio e sensibilização) e uma necessidade coletiva não satisfeita (formação e entrega pré/pós-venção do suicídio).
Conclusão	Embora os serviços provinciais de Quebec tenham sido desenvolvidos e oferecidos a sobreviventes enlutados por suicídio na última década, muitos diminuíram ao longo do tempo e nenhum foi aplicado sistematicamente.
Título	Pensamentos e comportamentos suicidas entre enlutados suecos por suicídio - Mulheres: aumento do risco associado com a perda de um filho, sentimentos de culpa e vergonha, e evitação percebida dos membros da família
Autor/Ano/ País	Westerlund, Hökby e Hadlaczky, 2020 - Suécia
Objetivo	Avaliar os riscos relacionados à perda de um filho em comparação com outros parentes e a experiência de evitação social dos familiares, bem como sentimentos de vergonha e culpa.
Método	Uma pesquisa anônima transversal baseada na web foi construída e dirigida a indivíduos (acima de 18 anos) que perderam um parente, um amigo próximo ou uma pessoa importante por suicídio.
Resultados	Mais da metade da amostra relatou ter pensamentos suicidas (em comparação com 15% na população sueca em geral), e cerca de cinco por cento relataram tentativas de suicídio (em comparação com 5% dos População geral sueca)
Conclusão	Encontramos uma alta taxa autorreferida de DST entre mulheres suecas enlutadas por suicídio. Descobrimos também que as mulheres que perderam um filho corriam maior risco desses resultados (exceto tentativa de suicídio). Embora o grupo de perda de filhos não fosse mais propenso a relatar evitação por parte dos membros da família, o subgrupo de mães enlutadas que experimentaram tal evitação apresentava um risco especialmente aumentado de DST. Também descobrimos que os sentimentos de

	culpa e vergonha foram importantes preditores de DST.
Título	Intervenção on-line em grupo após luto por suicídio por meio de webinars: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado
Autor/Ano/ País	Wagner et al, 2020 - Alemanha
Objetivo	Examinar uma intervenção em grupo on-line para pessoas enlutadas por suicídio por meio de um webinar em grupo.
Método	Grupo terapêutico online
Resultados	Uma das principais vantagens do programa é que ele é de fácil acesso e independente geograficamente. O atendimento dos participantes e dos líderes dos grupos é possível sem muito conhecimento técnico e sem nenhum equipamento especial. Além disso, os participantes podem, em grande parte, permanecer anônimos, o que pode diminuir a hesitação em procurar ajuda profissional, uma vez que, após o suicídio, as pessoas enfrentam frequentemente a estigmatização no seu ambiente.
Conclusão	O estudo possui múltiplos pontos fortes metodológicos, como a randomização em blocos e a utilização de um manual padronizado com procedimentos e instruções precisas que se baseiam em princípios cognitivo-comportamentais. Os líderes do grupo recebem treinamento detalhado e supervisão regular para garantir a fidelidade do tratamento. Como a intervenção é conduzida por um psicólogo e um conselheiro de autoajuda que também vivenciaram perdas por suicídio, ambas as perspectivas são consideradas, complementando-se assim o trabalho um do outro. Por último, mas não menos importante, este estudo utiliza questionários validados e uma entrevista clínica adicional no processo diagnóstico para garantir que os participantes atendam aos critérios de inclusão.
Título	Questões espirituais e religiosas após o suicídio
Autor/Ano/ País	Dransart, 2018 - Suíça
Objetivo	Este artigo aborda diretamente duas questões: De que forma a espiritualidade ou a religião foi um problema para os sobreviventes do suicídio? Como eles foram úteis (ou não) durante o processo de reconstrução?
Método	Narrativa de abordagem qualitativa, usando entrevistas presenciais em profundidade.
Resultados	A espiritualidade e a religião podem contribuir para a construção de sentido, conexão com o familiar falecido e mais, embora a maioria tenha encontrado dificuldade em receber apoio das autoridades religiosas e família, os líderes religiosos precisam atentar as formas de abordar a morte por suicídio, pois podem causar impacto negativo neste processo.
Conclusão	Este artigo fornece insights únicos sobre as maneiras pelas quais as questões espirituais e religiosas são abordadas pelos sobreviventes do suicídio. Mostra que estas questões desempenham um papel importante no seu processo de reconstrução, nomeadamente na despedida do falecido, nos

	processos de construção de significado e de esclarecimento de responsabilidades. Além disso, a espiritualidade e a religião ajudam a estabelecer um vínculo contínuo com o falecido e a honrar a sua vida e memória. No entanto, este papel é complexo e pode apoiar a recuperação ou complicá-la.
Título	Experiências de famílias enlutadas por suicídio na Coreia do Sul: Um estudo fenomenológico
Autor/Ano/ País	Lee, E, 2022 – Coréia do Sul
Objetivo	Este estudo teve como objetivo explorar as experiências de famílias enlutadas por suicídio na Coreia do Sul
Método	Esta pesquisa foi desenhada para um estudo fenomenológico qualitativo realizado utilizando os métodos de Colaizzi. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade e individuais com os participantes no período de junho a dezembro de 2018, e as entrevistas ocorreram de 1 a 15 meses após sua perda.
Resultados	Foram derivados 25 significados, 12 temas e 5 grupos temáticos. Destaca-se que foram identificadas grandes dificuldades, como a perda repentina do familiar, de forma abrupta e não esperada. Existem dificuldades em lidar com os próprios sentimentos e formas de expressão, porque o acolhimento não é recebido ou é recebido de forma inadequada e até preconceituosa, o que dificulta a elaboração do luto e a aceitação de apoio.
Conclusão	As famílias enlutadas pelo suicídio apresentam sentimento de culpa, raiva e desesperança, pensam em suicídio e sofrem em silêncio por medo do preconceito social. Eles não conseguiram procurar serviços de forma eficaz por causa do luto por suicídio. Deve ser dada atenção aos seus pensamentos e emoções negativas após o luto por suicídio por parte dos funcionários no apoio às famílias enlutadas por suicídio.
Título	“Vamos conversar sobre isso”: o papel moderador da Autorrevelação sobre luto complicado ao longo do tempo entre sobreviventes de suicídio
Autor/Ano/ País	Levi-Belz, Y; Lev- King, L, 2019 - Israel
Objetivo	Examinar o efeito da autorrevelação no luto complicado em sobreviventes enlutados por suicídio
Método	Cento e oitenta e nove SUS participaram no ponto de medição inicial (T1) de um estudo cuja coleta de dados foi realizada em 2015–2016. Destes, 156 (82,5%) forneceram dados no segundo momento de medição (T2), 18 meses após T1. Auto-revelação. O Distress Disclosure Index (DDI) foi usado para medir a tendência de divulgação de informações pessoalmente angustiantes. Luto complicado. Os níveis de luto complicado foram medidos pelo Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R) uma versão curta do ICG. Depressão. Os níveis de depressão foram avaliados pela Escala de Depressão do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9)
Resultados	Nossas descobertas sugerem que a autorrevelação pode ter um

	<p>papel importante no tratamento do luto após o suicídio de um ente querido. Os resultados mostram que o curso do luto complicado foi relativamente estável ao longo de um período de 18 meses, e os sobreviventes com níveis elevados de luto complicado em T1 permaneceram mais elevados em T2, em comparação com os sobreviventes com baixos níveis de auto revelação. Além disso, descobrimos que os sobreviventes com níveis patológicos de luto complicado em T1 relataram níveis mais elevados de depressão em T2, bem como níveis mais baixos de auto revelação em ambos os momentos de medição.</p>
Conclusão	<p>O presente estudo enfatizou o papel importante da tendência à autorrevelação (SD) no luto complicado (GC) entre sobreviventes de suicídio (SUS). Os achados destacam que, embora o GC tenha sido altamente prevalente entre os SUS, o SD tem um efeito benéfico que pode servir como fator de proteção contra o GC neste grupo. Descobriu-se que a falta de SD (e o término de relacionamentos) facilita o GC, o que pode levar a outras deteriorações psicológicas, como problemas de sono, depressão e ideação suicida. No entanto, aqueles que são capazes de partilhar com outras pessoas provavelmente sentirão uma sensação de apoio que, por sua vez, pode protegê-los melhor contra o CG e outros efeitos deletérios do luto.</p>
Título	<p>O impacto percebido do luto por suicídio nas Relações Interpessoais Específicas: Estudo de dados de pesquisas Qualitativa</p>
Autor/Ano/ País	<p>Azorina <i>et al</i>, 2019 – Reino Unido</p>
Objetivo	<p>Explorar o impacto do luto por suicídio nas relações interpessoais de jovens adultos no Reino Unido</p>
Método	<p>Pesquisa online para coletar dados qualitativos. Conduzida análises temáticas de respostas em texto livre de 499 adultos a perguntas que capturavam o impacto do luto nas relações com parceiros, amigos próximos, familiares próximos, familiares alargados e outros contactos.</p>
Resultados	<p>Foram identificados quatro temas principais que descrevem as mudanças nos relacionamentos após o suicídio: (1) Desconforto social em relação à morte; (2) afastamento social; (3) experiência de luto compartilhada criando proximidade e evitação; (4) apegos influenciados pelo medo de novas perdas;</p>
Conclusão	<p>Essas descobertas contribuem para a compreensão dos déficits de apoio e dos caminhos para o suicídio após o luto por suicídio. Esses apegos rompidos aumentam o fardo do luto e poderiam ser abordados através da educação pública sobre como apoiar os enlutados pelo suicídio</p>
Título	<p>O processo de luto por suicídio de longo prazo: responsabilidade, Apoio Familiar e Criação de Significado</p>
Autor/Ano/ País	<p>HUNT <i>et al</i> 2019 – Estados Unidos</p>
Objetivo	<p>Desenvolver a compreensão da experiência de sobreviventes de</p>

	perdas por suicídio a longo prazo e começar a desenvolver a teoria do processo de cura.
Método	Protocolo de entrevista semiestruturada que foi informado pelos processos gerais de luto e pela teoria. Recrutamos dez participantes por meio de mídias sociais, indicação de pares e amostragem em bola de neve. Os critérios de inclusão foram: ter pelo menos 18 anos de idade, autoidentificado como sobrevivente de perda por suicídio e pelo menos 5 anos desde o óbito.
Resultado	Foram definidas três grandes categorias após a análise das entrevistas: Descobertas, Responsabilidade e Apoio social e familiar, as quais foram divididas em 14 subcategorias.
Conclusão	Descobriu-se que o apoio social e familiar é a principal forma pela qual os sobreviventes de perdas por suicídio conseguem passar da responsabilidade para a construção de significado. Não receber este apoio pareceu aumentar os sentimentos de responsabilidade experienciados pelos participantes. O estudo sugere que o desenvolvimento de pensamentos e comportamentos relacionados ao suicídio em sobreviventes de perdas por suicídio pode ter diversas funções e/ou causas além deste ambiente compartilhado. Outra mensagem importante deste estudo é o tempo que passou (7-24 anos para oito em cada dez participantes) e quão intensos os sentimentos ainda eram.
Título	Forçados a seguir em frente: um estudo de entrevistas com sobreviventes que perderam um parente por suicídio
Autor/Ano/ País	HULTSJO <i>et al</i> , 2022 - Suécia
Objetivo	Explorar a perda de um familiar por suicídio
Método	Dez sobreviventes de parentes que tiraram a vida foram entrevistados. Os dados foram analisados sob uma perspectiva fenomenológica
Resultados	Foram elencadas categorias decorrentes do estudo, as quais são “descoberta da essência”, “quando a escuridão tomou conta”, “quando o pior já aconteceu”, “não faz parte do cuidado”, “forçado a seguir em frente”
Conclusão	A essência do estudo foi que os sobreviventes de um parente perdido devido a suicídio descreveu como eles foram forçados a testemunhar enquanto a escuridão tomava conta do mundo da vida de seu parente. Durante o período anterior e posterior ao suicídio, os sobreviventes sentiram-se impedidos de desempenhar um papel nos cuidados do familiar. Eles se sentiram forçados a seguir em frente, embora o pior tivesse acontecido. Neste estudo, os sobreviventes lançam luz sobre expressões conceituais do período anterior ao suicídio como: “como a escuridão tomou conta sobre” o mundo da vida do parente e que seu parente construiu “uma máscara” que dificultou a previsão do suicídio.
Título	Avaliação Rorschach em Sobreviventes de suicídio: foco na ideação suicida
Autor/Ano/ País	PALMIERI <i>et al</i> , 2019 - Itália

Objetivo	Investigar ideação suicida através de um teste projetivo capaz de avaliar esse fenômeno clínico, superando inclusive a resistência consciente ou inconsciente dos participantes à sua expressão, ou seja, o teste Rorschach Inkblot codificado e interpretado de acordo com o Sistema Compreensivo de Exner
Método	Estudo caso controle, onde foi aplicado o teste de Rorschach. Os critérios de inclusão da nossa amostra experimental foram: ter pelo menos 18 anos, ter perdido alguém próximo por suicídio e poder chegar ao ambulatório do projeto Soproxi no Centro de Saúde Mental (Hospital de Pádua). Também foi aplicado o BDI de Back
Resultados	Em linha com a nossa hipótese principal, encontramos um ideação suicida maior em pacientes enlutados por suicídio quando comparados aos participantes controle avaliados com o teste de Rorschach de acordo com Exner Sistema
Conclusão	Uma das principais mensagens que este artigo pretende transmitir é a de não subestimar o IS nos SS, mesmo quando isso foi explicitamente negado por eles, especialmente se a vítima de suicídio for um dos pais ou um filho. O teste de Rorschach, pontuado e interpretado de acordo com CS (22), pode representar uma ferramenta útil nessa investigação psicodiagnóstica
Título	Entendendo a dor única de Sobreviventes: um estudo psicoeducacional Abordagem para luto por suicídio
Autor/Ano/ País	BERARDELLI I, <i>et al</i> , 2020 - Itália
Objetivo	Os objetivos da nossa terapia psicoeducacional incluem principalmente a integração da perda na vida do sobrevivente
Método	Abordagem de grupo pós-venção para sobreviventes de suicídio, uma nova abordagem foi desenvolvida e utilizada no Centro de Prevenção do Suicídio em Roma. Investigadores e médicos dedicados na área da suicidologia forneceram uma abordagem psicoeducacional para gerir o luto após o suicídio de um ente querido
Resultados	Para os sobreviventes de suicídio, a psicoeducação de grupo pode criar um profundo sentimento de consciência das experiências vividas por outros, e a coesão social do grupo, agindo direta e indiretamente sobre o estigma e o isolamento social, ajuda os sobreviventes de suicídio a verbalizarem informações e a partilharem as suas preocupações num quadro de esperança partilhada
Conclusão	A psicoeducação educa os sobreviventes sobre a natureza do suicídio e a dor psicológica associada ao suicídio, e se esforça para dar sentido ao suicídio com a ajuda de técnicas que incluem apresentações orais, materiais de leitura e exercícios físicos.
Título	Depressão, desesperança e Luto complicado em sobreviventes de Suicídio
Autor/Ano/ País	BELLINI <i>et al</i> , 2018 - Itália
Objetivo	O objetivo do presente estudo foi avaliar desesperança, depressão, risco de suicídio, luto complicado, memórias intrusivas

