



FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO

Um olhar aos que ficam: Um estudo sobre o luto de pessoas que vivenciaram o suicídio.

Trabalho apresentado ao Familiare Instituto Sistêmico como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica.

Manoella Medeiros Nunes da Silva

**João David Cavallazi Mendonça
Especialista em Terapia Relacional Sistêmica**

**Florianópolis/SC
Novembro/2018**

Agradecimentos

O que me move é o amor que eu recebo das pessoas especiais que eu tenho em minha vida.

Obrigada à minha família, especialmente à minha avó e fortaleza Jussara, por ser o nosso exemplo de força e vida. À minha amada mãe Moema pelo amor e dedicação que tem comigo, por estar ao meu lado, absolutamente, em todas as horas. Aos meus irmãos Guilherme e Georgiana por serem tão maravilhosos, tanto que são mais que “irmãos”, são meus “segundos pais”. Ao meu marido Marcello por tanto afeto, por ser o meu melhor porto seguro e meu maior incentivador. À querida tia e colega de profissão Jussara, a qual eu admiro imensamente. Ao pai Genésio (*in memoriam*) pelo amor infinito à nossa família.

À amiga-irmã Camilla Schmitz por ser um anjo da guarda que me acompanha e me ampara desde pequena. O seu apoio é fundamental na minha vida e foi também neste trabalho. Obrigada à amiga Beatriz Fagundes pela nossa relação de verdadeira amizade e crescimento, por me ajudar sempre, inclusive na construção desta pesquisa.

Às amigas do CRAS Brejaru por fazerem os meus dias felizes e mais leves diante do trabalho que executamos. Em especial à amiga Cecília Vilamil, obrigada minha parceira pelos aprendizados, pela acolhida de todos os dias e por acreditar em mim, me encorajando sempre.

Às colegas do Familiare por esta jornada, especialmente às queridas amigas Adriana, Ariane, Jovana, Marinuta, Scheila e Francielle. Obrigada também à Jaqueline e Fabíola pela tamanha gentileza conosco.

Ao professor João David Mendonça por todos os ensinamentos transmitidos em sala de aula, durante a equipe reflexiva, bem como neste trabalho, sempre com a sua acolhida e compreensão. À professora Simone Bolze por ter supervisionado a equipe reflexiva a qual fui co-terapeuta, obrigada também a Celina Lucas e aos colegas que fizeram parte junto comigo deste processo de tanto aprendizado, foi muito bonita a nossa equipe! Às professoras Maria Aparecida Crepaldi, Denise Duque, Sonia de Lima, e a todos da equipe do Familiare, a qual eu me orgulho de ter feito parte, o meu muito obrigado!

Sumário

1 INTRODUÇÃO	06
1.1 Problemática e Justificativa.....	06
1.2 Objetivos	08
1.2.1 Objetivo geral	08
1.2.2 Objetivos específicos	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
3 MÉTODO	17
3.1 Caracterização do estudo	17
3.2 Quanto aos objetivos.....	17
3.3 Quanto ao delineamento.....	17
3.4 Procedimento para coleta de dados.....	18
3.5 Procedimento para organização, tratamento e análise dos dados.....	18
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
7 Referências Bibliográficas	33
8 Apêndices	36

Resumo

Os dados mundiais demonstram que o suicídio é um fenômeno global e um grave problema de saúde pública em todos os países. Cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio a cada ano, no mundo, o que significa que a cada 40 segundos uma pessoa morre desta causa. Estima-se que para cada suicídio, cerca de seis pessoas são diretamente afetadas por ele. Desta forma, destaca-se um outro olhar ao fenômeno, um olhar destinado às pessoas que ficam, os chamados pelos autores de “sobreviventes”. Desta forma houve um aumento no interesse em estudos sobre as consequências causadas aos sobreviventes do suicídio. O presente trabalho propôs uma revisão integrativa de literatura buscando estudos nas bases de dados dos últimos 10 anos a fim de compreender o processo de luto de pessoas que vivenciaram uma perda por conta do suicídio. Para atingir este objetivo analisou-se as reações do luto, sendo elas físicas e/ou psicológicas, imediatas e/ou duradouras, apresentadas pelos sobreviventes e a necessidade de suporte formal e informal, aos sobreviventes, como recurso para a elaboração do luto. A partir da análise de dados encontrou-se indicação da presença de sintomas físicos e psíquicos podendo causar adoecimentos. Os estudos destacaram principalmente os sentimentos de vergonha, culpa, associados à estigmatização em relação a esta causa de morte. Referente ao suporte durante o processo de luto os estudos evidenciaram a importância do apoio de amigos e familiares bem como o apoio profissional. Pessoas enlutadas referiram sobre a importância de um espaço que o permitam falar sobre o ocorrido e o efeito terapêutico de serem ouvidos. Evidenciou-se também a necessidade de um papel pró-ativo dos serviços de saúde para oferecerem apoio a estas pessoas, visto as dificuldades encontradas por elas em pedir ajuda.

Palavras-chaves: Suicídio, sobreviventes, luto, familiares.

Abstract

Global data show that suicide is a global phenomenon and a serious public health problem in all countries. About 800,000 people commit suicide every year, in the world, which means that every 40 seconds a person dies of this cause. It is estimated that for each suicide, about six people are directly affected by it, therefore, stands out another look at the phenomenon, a look aimed at the people who stay, those called by the authors of "survivors." Conservently, there was an increase in the interest in studies on the consequences caused to the survivors of the suicide. The present work proposes an integrative review of literature searching studies in the databases of the last 10 years in order to understand the grieving process of people who experienced a loss due to suicide. In order to achieve this objective, the grief reactions were analyzed, being physical and / or psychological, immediate and / or lasting, presented by the survivors and the need for formal and informal support to survivors as a resource for mourning. From the analysis of data it was indicated the presence of physical and psychic symptoms that can cause illness. The studies brought mainly the feelings of shame, guilt, associated with stigmatization in relation to this cause of death. Regarding support during the mourning process, the studies showed the importance of the support of friends and family as well as the professional support. Bereaved people reported on the importance of a space that allows them to talk about what happened and the therapeutic effect of being heard. The need for a proactive role of the health services to offer support to these people was also highlighted, given the difficulties they encountered in asking for help.

Key-words: Suicide, survivors, mourning, relatives.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemática e Justificativa

Os dados mundiais demonstram que o suicídio é um fenômeno global e um grave problema de saúde pública em todos os países. Cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio a cada ano, no mundo, o que significa que a cada 40 segundos uma pessoa morre desta causa. Além dos óbitos há os casos onde a morte acaba não se consumando, o que afeta um número ainda maior de sujeitos. Estima-se que para cada morte por suicídio, aconteceram pelo menos 20 tentativas, evidenciando uma realidade preocupante (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2018).

A ocorrência do suicídio não está associada apenas a uma fase do ciclo de vida do sujeito, pois ele acontece em todas as idades. Entretanto, a nível mundial, no ano de 2015 esta foi a segunda principal causa de morte entre os jovens com idade de 15 a 29 anos, sendo que 78% destes óbitos ocorreram em países de média e baixa renda. Constatou-se que “a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo são alguns dos métodos mais comuns de suicídio no mundo” (WHO, 2018, s/n).

Especificadamente no Brasil, entre os anos de 2011 a 2015 foram registradas 55.649 mortes por suicídio, as quais demonstraram um movimento crescente ao longo destes quatro anos e ao final representaram uma taxa de 5,5 óbitos a cada 100 mil habitantes. Verificou-se também que o número de lesões autoprovocadas decorridas de tentativas de suicídio totalizaram em 48.204 tentativas (Ministério da Saúde, 2017).

O risco de suicídio, no país, entre os anos de 2011 a 2015 foi quatro vezes maior no sexo masculino, e em ambos os sexos houve um aumento dos indicadores durante este período. A faixa etária com maior índice de suicídio no Brasil foi a de 70 e/ou mais anos, sendo 8,9 mortes a cada 100 mil habitantes. Os estados que apresentaram o maior número de casos são respectivamente: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo a WHO (2018) o suicídio é um fenômeno complexo, onde cada caso possui as suas especificidades, entretanto o principal fator de risco associado a ele são os transtornos mentais (KUTCHER & SONIA, 2007). Apesar de não ser uma tarefa fácil, os suicídios podem ser evitados. Neste sentido, fazem-se necessárias frequentes reflexões sobre o tema e elaboração de estratégias para intervenções eficazes voltadas à prevenção, baseadas em pesquisas e estudos confiáveis, que englobem diferentes setores profissionais bem como a

população em geral. Apenas vinte e oito países possuem uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio, o que reforça a importância de obter-se uma maior sensibilização e fortalecimento quanto a prevenção e outras discussões envolvendo esta problemática (WHO, 2018).