	e evitação em uma amostra de sobreviventes de suicídio. O estudo analisará as diferenças entre os sexos, o tempo desde a perda (≤3 anos vs. >3 anos) e o tipo de relacionamento
Método	Neste estudo observacional, 35 indivíduos enlutados foram recrutados. Os indivíduos receberam uma série de instrumentos validados: o Inventário de Depressão de Beck II (BDI), a Escala de Desesperança de Beck (BHS), o Inventário de Luto Complicado (ICG), a Escala de Impacto de Eventos (IES), a Escala de Felicidade Subjetiva (SHS) e a Escala de Satisfação com a Vida (ESWLS)
Resultados	A maioria dos sobreviventes (62,8%) obteve pontuações elevadas nas medidas de luto complicado. As pontuações na medida do luto complicado foram associadas à intrusividade de pensamentos e memórias, tentativas de prevenir os pensamentos e emoções relacionadas ao evento, sintomas depressivos e desesperança, e pontuações mais baixas para sentimentos de felicidade e satisfação com a vida. Um subgrupo de sobreviventes de suicídio pode estar em risco de sofrimento psicológico grave e comportamento suicida.
Conclusão	O estudo revelou que 63% dos enlutados tinham pontuações elevadas numa medida de luto complicado, e que as pontuações de luto complicado correlacionaram-se moderadamente, mas positivamente, com depressão e desesperança e negativamente com felicidade subjetiva e satisfação com a vida. A maioria dos participantes experimentou altos níveis de depressão e desesperança, menos expectativas positivas para o futuro, sintomas importantes de luto complicado, acompanhados de menor satisfação percebida com a vida.
Título	As consequências do suicídio: um estudo qualitativo com famílias guianenses
Autor/Ano/ País	GROH <i>et al</i> , 2018 – Estados Unidos
Objetivo	O objetivo foi explorar como os membros da família lidaram e compreenderam o suicídio do seu ente querido e determinar quais recursos estavam disponíveis para ajudá-los durante essa transição
Método	Foi realizado um estudo qualitativo descritivo utilizando entrevistas semiestruturadas para explorar as atitudes, experiências e opiniões de familiares que perderam um ente querido por suicídio. Dez sobreviventes do suicídio de um membro da família participaram do grupo focal em março de 2016. Os participantes incluíram nove mulheres e um homem com idades entre 17 e 61 anos. Todos os dez se identificaram como indianos orientais
Resultados	Quatro temas abrangentes emergiram dos dados: (1) causas percebidas do suicídio, (2) soluções percebidas, (3) barreiras para ajudar pessoas que são suicidas e (4) reações pessoais e comunitárias ao suicídio.
Conclusão	Os enfermeiros na Guiana estão numa posição única para assumir um papel de liderança na criação e implementação de

	programas de posvenção para sobreviventes de suicídio que sejam cultural e etnicamente relevantes. São exploradas oportunidades de parceria com escolas de enfermagem em países de rendimento mais elevado
Título	Lidando com o sofrimento psicológico em pessoas enlutadas por suicídio: de cuidado para curar
Autor/Ano/ País	SCOCCO <i>et al</i> , 2021 - Itália
Objetivo	Os objetivos deste estudo foram 1) descrever a natureza do pedido de apoio, expresso pela decisão de contactar um site dedicado e especializado; 2) delinear um conjunto de características demográficas, clínicas e emocionais que poderiam estar associadas.
Método	A população do estudo consistiu em todas as pessoas enlutadas por suicídio que contactaram a SOPROXI, deram o seu consentimento informado e completaram a bateria de testes de autoavaliação entre janeiro de 2012 e setembro de 2019, e incluem informações sobre variáveis sociodemográficas auto-reveladas (sexo, idade, duração do luto, escolaridade), respostas ao Inventário de Depressão de Beck (BDI) e ao Inventário de Luto Complicado (ICG).
Resultados	A maioria dos utilizadores que contactaram o SOPROXI e completaram a avaliação procuraram ajuda para diminuir a intensidade dos sintomas ou para interagir com outros sobreviventes. A presença de usuários que “não sabiam” ou “não tinham nada a perguntar”, mas optaram por realizar os testes e realizar as atividades oferecidas, levou-nos a especular sobre a presença de outros fatores concorrentes que orientam os caminhos para o suporte
Conclusão	O estudo sublinha a importância de uma oferta de pós-venção diferenciada que começa com uma abordagem de cuidado, a fim de para melhor interceptar e potencialmente esclarecer as necessidades de apoio das pessoas que procuram ajuda após o suicídio de um ente querido
Título	Suicídio e outros lutos por morte súbita de familiares imediatos: Uma análise das reações de luto seis meses após a morte
Autor/Ano/ País	KOLVES <i>et al</i> , 2019 - Austrália
Objetivo	Os objetivos do presente estudo são testar, por meio de análise fatorial confirmatória, a estrutura fatorial do Questionário de Experiência de Luto (GEQ) proposta em outros estudos; e comparar as reações de luto de curto prazo, a saúde mental e a tendência ao suicídio seis meses após o luto em familiares próximos enlutados por suicídio versus morte súbita.
Método	Participaram 142 adultos enlutados após suicídio e 63 enlutados após morte súbita de um familiar. Os dados foram coletados seis meses após a morte. A entrevista seguiu um formato semiestruturado e incluiu principalmente escalas/questionários psicológicos validados. O principal instrumento para medir as reações de luto foi o Questionário de Experiência de Luto (GEQ)

Resultados	Foi encontrado um ajuste relativamente bom para uma versão de 8 fatores do GEQ originalmente proposto. O tipo de luto (suicídio vs. morte súbita) previu significativamente rejeição, reações somáticas, estigmatização, responsabilidade e vergonha no GEQ, após ajuste para tipo de parentesco, sexo, idade, diagnóstico pré-luto de doença mental e comportamentos de automutilação de ambos os falecidos e enlutados, e saúde mental atual e ideação suicida dos enlutados.
Conclusão	O novo conhecimento das experiências de luto específicas da perda por suicídio seis meses após a morte deve ser canalizado para determinar as formas mais práticas e satisfatórias de aliviar os impactos destes estados de experiência potencialmente mutáveis.
Título	Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação
Autor/Ano/ País	DUTRA K, PREIS LC, CAETANO J, Santos JLG, LESSA G, 2018 - Brasil
Objetivo	Compreender a vivência da família ao perder um familiar por suicídio.
Método	Estudo com abordagem qualitativa com referencial da Teoria Fundamentada nos Dados construtivista. A amostragem teórica foi composta por 20 participantes, entre profissionais de saúde e familiares de pessoas que cometeram suicídio. Os dados foram coletados por meio de entrevistas intensivas e codificadas a partir de codificação inicial e focalizada.
Resultados	Foram obtidas três categorias: “Entrando em estado de choque”; “Convivendo com o sofrimento e as repercussões da perda do familiar”; e, “Reconstruindo a vida”. Da articulação dessas categorias, emergiu o fenômeno: “Vivenciando a perda de um familiar por suicídio: do luto à busca pela superação”.
Conclusão	Cada categoria representa um estágio da vivência da família ao perder um familiar por suicídio. Os resultados fornecem subsídios para ações de prevenção e posvenção do suicídio desenvolvidas por profissionais de saúde
Título	Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio
Autor/Ano/ País	FUKUMITSU, K. O. & KOVÁCS, M. J., 2016 - Brasil
Objetivo	O artigo tem o objetivo de refletir sobre o processo de luto pelo suicídio por meio da compreensão do luto de nove filhos de pessoas que consumaram o suicídio
Método	Estudo de natureza qualitativa e teve como participantes nove filhos de indivíduos que consumaram o suicídio
Resultados	Foram determinadas 14 unidades de significado do processo de luto de filhos de quem se suicidou: a ausência presente e a presença ausente; a morte interdita e o empecilho do estigma do suicídio; o enfrentamento da morte violenta e escancarada – entre a tensão e o relaxamento; culpa e autoacusações; não é o fato que traumatiza, mas o processo como um todo: o estresse antes e depois do suicídio; o ilustre desconhecido: quem foi você, mãe/pai? Existe uma parte sua em mim ou uma parte minha em você?; se meu pai/mãe se matou, eu também me matarei? Medos e

	transmissão psíquica transgeracional; a intensidade dos sentimentos e o estranho alívio; as lembranças vividas, as histórias contadas e as vivências emprestadas; poderia ser totalmente diferente: as especulações sobre a vida que não vivi; os sobreviventes que se unem e o interesse pela história de sobreviventes; manejos do processo de luto: ajudar outros, estudar, isolar-se, fazer psicoterapia, ser evangélica e escolher a profissão: psicólogo(a), historiador e arquiteta; o calar quando o falar seria importante; algo mudou depois do suicídio: as transformações na vida
Conclusão	Como apontamos não é o fato que traumatiza, mas o processo como um todo e a intensidade das emoções, que se originam quando um suicídio acontece. “Por que a pessoa se matou?”, talvez seja a questão mais frequente na experiência de quem vive o luto pelo suicídio. O suicídio é sempre uma situação de grande impacto que muitos afirmam que gostariam que não tivesse acontecido
Títulos	Sentimentos e Percepções do Luto de Sobreviventes ao Suicídio de Jovens
Autor/Ano/ País	GOMES, E. R., & CONSTANTINIDIS, T. C., 2023 - Brasil
Objetivo	O objetivo deste estudo foi analisar a experiência de sobreviventes ao suicídio de jovens, a partir do luto
Método	Pesquisa qualitativa, de investigação do tipo descritiva e exploratória, entrevista narrativa, analisada pela análise de conteúdo. Participaram sete sobreviventes entre familiares, amigos e parceiros amorosos
Resultados	Foi definido um tema após a análise dos dados, o qual foi dividido em subtemas, a saber: Tema central: Processo e elaboração do luto. Subtemas: Descrição do jovem; Último contato; Buscar sentidos; Descrição dos sentimentos; Suporte e superação
Conclusão	Os participantes utilizam explicações racionalizadas ou dissociadas, criando uma distância entre o evento e eles mesmos. Como formas de lidar com o sofrimento podem buscar o isolamento, apoio entre amigos, prática religiosa e/ou a dedicação ao trabalho
Título	Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio
Autor/Ano/ País	KREUZ e ANTONIASSI, 2020 - Brasil
Objetivo	Descrever o processo de construção e manejo de um grupo de apoio para sobreviventes pelo suicídio na cidade de Maringá-PR, e especificamente, fundamentar teoricamente a finalidade do grupo enquanto espaço de troca e suporte para o enfrentamento deste tipo de luto, de acordo com o recorte sintético das percepções das autoras
Método	Trata-se de grupo com um encontro mensal (exceto período entre dezembro a fevereiro de cada ano), aberto a toda comunidade de sobreviventes, incluindo enlutados pelo suicídio (aceitando-se eventualmente também sobreviventes da tentativa de suicídio), gratuito, sem necessidade de inscrição prévia, sem conotação

	religiosa. O grupo tem duração de aproximadamente 02h30min, tendo como objetivo principal o apoio e a psicoeducação
Resultados	Embora extremamente dolorosa tal oportunidade de contar sobre a ocorrência da perda, encontrando nos pares um olhar de compreensão e legitimação, pode ser facilitadora no processo de ressignificação da cena e do conteúdo daquele evento
Conclusão	Um princípio importante que guardamos é justamente o respeito absoluto pelos sentimentos expressos no grupo, pois entendemos que o luto pode ser acolhido, permitindo-se ser cuidada em seu sofrimento. Mesmo assim, é importante considerar que a perda é de cada um, e estará para sempre. E sobre isto, só sabe quem sente.
Título	Crescendo através da dor. Luto após suicídio parental em criança com transtorno do espectro do autismo: um caso clínico
Autor/Ano/ País	LIZ <i>et al</i> , 2023 - Portugal
Objetivo	O objetivo foi fornecer uma revisão da literatura sobre o processo de luto após o suicídio na população pediátrica com TEA: em um caso clínico
Método	Caso clínico, onde foram realizadas diversas sessões de jogo durante quatro meses, visando avaliação clínica de processos patológicos e adaptativos
Resultados	Vários fatores influenciam a forma como as crianças e os adolescentes respondem à morte de um dos progenitores, incluindo a idade e a qualidade da relação com o progenitor falecido. Esses fatores são conceituados em três grandes domínios: características da criança, fatores familiares e fatores ambientais
Conclusão	Crianças com TEA podem ter problemas específicos para conceituar a morte e os rituais que a rodeiam, mas, tal como os seus pares neurotípicos, precisam que o seu luto seja reconhecido e compreendido e precisam de oportunidades para expressar os seus sentimentos
Título	Suicídio: a dor dos sobreviventes enlutados
Autor/Ano/ País	ALPE e CRUZ, 2022 - Brasil
Objetivo	O objetivo foi compreender as reverberações do suicídio nos familiares sobreviventes enlutados
Método	A metodologia utilizada foi qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, onde buscou-se dar voz a onze pessoas impactadas por um suicídio. A análise utilizou a metodologia de Bardin e a abordagem teórica foi de orientação psicanalítica
Resultados	Em decorrência do trauma psíquico dessa perda, ocorre a interdição da palavra (suicídio) que carrega toda a dor que é impossível de nomear. Bem como, sentimentos de culpa avassaladores que envolvem os enlutados em buscas por respostas das possíveis motivações e de sua responsabilidade pelo ato suicida
Conclusão	Ressalta-se a importância de novos estudos, para embasar

	cuidados especializados aos sobreviventes enlutados, além de estratégias de posvenção, auxiliando-os, assim, a enfrentar a dor devastadora do suicídio e suas repercussões
Título	Luto por suicídio e posvenção na Polícia Militar
Autor/Ano/ País	CRUZ, RASTRELLI e MIRANDA, 2022 - Brasil
Objetivo	O objetivo foi apresenta e analisa o processo de luto vivenciado por familiares de policiais militares mortos por suicídio
Método	Foram dez entrevistas com familiares de policiais da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ). Esses dados foram coletados pela pesquisa sobre o suicídio e risco ocupacional desenvolvido na referida instituição, entre 2010 e 2012
Resultados	Apesar dos avanços, a instituição ainda não possui um serviço especializado de posvenção que possa auxiliar na redução do sofrimento psíquico associado ao luto dos sobreviventes de suicídio. Não há ações de suporte aos familiares, por meio de recrutamento ativo dos familiares “sobreviventes do suicídio”, como as abordagens de grupo de apoio ao luto, conduzidas por facilitadores treinados
Conclusão	É preciso destacar a urgência de estender esse olhar para os colegas de trabalho dos policiais e para a tropa como um todo. As entrevistas evidenciam o quanto os policiais se sensibilizam e vivenciam o luto de seus colegas, seja por suicídio ou por outras mortes violentas. A perda de um colega por morte violenta é uma dimensão que merece destaque quando estamos analisando as consequências psicossociais e individuais dos sobreviventes enlutados em contexto de polícia ostensiva (militar)

4.2 Discussão

Os 19 artigos estudados estão no idioma inglês, destes, dois foram realizados na Alemanha, um na Austrália, cinco na Itália, dois nos Estados Unidos, um na Irlanda, dois na França, três na Suécia, um no Reino Unido, um em Israel, um na Coreia do Sul e um na Suíça.

Dentre eles, sete são estudos qualitativos, que utilizaram entrevistas fenomenológicas, semiestruturadas e narrativas, bem como grupos de vivências baseadas na fenomenologia e grupos de Psicoeducação e intervenção via web, com aplicação de questionários. Os dez artigos quantitativos variaram entre estudos observacionais, transversais, longitudinais e randomizados, com uso de entrevistas, questionários, aplicação de escalas e instrumentos, principalmente, para avaliação de depressão e ansiedade. E dois estudos valeram-se do método misto que utilizaram

intervenção baseada no usuário e intervenção online, assim como estudo exploratório. Para fins de discussão, os artigos foram divididos em dois temas centrais. O primeiro tema refere-se ao sofrimento psíquico dos enlutados por suicídio, suas percepções e impactos sobre a vida, todos os artigos, de certa forma, contribuem para esta discussão, mas foram organizados e analisados os mais pertinentes de forma a esclarecer tais impactos e seus efeitos na vida e saúde dos sobreviventes.

Para Hultsjo (2022) os familiares sentem-se, antes e após o suicídio, impedidos de cuidar da pessoa que se suicidou, como se esta usasse uma máscara para disfarçar os sintomas e a ideação suicida. Sentem-se deixados para trás com seus sentimentos de tristeza, raiva e frustração. Observou-se também que o suicídio pode ocorrer independente da situação financeira e social e afeta tanto os familiares quanto os profissionais da saúde envolvidos.

A responsabilidade e a evitação social são marcantes nos sobreviventes de suicídio, cerca de 62,8% obteve medidas altas para luto complicado e percebe-se que a forma como é acolhido e como o suicídio é tratado pela sociedade pode aumentar ou piorar os sintomas presentes neste luto (HULTSJÖ, 2022).

Quanto ao sofrimento e efeitos psíquicos dos sobreviventes do suicídio foram identificados níveis significativos de desesperança, pensamentos intrusivos e memórias vívidas, tentativas de impedir sentimentos e emoções referentes ao ocorrido, bem como, ideação suicida (HULTSJÖ, 2022).

Níveis significativos de rejeição, reações somáticas e de vergonha e responsabilidade que fazem com que o luto após essa perda traumática exija mais energia psíquica para sua elaboração. Foram diagnosticados altos níveis de estresse, depressão, ansiedade e dificuldades de saúde, ainda introspecção social com familiares e amigos, mesmo os mais próximos (GRAFIADELI, 2021; KÖLVES, 2019; SPILLANE, 2018; BELLINE, 2018; BERARDELI, 2020; PALMIERI, 2019; LEE, 2022; WESTERLUN, 2020).

Em relação às necessidades dos sobreviventes identificou-se que muitas delas não foram atendidas e que estes não tiveram acesso aos programas de apoio existentes no momento necessário. As ofertas de ajuda vieram de policiais, funerárias e clínicos gerais, embora a maior parte dos entrevistados referiu que não obteve ajuda especializada, o que demonstra a necessidade de desenvolvimento de políticas e serviços que considerem as necessidades desta população, visando conter os impactos negativos e até mesmo novos casos de suicídio (HUNT, YOUNG e

HERTLEIN, 2019; AZONIRA, 2019; LEVI-BELZ, LEV-ARI, 2019; LIGIER, 2020).

Nos estudos, os sobreviventes enlutados que tiveram apoio das redes familiares e serviços existentes não desenvolveram patologias em longo prazo (2 anos). Identificou-se também que não há uma padronização nos atendimentos e abordagens, o que pode determinar o desfecho do luto (HUNT, YOUNG e HERTLEIN, 2019; AZONIRA, 2019; LEVI-BELZ, LEV-ARI, 2019; LIGIER, 2020).

Os diferentes tipos de enfrentamento do luto levam a mudanças nas características deste, sendo que relacionamentos mais tensos ou distantes nos quais o estigma é maior podem levar a um constrangimento social e dificuldade de pedir ajuda ou procurar um profissional ou serviço especializado (HUNT, YOUNG e HERTLEIN, 2019; AZONIRA, 2019; LEVI-BELZ, LEV-ARI, 2019; LIGIER, 2020).

Em familiares observou-se maior retraimento social enquanto nos amigos observa-se o medo de novas perdas. No estudo realizado em Israel foi possível identificar que a tendência a autorrevelação, ou seja, a possibilidade de falar e lidar com seus pensamentos e sentimentos auxilia positivamente na elaboração do luto, o que levou a um menor índice de complicações neste processo (HUNT, YOUNG E HERTLEIN, 2019; AZONIRA, 2019; LEVI-BELZ, LEV-ARI, 2019; LIGIER, 2020).

Quanto aos impactos nos sobreviventes enlutados todos os estudos confirmam a abrangência dos sintomas identificados e aspectos da vida que são afetados após uma perda para o suicídio, ficando evidente que o luto nestes casos gera os sentimentos já conhecidos como culpa, negação e impotência, mas com o agravante da morte ser repentina, violenta e autoinfligida, desperta sentimentos únicos deste tipo de luto, podendo afetar a vida do sobrevivente de forma grave e permanente se não for bem acolhido, tratado e elaborado.

Para que a rede possa exercer um papel mais efetivo e positivo fica evidente a necessidade de uma equipe de saúde bem qualificada e preparada para lidar com esta demanda, buscando atuar de forma efetiva e compreensiva acerca do luto em casos de suicídio e dos diversos e devastadores impactos possíveis nestes casos.

É importante salientar a necessidade de um trabalho de desmistificação do suicídio junto à sociedade, pois muitas vezes são as redes familiares e sociais que dão suporte ao sobrevivente enlutado, o que além de fortalecer a sociedade como um todo, pode ter impactos positivos na prevenção de futuros casos de suicídio.

O segundo tema central, que são as formas de intervenção, pós-venção e

mecanismos de proteção e enfrentamento, foram analisados os artigos que tiveram como resultados de suas pesquisas relatos sobre o que contribuiu para a melhora dos sintomas e formas possíveis e necessárias de contato e intervenção, como vemos a seguir.

Em relação aos mecanismos de proteção constata-se que a espiritualidade e a religião podem contribuir para a melhora de sentimentos e reações frente à morte e ao luto, pois contribuem para a construção de sentido para a perda e o suicídio em si, bem como para a conexão com o familiar falecido. Na pesquisa realizada na Suíça os entrevistados sentiram falta de um maior apoio dos líderes religiosos, o que confirma a necessidade da sociedade como um todo se fortalecer e atuar em casos de perdas por suicídio e enfrentamento do luto após perdas em geral.

Um dado importante foi o de que as intervenções e grupos de apoio via web foram bem recebidos e tiveram resultados positivos, o que nos permite atuar de forma mais linear e ampla nestes casos (SCOCCO, 2021; GROH, ANTHONY, 2018; LEAUNE, 2021; DRANSART, 2018; WAGNER, LAURA, MAAB, 2020; BERARDELLI, 2020; LIGIER, 2020; WESTERLUN, 2018).

Quanto ao segundo tema selecionado percebe-se que estas formas de intervenção e mecanismos de proteção são bastante variadas e muitas vezes utilizadas de forma empírica e pouco embasada na literatura, o que reforça a necessidade de estudos que analisem e indiquem formas eficazes de análise e utilização de sentimentos positivos, potências e forças psíquicas e sociais de cada indivíduo para que alcancem uma forma mais saudável e positiva de lidar com a morte por suicídio e o luto decorrente desta.

Este dado destaca-se pela clara necessidade de apoio e pós-venção que se apresenta em momentos traumáticos como a morte, o luto e os impactos decorrentes destes. O advento da *web* é um fator extremamente positivo para se obter um maior alcance, tanto dos sobreviventes enlutados quanto da sociedade como um todo que acaba tendo maior acesso a informações e naturalização dos fenômenos suicídio e luto.

O resultado demonstra que as pesquisas analisadas são congruentes em seus resultados, demonstrando que o luto costuma ser mais complexo e doloroso em casos de morte por suicídio. Pode gerar isolamento e dificuldades em buscar ajuda em sua rede familiar e de amigos bem como constrangimento e isolamento, dependendo da sociedade em que está inserido e de como o suicídio é percebido em sua cultura.

Portanto, fica evidente a necessidade de serviços que atendam à demanda tanto do suicídio em si, de preferência começando a intervenção desde os primeiros sintomas, quanto dos familiares, amigos e profissionais da saúde que passam ou passaram por situações de suicídio.

4.3 Conclusão

Com esta revisão de literatura, fica evidente a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o suicídio e seus familiares enlutados, que são denominados sobreviventes, justo pela gravidade da situação e dos efeitos que uma perda destas pode gerar nos âmbitos mental, físico, social e familiar.

Compreende-se também a necessidade de estudos em nosso território, buscando compreender como a população brasileira está vivendo questões relacionadas à saúde mental e enfrentamento de perdas de familiares e rede social geral por suicídio, visando enfatizar e compreender as melhores formas de prevenção e pós-venção nestas situações.

Observa-se também a necessidade da compreensão de que a saúde mental está presente em todas as fases de um processo e não está relacionada a um fenômeno apenas e sim ao intercruzamento de fenômenos e circunstâncias.

Quando se pensa em suicídio e, principalmente, quando este ocorre de fato, pode-se ter a percepção de que ali não há mais o que ser feito, mas quando compreende-se que de uma situação várias outras são desencadeadas, tem-se a certeza de que há muito o que se trabalhar, pesquisar e implantar. Tanto para uma situação específica quanto para que haja movimentos proativos de prevenção e pós-venção melhorando os processos já existentes e evitando riscos de agravamento e até mesmo um novo suicídio, pois este processo pode ser cíclico e recorrente no ciclo social e familiar.

5. MARCO CONCEITUAL

5.1 Profissionais da saúde e luto

Segundo Osmarin (2016) o luto é uma forte reação à quebra de um laço afetivo e do bem estar que havia até então, gerando um sofrimento específico.

Para Scavacini, Cornejo e Cescon (2019) o tabu e o estigma que existem em torno do suicídio, impactam diretamente na forma como o luto é vivenciado e pode inclusive interferir na forma como é elaborado e simbolizado.

Os profissionais da saúde têm diversos desafios na sua atuação profissional, dentre eles lidar com a morte e o morrer, que é mais evidente no contexto hospitalar, visto que mesmo sendo um local onde se busca a cura, a morte é uma constante na rotina destes profissionais (STELLA *et. al.*, 2020).

Ainda no estudo de Stella *et. al.*, (2020) constatou-se que existe uma falta de preparo acadêmico e emocional para lidar com tudo que cerca a morte, evidenciando o envolvimento natural que ocorre com os pacientes durante toda a internação, bem como com seus familiares e rede de apoio. Ainda percebe-se uma falta de apoio emocional para que estas pessoas possam lidar com o convívio com todo o processo de internação e morte, bem como com o luto advindo desta.

No estudo feito por Costa e Lima (2005) foram identificados sentimentos de apego decorrentes da internação e morte, os quais foram comparados com sentimentos de luto de seus próprios familiares. O que leva a pensar em quanto o acolhimento emocional e o preparo psicológico são fundamentais para um melhor enfrentamento dos processos de adoecimento, morte e luto.

Observa-se que a preparação dos profissionais é voltada para a cura e o restabelecimento da qualidade de vida dos pacientes, mas que cotidianamente tem que lidar com o insucesso de seus investimentos técnicos e emocionais, o que evidencia a necessidade de um clima facilitador e efetivo para que os processos de morte e luto não interfiram negativamente na própria saúde e qualidade de vida dos profissionais da saúde. (COSTA e LIMA, 2005).

Pelo caráter repentino e violento do suicídio, o luto nesses casos, pode gerar culpa e autoacusação, demandando muita energia psíquica para a elaboração do luto, o que os levou a serem denominados como sobreviventes, termo que foi utilizado neste estudo (FUKUMITSU, 2016).

O termo sobrevivente enlutado por suicídio é pertinente devido ao fato de o luto

nestes casos, exigir uma ressignificação da vida, como um renascimento após uma mudança drástica que influencia tanto nos aspectos psíquicos, como nos papéis exercidos pela pessoa e no modo como esta vai seguir sua vida após este acontecimento traumático e repentino (FUKUMITSU, 2019).

5.2 O ser-no-mundo

Neste capítulo será explorado o conceito de “ser-no-mundo” advindo da fenomenologia, não com a intenção de discorrer longamente sobre o tema, mas sim com o objetivo de situar o título do trabalho e a profundidade contida nele.

Para Forghieri (2002) o ser-no-mundo é uma estrutura originária e sempre total que não pode ser decomposta em elementos independentes, mas que pode ser visualizada em seus diferentes aspectos, sempre mantendo a sua unidade.

O mundo e o ser não poderiam existir independentemente, pois o homem não existiria sem os elementos contidos no mundo, na sua realidade. Da mesma forma em que o mundo não existiria sem o homem para vivenciá-lo e dar sentido a ele.

O ser-no-mundo consiste na maneira única e exclusiva do homem existir e se comportar frente às coisas e às pessoas com as quais se relaciona (BOSS, 1963 *apud* FORGHIERI, 2002). É uma forma individual e personalizada de entender-se dentro do seu contexto e a forma com que vivencia suas experiências e relações.

Devido a este conceito, o “**ser** profissional da saúde, **sendo** sobrevivente enlutado por suicídio” traz em si, uma profundidade filosófica e psicológica, visto que a pesquisa busca compreender as experiências vivenciais e a diversidade de formas de ser-no-mundo de cada um dos entrevistados.

Mesmo as entrevistas tendo se referido ao mesmo fato (mortes por suicídio em comum), cada experiência e percepção são únicas e impactam de formas diversas cada um dos seres.

5.3 Suicídio

Etiologicamente suicídio significa *sui* (de si) e *caedes* (morte voluntária; imolação; ação de matar), ou seja, matar a si mesmo de forma voluntária. O termo apareceu pela primeira vez no século XVIII, com o teólogo Camaruel. As causas do suicídio aparecem de forma dicotômica, de um lado atribuída a questões biológicas e psicológicas, decorrentes de um adoecimento que leva a pessoa a por fim à vida. De outro lado existe a questão social, que atribui ao suicídio o caráter de um ato de coragem ou covardia e que é impactado por causas advindas da sociedade (FEIJOO, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) o suicídio constitui a quarta causa de mortes no mundo, ficando a frente das causas malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerra e homicídio, o que evidencia o quanto é alarmante e urgente tratar esse problema de saúde pública. Segundo dados da OMS, cerca 703 mil pessoas morrem por suicídio anualmente. Em 2019, uma a cada 100 mortes (1,3) tiveram como causa o suicídio.

Ainda segundo a OMS (2019) a taxa global de suicídio padronizada por idade caiu em 36% nos últimos 20 anos (2000-2019). Percebe-se que homens morrem mais por suicídio, principalmente em regiões onde os rendimentos são mais altos, já em regiões de rendimento baixo, são registrados maiores suicídio nas mulheres (OMS, 2019).

A OMS tem uma meta global de reduzir as mortes por suicídio em 1/3 até 2030 e mesmo apontando uma diminuição nos últimos anos, as estratégias de prevenção precisam ser melhoradas para que a meta seja alcançada (OMS, 2019).