Neste contexto, de acordo com a WHO (2000), estima-se que para cada suicídio, cerca de seis pessoas são diretamente afetadas por ele, desta forma, destaca-se um outro olhar ao fenômeno, um olhar destinado às pessoas que ficam, os chamados pela WHO (2008) e por outros autores de “sobreviventes”. Evidencia-se, portanto, a relevância em estudar e refletir sobre as consequências que o suicídio causa na vida destes sobreviventes, pois a perda não afeta somente as pessoas de maior convivência daquele que morreu, como os familiares e amigos mais próximos, mas também a comunidade como um todo, como as escolas, locais de trabalho, etc (WHO, 2018).

Ressalta-se ainda, que durante o processo de luto os sobreviventes enfrentam mais tabus sobre o ocorrido do que qualquer outra forma de morte, portanto, os enlutados podem apresentar dificuldades em admitir o suicídio e frequentemente evitam falar sobre o assunto, o que faz com que tenham menos oportunidade de expressarem-se sobre os seus sentimentos e pensamentos, dificultando o processo de elaboração do luto (WHO, 2008, 2018). Segundo a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio (IASP) houve um aumento no interesse no estudo sobre as consequências causadas aos sobreviventes do suicídio, sendo a IASP um dos incentivadores no desenvolvimento de mais atividades nesta área (WHO, 2008).

Pitman et al (2014), por meio de uma revisão de literatura, buscou identificar quais são os efeitos causados pelo luto devido ao suicídio na saúde mental dos sobreviventes, bem como qual o risco de suicídio dos mesmos. Verificou-se que os prejuízos aos enlutados dependem do vínculo que possuíam com a pessoa que morreu, ou seja, quanto mais próxima era a relação, maiores são as dificuldades em lidar com esta morte, podendo impactar na saúde destes sujeitos como um todo, física e psíquica, bem como no seu contexto social. Por conseguinte, os principais efeitos constatados foram: risco aumentado de suicídio em: parceiros enlutados pelo suicídio e em mães enlutadas pelo suicídio de um filho adulto. Aumento de risco de depressão em filhos que vivenciam o luto pelo suicídio de um dos pais e aumento de risco de internação psiquiátrica dos pais devido ao suicídio do filho (PITMAN et al, 2014).

A importância de um olhar aos que ficam, vai ao encontro com o interesse da autora em escrever este trabalho, onde a curiosidade em estudar sobre o suicídio surgiu a partir de uma atenção a estes sujeitos. Pessoas próximas e queridas pela autora vivenciaram esta experiência e são admiradas por ela devido a forma como elaboraram o luto de um suicídio de um familiar significativo, o qual ocorreu há mais de 20 anos.

Durante o curso de especialização em Terapia Relacional Sistêmica realizado no Familiar, a partir das aulas teóricas e das atividades de workshop sobre a família de cada aluno, surgiram na autora questionamentos em relação a este acontecimento em particular que ocorreu na sua família, bem como outras reflexões sobre esta forma de luto. As dúvidas condensaram-se nas seguintes perguntas: “Quais são os fatores que envolvem o processo de luto pelo suicídio?” e “por que há famílias onde a elaboração do luto do suicídio é mais possível do que em outras?”.

Diante do exposto, a autora iniciou uma busca, em um primeiro momento ainda sem uma metodologia adotada, em bases de dados científicos, de estudos que abordam o suicídio sob a perspectiva dos sobreviventes e identificou que há muitas pesquisas sobre o suicídio, porém a maioria aborda o tema focando na prevenção e na pessoa que cometeu a tentativa ou o ato consumado.

Conforme apresentado neste trabalho, o suicídio é um problema mundial de saúde pública e, portanto, acredita-se que todos os estudos voltados a trabalhar a prevenção são importantes e precisam ser intensificados. Porém, considerando ainda esta problemática, como destaca a (WHO, 2008, 2018) um olhar aos sobreviventes também é necessário, visto o grande número de pessoas que são afetadas por este fenômeno e devido ao tipo de impacto e consequências que esta forma de morte pode causar na vida delas. Diante do exposto, a pergunta norteadora da pesquisa delineou-se em:

- Quais são as características do processo de luto vivenciado pelos sobreviventes do suicídio?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

Realizar uma revisão integrativa de literatura a fim de compreender o processo de luto vivenciado pelos sobreviventes do suicídio.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Descrever as reações do luto, sendo elas físicas e/ou psicológicas, imediatas e/ou duradouras, apresentadas pelos sobreviventes.

- Identificar a necessidade de suporte formal e informal, aos sobreviventes, como recurso para a elaboração do luto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Bowen (1998) o homem é um ser instintivo, assim como os demais seres vivos em até as suas mais inferiores formas. Todos eles possuem uma consciência instintiva sobre as etapas que constituem as suas vidas: nascem, atingem a maturidade, se reproduzem e morrem. Entretanto, o diferencial do ser humano é a sua capacidade de pensar e compreender abstratamente o mundo ao seu entorno. Ao homem é possível a reflexão sobre a sua trajetória de vida e a de seus demais, inclusive sobre a sua finitude. Em razão desta habilidade Bowen (1998, pg 105) afirma que “pensar diretamente a respeito da morte, ou indiretamente a respeito de manter-se vivo e evitar a morte, ocupa mais tempo da vida do homem do que qualquer outro tema”.

Segundo Holmes e Hale, (1967, apud Carter e McGoldrick, 1995) uma das maiores certezas que habita no ser humano é a que ele vai morrer algum dia, contudo, os autores pontuam que mesmo sendo uma verdade absoluta, isso não a torna mais fácil de ser compreendida, ao contrário, a morte é um dos temas mais mobilizadores de emoções dos sujeitos. Deste modo, ao longo dos tempos, as gerações formulam teorias, que acabam por se transformar em crenças, contendo todas elas um principal objetivo em comum: a busca de maneiras para lidar com a morte (Bowen, 1998). Bowen (1978, apud Bowen 1998, pg 105) reforça descrevendo que “nenhum evento vital é capaz de suscitar nos indivíduos mais pensamentos dirigidos pela emoção e mais reações emocionais naqueles a sua volta”.

Em vista disto, Bowlby (1985) corrobora e abrange o campo das relações interpessoais, descrevendo que o sofrimento vivenciado pela morte de uma pessoa amada é uma das experiências mais dolorosas pelo qual uma pessoa passa. Considerando o intenso sofrimento provocado por este fenômeno e as suas consequências, Holmes e Hale (1967, apud Carter e McGoldrick, 1995) discorrem sobre ele no contexto familiar e afirmam que a morte de uma pessoa da família provoca muito mais desajustamentos no sistema familiar do que qualquer outro acontecimento durante os ciclos de vida. Segundo Brown (1995) devido ao vínculo repleto de conexão e história que os seus membros constroem e estabelecem entre si, o processo de luto é sentido por todos os seus integrantes (HOLMES e HALE, 1967 apud CARTER e MCGOLDRICK, 1995).

Bowen (1998) descreve que quando um sistema familiar está equilibrado predomina-se a calma entre os seus membros, os quais desenvolvem os seus papéis de forma razoavelmente funcional. O equilíbrio é interrompido quando há a ocorrência de determinados eventos, sendo um deles a morte. De acordo com SILVA (2009, pg 376) as perdas “são intrínsecas ao processo

de constituição e manutenção das famílias ao longo do seu ciclo vital”, entretanto elas provocam efeitos imediatos e mudanças que podem impactar a família a longo prazo, por isso a importância de se estudar, refletir e dialogar sobre este fenômeno, principalmente no âmbito da terapia familiar.

Desta forma, sobre os impactos imediatos e a longo prazo os quais afetam a família diante da morte de um ente, inicialmente, os familiares se deparam com a necessidade de solucionar questões urgentes e práticas, exigindo deles, em um momento tão delicado, uma postura cuidadosa devido a quantidade de detalhes a serem vistos (SILVA, 2009). Por conseguinte, surgem grandes dilemas a serem repensados por todos, relacionados a herança e a redefinição de papéis dentro da família, por exemplo. Em vista disto, discussões são comuns nesta fase, especialmente devido a fragilização da família e quando as opiniões são muito opostas uma das outras, desencontros estes que podem ocasionar grandes mágoas (SILVA, 2009).