No Brasil, em 2019, a taxa bruta de suicídio foi de 3,0 por 100.000 em mulheres e 10,9 por 100.000 em homens, tem uma média geral de 6,9 por 100.000, o que representa um número de 14.540 vidas perdidas para o suicídio (OMS, 2019).

5.3.1 O suicídio como fato social

Neste capítulo será abordado o suicídio conforme proclamado por Émile

Durkheim (FONTES, 2000), onde primordialmente busca definir o suicídio e mostra que, independente da morte ter sido decorrência direta de ato autoinfligido, fisicamente ou proveniente de um ato de anulação, é igualmente considerada suicídio. O autor define suicídio como “toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” (FONTES, 2000, pg. 11).

Durkheim definiu a tipologia do suicídio conforme sua causa, sendo estes: suicídio egoísta, que seria motivado pelo isolamento social do indivíduo, rompendo seus laços sólidos com o grupo social em que estava inserido até então (FONTES, 2000).

O suicídio altruísta que é o extremo oposto, a pessoa está extremamente conectada com a sociedade e abre mão de sua existência por uma causa, que segundo acredita, seja maior que sua própria vida. Finalmente tem-se a definição do suicídio anômico, que é aquele que ocorre quando a pessoa não consegue aceitar as normas e limites morais impostos pela sociedade, entende que a sociedade exige dele mais do que pode oferecer, não sentindo-se com possibilidades reais de viver naquele contexto, caindo em desespero (FONTES, 2000).

A anomia é um dos conceitos mais relevantes elaborados pelo autor, que diz que a felicidade e bem estar da pessoa só é possível se houver equilíbrio entre suas expectativas e as exigências e meios socialmente propostos, ou seja, é necessária uma congruência entre o que o sujeito acredita ser e o que a sociedade impõe e supostamente exige dele (FONTES, 2000).

Para Durkheim, o suicídio varia de forma inversamente proporcional a interação social, ou seja, a relação e integração com a sociedade podem interferir na taxa de suicídios. O que foi algo à frente do que vinha sendo estudado até então, onde as causas biológicas-patológicas eram consideradas como únicas na ocorrência de suicídios. Com o advento de sua teoria passou-se a considerar os aspectos sociais, gênero, idade e contexto social e cultural para o estudo do fenômeno suicídio (COUTINHO, 2010).

5.4 Carl Rogers

Carl Ramson Rogers (1902 — 1987) nasceu em Chicago, nos Estados Unidos, o quarto de uma família de seis filhos. Teve uma educação bastante rígida e ao mesmo tempo amorosa, onde os pais transmitiam valores claros e muito religiosos, mas ao mesmo tempo preocupavam-se com seu bem estar e desenvolvimento (ROGERS,

2009). Iniciou seus estudos pela agricultura na faculdade de *Wisconsin*, mas após participar de grupos de estudos sobre religião, afeiçoou-se ao sacerdócio, migrando para o curso de história. Neste período, casou-se com uma moça de suas relações, após a formatura. O autor salienta que este processo de companheirismo e dedicação contribuiu tanto para sua vida pessoal quanto profissional (ROGERS, 2009).

Após a conclusão, o mesmo decidiu entrar no *Union Theological Seminary*, no qual permaneceu por dois anos. Ele relata ter tido experiências muito ricas. Este era o seminário mais liberal do país em 1924, por isso, solicitaram à administração que pudessem elaborar um seminário, visto que seus desejos eram explorar suas próprias ideias e não recebê-las já prontas (ROGERS, 2009).

Conta-se que o seminário foi um sucesso e trouxe estes fatos, pois percebe-se em Rogers, uma valorização muito peculiar para a época, de seus desejos e de inovação, o que conversa diretamente com a elaboração da abordagem que viria a seguir (ROGERS, 2009).

Neste período, o autor aproximou-se de palestras sobre psicologia e psiquiatria, as quais cada vez mais tomaram seu tempo e interesses. Rogers relata que foi naturalmente aceitando cargos que lhe aproximavam da psicologia, chegando a fazer parte de um internato no Instituto da Criança, em *Teacher's College*, onde se aprofundou e mergulhou nos estudos sobre Freud, os quais não conseguia relacionar com as perspectivas estatísticas, rigorosas e científicas que estudou até então (ROGERS, 2009).

Após anos de experiências acadêmicas e com atendimento clínico, Rogers parece ter alcançado pontos importantes para sua teoria e prática, como ter cada vez mais uma relação terapêutica profunda com um grande número de clientes, bem como, trazendo a instigação para sua prática, onde podia ver com objetividade os fenômenos subjetivos (ROGERS, 2009).

Rogers (2009) relata que sempre propôs suas ideias como hipóteses a serem seguidas ou não, mas mesmo assim recebeu muitas críticas violentas, as quais sempre o surpreenderam. Em certo momento refletiu que talvez essas críticas tenham surgido do efeito como alguns de seus seguidores utilizavam e respaldavam-se em seu trabalho para agir de forma tempestuosa, o que lhe fez refletir ainda mais sobre

as relações e seus efeitos.

5.5 **Abordagem centrada na pessoa (acp)**

Quando se trata da Abordagem Centrada na Pessoa, começa-se pela vida de seu criador, justamente porque, segundo o próprio Rogers (2021) no capítulo que escreve sobre *Os fundamentos da Abordagem na Pessoa*, no livro *Um jeito de ser*, tanto o referido capítulo quanto a própria abordagem vem de uma construção teórica e de experiências anteriores, onde outros autores já traziam termos semelhantes e ideias embrionárias da ACP.

Ao longo da carreira de Rogers, a abordagem centrada na pessoa teve diversos nomes, como aconselhamento não-diretivo, terapia centrada no cliente, ensino centrado no aluno, liderança centrada no grupo. Todavia, por ser cada vez mais ampla e alcançar diversos espaços, foi definitivamente chamada de Abordagem Centrada na Pessoa (ROGERS, 2021).

Rogers (2021) destaca as duas tendências que são as pedras fundamentais da ACP. Uma delas é a tendência à realização, que é uma característica da vida orgânica e a outra a tendência formativa, característica do universo como um todo.

Segundo Rogers, o pressuposto central da ACP é a tendência atualizante, este conceito diz que todo o indivíduo possui em si recursos de autocompreensão e condições de modificar seu autoconceito, atitudes e seu comportamento autônomo. Estes recursos podem ser estimulados se houver um clima favorável e atitudes facilitadoras (ROGERS, 2021).

Para que haja um clima facilitador são necessárias três condições fundamentais, que se aplicam a todas as relações onde o objetivo seja o crescimento. A primeira atitude é a autenticidade ou congruência, onde o profissional seja ele mesmo, com sentimentos e atitudes transparentes com o cliente. Esta atitude remove a distância entre o profissional e o cliente, favorecendo uma relação genuína. A segunda atitude é a aceitação incondicional, na qual existe um interesse verdadeiro sobre o cliente, sem críticas ou condicionamentos, aceitando quem ele é e como se apresenta. A terceira condição é a compreensão empática, onde o terapeuta capta com precisão os sentimentos e significados que o cliente está vivenciando e os comunica (ROGERS, 2021).

Este modo de escuta não diretiva é uma das forças motrizes mais poderosas para facilitar e potencializar a tendência atualizante, a qual se define justamente por esta potência inerente a todos os seres vivos de desenvolver-se e reajustar-se de forma espontânea e saudável, desde que vivencie um clima favorável e motivador para ser ele mesmo, aceitando-se e permitindo explorar suas potências (ROGERS, 2021).

5.6 Fases da abordagem centrada na pessoa (acp)

A ACP foi sendo modificada e aprimorada ao longo do tempo. O próprio Rogers foi aprimorando e amadurecendo, criando fases diferentes em sua trajetória. Moreira (2010) nos esclarece e compila as três fases da evolução da ACP e sugere mais uma. A seguir apresento estas fases e suas compreensões.

5.6.1 Fase não-diretiva (1940 – 1950)

Este período foi o que deu início oficialmente à abordagem, marcada pela palestra de Rogers, em 1940, onde apresenta suas ideias sobre a nova abordagem em psicoterapia. A obra de base para este período é intitulada *Counseling and psychotherapy*, publicada em 1942 nos Estados Unidos, e em 1973 no Brasil, com o título *Psicoterapia e consulta psicológica* (MOREIRA, 2010).

A psicoterapia não diretiva parte do indivíduo para o externo, focando nele e não na problemática apresentada, valoriza mais seus sentimentos e percepções do que o intelecto. Outro diferencial é que foca no presente e não no passado, utilizando a própria relação terapêutica como fonte de crescimento e mudança. O terapeuta é ele mesmo um ser humano, o que cria uma relação mais próxima ao cliente, deixando a condição de especialista de lado (MOREIRA, 2010).

A condução do processo terapêutico se dá pelo cliente (até então chamado de paciente) e o conselheiro (termo mais utilizado na época para o psicoterapeuta) que acompanha essa jornada. O termo *não diretividade* sofreu severas críticas, principalmente na França e, embora tenha sido deixado de ser usado pelo próprio Rogers na década de 50, até hoje segue sendo relacionada à ACP (MOREIRA, 2010).

5.6.2 Fase reflexiva (1950 – 1957)

Fase onde a não diretividade deu espaço ao centramento no cliente, sendo uma fase focada nos reflexos dos sentimentos no cliente, por isso é denominada fase reflexiva. Neste período, o foco do tratamento ficava no cliente e o terapeuta passava a ter um papel mais ativo, buscando uma relação de troca e possibilitando um espaço de acolhimento com atitudes facilitadoras ao processo (MOREIRA, 2010).

A obra de referência desta fase é o livro *Psicoterapia Focada no Cliente*, de 1951. É a fase de renúncia aos conceitos rígidos, que deram espaço ao entendimento de que a psicoterapia é um grupo de duas pessoas. Neste momento é desenvolvida a teoria das atitudes facilitadoras, as quais regem a Abordagem Centrada na Pessoa até hoje (MOREIRA, 2010).

As atitudes facilitadoras são três, as quais preconizam que o terapeuta precisa proporcionar condições para o crescimento de seu cliente. A primeira atitude facilitadora é a empatia, onde o psicoterapeuta busca perceber e compreender o mundo pela percepção do cliente, sem outras influências. A segunda é a aceitação positiva incondicional, onde a individualidade do cliente é respeitada incondicionalmente, ou seja, sem condicionamentos, pelo psicoterapeuta. Já a terceira atitude facilitadora é a congruência ou autenticidade, onde o psicoterapeuta é ele mesmo na relação terapêutica e comunica verdadeiramente sua percepção ao cliente, de forma clara e efetiva (MOREIRA, 2010).

Neste período, Rogers abandona seu interesse pelo diagnóstico e foca na capacidade de desenvolvimento inerente do ser humano (MOREIRA, 2010).

5.6.3 Fase experiencial (1957 – 1970)

Nesta fase, Rogers, inspirado pelo conceito de experimentação de Eugene Gendlin, começou a focar na experiência vivida pelo cliente, pelo psicoterapeuta e por ambos. Mesmo que ainda colocasse seu foco no cliente em alguns momentos, a principal intenção foi compreender e utilizar a experiência vivida no processo terapêutico para proporcionar a congruência do *self* do cliente e do desenvolvimento relacional. Outro fator fundamental é a autenticidade do psicoterapeuta, que precisa

confiar nos seus sentimentos e ser fiel a ele, proporcionando uma verdadeira experiência para ambos, o que traz uma verdade única e realmente facilitadora para o processo terapêutico (MOREIRA, 2010).

Neste momento a atenção passa a ser bi-centrada, ou seja, o *self* do cliente e do psicoterapeuta são levados em consideração e criam juntos uma relação que seja favorável e terapêutica para o cliente (MOREIRA, 2010).

Nesta fase, Rogers dá espaço a colegas que contribuíram com suas críticas e posicionamentos. Gendlin contribuiu para que Rogers migrasse do positivismo lógico para o existencialismo, o que possibilitou ressignificar o conceito de “experiência”. Este mesmo colaborador fortaleceu o conceito de experimentação, levando a ACP a este novo nível, mas segundo o próprio Rogers, não foi feita uma teorização efetiva sobre este período, que ficou marcado pela autenticidade do psicoterapeuta e pela interrelação do seu mundo com o do cliente, em benefício deste último (MOREIRA, 2010).

Esta fase é a que mais se aproxima da psicoterapia fenomenológica, pois olha para a experiência e inter-relação entre psicoterapeuta e cliente, mas como ainda tem muito forte o centramento no cliente, não pode ser assim denominada, por isso não sendo considerada uma abordagem fenomenológica de fato (MOREIRA, 2010). A obra de referência desta fase é o livro *On becoming a person*, de 1961, no Brasil publicado como o prestigiado título *Tornar-se Pessoa*, em 1976 (MOREIRA, 2010).

5.6.4 Fase Coletiva ou Inter-humana (1970 - 1987)

Seguindo a incursão de Moreira (2010), que analisou as gravações das sessões feitas por Rogers em suas diferentes fases, a autora confirma as fases anteriores, preconiza a atual e sugere esta quarta fase, a coletiva ou inter-humana, na qual Rogers abandona de vez a clínica individual e se estabelece nas atividades de grupo, ocupando-se de questões mais amplas. Observando os últimos 15 anos da vida de Rogers, esta mudança fica evidente e a partir desse período a ACP passou a ser chamada de abordagem ao invés de psicoterapia (MOREIRA, 2010).

Esta fase foi considerada inter-humana porque, de fato, foi definida como abordagem, visto que durante sua evolução recebeu diversas denominações, tais como aconselhamento não-diretivo, terapia centrada no cliente, ensino centrado no

aluno, liderança centrada no grupo, mas como tomou uma proporção e aplicações diversas, passou a ser definitivamente denominada Abordagem Centrada na Pessoa (MOREIRA, 2010).

Ainda neste período Rogers assumiu uma postura mais holística e até mesmo mística, considerando que foi dado maior espaço para as questões transcendentais da experiência humana (MOREIRA, 2010).

Segundo Moreira (2010) a tendência formativa é apontada como o indicador deste pensamento ampliado, pois Rogers traz a ideia de que todos os elementos do universo possuem essa tendência formativa, a qual pode ser vista no ser humano ao considerar que este passa de um ser unicelular para um organismo complexo, dotado de capacidade subjetiva, de compreensão de si e do cosmos, sendo parte deste.

A Abordagem Centrada na Pessoa foi formalizada pela obra *On Personal Power* (1977), editado para o português com o título *Sobre o poder pessoal*. A obra de referência desta fase foi *A way of being*, publicada em 1980 nos Estados Unidos e publicada parcialmente no Brasil em 1983, com o título *Um jeito de ser* (MOREIRA, 2010).

5.6.5 Fase pós-rogeriana ou neorogeriana

Desde a morte de Rogers, em 1987, a ACP tem se desenvolvido de formas bastante diversas, havendo diferentes vertentes do pensamento rogeriano. Moreira (2010) apresenta algumas escolas relacionadas a ACP, tais como: a clássica, atualmente desenvolvida pelo *Center for Studies of the Person*, onde Rogers passou sua primeira fase. A experiencial, que é dividida pela linha que dá ênfase a experienciação e focalização, representada por Gendin, na *University of Chicago* e pela linha experiencial processual, representada por Laura Rice, no Canadá e Robert Elliot, nos Estados Unidos, que tem interesse no estudo detalhado dos elementos do processo.