Portanto, como descrito anteriormente, a rotina com a qual os membros da família estavam acostumados é rompida, emergindo a instabilidade, também porque os integrantes lidarão dali por diante, com o fato de que a família não será mais como antes (SILVA, 2009). Neste sentido, Silva (2009) explica sobre as perdas secundárias, podendo elas serem oriundas de causas concretas, como a instabilidade financeira ou de causas subjetivas, como a ausência da função que aquele familiar exercia, por exemplo, uma família que era unida e que então se vê sem o familiar que cumpria o papel de agregador (Bowen, 1998). Estes sujeitos precisarão reorganizarem-se e desenvolverem novas habilidades, alterando as relações que estabeleciam entre si até o momento. Há familiares que se distanciam após a morte de um dos seus integrantes, porém há aqueles que se fortalecem com a dor da perda e se unem mantendo os laços afetivos e a convivência (SILVA, 2009).

É esperado que haja um período em que a manutenção do controle e o sentimento de segurança da família fiquem abalados, incluindo o medo de novas perdas, necessidade de uma proximidade maior uns dos outros e comportamentos compatíveis com a presença de ansiedade intensa (SILVA, 2009, pg 382).

Considerando as adversidades expostas anteriormente, as quais as famílias enlutadas vivenciam durante o processo, há mais uma dificuldade que elas necessitam enfrentar, que é falar sobre a morte. Falar sobre a morte é complicado para os membros das famílias e frequentemente evita-se o diálogo por receio de relembrar e intensificar no outro os afetos provocados a partir da perda, assim, as famílias podem acabar firmando um pacto de silêncio.

Casos nos quais a morte é precoce e ocorre de uma forma trágica, como o suicídio por exemplo, são facilitadores para que as situações descritas anteriormente aconteçam (SILVA, 2009).

A comunicação aberta sobre a morte, segundo McGoldrick (1998), é um facilitador significativo no processo de elaboração da perda, bem como a participação em rituais culturalmente estimados. Neste caso, incluem-se também as crianças, sendo essencial o diálogo com elas, bem como oportuniza-las, caso seja a vontade das mesmas, em participar das cerimônias de despedida. Outro aspecto relevante é a acolhida da família em relação aos sentimentos ambivalentes que podem ser apresentados por alguns familiares diante da morte de um membro. Caso as relações sejam enrijecidas de forma que boicotem sentimentos e expressões devido a lealdades familiares, o sujeito tende a evitar e adiar o seu luto, não desenvolvendo, portanto, o seu processo de elaboração (MCGOLDRICK, 1998).

Neste contexto, evidencia-se a importância da expressão de afeto e pensamentos dos membros familiares desde o início do processo de luto, como acrescenta Bowen (1998), bem como, a de relacioná-los à perda, pois de acordo com Brown (1995) os afetos gerados a partir do falecimento de um ente querido, não são reconhecidos, na maioria das vezes, por quem sente, como advindos da perda.

A família enlutada vive um processo de busca da adaptação e formulação de um novo equilíbrio emocional. O tempo necessário para a elaboração do luto e reorganização do sistema vai depender, principalmente, do quanto os seus entes estão integrados entre si e qual foi o grau de intensidade do desequilíbrio que abalou a família (Bowen, 1998).

Há uma tendência a subestimar quão aflitiva e desnorteante ela habitualmente é, e quanto tempo perduram a aflição, e muitas vezes, o desnorteamento. Inversamente, há uma tendência a supor que uma pessoa normal e sadia pode e deve superar o enlutamento, não só de maneira rápida, como também de maneira total” (Bowlby, 1985, pg 04).

As perdas em famílias bem integradas podem provocar em um primeiro momento reações emocionais mais intensas, pois os seus membros poderão demonstrar mais espontaneamente e claramente os seus afetos e pensamentos, por conseguinte encontrarão mais facilidade em se reorganizarem diante da mudança. Uma família menos integrada pode apresentar reações mais amenas diante da morte, porém passado o choque inicial, é provável que apresente dificuldades em elaborar o luto e acaba por desenvolver sintomas de adoecimento, físico, psíquico e social (Bowen, 1998).

Desta forma, segundo McGoldrick (1998) quando o sistema familiar tem dificuldades em lidar com a perda, sintomas desenvolvem-se, denunciando esta realidade. Como por

exemplo o silêncio, gerado pela negação, em que ninguém na família fala sobre o morto com o intuito de não reviver a dor, ou quando se utilizam da fuga no uso e abuso de álcool e outras drogas. Há famílias que apresentam o isolamento, pois o sistema se fecha de tal maneira que os seus membros se tornam incapazes de apegarem-se a outras pessoas. A autora descreve ainda outros sintomas geralmente apresentados como ansiedade, compulsões, depressão, fobias e conflitos. A adaptação disfuncional à perda pode gerar também sentimento de culpa (a si mesmo ou culpar outros pela morte), a busca em substituir a pessoa que faleceu, a incapacidade de compartilhar sentimentos, devido a diversas formas de negação, e diante disto, o impedimento de seguir a vida em frente, fazendo com que as famílias tenham realmente a sensação de que o tempo parou (MCGOLDRICK, 1998).

Neste contexto, corroborando com a autora, Bowen (1978, apud Bowen, 1998) explica sobre as famílias que apresentam dificuldade em elaborar a morte do familiar, pois elas manifestam reações que não são consideradas “normais” e esperadas durante a vivência do luto, as quais o autor denomina de “onda de choque emocional”. Bowen (1998) compara estas reações a “tremores secundários”, ou seja, são sintomas que podem desenvolverem-se em qualquer integrante cuja família passou por uma perturbação oriunda de morte ou após uma doença grave de um dos seus membros, o autor acrescenta que observou presente a onda de choque emocional em um número alto de famílias que passaram por esta experiência.

Os sintomas de uma onda de choque podem ser qualquer problema humano. Eles podem incluir todo o espectro das doenças físicas, desde uma maior incidência de resfriados, passando pelo diabetes, até problemas médicos e cirúrgicos agudos (...) Os sintomas também podem incluir toda a gama de transtornos emocionais, desde a depressão leve e fobias até episódios psicóticos. As disfunções sociais podem incluir o alcoolismo, fracassos na escola ou nos negócios, abortos e nascimentos ilegítimos (Bowen, 1998, pg 109).

O autor descreve ainda que a onda de choque emocional ocorre com mais frequência em famílias não integradas e disfuncionais, as quais já apresentavam, principalmente, uma fusão de fronteiras entre os seus integrantes, pois os sintomas se desenvolvem a partir da potencialização de interdependência emocional entre os seus membros. A família frequentemente também manifesta uma negação dos sintomas ao relacioná-los à morte como desencadeadora, podendo eles surgirem no sistema familiar em meses ou até anos após a perda (Bowen, 1998).

Segundo Bowen (1998) as mortes de membros familiares não possuem todas o mesmo significado, em algumas, as quais a importância daquele ente é maior na família pode gerar como consequência a onda de choque, outras tornam menos provável esta reação. Por exemplo, há mortes que são mais neutras, gerando as reações consideradas normais de sofrimento devido

ao luto e há mortes em que são consideradas um alívio para a família, nestas, na maioria das vezes, ocasionam um melhor funcionamento do sistema familiar. Bowen (1998) afirma que a onda de choque emocional se apresenta na sua maior parte quando há o falecimento dos pais quando a família é jovem, com a morte de um filho importante ou do considerado o “chefe do clã” que pode ser um avô, avó ou um irmão mais importante da geração atual.

Além disto, McGoldrick e Walsh (1983, apud Carter & McGoldrick, 1995, pg 394) apresentam os fatores considerados relevantes e que estão diretamente relacionados a forma como a família irá lidar com o processo de elaboração do luto, alguns deles já discutidos anteriormente neste trabalho, são eles: “o contexto social e étnico da morte; a história de perdas anteriores; o *timing* da morte no ciclo de vida; a natureza da morte ou da doença grave; a posição e função da pessoa no sistema familiar e a abertura do sistema familiar”.

A morte esperada, decorrente de uma doença grave, é antecedida, provavelmente de períodos de cuidados, permitindo à família um tempo para buscar compreender a situação a qual estão vivenciando. Caso a morte tenha causa súbita, como homicídio/acidente/suicídio, por exemplo, a família é surpreendida e a primeira reação frente à notícia é o choque, pois não há oportunidade para despedida e nem para uma antecipação do luto, como afirma Prouty (1982, apud Brown, 1995) fazendo com que a elaboração do luto nestes casos seja mais difícil (COHEN 1977, apud BROWN, 1995).

Contudo, McGoldrick (1998) afirma que as perdas podem ser suportadas, mesmo as traumáticas, a partir de um processo de aceitação da perda e da resignificação dos relacionamentos do sujeito e da família, para que seja possível seguir em frente, e diante disto o papel do terapeuta de família pode ser importante. McGoldrick (1998) afirma que é fundamental ao terapeuta de família, em seu contexto de atuação, auxiliar as famílias a lidarem com a morte e com todas as questões que envolvem a elaboração do luto. À luz da perspectiva sistêmica, o terapeuta compreende a importância das relações humanas e o quanto todas elas afetam cada sujeito. Portanto, trabalhar a relação do paciente e/ou da família com a pessoa que morreu é entender e validar a complexidade das conexões humanas.

McGoldrick (1998) destaca que durante a avaliação da família, seja em qualquer circunstância, independentemente da queixa que os levaram ao processo terapêutico, necessita-se investigar-se a história dos padrões de adaptação às perdas que são seguidos por aquele sistema. Sendo um recurso do terapeuta para tal intervenção, construir genogramas trigeracionais, a linha do tempo da família contendo os eventos de maior estresse vivenciados, bem como as perguntas, que são ferramentas importantes, não somente para compreender estes padrões, mas principalmente para a resignificação da perda pelo paciente. Desta forma, o

terapeuta terá acesso às perdas que ocorreram na família, ao mesmo tempo em que poderá entender o impacto que cada uma delas gerou aos seus membros, possibilitando a construção de estratégias de enfrentamento para possíveis questões não resolvidas que surgirem (MCGOLDRICK, 1998).

O objetivo primeiro do processo terapêutico, segundo McGoldrick (1998) é fortalecer a família para que ela siga elaborando o seu luto, sendo capaz de continuar a viver de forma funcional. O terapeuta pode auxiliar na desmistificação da morte, de forma a mediar a aceitação da realidade pelo paciente, para que o sujeito e a família olhem para a perda como ela realmente ocorreu, encarando e lidando com as suas reações bem como com as dos demais familiares, aprendendo com este reconhecimento. Outro aspecto essencial em relação ao processo terapêutico é o compartilhamento das experiências relacionadas à morte. Ao compartilhar o “legado da perda”, como denomina a autora, ou seja, a raiva, a dor, culpa, tristeza, saudade sentidos, os sonhos perdidos, as histórias vividas relacionadas ao falecido, a família sente que tem um espaço o qual é permitido a ela recordar, se assim for o seu desejo. Segundo McGoldrick (1998, pp 80) compartilhar auxilia a “integrar a experiência da perda em suas vidas, promovendo o seu sentido de continuidade e conexão familiar, cultural e humana, e fortalecendo-as para que resgatem seu senso de si mesmas como unidades em evolução.” Compartilhar, portanto, permite esclarecer e ressignificar histórias, elaborando-as, promovendo assim a resolução do luto (LAIRD, 1989 apud MCGOLDRICK, 1998).

Mitchell et al (2003) realizaram um estudo com um grupo de apoio às pessoas que vivenciaram o luto pelo suicídio, cujo vínculo dos mesmos com o falecido era de qualquer tipo (pais, irmãos, amigos, colegas de trabalho, etc). Os autores analisaram as narrativas compartilhadas pelos participantes durante o grupo e ao longo da pesquisa apresentaram as intervenções realizadas por meio do discurso dos mesmos. Detectou-se uma mudança na fala dos participantes, que no início do grupo era de vitimização e após as intervenções passaram a ser de agentes, como protagonistas da própria vida e das próprias escolhas, inclusive passando a terem um papel ativo no seu processo de elaboração do luto. Segundo Mitchell et al (2003) os participantes ressaltaram a importância do compartilhamento das suas narrativas para a promoção de bem-estar, descreveram como sendo uma ação de cura importante para o processo de elaboração da perda.

O terapeuta, neste processo, como descreve McGoldrick (1998) desenvolve também juntamente com o paciente ou com a família o encorajamento para que haja uma continuação das suas vidas, que os mesmos se abram para novos relacionamentos e aprendam ainda mais com a sua história familiar e de seus membros. O terapeuta pode auxiliar também na

reorganização do sistema familiar, a qual geralmente é dolorosa para a família e no reinvestimento em outros projetos de vidas. A partir da experiência da perda. As famílias, ao lidarem com ela, podem sentir-se fortalecidas e com isso ficarem mais focadas em relação aos seus objetivos de vida, bem como a forma que desejam se relacionar com outras pessoas, podendo este ser um momento para redefinições, como por exemplo, de prioridades de vida, sendo importante o papel do terapeuta na estimulação destes.

3 MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo

Posto que este trabalho propôs estudar o luto de familiares que vivenciaram o suicídio, foi necessário utilizar uma metodologia do tipo qualitativa, visto que o foco da pesquisa não foi quantificar ou formar dados estatísticos e sim elaborar uma discussão que trouxesse uma compreensão acerca do assunto. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo principal trazer uma visão mais aproximada e esclarecida sobre determinado fato (GIL, 1989).

3.2 Quanto aos objetivos

Essa pesquisa caracterizou-se como sendo de origem exploratória. O autor Gil (1989) descreve que as pesquisas exploratórias permitem obter um maior conhecimento acerca do problema, visando torná-lo mais claro ou a construir hipóteses. O seu objetivo principal, segundo o mesmo autor, é “o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (GIL, 1989, p. 45). Outro ponto relevante sobre a pesquisa exploratória está na flexibilidade da sua elaboração, possibilitando “a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado” (GIL, 1989, p. 45). Lakatos e Marconi (1991) corroboram ao relatarem que em uma pesquisa exploratória, podem ser utilizados diversos procedimentos para a coleta de dados.

3.3 Quanto ao delineamento

Visto o interesse da autora em verificar em bases de dados científicos a contribuição que os trabalhos publicados recentemente trazem referente ao luto de familiares que vivenciaram o suicídio, a presente pesquisa se constituiu em um estudo de revisão integrativa de literatura.

A revisão integrativa de literatura é uma das formas existentes de revisão bibliográfica. Primeiramente, sobre a revisão bibliográfica, ela é desenvolvida a partir de materiais bibliográficos, representados na maioria das vezes por livros e artigos científicos. Possui como objetivo buscar diferentes análises sobre uma mesma problemática, fato que em quase todos os trabalhos elas são necessárias, no entanto há estudos que são realizados unicamente por esta forma de coleta de dados (GIL, 2002).

Especificadamente, sobre a revisão integrativa de literatura, ela se caracteriza por uma metodologia abrangente, pois na efetivação das buscas é possível incluir literaturas teóricas e empíricas, bem como estudos experimentais e não experimentais. Desta forma, são atingidos resultados amplos, permitindo com que uma síntese sobre a literatura pré-existente seja elaborada, obtendo-se assim uma compreensão completa sobre um assunto pertencente a uma determinada área de conhecimento, para a sua aplicabilidade na prática profissional (WHITTEMORE 2005 apud SOUZA, SILVA, CARVALHO 2010).

Com o intuito que este resultado seja alcançado é necessária também que a metodologia seja bem estruturada, por isso ela é estabelecida em etapas, para que qualquer pessoa possa replicá-la. A revisão integrativa de literatura é dividida, portanto, em seis passos: Escolha e definição do tema (elaboração da Questão); Busca na literatura (Amostragem); Critérios para categorização dos estudos (Coleta de dados); Avaliação dos estudos incluídos nos resultados; Discussão do resultado; Apresentação da revisão integrativa (GANONG 1987 apud SOUZA, SILVA, CARVALHO 2010).