A linha existencial-fenomenológica, baseada na fenomenologia existencial, que está sendo desenvolvida principalmente por autores brasileiros, como Moreira, Amatuzzi, Advíncula, Belém, Boris, Cury, Fonseca, Holanda, entre outros. A linha transcendental, que contempla interesses espirituais, religiosos e transpessoais, tem nomes como Curran, nos Estados Unidos, Saint-Arnaud, no Canadá, Thorne, na

Inglaterra, Schmid, na Áustria, González, no México, Boainain Jr., no Brasil(MOREIRA, 2010).

Já a linha expressiva, com elementos da arte e expressão cultural, tem relação com a gestalt-terapia e o psicodrama e é principalmente representada por N. Rogers, filha de Carl Rogers. A linha analítica tem relação com a psicologia de si mesmo de Heinz Kohut e outros elementos analíticos, representada por Kahn. A linha cognitivo- operacional tem ênfase no desenvolvimento de habilidades, é representada por Tausch, na Alemanha, e Ernest Meadows, na Califórnia (MOREIRA, 2010).

Moreira (2010) acrescenta a linha do *curriculum* centrado na pessoa, que atua na área da educação e tem como representante Eric Troncoso e Ana Repetto, no Chile. Cabe salientar que ainda é possível observar novos desenvolvimentos da Abordagem, que podem vir a constituir novas linhas de trabalho.

Um aspecto muito relevante e que deve ser levado em consideração é que podemos observar que essas diversas vertentes baseiam-se em diferentes fases da Abordagem Centrada na Pessoa, o que nos faz supor que a metodologia, epistemologia e a forma de utilizar a abordagem é igualmente diversa, podendo gerar divergências entre si, visto que em cada fase foi-se adquirindo e aprimorando novos olhares sobre a forma de fazer ACP (MOREIRA, 2010).

5.7 Pesquisa centrada na pessoa

Segundo Sales, Souza e Cavalcante Junior (2012), o desenvolvimento de Rogers como pesquisador passou por transformações significativas e consonantes com o desenvolvimento da ACP. As pesquisas iniciais de Rogers tiveram um viés positivista, fruto de sua formação e teoria trabalhadas até então.

Em dado momento o psicoterapeuta e o pesquisador Rogers passaram pelo conflito de atuarem de formas distintas. Enquanto o psicoterapeuta se desenvolvia no sentido de aceitação incondicional, congruência e empatia, o pesquisador mantinha a premissa da neutralidade e isenção em relação à pesquisa desenvolvida (SALES, SOUZA E CAVALCANTE JUNIOR, 2012).

Rogers (2009) dissertou sobre esta diferença, salientando que para o psicoterapeuta a ciência era incompreendida devido ao fato desta, no seu próprio entendimento, se ocupar do outro, como objeto de estudo e mesmo quando o cientista

estuda a si mesmo, ainda assim se coloca como um outro observável e mensurável.

A percepção de Rogers passou por transformações e a partir de dado momento passou a compreender que a Ciência (com “C” maiúsculo) não era apenas uma entidade, isenta da humanidade. Pelo contrário, a ciência (com “c” minúsculo) se ocupa das pessoas e suas questões, não podendo manipular ou modificar os dados e sim fazer uma representação da realidade estudada naquele determinado momento (ROGERS, 2009).

Amatuzzi (2012) fez uma reflexão sobre a ética em Rogers, onde coloca o desenvolvimento da abordagem como um marco de mudança na condução do processo psicoterápico, onde o profissional não mais era visto como o detentor de um conhecimento e verdade absolutos e sim um colaborador na condução do ser para dentro de suas fontes internas, as quais, segundo postula, é a forma de conduzir uma verdadeira transformação.

Essa nova perspectiva não buscou oferecer novos caminhos para a finalidade da cura e sim uma nova finalidade para o processo psicoterápico, dando novo significado à ajuda oferecida.

Para Amatuzzi (2012), neste momento ele não oferece uma nova tecnologia e sim uma ética, uma mudança de paradigma. Esta mudança parece simples, mas implica em uma relação não mais determinista, onde se buscam identificar variáveis e hipóteses a serem confirmadas pelo processo científico, e sim um pressuposto de autonomia crescente, onde parte-se do ser humano, respeitando-o como detentor de sua verdade, conhecedor de sua realidade e sua verdadeira inter-relação entre o ser humano e o mundo interno ou externo.

A Abordagem Centrada na Pessoa foi escolhida como marco teórico para embasar esta pesquisa devido a afinidade e confiança que deposito nestes pressupostos e formas de atuação. Possuo experiência suficiente para confirmar na prática clínica a aplicabilidade e eficácia do tratamento baseado nesta abordagem e acredito que neste momento de rastreamento científico, tive a oportunidade de confirmar sua relevância e potência na pesquisa e ciência da saúde.

6. MÉTODO

6.1 Caracterização do estudo

Este estudo é uma pesquisa qualitativa, baseada na abordagem não-diretiva de Carl Rogers. De acordo com Minayo (2010) a pesquisa qualitativa:

“se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado [...],ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis” (MINAYO, 2010, p. 21).

A pesquisa qualitativa permitiu conhecer mais profundamente as vivências dos seres humanos e ao serem utilizadas a autonomia, congruência e aceitação incondicional para executar a coleta e a análise dos dados,foi um momento único de levar luz a um tema tão relevante e sensível, sendo estas as características de uma pesquisa não-diretiva.

6.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Pelotas/ RS, onde foram escolhidas duas unidades hospitalares de saúde para coleta dos dados. Estas unidades hospitalares foram escolhidas por terem ocorrido casos de suicídios entre seus colaboradores. O estudo foi divulgado através dos canais internos das Instituições Hospital Escola Ebserh/ UFPel e Beneficência Portuguesa de Pelotas, através dos murais internos e *Whatsapp*, também foram utilizadas indicações diretas dos participantes, quando foram feitos convites para os indicados.

Já a entrevista foi feita, em sua maioria, através do aplicativo Google Meet, seguindo a solicitação do entrevistado e visando flexibilizar horários e facilitar acessos, das dez entrevistas apenas uma foi feita de forma presencial, em um escritório particular.

A condução da pesquisa em ambiente virtual seguiu as orientações propostas pelo OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que orienta todas as etapas de pesquisa quando em ambiente virtual ou eletrônico. Sendo assim, todas as publicações tiveram os contatos diretos da pesquisadora, bem como, foi garantida a privacidade tanto no momento da pesquisa quanto na guarda dos dados e resultados,

que foram armazenados em dispositivo externo, sem o risco de serem captados de forma virtual. Os participantes foram orientados a estarem em local privado, com fones de ouvido e privacidade para o melhor andamento da entrevista, o mesmo vale para a pesquisadora (BRASIL, 2021).

6.3 Participantes do estudo

Os participantes contemplaram os critérios de inclusão, que são: profissionais da saúde em atuação quando ocorrida a morte por suicídio, com algum vínculo com a pessoa que morreu e sentindo impacto após essa morte e luto. Foram entrevistados todos os interessados, independente da profissão ou área de atuação. Os critérios de exclusão foram trabalhadores de outras instituições de saúde e pessoas que não consideravam que a morte tenha ocorrido por suicídio.

Os participantes foram nove mulheres e um homem, sendo uma psicóloga, uma arteterapeuta, quatro enfermeiros e quatro técnicos em enfermagem. Quanto à idade, cinco estão na faixa dos 30 - 39 anos, três na faixa dos 40 - 49 anos e duas entre 50 - 60 anos. São nove pessoas declaradas como heterossexuais e uma homossexual. Quanto a cor da pele, sete pessoas se autodeclararam branca, duas pardas e uma preta. Quatro pessoas tem o estado civil casadas, cinco solteiras, sendo que uma está em um relacionamento que denomina namoro e uma divorciada.

Em relação à escolaridade, uma tem doutorado, quatro tem pós-graduação, duas possuem graduação, uma graduação em andamento e uma possui ensino médio. Seis participantes são colaboradores da Ebserh/ UFPel e quatro são colaboradoras da Beneficência Portuguesa de Pelotas. Destes, seis tiveram as mortes por suicídio que lhes fizeram enlutadas registradas no ambiente de trabalho e quatro em suas relações pessoais, sendo um companheiro, um ex-marido e uma amiga.

6.4 Procedimentos éticos

Após a qualificação e correções, o projeto foi submetido à plataforma Brasil para então ser enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Sua elaboração e desenvolvimento seguiram os preceitos éticos postulados no Código de Ética dos profissionais de psicologia, bem como a Resolução no 466/2012 do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional da Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012)

e do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que orienta pesquisas em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

Após a análise dos relatos, os mesmos foram arquivados digitalmente em um pen-drive externo e guardados em um armário fechado em segurança na sala de permanência do pesquisador responsável, junto ao prédio do curso de Enfermagem da UFPel, onde permanecerão por cinco anos e após este tempo serão destruídos.

Os participantes estiveram livres para recusar a participação na pesquisa e desistir da mesma a qualquer momento. Além disso, tem livre acesso aos dados quando for de seu interesse e seu nome foi preservado, sendo colocado uma sigla (P1, P2, P3...) durante a apresentação dos resultados. Sendo assim, todos os aspectos éticos foram garantidos.

Este tipo de pesquisa teve como risco gerar mobilização emocional nos participantes, ao evocar fatos e lembranças da relação do participante com o ente falecido e suas modificações de vida decorrentes do luto. Já os benefícios diretos para os participantes deste estudo foram a possibilidade de falar abertamente sobre suas vivências, expressar sentimentos e pensamentos sobre o tema central, bem como, estar em um momento autêntico, congruente e empático, o que pode proporcionar uma experiência terapêutica e acolhedora, em um clima facilitador, para rememorar experiências tão significativas.

Nenhum dos participantes manifestou desconforto ou desejo de desistir da entrevista, pelo contrário, elucidaram o quanto foi pertinente e necessário abordar esse tema.

6.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita por entrevista não-diretiva, a qual encontra-se no apêndice B. Esta foi baseada nas premissas da Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers. Segundo Hoffmann e Oliveira (2009) esta entrevista apoia-se em obter informações baseadas no livre discurso do entrevistado, considerando que este tem plena capacidade de exprimir experiências, fatos e sentimentos relacionados.

O que caracterizou uma atitude não-diretiva foi a postura autêntica, empática e congruente que entrevistador e entrevistado assumiram, a partir do momento em que estabeleceram uma relação de respeito e não julgamento, o que pode ser evidenciado pelo fato do acolhimento às manifestações, respostas e expressividade do entrevistado, tendo em contrapartida uma entrevistadora realmente entregue àquele

momento, que não deixou seus sentimentos e pensamentos inertes, mas os colocou de lado para centrar na pessoa que esteve fazendo seu relato. Existe sim, a possibilidade e necessidade de um diálogo condutor para que a entrevista flua da melhor forma possível e atenda às necessidades da pesquisa, visto que este encontro será objeto de posterior análise (GRAZIOTTIN, 2001).

Foi feita uma questão norteadora simples e direta que deu início à entrevista, ocorreram diálogos durante o processo, que favoreceram a expressividade do entrevistado, visto que este momento foi uma vivência real e congruente, onde a autenticidade e empatia típicos da ACP estiveram presentes. Existiam pontos preestabelecidos que se desejaram contemplar com esta entrevista, os quais não foram simplesmente perguntados diretamente, mas sim estimulados a serem abordados através de direcionamentos, quando necessário.

6.6 Análise dos dados

A transcrição foi feita pelo site *Reshape* (<https://www.reshape.com.br/>), no qual são compradas horas de transcrição e utilizada inteligência artificial. Ainda assim, foi conferida toda a transcrição para corrigir possíveis erros. Para a organização dos dados foi feito um documento no *Word* onde cada entrevista foi organizada e assinalada conforme as categorias que surgiram, após foi utilizado o programa MAXQDA, programa de organização e categorização de dados, na versão gratuita para teste, para organizar os discursos em categorias. A partir daí foi utilizado o Modelo Fenomenológico Empírico, de Amedeo Giorgi.

A análise de dados baseada no Modelo Fenomenológico Empírico (MFE), de Amedeo Giorgi, determina a utilização de quatro etapas para o tratamento e análise dos dados após a coleta (MOREIRA e SOUZA, 2016).

A primeira etapa correspondeu ao estabelecimento do sentido geral do relato das experiências vividas por cada entrevistado, onde ocorreu a leitura atenta e organização dos dados obtidos. A segunda etapa foi a determinação das partes que formaram a Divisão das Unidades de Significado, a qual, baseada nos objetivos da pesquisa, foram organizadas e determinadas as expressões e relatos, conforme foram ocorrendo no discurso (MOREIRA e SOUZA, 2016).

A terceira etapa consistiu em transformar as Unidades de Significado em

Expressões de Caráter Psicológico. Neste momento ocorreu a aplicação da redução fenomenológica, a análise eidética e a descrição fenomenológica dos discursos. A quarta etapa correspondeu à Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos, onde o objetivo foi sintetizar os significados psicológicos, bem como a dinâmica e interdependência entre eles.

Ocorreu a sintetização dos conteúdos psicológicos essenciais e transversais a todos os participantes do estudo, nesta ocasião deu-se ainda a redução fenomenológica-psicológica, aplicando a análise eidética para definir as dimensões essenciais presentes nos protocolos.

A análise fenomenológica é costumeiramente utilizada em entrevistas semi estruturadas ou abertas, focada na experiência vivida (BRANCO, 2014), o que fomentou a utilização deste método nesta pesquisa, visto que este é justamente o objetivo aqui proposto.

A Abordagem Centrada na Pessoa tem, entre outras bases, a fenomenologia, o que corrobora com a eficácia desta análise dentro deste contexto proposto (AMATUZZI, 2009).

A saber, a redução fenomenológica é o recurso proposto pela fenomenologia para se chegar às coisas mesmas, ao fenômeno como tal ocorreu, podendo ser negativo, que rejeita tudo que não pode ser concretamente comprovado, e outra positiva, que objetiva a intuição originária do fenômeno, na imediatez da vivência. “A redução não é uma abstração relativa ao mundo e ao sujeito, mas a uma mudança de atitude - da natural para a fenomenológica - que permite visualizá-los como fenômeno, ou como constituintes de uma totalidade” (FORGHIERI, 2002).

Já a análise eidética diz que a plena evidência do fenômeno é atingida na concordância entre intuição e significação, não se referindo a uma intuição sensível, mas a intuição eidética, “categorial”, na qual temos a evidência da essência (FORGHIERI, 2002).

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para responder aos objetivos da pesquisa foram definidas quatro categorias para melhor compreensão dos dados obtidos.

A categoria *História e Percepção da morte por suicídio* mostra a forma como o

suicídio é percebido e tratado pelas pessoas que vivenciaram a morte, onde pode-se observar como o suicídio é relatado e o entendimento de cada entrevistado acerca deste fenômeno.

A categoria *Percepção da influência da morte e luto na saúde e curso da vida*, permite olhar além da morte e luto, mostra o quanto passar por essa experiência leva a alterações individuais, que muitas vezes, são silenciosas, mas que podem modificar o curso da vida e as relações dos indivíduos.