3.4 Procedimentos para a coleta de dados

Com intuito de se obter um alcance científico nesta revisão, as buscas foram realizadas nas bases eletrônicas de dados: Bases do Editor Científico Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme/BVS) e Base de Dados *Scientific Electronic Library On-line* (SCIELO). A fim de alcançar as informações almeçadas, os seguintes descritores foram utilizados para a pesquisa: **Suicídio, Luto, Família e Sobreviventes.**

Para esta revisão, como critério de inclusão, foram abrangidos trabalhos originais que continham os descritores listados acima, publicados em periódicos científicos nos anos de 2009 até 2018, nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis on-line na forma completa (*fulltext*). Foram excluídos desta busca os editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, notas prévias, publicações duplicadas, íntegra de teses e dissertações (excetuando aquelas cujos resultados estão publicados em periódicos), manuais, revisões, artigos que não estão dispostos na íntegra e estudos que não contemplem o escopo deste estudo.

A partir, portanto, da formulação dos descritores e efetivada a pesquisa nas bases de dados citadas, a busca inicial resultou em 46 artigos, os quais 45 são internacionais e apenas 01 nacional. Com base na leitura dos títulos dos estudos encontrados, foram excluídos no total 10 trabalhos: 01 que se repetia, 01 o qual o ano era correspondente à 2003 e 08 estudos que, de

acordo com o título, não discorriam sobre o luto dos familiares acerca do suicídio, como por exemplo pesquisas sobre álcool e abusos de substâncias em jovens parentalmente enlutados, ideação suicida contingente em familiares de pacientes oncológicos e transmissão familiar de comportamento suicida.

A próxima classificação ocorreu a partir da leitura dos resumos dos 36 artigos restantes, investigando-se novamente no que tange aos critérios de inclusão, de exclusão e dos objetivos relativos ao escopo deste estudo, eliminou-se, por conseguinte, outros 06 estudos que não estavam de acordo com o tema proposto, restando o total de 30 artigos a serem estudados e discutidos. Como indica a Revisão Integrativa:

O revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (BROOME ME apud MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2008).

Posteriormente, embora a autora no momento da busca dos artigos tenha colocado como critério de inclusão apenas os trabalhos que constem no seu formato completo *fulltext*, 21 artigos não estavam disponíveis integralmente para acesso, somente mediante pagamento, restando, portanto, 09 artigos em texto completo.

Desta forma os dados referentes aos 09 artigos foram sistematizados em tabelas, os quais as informações que foram extraídas dos textos e ordenadas nas tabelas, foram: título, autores, ano de publicação, periódico, método, população do estudo e os resultados que abrangem os objetivos específicos deste trabalho: as características do luto devido ao suicídio, as possíveis consequências deste luto e os recursos que podem auxiliar na sua elaboração.

3.5 Procedimento para organização, tratamento e análise dos dados

A avaliação crítica destes estudos foi realizada a partir da Análise de Conteúdo, a qual é descrita como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN 1977 apud CAMPOS, 2004, p.06).

Segundo Gomes (1994) a técnica de análise de conteúdo, ao ser utilizada, tem dois objetivos principais. Um deles é verificar as hipóteses ou questões que haviam sido previamente formuladas, ou seja, é possível encontrar uma resposta para as questões ou confirmar hipóteses mencionadas na pesquisa. Outro objetivo desta técnica é transcender ao que está manifesto, por

exemplo, no discurso de um sujeito, e descobrir aspectos que estão por trás deste conteúdo. O autor ainda acrescenta que estes objetivos podem ser utilizados em uma mesma pesquisa (qualitativa ou quantitativa) de forma que acrescentem um ao outro.

Ainda de acordo com Gomes (1994) existem vários tipos de “unidades de registro” nos quais a análise de conteúdo vai se fundamentar. Ao decompor o conteúdo da mensagem, de acordo com o objetivo da pesquisa, o pesquisador obterá elementos que serão a sua unidade de registro, por exemplo, determinadas palavras de um texto, ou o texto na íntegra, um documento, etc. O autor ressalta que estas unidades também podem ser articuladas em um mesmo estudo, de modo que se complementem.

Assim, o presente estudo utilizou como unidade de registro informações que constam nas pesquisas as quais foram selecionadas para coleta de dados, ou seja, o seu conteúdo. Sempre enfatizando, segundo Gomes (1994), o contexto em que estes conteúdos são pesquisados e manifestos, definindo o que ele chama de “unidades de contexto”.

4 RESULTADOS

Quanto aos resultados encontrados nos artigos analisados, eles serão apresentados conforme os objetivos específicos delimitados. Referente ao primeiro objetivo: **-Descrever as reações do luto, sendo elas físicas, psicológicas e/ou psicossomáticas, imediatas e/ou duradouras, apresentadas pelos sobreviventes.**

Spillane et al (2018) por meio de estudo misto (qualitativo e quantitativo) realizaram entrevistas e aplicaram escalas com familiares que haviam vivenciado uma perda devido ao suicídio. Os autores buscaram verificar as reações físicas, psicológicas e psicossomáticas por eles apresentadas. As reações imediatas ao luto referidas pelos entrevistados foram principalmente: sentimento de culpa em relação a si mesmo, sentimento de culpa em relação ao familiar falecido, vergonha, tristeza e alívio. Spillane et al (2018) explicam que alguns familiares relataram sentir alívio com a morte devido ao sofrimento psicológico pelo qual passaram ao lidar com o familiar antes do seu suicídio, no entanto, outros relataram sentirem-se irritados com o membro da família devido a sua atitude de suicidar-se.

Segundo ainda Spillane et al (2018) os entrevistados relataram a manifestação de problemas de saúde física durante o processo de luto, como o aparecimento de hipertensão, diabetes tipo 1 e diverticulite, os próprios familiares relacionaram estes diagnósticos ao estresse por eles vivenciado durante o processo de luto. Os autores também relatam encontrar em suas pesquisas falas que indicam reações de saúde psicossomática nos membros da família, como por exemplo: dor física, dores abdominais severas, baixos níveis de energia, problemas com o sono. Muitos participantes relacionaram os problemas com o sono ao aparecimento de imagens intrusivas em sua mente, do familiar que morreu. Alguns destes foram os primeiros a encontrarem o corpo, entretanto, este sintoma também foi relatado por pessoas as quais não foram as primeiras que encontraram o corpo, nestes casos os autores explicam os pesadelos e as imagens intrusivas do falecido, devido a forma violenta da morte. A pesquisa constatou também a perda de apetite associada pelos entrevistados a náuseas devido às memórias de terem sido os primeiros a encontrarem o corpo. Mas também, outros relataram o sintoma devido ao sentimento de depressão e desânimo sentidos após a morte do familiar.

Encontrar o corpo do falecido pareceu induzir reações mais severas em alguns casos que frequentemente se estendiam a impactos psicológicos de longo prazo, incluindo depressão, ansiedade, ataques de pânico, transtorno de estresse pós-traumático, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (Spillane et al, 2018, pg 9).

Por outro lado, um participante que perdeu o irmão, relatou que encontrar o corpo proporcionou um momento de despedida, uma última oportunidade de estar junto do ente querido. Referente à saúde mental os membros das famílias referiram que após a morte, desenvolveram uma maior preocupação com a sua saúde mental e expuseram nas entrevistas que tiveram pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Inclusive um entrevistado contou sobre a sua tentativa de suicídio meses após o suicídio do irmão, a descreveu como uma fuga à dor emocional que estava sentindo e não um desejo de morrer (SPILLANE et al, 2018).

Por fim, sobre a parte qualitativa da pesquisa, Spillane et al (2018) constataram que 24,2% dos entrevistados demonstraram pontuação indicativa para a presença de nível leve de depressão, 27,3% apresentaram indicação para níveis moderados de estresse e 18,2% para níveis moderados de ansiedade.

Kölves (2018) em seu estudo quantitativo realizou entrevistas semi-estruturadas com dois grupos, um deles formado por parentes enlutados por suicídio e o segundo por parentes enlutados devido outras causas de morte súbita (natural e acidental). A entrevista semi-estruturada incluiu escalas e questionários psicológicos e avaliou-se, portanto, as reações geradas nos familiares dos dois grupos ao longo de dois anos após a morte e comparou-se os resultados.

Kölves (2018) descreve que as pontuações mais altas em diferentes momentos durante os dois anos foram: busca por explicação para ambos os grupos (morte por suicídio e outras formas de morte súbita). Reações únicas (como ocultar a causa da morte) e culpa obtiveram pontuações mais elevadas para o luto devido ao suicídio. As reações de “rejeição”, “reações únicas”, “responsabilidade” e “luto total” em comparação com outras perdas súbitas, segundo o autor, permaneceram como sentimentos significativos e duradouros na vida dos familiares enlutados pelo suicídio. A “estigmatização” apresentou um destaque no luto pelo suicídio, entretanto apenas nos 6 primeiros meses após a morte.

Pitman et al (2017) em seu estudo qualitativo aplicaram questionários de forma online contendo perguntas abertas com pessoas enlutadas devido a morte de amigo íntimo ou parente por causa súbita. Deste grupo maior, os autores separaram uma amostra a qual declarou que a perda súbita a qual vivenciou ocorreu devido ao suicídio e por seguinte, os autores analisaram os dados. Nesta análise 26% das pessoas após vivenciar o luto começaram a considerar o suicídio como uma opção válida, como uma fuga de situações geradoras de extrema angústia, considerando o suicídio como opção para elas mesmas e para outros. Alguns participantes demonstraram naturalizar o suicídio e outros, após o suicídio de um amigo, demonstraram

curiosidade em relação a experiência. Uma minoria relatou acreditar que irá suicidar-se algum dia.

Segundo Pitman et al (2017) apenas 17% dos entrevistados, os quais a maioria eram parentes, focaram em como a doença mental contribuiu para o desfecho do suicídio. Eles mencionaram o medo de também desenvolverem transtornos mentais devido a questão da hereditariedade e desta forma cometerem o mesmo ato. Os amigos enlutados, em seus relatos, também demonstraram ter consciência do papel que o transtorno mental teve para o suicídio e ao se identificar com histórias, sentimentos e atitudes do amigo falecido, assim como familiares, manifestaram o receio deste desfecho para si mesmos. Um participante relatou o consumo de bebida alcoólica em excesso após a morte.

Quase metade dos participantes, totalizando 44%, ressaltaram que não morreriam por meio do suicídio, consciência esta que para muitos se intensificou a partir da experiência do luto que vivenciaram, ao refletir sobre os impactos negativos do suicídio sobre os seus familiares e amigos. Outros 10% demonstraram sentir a necessidade de promover a prevenção ao risco de suicídio. Participantes também relataram, após a morte, a intensificação de sentimentos de valorização da vida (PITMAN et al, 2017).

Groot e Kollen (2013) em seu estudo quantitativo concluíram que parentes de primeiro grau e cônjuges de pessoas que morreram devido ao suicídio apresentaram em seu período de luto reações de luto complicado, depressão e ideação suicida devido a crenças negativas sobre si mesmos e sobre o futuro. Os cônjuges apresentaram níveis mais altos de depressão do que pais e irmãos, justificado pelos autores principalmente porque os pais e os filhos geralmente recebem um maior suporte social durante o luto do que os cônjuges. Sobre a depressão nos familiares, os autores associaram a questão da genética, a qual o suicídio na maioria das vezes ocorre devido a um transtorno mental, sugerindo uma pré-disposição nos familiares, que frente a uma situação trágica, tendem a desenvolver a doença.

Cho et al (2016) em uma pesquisa quantitativa verificaram sobre o impacto do luto por suicídio em relação ao risco para doenças cardiovasculares e diabetes mellitus nos familiares. Os pesquisadores concluíram que em relação às famílias não enlutadas, as pessoas investigadas sem histórico destas duas enfermidades e transtornos psiquiátricos, apresentaram maior risco de hospitalização devido aos desdobramentos das doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.

Pitman et al (2016) por meio de um estudo quantitativo investigaram o estigma presente nesta forma de luto e identificaram que as pessoas que vivenciaram o luto devido ao suicídio de um amigo íntimo ou parente demonstraram altos níveis de estigma, vergonha, responsabilidade e culpa comparado a pessoas que vivenciaram o luto devido a uma morte

súbita natural e não natural. Os autores destacam a presença do estigma também na percepção dos amigos enlutados, não sendo exclusivo aos familiares, evidenciando que o preconceito e os seus impactos permeiam as relações do falecido como um todo. Por fim os autores apontam o sentimento de vergonha como a possibilidade de ser o principal obstáculo para as pessoas enlutadas procurarem ajuda tanto formal quanto informal, pois interfere na auto percepção do enlutado quanto a ele se sentir no direito de obter suporte.

Offaly, Flynn e Dowling (2016) corroboram com outros autores mencionados anteriormente quando verificam em uma pesquisa qualitativa a presença do estigma relatado pela maioria dos participantes enlutados pelo suicídio. Um caso relatado pelos pesquisadores mencionou o preconceito da comunidade em relação à família que vivenciou a perda de um membro pelo suicídio e portanto, o sentimento de vergonha que o familiar desenvolveu gerando o seu auto-isolamento. Os autores também enfatizam o estigma e vergonha como as principais barreiras para a busca de auxílio na elaboração do luto.

Spillane et al (2017), por meio de uma revisão bibliográfica, investigou a associação do luto no suicídio com reações relacionadas a saúde física e psicossomática. Segundo os autores uma minoria de estudos constatou o luto no suicídio relacionado a condições adversas de saúde física (doença cardiovascular, diabetes, hipertensão e doença pulmonar obstrutiva crônica) e nenhum estudo constatou uma relação significativa entre o luto no suicídio e doenças psicossomáticas e concluem que em relação as doenças psicossomáticas os enlutados pelo suicídio demonstram a mesma pré-disposição de pessoas enlutadas por outras causas de morte. Porém Spillane et al (2017) descrevem sobre estudos que verificaram a vivência do estigma e vergonha por essas pessoas, fazendo com que tenham dificuldade em buscar ajuda durante o processo de luto.

Em relação ao segundo objetivo específico: **-Identificar a necessidade de suporte formal e informal, aos sobreviventes, como recurso na elaboração do luto** foram encontrados os seguintes dados:

Em Spillane et al (2018) os entrevistados relataram que sentiram a necessidade de suporte informal (amigos, familiares) e formal (profissional) durante a vivência do luto devido ao suicídio de um familiar, entretanto refletiram que não receberam este auxílio de uma forma que os deixaram satisfeitos. Quanto a rede informal, um dos participantes contou sobre como foi fundamental o apoio dos seus pais, outros descreveram a importância deste apoio informal para a resoluções de questões imediatas referentes ao funeral por exemplo, ou outras problemáticas a longo prazo, como auxílio financeiro e ajuda com atividades da casa, cozinhar, levar comida, etc.

Entretanto, como identificado por Spillane et al (2018), participantes com vínculos familiares frágeis não obtiveram o apoio informal desejado e nestes casos o apoio formal foi de extrema importância. Outro entrevistado contou que recebia o apoio de amigos e familiares, entretanto contou que sentiu a necessidade do apoio de um profissional, pois ele achava que incomodava as pessoas ao falar sobre o suicídio e precisava de um espaço para refletir sobre o ocorrido, sobre o luto e aprender a lidar com ele. Sobre o apoio formal, alguns participantes relataram o desejo de participar de um grupo formado por pessoas enlutadas pelo suicídio, com a compreensão de que somente as pessoas que estivessem passando pela mesma experiência que eles poderiam entendê-los e sentirem que não estão sozinhos nesta situação. Em Groot e Kollen (2013) constatou-se os efeitos positivos da terapia cognitivo comportamental de base familiar principalmente no início do luto, promovendo alívio do sofrimento.

Uma observação importante foi relatada pelos participantes de pesquisas que foram realizadas na Irlanda: eles constataram que nenhum serviço os procurou pró-ativamente com intuito de ofertar um suporte formal. A partir disto, muitos refletiram que sentiam dificuldade em procurar ajuda, afirmaram que não tinham certeza que precisavam de auxílio, apesar de se sentirem tão mal com o ocorrido (SPILLANE et al, 2018). Em Pitman et al (2016) os participantes relataram não conseguir procurar ajuda devido ao sentimento de vergonha e que por este motivo acreditavam não serem dignos de apoio tanto formal quanto informal. Segundo Spillane et al (2018) uma minoria referiu não acreditar ser necessário apoio formal. Os participantes também relataram outros recursos que os auxiliaram no processo de luto como atividades físicas, caminhadas, ioga, fotografia, passar mais tempo com os filhos e outros passatempos.