Já a categoria *Percepção das atividades laborais após a morte e o luto*, tem o objetivo de demonstrar o quanto o processo de perda influencia no cotidiano e nas relações laborais.

A categoria *Tendência Atualizante e Atitudes Facilitadoras presente nos discursos* permite compreender e pensar em formas saudáveis de enfrentamento e possíveis intervenções que se fazem necessárias em casos como os relatados nas entrevistas.

7.1 História e percepção da morte por suicídio

Em relação a história do suicídio ocorrido observa-se que a maioria dos entrevistados tinha pouca relação íntima com a pessoa que morreu, tendo apenas duas entrevistadas relatado relações íntimas e familiares com a pessoa que morreu. O que confirma o que diz Osmarin (2016) que o impacto do suicídio pode ocorrer nos mais diversos seres, tanto familiares como na rede de apoio, incluindo amigos e colegas de trabalho, como vemos a seguir

“Eu conheci ele lá no hospital, né, como profissional, assim, colega de trabalho, profissional. Conheci ele em outra instituição de saúde (adaptado para manter o sigilo) ali também do Covid, que ele trabalhou lá” (P10).

Mesmo sendo um vínculo profissional, observa-se que os colegas de trabalho demonstraram muita empatia e preocupação com os sinais observados antes da morte em si.

Alguns entrevistados relataram terem buscado ajudar a pessoa, tanto com conversas e acolhimento, quanto buscando ajuda dos superiores para realizar alguma intervenção. O que coincide com o posicionamento de Fukumitsu (2016) que salienta que o sofrimento em casos de suicídio começa antes mesmo da morte em si, pois

normalmente é precedido de adoecimento, o que leva ao envolvimento dos mais diversos atores, neste processo.

Ainda para Fukumitsu (2016) sentimentos como culpa e auto acusação são relatados em pessoas enlutadas por suicídio, pois estes sentem que poderiam ter feito algo para salvar a vida da pessoa que morreu ou ter feito mais do que foi feito em prol da saúde e bem estar da pessoa.

O que se confirma pelas entrevistas, onde é possível identificar sentimentos como revolta, impotência e frustração por não terem conseguido ajudar ou mobilizar a ajuda necessária para salvar a vida do colega. Remetem até mesmo descaso por parte de quem, segundo suas falas, poderiam efetivamente ajudar.

“Olha, antes a gente, como eu disse, fizemos vários contatos, né, conversamos até na época com a gerência pessoal, né? Porque começamos a perceber que não estava... que tinha algo errado, que não estava bem. Até pra trocar na época de setor, porque estávamos no período do Covid e... Realmente foi um período bem difícil e eu acho que também mexeu bastante com a estrutura dele nesse momento. Mas só que a gerência na época disse assim... Que não tinha o que fazer... que não poderia ser trocado, porque sempre tem aquelas questões que a gente não entende. Ou talvez não tenha achado que fosse tão sério essa situação. E foi bem triste, né? Porque, como é que eu posso dizer? Além da gente perceber que não estava bem, a gente pediu socorro, digamos assim, né?”
(P8)

Um aspecto que chama muita a atenção é a dificuldade de compreensão do que é o suicídio e de quando a morte tem esta causa, o que leva a duas perspectivas a serem observadas. Uma delas se refere ao quanto é difícil aceitar ou compreender que um suicídio ocorreu e do quanto é doloroso aceitar que uma pessoa autoinflingiu a própria morte. E a outra perspectiva diz respeito a necessidade de que se tenha um relatório ou algo formal que diga que foi suicídio, para não deixar dúvidas. Este

aspecto remete a uma das atitudes facilitadoras de Rogers (2021) que é a congruência, mas no sentido oposto, demonstrando o quanto um suicídio traz incongruência para as pessoas envolvidas e o quanto esse sentimento de dúvida pode causar insegurança e dificuldade de lidar com a morte e o luto.

Em Fontes (2000) Durkheim esclarece que independente da morte ter sido decorrência direta de ato autoinflingido, fisicamente ou proveniente de um ato de anulação, é igualmente considerado suicídio, ou seja, suicídio é toda a morte que ocorre por meios próprios.

“Sim, eu vou falar mais do meu ex-marido porque da colega, assim, eu não posso afirmar assim que foi um suicídio, né? Porque não ficou assim bem claro, né?” (P3)

Observa-se que a morte por uso de medicação gera sentimentos ambíguos e dificuldade de entender que o suicídio é uma morte autoprovocada e que a intenção de morrer não é um critério para definição do que é suicídio ou não. O que é esclarecido por Durkheim quando se refere ao “suicídio como toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” (FONTES, 2000), onde podemos compreender que o uso abusivo de medicação que resulta em *overdose* é, de fato, uma morte autoprovocada e que precisa ser tratada como tal para que se compreenda o ocorrido e se evite possíveis casos futuros.

“Eu acho que ela usava as medicações, tipo droga mesmo, como uma válvula de escape mesmo, pra ficar meio fora, assim, sabe, da realidade. E, no entanto, foi demais. Acho que ela extrapolou na dosagem ali. E ela, como uma profissional de saúde, tinha consciência que a dosagem que ela tava fazendo seria muito superior a que ela poderia aguentar, sobreviver aquilo. Ou ela tava tão desesperada e inerte, para sair do mundo real, que ela nem se preocupou com isso. E fez a medicação, sei lá.” (P2)

Constatou-se que existe uma recorrência muito grande de abuso de medicação

entre as pessoas que morreram por suicídio nos casos estudados, alguns tendo como causa da morte a *overdose*, mas também houve o relato de abuso de medicação associado à morte por arma de fogo. O que leva a refletir sobre o acesso e uso indiscriminado de medicações por parte de profissionais da saúde e até mesmo de familiares próximos de pessoas desta área.

“E aí, eu fiquei sabendo que várias vezes ela já tinha usado drogas dentro da instituição e tal. Até teve um momento que ela foi afastada da assistência, por causa disso, porque ela queria mais facilidade de acesso. E aí ela foi afastada. Mas não sei por qual motivo ela retornou pra assistência. E uma das vezes ela usou também bastante e teve uma parada cardiorrespiratória dentro do hospital. E foi encontrada dentro do banheiro e um colega nosso conseguiu fazer a reanimação. E ela sobreviveu, Ela ficou bem, E ela continuou na assistência, né.” (P2)

“Ele era viciado em medicamentos, assim, tomava bastante medicamentos, na época que a gente esteve junto, assim, ele fazia uso de morfina, é, em bastante quantidade, assim, teve uma vez que, que eu cheguei a ameaçar, assim, ou a morfina ou eu, né, e ele disse que não usaria mais, só que ele usava escondido, ele aplicava na veia, assim, com agulha de insulina, aplicava direto na veia, assim, escondido, eu fiquei, assim, por... depois que ele se mudou aqui de casa, eu fiquei, assim, por vários e vários e vários meses, eu acho que até mais de um ano encontrando ampola, encontrando

seringa, porque ele fazia e, tipo, jogava, sei lá, atrás do guarda-roupa, aí um dia eu fui arredar o guarda-roupa pra limpar, tinha lá um monte, ou então fui arrumar as prateleiras mais altas do, né, das roupas e tal, e encontrava, eu sei que seguido encontrava uma e outra ampola, assim, quebrada de morfina[a morte ocorreu por autolesão com arma de fogo]. (P3)

Observa-se que quando a morte ocorre no âmbito profissional, os impactos no cotidiano profissional são maiores do que quando ocorrem no âmbito pessoal, o que será explorado no próximo capítulo.

7.2 Percepção das atividades laborais após a morte e o luto

Em relação às atividades laborais percebeu-se que o impacto negativo começa antes mesmo da morte, quando a pessoa já está adoecida, o que acaba refletindo no grupo como um todo, principalmente se a pessoa expressa suas necessidades e conta com os colegas como grupo de apoio.

“Como sabiam da situação da colega, tomavam cuidados para que ela não ficasse sozinha com medicações, como ela era bastante expressiva, sabiam quando ela não estava muito bem e tinham esse cuidado”. (P4)

Quando ocorreu a sobrevivência e a internação após a *overdose*, nos dois casos estudados, as pessoas ficaram internadas nos hospitais onde trabalhavam, o que gerou diversas reações e modificou a rotina dos colegas de trabalho. Levando a refletir se esta seria a melhor alternativa, pois além de lidar com todo o sofrimento decorrente da situação, ainda esperou-se que estes agissem com profissionalismo com o paciente (colega/ amigo) e com os outros pacientes que estavam internados e que deveriam ser tratados com tranquilidade e estabilidade, o que pôde ser dificultado pelo contexto em que estavam inseridos.

“Clima pesado. Clima pesado. Porque a gente

lidava com... com as pessoas que eram próximas. A gente... tu ia na farmácia, tu encontrava os colegas. Sim, tu andava no corredor do hospital, encontrava... Então, assim... O pessoal fazia oração em determinados horários na porta da UTI... Teve algumas questões, assim, que mexeram. E esses que... direta ou indiretamente mexiam com... com quem tivesse ali. Não dá para dizer que ninguém foi afetado porque estavam acontecendo as coisas. Todo mundo estava ciente do que estava acontecendo. Ninguém saiu ileso, sabe, dessa perda, assim. Até os que diziam, né? Tudo isso... mas o cara se matou, o cara queria morrer. Estão, aí, os abobados, todos chorando. E tem esse outro lado. Então, tinha esse... tu ficava naquele meio ali de quem estava sofrendo muito e de quem estava achando que era demais, que era desnecessário". (P7)

Stella *et. al.* (2020) corrobora com estas afirmações, constata a falta de preparo tanto acadêmico quanto emocional por parte dos profissionais da saúde para lidar com a morte e com tudo que a envolve, bem como a falta de apoio emocional a estes profissionais para que convivam de forma adequada com todo esse processo, desde a internação até a vivência do luto.

A autora estudou estes aspectos voltados para lidar com a morte de pacientes, o que nos leva a crer que o sofrimento e falta de preparo podem ser intensificados quando se trata da morte de um colega, ainda mais por suicídio, que ainda é tão socialmente estigmatizado (STELLA *ET. AL.*, 2020).

Após a morte, todo o ambiente profissional foi bastante impactado, a maior parte dos colaboradores retornou para suas funções e teve que agir da forma mais natural possível, mesmo estando em luto, o que é compreensível por se tratar de uma unidade de saúde, ao mesmo tempo instiga o questionamento sobre quais medidas poderiam ser tomadas para o acolhimento e elaboração da perda e do luto por parte de todos os envolvidos.

“Depois... como a gente diz... ficou um vazio... a gente ia trabalhar... encontrou as coisas dele... crachá... carimbo... uma situação bem difícil... depois eu já troquei de horário... também fui para outro setor... a gente foi se dividindo... os colegas, para outros lugares... como terminou o covid... tudo... aí foi onde foi amenizando mais, mas até hoje a gente lembra dele... das situações... das conversas... das brincadeiras... de um todo... Esquecer não se esquece... mas se ameniza com o tempo... não tem o que fazer mesmo” (P10)

É possível verificar também, no relato anterior, e que é corroborado pelo próximo, que uma morte como esta acaba modificando toda a rotina e atividades dos demais envolvidos, tanto na adaptação a falta de um membro da equipe quanto em uma nova rotina de trabalho, visto que nas instituições costuma-se estabelecer lotação em determinada ala e permanecer nela.

Rogers (2021), afirma que para que possamos nos desenvolver de forma saudável é necessário que exista um clima favorável e atitudes facilitadoras para que a pessoa consiga se adaptar e reorganizar a nova condição de vida, o que parece evidente nos relatos e leva a reflexão sobre o quanto o clima vivenciado nas situações de suicídio foi suficientemente favorável e facilitador para que as pessoas envolvidas retornassem a congruência e compatibilidade com um luto saudável e natural.

“Foi bem difícil, porque eu troquei de setor. Meus colegas também trocaram de setor. A maioria que trabalhava diretamente com ele pediu para trocar de setor, porque foi muito difícil. Então foi isso. Uma experiência bem triste, bem comovente, delicada, enfim. Bem difícil.” (P8)

Quanto às atividades e profissões é possível verificar uma sensibilização grande de quem trabalha diretamente com saúde mental, tendo o relato de duas entrevistadas que se comoveram e até mesmo se isentaram de participar de mobilizações como as campanhas do Setembro Amarelo, uma delas pelas memórias e dores que evocaram e a outra pela dificuldade de se sentir eficaz, fazendo palestras sem uma atividade efetiva para os próprios colaboradores do local.

“Claro que quando fala na função do suicídio, né, é complicado, né, e até hoje Setembro Amarelo, né, também, né, e a gente tem que trabalhar com essa função, né, é que eu separo muito o profissional e o pessoal. E aí eu procuronão passar pra eles, pra mim... eles nem notam, né, mas pra mim, por dentro, claro que afeta bastante.” (P5)

“E aí agora Setembro Amarelo, a gente tem na nossa unidade todo ano, a gente tem que fazer uma campanha de Setembro Amarelo, eu não tô envolvida nisso esse ano, né, mas as minhas colegas estão, e aí é isso, aí vão elas lá falar, elas, as minhas colegas lá vão falar, em prevenção ao suicídio, sabe, e daí esse tipo de coisa me incomoda profundamente, sabe, ah, fazer palestra de prevenção ao suicídio, tudo bem, né, é educativo, é pedagógico, pode atingir as pessoas, pode, mas isso é pra dizer que faz, na minha impressão é essa, porque, assim, ó, não seria tão mais efetivo pensar em ações estratégicas e institucionais ao longo de todo o ano, do que fazer um negócio ali em setembro pra botar na imprensa e dizer que faz” (P1)

Uma entrevistada (P2) expressa que vê a área da enfermagem como a mais vulnerável ao sofrimento psicológico e sobrecarga, o que coincide com a profissão das pessoas que morreram nos casos relatados nas entrevistas, onde ambos eram enfermeiros.

“Porque o resto das profissões, elas não ficam o tempo todo aqui dentro, né? Tem seus que saem, vão discutir casos, vão fazer outras coisas. Tem a sua parte, tem a sua salinha, seu cafezinho, tem uma valorização maior, um pouquinho de privacidade, tem uma válvula de escape, assim. A enfermagem não, a enfermagem tá o tempo todo, que é feriado, é noite, é dia, é chuva, tempestade, o tempo todo tá aqui, então, é mais desgastante.” (P2)

Fica evidente com os relatos o que afirma a literatura, que o suicídio como fato social é influenciado pelo meio, visto que um dos pontos levantados pelos entrevistados foi o impacto da pandemia do COVID-19 na saúde mental dos colaboradores, por coincidência ou não, ao menos um dos casos foi de uma pessoa que trabalhou diretamente na ala de isolamento. E como fato social, também é possível perceber a influência da morte no meio onde ocorre, tanto pelo luto quanto pela possível identificação com a pessoa que morreu (FONTES, 2000).

“Foi num período de pandemia..., foi durante a pandemia. Uma pessoa que trabalhou diretamente nos casos de Covid. Foi um período bem difícil até pra quem não estava direto com esses casos, não é?” (P7)

Resgatando o conceito de anomia de Durkheim (FONTES, 2000), reflete-se sobre a incongruência de profissionais que são treinados para salvar vidas, terem que lidar com mortes e irreversibilidade de quadros patológicos, o que vai contra o que a sociedade espera de um profissional da saúde.