Em Pitman et al (2017) participantes descreveram considerar importante o desenvolvimento de estratégias psicológicas de enfrentamento para que eles e outras pessoas possam lidar de uma forma melhor com o processo de luto devido ao suicídio. Além disto, reforçaram a necessidade de se evitar o isolamento e a importância da busca de ajuda desde o início do processo.

Offaly, Flynn e Dowling (2016) relatam em seu estudo qualitativo o resultado das entrevistas que realizaram com pessoas enlutadas pelo suicídio. Os participantes reconheceram que o estigma e a complexidade do luto são barreiras para a busca de ajuda e que uma atitude pró-ativa dos serviços de saúde seriam essenciais nestas situações. Os participantes, neste contexto, foram entrevistados com o intuito de verificar o papel do clínico geral nestas situações. Os participantes enfatizaram sobre a importância do suporte profissional para eles falarem sobre o ocorrido, sobre os seus sentimentos, mesmo entendendo que não há respostas

para suas questões, porém acreditam no valor terapêutico da fala. Relataram também que esperaram que a primeira atitude do médico seria medicalização e destacam como foi importante para eles que a “prescrição” primeira foi o processo de escuta. Spillane et al (2017), assim como os demais autores, descrevem terem verificado estudos que indicam a vivência do estigma e da vergonha pelas pessoas enlutadas pelo suicídio, fazendo com que tenham dificuldade em buscar ajuda.

5 DISCUSSÃO

Primeiramente salienta-se que a ideia original da pesquisa iniciou com a proposta de estudar o processo de luto dos familiares que vivenciaram a experiência do suicídio. Desta forma se seguiu com esta metodologia para obter os resultados. Entretanto, a autora ao analisar os dados observou que alguns estudos trazem não somente a percepção e vivências dos familiares, mas também os autores incluíram os amigos e demais pessoas que possuíam um contato próximo com o falecido. A WHO (2018) e Pitman et al (2016), como mencionado na introdução deste trabalho, destacam que o suicídio não impacta somente a família e que este fenômeno provoca consequências na vida dos amigos, colegas e na comunidade como um todo. A importância de ter-se um olhar para a rede social da pessoa que cometeu o suicídio reforçou-se a partir dos resultados encontrados.

A WHO (2008, 2018) discorre sobre o tabu enfrentado pela pessoa enlutada pelo suicídio e como este fator pode ser relevante para os impactos negativos na sua saúde em geral. Os estudos analisados neste trabalho corroboram com esta visão ao ressaltarem sobre o estigma sentido pelos familiares e também por amigos diante do luto pelo suicídio e como estes fatores tornam-se impeditivos ao pedido de ajuda, causando o adoecimento. Spillane et al (2018) reforçam o sentimento de vergonha sentido pelos familiares, Kølves (2018) relata sobre a estigmatização e as reações únicas manifestadas exclusivamente pelo luto do suicídio, como ocultar a causa da morte, devido ao tabu associado. Pitman e Osborn et al (2016), Pitman et al (2016) Spillane et al (2017) também ressaltam sobre a presença da vergonha e do estigma, Pitman et al (2016) salientam que não somente os parentes desprezaram senti-los, mas também os amigos, o que indica que estes fenômenos permeiam as relações sociais como um todo. Offaly, Flynn e Dowling (2016) também mencionam o estigma e a vergonha. Ressalta-se que alguns autores verificaram e reforçaram em seus trabalhos que estes sentimentos citados são as principais barreiras na elaboração do luto devido ao suicídio, fazendo com que os enlutados não procurem ajuda.

Spillane et al (2018), Kølves (2018), Pitman e Osborn et al (2016) ainda citam ter verificado a presença de sentimento de culpa a si mesmo e do sentimento de responsabilidade pela morte. McGoldrick (1998) descreve sobre a presença destes sentimentos durante o processo de luto disfuncional.

Neste contexto, Pitman et al (2014) e Bowen (1998) como descrito anteriormente, relatam que quando a adaptação referente a perda não é bem-sucedida, as consequências no suicídio podem atingir a saúde física, psíquica e social do sujeito. Bowen (1978, apud Bowen,

1998) denomina estas consequências de onda de choque emocional. Ao analisar os estudos selecionados para este trabalho, encontrou-se muitos dados que vão ao encontro das argumentações destes autores.

Sobre a saúde física, Spillane et al (2018) e Spillane et al (2017) falam sobre a indicação de presença de hipertensão e diabetes. Cho et al (2016) constata o aumento no risco de hospitalização nas pessoas que vivenciam o luto pelo suicídio devido aos desdobramentos de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, levando estas pessoas a uma maior utilização dos serviços de saúde.

Em relação a saúde psicológica e psissomática, Spillane et al (2018), Pitman et al (2017) e Groot e Kollen (2013) discorreram que as pessoas enlutadas vivenciaram ideações suicidas e tentativas de suicídio. Os dois últimos autores também constataram indícios de depressão. Pitman et al (2017) cita por meio da fala de um dos participantes enlutados o uso e abuso de álcool que se iniciou após a morte do parente por suicídio. McGoldrick (1998) refere este como um dos sintomas, importantes, manifestados pelos enlutados quando a elaboração da perda está em processo disfuncional.

Em relação ao adoecimento social provocado pelo luto citado por Bowen (1998) os estudos trouxeram esta compreensão quando mencionam principalmente os sentimentos vivenciados de estigma, vergonha, culpa, depressão, ansiedade, estresse, etc, podendo causar o auto-isolamento destes indivíduos (GROOT e KOLLEN 2013, SPILLANE et al 2018, PITAMN et al 2017).

Quando Spillane et al (2018) relatam na pesquisa falas de familiares que expressaram sentir alívio com a morte do familiar devido ao suicídio, vai ao encontro com o que Bowen (1998) descreve que nem todas as mortes tem o mesmo significado. Neste caso, devido ao sofrimento vivenciado pelos familiares antes da morte, gerados pelo falecido, este desfecho acaba por ser o fim daquele sofrimento. Bowen (1998) acrescenta que nestes casos, muitas famílias melhoram o funcionamento do seu sistema familiar.

Observou-se que dois estudos que compreendem em quase a sua totalidade os mesmos autores, apresentaram resultados distintos. Como descrito nos resultados de Spillane et al (2017), em uma revisão bibliográfica, a minoria dos estudos relacionou o luto no suicídio a impactos negativos à saúde física, bem como não encontraram uma associação significativa referente a este luto à saúde psicossomática. Entretanto, em Spillane et al (2018), em uma pesquisa qualitativa em que foram realizadas entrevistas, apareceram resultados opostos. Neste último, os autores encontraram fatores relacionados a impactos na saúde física das pessoas enlutadas por suicídio e em relação a saúde psicossomática.

Silva (2009) explica que algumas famílias apresentam dificuldades em falar sobre a morte após o ocorrido, tornando-se um comportamento recorrente e cristalizado de evitação. Bowen (1998), Brown (1995) e McGoldrick (1998) ressaltam sobre a importância de as pessoas enlutadas compartilharem os seus sentimentos referentes à perda e os ressignificarem neste processo.

Sobre o apoio informal como recurso na elaboração do luto Spillane et al (2018) destaca falas de participantes que trouxeram como crucial para a sua elaboração o apoio de familiares e amigos. A rede informal, foi citada por familiares em Spillane et al (2018) como importante, tanto no suporte imediato, como o a longo prazo. Um dos suportes imediatos mencionados foi o auxílio nas questões do funeral, descrito por Silva (2009) como essencial.

Em contrapartida, Spillane et al (2018) falam sobre casos onde a família não permite a existência de diálogo sobre o luto, principalmente quando os sentimentos são ambivalentes em relação ao falecido, como explica McGoldrick (1998). Spillane et al (2018) fala que estes vínculos familiares geralmente são fragilizados e reforça o quanto eles podem gerar impactos negativos, podendo provocar inclusive afastamentos entre os familiares. Spillane et al (2018) resalta a importância, nestes casos, do suporte profissional durante o luto. Bowen (1998) corrobora explicando que em sistemas familiares os quais são denominados de não integrados, ou seja, onde não há um espaço para que os parentes se sintam à vontade para expressarem as suas emoções, principalmente em momentos de intensa mobilização emocional como o luto, após um acontecimento como a morte de um familiar, podem surgir a longo prazo a manifestação de sintomas físicos, psíquicos e sociais.