Torna-se necessário repensar a importância de trabalhar questões de saúde

mental desde a graduação e de forma permanente nas instituições de saúde, principalmente hospitalares, onde vida, morte e luto são cotidianas e recorrentes, mas que se intensificam quando se trata de um colega de trabalho (COSTA e LIMA, 2005).

7.3 Percepção da influência da morte e luto na saúde e curso da vida

Em relação à saúde, os entrevistados referiram, em sua maioria, sintomas de ansiedade e depressão, tendo inclusive buscado tratamento para tais sintomas. Existe uma relação com a pandemia, que foi o contexto dessas mortes. Percebeu-se que tanto a morte por suicídio quanto seguir trabalhando na pandemia afetaram as participantes.

“Afetou... porque a gente teve várias perdas... em relação a... não só ele... como outras pessoas também... porque eu trabalhei direto no Covid da Instituição A e no Covid da Unidade de Pronto Atendimento... então foi muita perda... muita gente nova... você tinha muita amizade... você pegava um vínculo... criava com as pessoas... porque elas te pediam muita ajuda... então foi uma coisa bem difícil... até hoje eu penso... e digo... acho que se eu tivesse que voltar atrás... eu não conseguiria hoje passar por tudo aquilo... acho que de novo... eu não teria forças para isso... mas a gente tem que seguir...” (P10)

Observou-se que as pessoas que estavam fazendo tratamento psicológico e/ou psicofarmacológico conseguiram ter enfrentamentos mais saudáveis e atribuem ao cuidado com a saúde mental o fato de terem lidado melhor com as perdas e o enfrentamento do luto.

“Eu, nesse período, já estava fazendo terapia. Foi o que me ajudou bastante. Porque, se não, não... quem sabe, né? Não posso dizer que... não tive nenhum pensamento suicida, mas tive muito

choque durante as sessões, né? De sentir raiva, irritação, do que estava acontecendo [cuidados na pandemia].” (P7)

“Olha, como eu estudo e eu sempre também estive envolvida com a saúde mental, eu consegui lidar, apesar de ter me sentido impotente naquele momento. Enfim, fiquei muito triste pelo colega, que tinha uma vida boa pela frente, um filho, uma família. Eu consegui superar, embora pedindo pra sair do setor. Mas teve outros colegas que foi bem difícil. Tive acompanhamento psicológico, enfim.” (P8)

Os relatos acima corroboram com Rogers (2021), que preconiza a tendência atualizante como o conceito que diz que todo indivíduo possui em si recursos de autocompreensão e condições de modificar seu autoconceito, atitudes e comportamento autônomo e que esta é potencializada quando há um clima favorável e atitudes facilitadoras.

Neste sentido, pode-se ter aqui um melhor vislumbre sobre intervenções que possam beneficiar os colaboradores para que possam manter e/ou restaurar sua saúde e bem estar.

Ainda sobre o clima favorável (ROGERS, 2021), observa-se que a integração e união entre os colaboradores, possa oferecer este clima de forma mais efetiva e eficaz, tendo na equipe um grande fator de proteção e restauração da saúde. Observou-se um maior alerta dos profissionais em relação aos colegas, estando mais atentos aos sinais e até com certo temor de não perceberem os sintomas ou possível ideação suicida de seus pares.

“mas a convivência ficou... como eu te digo... parece que a gente criou uns laços maiores entre colegas... e tudo mais... uns com os outros tentando se ajudar mais... um vendo que o outro

não está bem... dando uma força ao outro também...” (P10)

“mas só que a gente fica aquele alerta, né? Será que está tudo bem mesmo? Será que não tem alguma coisa que a pessoa está omitindo? O que foi retratado? Então, fiquei bem impressionada...Pode acontecer com qualquer pessoa. Independente de idade, a gente sabe que o problema mental em qualquer pessoa está suscetível. Independente de idade, é fato de existir gêneros e tudo mais. E que a gente pode ter até no nosso convívio do dia a dia, alguma coisa que aconteceu e ser gratuito para isso, né? Então, eu fiquei bem mais alerta comigo mesma, né? Será que está tudo bem... alguma coisa? Então, me deixou mais em alerta. Preciso até observar mais.” (P6)

Uma parcela das entrevistadas referiu terem ressignificado suas vidas e atuação profissional após a perda por suicídio e também após terem estado imersas no tratamento do Covid. Observou-se o impacto da pandemia e do quanto ela aparece nas falas como contexto e influenciador da saúde e qualidade de vida. O que nos remete ao que Rogers (2021) considera um dos pilares da ACP, a tendência formativa, que é uma tendência evolucionária do universo em direção a uma maior interconexão e complexidade, ou seja, uma tendência a reinventar-se para adaptação e melhor enfrentamento da vida e de suas necessidades.

“Eu noto muita diferença, e talvez isso também tenha impactado ela, eu fui uma enfermeira até a pandemia, e da pandemia em diante mudou muito, eu mudei muito. Mas eu tive uma mudança que eu

acredito que fica melhor, no sentido de que eu consegui me blindar mais, eu consegui, sabe, dividir muitomais a questão do trabalho do que eu já fui antes, né...” (P4)

“Eu nunca tinha parado para pensar nisso, de como foi afetado [o trabalho]. Tem aquele lado, né? De que a gente precisa ter aquele tempo nosso, né? Etrabalhar é necessário, mas não é tudo. Teve uma diminuição de ritmo. Na função da clínica e tudo, né? Está corrido, mas a questão do trabalho, deu uma puxada de freio, sabe? Não preciso trabalhar tantos dias, né? O dinheiro faz falta? Faz. Mas dá para ter um pouco mais de qualidade de vida. Dormir um pouco mais ou simplesmente não fazer nada. Tem esse lado... eu acho que o... diminuir mesmo. Diminuir o ritmo, acho que foi o mais... Não ter necessidade para... até o fato de que se morre. E no outro dia, no caso, nemtinha ainda, porque essa história mesmo, o rapaz, foi uma semana para a UTI, já tinha um funcionário fazendo o trabalho dele. E a pergunta é mais como... até que ponto a gente se dedica? A gente se dedica. A gente se empresta. Até que ponto isso? Né? Porque ele é tão... tão a fundo, assim, tão... O vestir a camiseta sem... sabe? Sem perspectiva. Então a gente pergunta, né? Eu, pelo menos, me pergunto, né? Se tem necessidade para tanto...” (P7)

Observou-se, de forma geral, que todos foram afetados de alguma forma, positiva ou negativamente, mas que nem todos conseguiram ter clareza da

intensidade e da forma desse impacto em suas vidas e saúde. Isso reforça a necessidade de um trabalho especializado na saúde mental dos profissionais da saúde, pois cuidar-se não anula sua atividade laboral e qualidade do serviço prestado, muito pelo contrário, proporciona um melhor enfrentamento, atuação e qualidade de vida pessoal e profissional.

7.4 Tendência atualizante e atitudes facilitadoras presente nos discursos

Observa-se que as atitudes facilitadoras e reintegradoras nas situações ocorridas partiram, principalmente, de seus pares, tanto com apoio quanto com cuidados e encaminhamentos para setores de saúde mental dentro e fora das instituições.

Este movimento remete ao clima favorável de Rogers (2021), o qual refere que é necessário que o contexto seja facilitador, para que as pessoas possam agir livremente com a tendência atualizante e atitudes como a congruência, a empatia e a aceitação incondicional.

“Eu acho que a gente, como eu disse, tem que estar buscando conhecimento para melhor ajudar outras pessoas. Mas o que a gente precisa ter em mente é observar as outras pessoas, né? As atitudes, o que elas falam no momento, o que te dá alegria. Porque a saúde mental tem muito isso, né? A observação. Porque às vezes tu vê um colega sorrindo e alegre, até brincando e falando umas bobagens, digamos assim, e tu não sabe como é que ele está lá dentro, né? A mente, o espiritual dele, como é que ele está se sentindo.” (P8)

O que nos leva a refletir sobre a responsabilidade sentida pelo profissional/ colega, de estar atento e vigilante pela saúde dos outros, o que forma uma rede de apoio mais sólida mas, ao mesmo tempo, pode gerar angústias e responsabilidades excessivas.

Para Costa JC, Lima RAG (2005) os sentimentos de apego decorrentes da

internação e morte de pacientes podem, em certos casos, se assemelhar ao que sentem pelos próprios familiares. Esse sentimento pode ser extensível aos colegas de trabalho, cuja identificação e os laços emocionais podem ser ainda mais expressivos.

“Já, mas a gente fica triste, né? As pessoas estão doentes, parece que ninguém enxerga, parece que ninguém vê, né? Parece que as pessoas, tipo, uma vez eu falei pra um chefe, meu, o que me colocou para o dia, parece que eu tô gritando com toda a minha força, e ninguém tá escutando. Era essa a impressão que eu tinha. E, com certeza, muita gente se sente isso. Parece que ninguém enxerga, assim, que a enfermagem tá doente, tá doente demais.” (P2)

Existem sentimentos de ambiguidade em relação a causa da morte ser o suicídio, o que pode levar a um clima que não facilita a busca de ajuda e tratamento. O fato de ser um profissional da saúde e a sua imagem perante a sociedade também pode influenciar negativamente, visto que se espera que a pessoa, por estar em um ambiente de saúde e tratamento, tenha maior clareza de suas próprias questões e adoecimentos, o que, na verdade, pode ser um ponto negativo, visto a negação tanto individual quanto coletiva em relação a próprias necessidades.

“Tem gente que vê de uma maneira diferente... acham... isso aí não existe... a pessoa... ele teve ajuda... não procurou... era o que ele queria... porque é ele que não queria mais estar aqui... então ele foi para o que quis... são várias colocações... cada um diz uma coisa diferente... mas tem uns que pensam que não... que ele precisava de ajuda... sim... se tivesse tido uma ajuda... um acompanhamento... não teria feito isso... eu também acredito muito que a depressão quando leva ao suicídio é porque está um limite

bem avançado... só que tem uns que a gente consegue perceber mais... e pedem ajuda mesmo... outros ficam tapeando... não... está tudo certo... eu vou melhorar... está ficando bom... estou ficando melhor... e quando tu vê... já estão no limite... e aí... já não dá mais tempo. E foi o que a gente percebeu nele... porque ninguém esperava mesmo... que fosse chegar a esse ponto... como chegou.” (P10)

Já a tendência atualizante aparece de diversas formas, mas observa-se que as pessoas que melhor se reergueram depois da perda foram as que passaram a ter maiores cuidados pessoais, tanto em relação à saúde quanto em relação a outras atividades fora do trabalho, deixando de viver exclusivamente para estar em atividade laboral.

Pelos relatos, percebe-se que inicialmente existe uma dedicação quase exclusiva para seus plantões e com todos os ocorridos, mortes de colegas e pandemia, passaram a buscar lazer e saúde de outras formas, conseguindo colocar o trabalho como uma parte de sua vida e não o todo.

“até a pandemia eu era uma profissional, considerada, me considerava muito boa, e depois eu, eu mudei um pouco o meu jeito, assim, mas é mais em relação a dividir a minha vida pessoal e fazer coisas por mim, né, que antes, qualquer, se pedisse um plantão, eu ia fazer, eu não, eu poderia estar cansada, mas eu pensava que eu podia descansar depois, e hoje eu priorizo muito mais a minha saúde mental, eu já fazia terapia antes, mas aí eu continuei fazendo, eu sou meio que um ponto fora da curva em relação à enfermagem, porque eu, aí eu me exercito, eu me exercito muito em relação a, mas eu me exercito para não surtar,

sabe, e eu penso, assim, que a questão do exercício físico, para mim, ela é fundamental, porque é o que me regula emocionalmente, não é terapia, autocuidado, nesse sentido, mas a terapia... não substitui a terapia, eu faço terapia”
(P4)

O que conclui-se é que a tendência atualizante e as atitudes facilitadoras estão presentes nos contextos estudados, mas que se faz necessário potencializar ainda mais estes aspectos, principalmente por parte das instituições onde estes profissionais estão inseridos. Fica evidente nas falas o quanto carecem de incentivo e cuidados vindos das instituições, para que possam exercer suas atividades com qualidade e sem comprometer sua saúde e vida pessoal.

Oferecer serviços de assistência à saúde mental e ações de promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, como grupos terapêuticos e atendimentos ambulatoriais preventivos e efetivos parecem bons exemplos do que pode ser feito e implementado de forma a equilibrar a vida dos profissionais da saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é um estudo qualitativo embasado na Abordagem Centrada na Pessoa que foi conduzido pela premissa da não-diretividade, onde a postura autêntica, congruente e empática foram colocadas em prática para que as entrevistas expressassem, da melhor forma, as experiências vivenciadas pelos participantes.

Objetivou e alcançou a compreensão das experiências vivenciais dos profissionais da saúde que se tornaram sobreviventes enlutados por suicídio após a perda de familiar, amigo ou pessoa significativa. Mais especificamente as percepções sobre a influência do luto na saúde, relações, qualidade de vida e atividade laboral, bem como a ocorrência ou não do clima favorável e atitudes facilitadoras para o enfrentamento do luto.

Um fator que se destacou foi a necessidade de acolhimento e apoio para que os profissionais da saúde possam elaborar seus lutos, evitando um efeito cascata de adoecimentos psicossociais e futuros casos de suicídio.

A necessidade de apoio institucional fica evidente e corrobora com o que

preconiza a Abordagem Centrada na Pessoa quando refere-se à necessidade de se estar em um local com clima favorável e atitudes facilitadoras, que contribuem com o desenvolvimento da tendência atualizante de cada um e da equipe como um todo.

As limitações deste estudo estiveram na baixa adesão do público-alvo, os quais demonstraram dificuldades de entenderem-se como sobreviventes enlutados por suicídio por, na maioria dos casos, não serem familiares ou amigos próximos da pessoa que morreu, mas que de uma forma ou outra sofreram impacto, sem necessariamente percebê-las.

Já as potencialidades situam-se na riqueza e completude dos dados coletados, os quais puderam ser muito bem explorados, respondendo a questão norteadora e contemplando os objetivos propostos, indo além, dando subsídio para novos pressupostos e interpretações.

Infelizmente, no decorrer desta pesquisa, ocorreram mais duas morte por suicídio de colaboradores das instituições estudadas, o que fortalece ainda mais a necessidade desta pesquisa e a urgência em oferecermos serviços de prevenção e pós-venção, tanto nas instituições estudadas quanto de forma geral, na sociedade, com um maior acolhimento e cuidado com os profissionais da saúde.

Neste estudo, foi possível concluir que a literatura foi confirmada ao que se refere aos sobreviventes enlutados por suicídio e de quanto a morte por esta causa afeta diversas personagens, desde as mais próximas até àquelas que não tinham uma relação tão íntima com a pessoa que morreu, visto a confirmação dos pressupostos e de quanto os profissionais da saúde necessitam de psicoeducação e acolhimento de suas emoções e necessidades.

REFERÊNCIAS

AMARAL, DED, MUNIZ, RM, LINDEMANN, LG. Luto e **Cuidados Familiares**. In: CORDEIRO, FR. FRIPP, JC. OLIVEIRA, SG. (1 ed.) — Final de Vida: Abordagem Multidisciplinar. Editora Moriá, 2021. Cap. 15, p. 213 – 223.

AMATUZZI, Mauro Martins; CARPES, Marcela. **Aspectos fenomenológicos do pensamento de Rogers**. Memorandum: Memória e História em Psicologia, v. 19, 2010.

ANDRADE, Celana Cardoso; HOLANDA, Adriano Furtado. **Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica**. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 27, p. 259-268, 2010.

AZORINA, Valeriya et al. **The perceived impact of suicide bereavement on specific interpersonal relationships**: A qualitative study of survey data. International journal of environmental research and public health, v. 16, n. 10, p. 1801, 2019.

BELLINI, Samantha et al. **Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide**. Frontiers in Psychology, v. 9, p. 198, 2018.

BERARDELLI, Isabella et al. **Making sense of the unique pain of survivors: a psychoeducational approach for suicide bereavement**. Frontiers in psychology, v. 11, p. 1244, 2020.

BRANCO, Paulo Coelho Castelo. **Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico**: percursos históricos e metodológicos. Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies, v. 20, n. 2, p. 189-197, 2014.

BRASIL, **Boletim Epidemiológico nº 33** | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Volume 52 | Set. 2021a – Acesso em novembro/ 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final. — Acesso em novembro/2022.

BRASIL - **OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS** – 2021b. Disponível Em https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf - Acesso em Fevereiro/ 2023

COSTA e Lima, R. **Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer**. Revista Latino-americana De Enfermagem, 13(2), 151–157. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>, 2005

COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azeredo. **Suicídio e laço social**. Reverso, Belo Horizonte , v. 32, n. 59, p. 61-69, jun. 2010 . Disponível

em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 29 novembro/2023.

DRANSART, Dolores Angela Castelli. **Spiritual and religious issues in the aftermath of suicide**. Religions, v. 9, n. 5, p. 153, 2018.

FARIA, Simony de Sousa; FIGUEREDO, Jowilma de Sousa. **Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar**. Psicologia Hospitalar, v. 15, n. 1, p. 44-66, 2017.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. **Suicídio: uma compreensão sob a ótica da psicologia existencial**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 158-173, 2019

Disponível

em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2023.

<http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i1p.158-173>.

FERREIRA, J. P. de M., Barros, V. V. de S., Mendes, M. S. F., & Barbosa, V. R. A. **Atitudes frente à morte e luto em profissionais de saúde na linha de frente do cuidado a COVID-19: uma revisão integrativa**. Brazilian Journal of Health Review, 6(4), 14252–14264. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-021>, 2023 — Acesso em novembro/2023

FONTES, M. Durkheim, Émile. **O suicídio: estudo da sociologia/ Émile Durkheim: tradução Mônica Stahel** - São Paulo: Martins Fontes, 2000

FORGHIERI, Y.C. **Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Métodos e Pesquisas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002

FUKUMITSU, Karina Okajima. **Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções**. Summus Editorial, 2019.

GRAFIADELI, Raphaela et al. **Suicide risk after suicide bereavement: The role of loss-related characteristics, mental health, and hopelessness**. Journal of Psychiatric Research, v. 144, p. 184-189, 2021.

GROH, Carla J.; ANTHONY, Maureen; GASH, Jean. **The aftermath of suicide: a qualitative study with Guyanese families**. Archives of psychiatric nursing, v. 32, n. 3, p.469-474, 2018.

HAYASIDA, NM de A. et al. **Morte e luto: competências dos profissionais**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, n. 2, p. 112-121, 2014.

HULTSJÖ, Sally et al. **Forced to move on: An interview study with survivors who have lost a relative to suicide**. Perspectives in psychiatric care, v. 58, n. 4, p. 2215-2223, 2022.

HUNT, Quintin A.; YOUNG, Tod A.; HERTLEIN, Katherine M. **The process of long-term suicide bereavement: Responsibility, familial support, and meaning making.** Contemporary family therapy, v. 41, p. 335-346, 2019.

KÖLVES, Kairi et al. **Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death.** Journal of affective disorders, v. 243, p. 96-102, 2019.

LEAUNE, Edouard et al. **Development of an online resource for people bereaved by suicide: a mixed-method user-centered study protocol.** Frontiers in psychiatry, v. 12, p. 770154, 2021.

LEE, Eunjoo. **Experiences of bereaved families by suicide in South Korea: a phenomenological study.** International journal of environmental research and public health, v. 19, n. 5, p. 2969, 2022.

LEVI-BELZ, Yossi; LEV-ARI, Lilac. **“Let’s talk about it”:** The moderating role of self-disclosure on complicated grief over time among suicide survivors. International journal of environmental research and public health, v. 16, n. 19, p. 3740, 2019.

LIGIER, Fabienne et al. **Being pro-active in meeting the needs of suicide-bereaved survivors: Results from a systematic audit in Montréal.** BMC Public Health, v. 20, p. 1-8, 2020.

LOPES, Françoise Michèle Bueche Apolo. **O ambiente hospitalar nos cuidados de enfermagem.** 2016.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, Virginia. **Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa.** Estudos de Psicologia I Campinas I 27(4) I 537-544 I outubro - dezembro 2010

MOREIRA R.B. e SOUZA A.M. **Contribuições do método fenomenológico empírico para estudos em psicologia no Brasil: revisão integrativa de literatura** - Rev. Nufen: Phenom. Interd. | Belém, 8(1), 0112, jan. jul., 2016. - Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v8n1/a02.pdf> - Acesso em Fevereiro, 2023

OMS, **Suicide worldwide in 2019: global health estimates.** Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em Novembro/ 2023

OSMARIN, V.M. **Suicídio: O luto dos sobreviventes.** Portal dos Psicólogos – Psicologia.pt – Rio Grande do Sul – 2016. Disponível em www.psicologia.pt- Acesso em Junho/2022

PALMIERI, Arianna et al. **Rorschach assessment in suicide survivors: focus on suicidal ideation.** Frontiers in public health, v. 6, p. 382, 2019.

ROGERS, Carl R. 1902-1987 – **Tornar-se Pessoa/** Carl R. Rogers: tradução Manoel José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamparelli; revisão técnica: Cláudia Berliner – 6ªed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009 – ISBN 978-85- 78274-085-8

ROGERS, Carl Ransom, 1902 – 1984 – **Um jeito de ser/** Carl R. Rogers [tradução Maria Cristina Machado Kupfer, Heloísa Lebrão, Yone Souza Patto: revisão da tradução Maria Luiza Souza Patto. – [Reimp.] – São Paulo: E.P.U. 2021 – ISBN 978-85-126-0250-9

SALES, Yuri de Nóbrega; SOUSA, André Feitosa de; CAVALCANTE JUNIOR, Francisco Silva. **Ciência e pesquisa centradas na pessoa: três modelos e seus efeitos na condução da investigação acadêmica.** Revista do NUFEN, v. 4, n. 2, p. 99-112, 2012.

SCAVACINI, CORNEJO E CESCO (2019). **Grupo de Apoio aos enlutados do suicídio: uma experiência de pós-venção e suporte social** - Rio de Janeiro, v. 4, n.7, p. 201-214, jan./jun. 2019

SCOCCO, Paolo et al. **Addressing psychological distress in people bereaved through suicide:** From care to cure. Psychiatry research, v. 300, p. 113869, 2021.

SPELLANE, 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.

STELLA, *et al.* **O Impacto da Morte em Profissionais da Saúde em Contexto Hospitalar** PsicoFAE: Plur. em S. Mental, Curitiba, v. 9, n. 2, revista psicofae-v9n2-64, 2020

WAGNER, Birgit; HOFMANN, Laura; MAAß, Ulrike. **Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars:** study protocol for a randomized controlled trial. Trials, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2020.

WESTERLUND, Michael; HÖKBY, Sebastian; HADLACZKY, Gergö. **Suicidal thoughts and behaviors among Swedish suicide-bereaved women:** increased risk associated with the loss of a child, feelings of guilt and shame, and perceived avoidance from family members. Frontiers in psychology, v. 11, p. 1113, 2020.

WESTERLUND, Michael Uv. **The usage of digital resources by Swedish suicide bereaved in their grief work:** A survey study. OMEGA-Journal of death and dying, v.81, n. 2, p. 272-297, 2020.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Orientadora: Dra. Luciane Prado Kantorski

Orientanda: Michele Nunes Guerin

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo a participar desta pesquisa, intitulada "**Experiências Vivenciais: Ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde**", que tem como objetivo compreender as experiências vivenciadas por profissionais da saúde que se tornaram sobreviventes enlutados por suicídio após a perda de familiar, amigo ou pessoa significativa, considerando também as perdas no exercício da profissão.

PROCEDIMENTOS: Será realizada uma entrevista não diretiva, podendo ser presencial com gravação audiovisual, na cidade de Pelotas/ RS ou por videochamada pela plataforma *Google Meet*, onde será gravada para posterior análise. Os resultados serão usados apenas para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que forem solicitados.

RISCOS: Esta pesquisa pode gerar riscos no sentido de mobilizar emocionalmente os participantes, ao evocar fatos e lembranças da relação do participante com o ente falecido e os impactos em sua vida decorrentes da morte e luto. Se ocorrer algum tipo de dificuldade em relatar suas experiências, gerando sofrimento, a pesquisadora irá interromper a pesquisa imediatamente, podendo ser retomada posteriormente ou não, conforme desejo do participante. Se necessário, o participante poderá ser encaminhado para a rede de saúde mental do município de moradia, para que receba o tratamento disponível e necessário.

BENEFÍCIOS: O benefício direto para os participantes deste estudo está na possibilidade de falar abertamente sobre suas vivências, expressar sentimentos e pensamentos sobre o tema central, bem como, estar em um momento autêntico,

congruente e empático, o que poderá proporcionar uma experiência terapêutica e acolhedora, em um clima facilitador, para rememorar experiências tão significativas.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento, se eu assim o desejar. Será respeitada a minha decisão a qualquer momento deste estudo.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo, meu anonimato está assegurado pelo uso de um nome fictício. Os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade. Durante o período de guarda do material coletado, este ficará em local trancado e lacrado, visando o uso exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informada (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, dos riscos e dos benefícios de minha participação na presente pesquisa. A pesquisadora respondeu a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar da pesquisa.

Assinaturas:

Participante da Pesquisa

Orientadora
 Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
 Guerin E-mail: kantorskiluciane@gmail.com
 guerinmn@gmail.com
 Tel: (53) 999832430
 984248638

Orientanda
 Michele Nunes
 E-mail:
 Tel: (53)

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

Ao confirmar o interesse em participar da pesquisa, haverá um contato para marcar o dia, horário e forma de encontro (local físico ou *Google Meet*). Na entrevista será relido o termo de consentimento e assinado ou confirmado no próprio vídeo, se a entrevista for virtual.

Após, será solicitado ao participante que fique atento ao questionamento inicial, o qual será lido e relido até que este o compreenda e inicie sua fala. Durante a vivência o entrevistado poderá questionar ou solicitar pausas, visando seu conforto.

Identificação do participante

Data da Entrevista:

1 - Nome do Entrevistado:

2 - Idade:

3 - Sexo:

Masculino Feminino Não binário Outro _____

4 - Orientação Sexual:

Heterossexual Homossexual Bissexual Outro _____

5 - Idade: _____

6 - Qual a sua cor de pele?

Branca Preta Parda Amarela Indígena Não deseja declarar

7 - Qual seu estado civil?

Solteiro/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viúvo/a União Estável Outro _____ Não deseja declarar

8 - Escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino Médio Graduação Pós-graduação
 Mestrado Doutorado Outro: _____

9 - Local de trabalho e vínculo empregatício: _____

10 - Relação com a pessoa falecida:

Familiar (em que grau) _____

- () Amigo (há quanto tempo) _____
 () Colega de estudo/ trabalho _____
 () Paciente (tipo de relação) _____

- Questão norteadora de pesquisa: **Fale sobre seu vínculo e toda a experiência vivida em relação ao suicídio ocorrido.**

- Com a entrevista pretende-se compreender os aspectos a seguir:

- Enquanto pessoa que passou pela perda de um familiar/ amigo/ colega de trabalho/ paciente através do suicídio qual é sua experiência e vivências antes, durante e após esta morte?
- Como sua saúde, qualidade de vida e relações foram afetadas devido a este ocorrido?
- Como ficou o clima em sua família, amigos e trabalho após a morte?
- Como foi/ está sendo viver este luto - se já viveu outros processos de luto -percebe diferença entre eles?
- Como e qual é a relação de viver este processo de perda e luto e ser um profissional da saúde?
- Percebeu alterações em sua vida profissional ou qualidade de vida no trabalho?
- Como percebe a relação com a sociedade e pessoas de seu convívio quando se trata deste luto por suicídio?
- Fez ou ainda faz algum tratamento médico/ psicológico/ espiritual devido a esta perda e luto?
- Como enxerga o presente e o futuro após passar por esta experiência?
- Quais elementos lhe ajudam ou ajudaram neste processo e quais podem ter dificultado o processo de enfrentamento e luto?

Saliento que a única introdução à pesquisa será a questão norteadora e ao longo da entrevista estes pontos podem ser confirmados, excluídos ou abordados de forma indireta, baseada no diálogo que ocorrerá. A pessoa terá liberdade de retomar a questão norteadora sempre que precisar. Será solicitado que fale livremente sobre sua experiência, sem se preocupar se está ou não contemplando os supostos temas de pesquisa.

APÊNDICE C

Termo de autorização para inserir teses e dissertações Repositório Institucional e no Sistema de Gerenciamento de Acervo da UFPel e IBICT

Tese Dissertação

Programa de Pós- Graduação: Enfermagem Nome do Autor: Michele Nunes Guerin

CPF: 007.978.070-98

Currículo Lattes: Sim Não E-mail: guerinmn@gmail.com

Título: Experiências Vivenciais: Ser sobrevivente enlutado por suicídio sendo profissional da saúde.

Orientador: Dra. Luciane Prado Kantorski CPF: 547.546.070-15

Currículo Lattes: Sim Não

E-mail: kantorskiluciane@gmail.com

Agência de fomento: CNPq Capes Fapergs Outra:.....

Data de defesa: 26/02/2024

Autorizo a Universidade Federal de Pelotas através da Biblioteca Digital, disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da Tese ou Dissertação de minha autoria, em formato PDF1, para fins de leitura e/ou impressão, a título de divulgação da produção científica gerada na UFPel, a partir desta data.

Autorizo a Universidade Federal de Pelotas, através da Biblioteca Digital, a disponibilizar parte do meu trabalho e me responsabilizo por descrever as partes a serem divulgadas, (o arquivo em PDF deve conter apenas as partes a serem disponibilizadas).

Não autorizo a Universidade Federal de Pelotas a divulgar meu trabalho, mas tenho ciência de que as páginas iniciais e o resumo serão disponibilizados para acesso público.

Assinatura do Autor.....

Assinatura do Coordenador do Curso Data: 26/02/2024

A Coordenação de Curso deve encaminhar este formulário devidamente preenchido e assinado com uma cópia digital em PDF do trabalho para a biblioteca do referido curso.