Em Spillane (2018), Pitman et al (2017) e Offaly, Flynn e Dowling (2016) os autores destacaram a importância citada pelos participantes das entrevistas, de serem ouvidos, os quais referiram sobre o apoio profissional. Groot e Kollen (2013) mencionam a terapia cognitivo-comportamental com base familiar no alívio do sofrimento. McGoldrick (1998) ao explicar sobre o papel do terapeuta de família diante do luto refere sobre propiciar um espaço que seja permitido falar sobre a morte, bem como, por meio das intervenções, auxiliar no processo de adaptação da perda.

Inclusive em Spillane et al (2018) alguns entrevistados demonstraram o desejo de participarem de grupos, pois entendem que somente se sentirão compreendidos por pessoas que estejam passando pela mesma situação. Spillane et al (2018) e Offaly, Flynn e Dowling ressaltaram que os enlutados demonstraram inclusive a necessidade de que os serviços de saúde fossem pró-ativos no oferecimento de suporte profissional, visto que, como relatado

anteriormente, a vergonha e o estigma tornam-se barreiras para a procura de ajuda (PITMAN e OSBORN et al 2016).

Em Spillane et al (2018) os familiares ressaltaram outros recursos como importantes para a elaboração do luto e para o desenvolvimento do sentimento de bem-estar, citaram como exemplos: atividades como caminhadas, outras atividades físicas, jardinagem, fotografia, ligar o rádio em casa para sentir um “movimento”, assistir um filme com os filhos, etc. Neste sentido MacGoldrick (1998) destaca que:

Não devemos pensar, como terapeutas, que somos o único recurso das famílias. Os amigos, os grupos de auto-ajuda, a religião, a natureza, os livros, a música e os filmes podem ser fontes importantes de inspiração, alívio e aproximação após uma perda. Dada a anomia e o distanciamento de nossa sociedade, devemos a nossos clientes conhecer e validar outros recursos de consolo e busca de sentido (MCGOLDRICK, 1998, pp 103).

McGoldrick (1998) também traz a referência de que as famílias que possuem dificuldade em elaborar o luto têm a sensação de que o tempo parou naquele instante, devido a permanecerem nas emoções referentes a morte, não as elaborando. Spillane et al (2018) menciona trechos dos entrevistados que relatam sentir exatamente esta perspectiva de que o tempo parou desde a morte, evidenciando a necessidade de suporte, principalmente profissional, para auxiliar os sujeitos na elaboração do luto e a seguirem em frente com os seus propósitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar compreender o processo de luto das pessoas que vivenciaram uma perda devido ao suicídio, durante o início da revisão integrativa de literatura, encontrou-se no total 30 pesquisas que discorreram sobre o tema. Tendo em vista os dados apresentados na problemática deste trabalho, bem como nos resultados, considerou-se este número pequeno, levando em consideração também o prazo de publicação para seleção das pesquisas, o qual compreendeu um período de dez anos. Outro fator importante observado é que nenhum destes 30 estudos foi realizado no Brasil. Entre os 09 analisados, a maioria foi produzida no continente Europeu e estavam disponíveis somente no idioma Inglês. Portanto evidencia-se a importância da concretização e/ou a publicação de mais estudos na área, principalmente no Brasil.

Durante análise dos nove estudos que estavam integralmente disponíveis, observou-se que mais da metade são de natureza quantitativa. Verificou-se durante a realização deste trabalho a importância da obtenção de dados estatísticos principalmente para a indicação da presença do adoecimento físico, psíquico e psicossomático em pessoas enlutadas. Entretanto, também se evidenciou a riqueza de dados demonstrada nas pesquisas qualitativas, principalmente que utilizaram como instrumento as entrevistas. Ao apresentarem os dados encontrados, os estudos destacaram trechos de falas dos participantes, permitindo, desta forma, uma melhor compreensão do leitor sobre processo de luto que eles estavam vivenciando. Portanto, sugere-se também a iniciativa de estudos de natureza qualitativa que utilizem como instrumento para coleta de dados a entrevista, para uma análise das narrativas dos participantes.

Em relação aos objetivos obteve-se uma compreensão sobre o luto de pessoas que vivenciaram a perda por suicídio. Destaca-se que se demonstrou ser significativa esta compreensão não somente sob a percepção dos familiares, como proposto inicialmente neste trabalho, mas também sob a dos amigos, da rede social do falecido como um todo. Neste sentido, se faz sugestão às novas pesquisas, para a inclusão, nos seus objetivos, de outras pessoas que possuíam vínculo afetivo com o que morreu, pois a maioria dos estudos analisados neste trabalho ainda incluiu apenas familiares.

Verificou-se que os sentimentos e sintomas manifestados no luto pelo suicídio são consonantes com os apresentados por outras formas de morte. Assim, foi possível a compreensão do mesmo à luz dos autores citados na fundamentação teórica que discorrem sobre o luto de uma forma geral. Entretanto destaca-se que, como mencionado por Prouty (1982, apud Brown, 1995) em causas de mortes trágicas, como o suicídio, todas as características do luto intensificam-se, o que dificulta o processo de elaboração. Corroborando

com o autor, pesquisas analisadas compararam o luto pelo suicídio com outras causas de morte e também constataram a intensificação dos sintomas. Além disso, verificou-se a presença do estigma que é mais sentido no luto pelo suicídio, sendo este o principal impeditivo para a busca de ajuda.

Desta maneira, detectou-se a presença de sintomas físicos, psíquicos e psicossomáticos no luto pelo suicídio, os quais indicaram o adoecimento dos enlutados, incluindo pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Evidenciando-se, assim, a importância da intensificação do cuidado e do suporte psicológico a estes sujeitos. O suporte durante o luto foi reconhecido pelos enlutados como essencial tanto no contexto intrafamiliar, como de amizade e no apoio profissional. Portanto, ressalta-se que o terapeuta de família tem uma função significativa neste processo, permitindo à família ou ao cliente um espaço para que possa ser falado sobre o assunto, auxiliando-os na ressignificação dos sentimentos e histórias referentes à pessoa que morreu e ao processo de luto. Desta forma, o processo terapêutico realizará o suporte durante as mudanças acarretadas pela morte, auxiliando para que elas sejam as mais benéficas possíveis ao sujeito e ao sistema familiar, fazendo com que a elaboração do luto seja mais possível. O terapeuta poderá auxiliar também no resgate dos propósitos de vida do sujeito, e se for o caso, os reformulando, estimulando-o a seguir em frente, diminuindo as chances de adoecimento.

7 Referências Bibliográficas

BOWBLY, John. **Perda Tristeza e Depressão**. 1ª edição, vol 3, São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA, Agosto 1985.

BOWEN, Murray. Reação da família a morte. In: McGoldrick, Monica; Walsh, Froma: **Morte na família: sobrevivendo as perdas**. 1ª edição, Porto Alegre: Artmed: 1998.

BROWN, Fredda Herzs. O Impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: Carter, Betty; MacGoldrick, Monica e colaboradores: **As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª edição, Porto Alegre: Artmed, 1995, p. 393 a 415.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de análise de conteúdo**: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Brasília, vol. 57, n.5, pp. 611-614, sept/oct 2004. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 25 set. 2018.

CHO, Jaelim et al. **Suicide loss, changes in medical care utilization, and hospitalization for cardiovascular disease and diabetes mellitus**. European Heart Journal, v. 37, n. 9, p. 764-770, mar 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/9/764/2398461>.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOMES, Romeu. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 17ª edição, Petrópolis – RJ: editora Vozes, 1994.

GROOT, Marieke de; KOLLEN, Boudewjn J. Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. The BMJ, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788666/?tool=pubmed>.

KÖLVES, Diego de Leo K. **Suicide bereavement: piloting a longitudinal study in Australia**. BMJ Open, v.8, jan 2018;8:e019504. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019504>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 edição. São Paulo: editora Atlas S.A., 1991.

MCGOLDRICK, Monica. Ecos do Passado: Ajudando as Famílias a Fazerem o Luto de suas Perdas. In: McGoldrick, Monica; Walsh, Froma: **Morte na família: sobrevivendo as perdas**. 1ª edição, Porto Alegre: Artmed: 1998.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de**

evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 de setembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância e Saúde. **Perfil Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Brasil: Volume 48, nº 30, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em 16 de julho de 2018.

MITCHELL, Ann M et al. **The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors.** Issues in mental health nursing. V. 24, p. 91-106, fev 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864082/?tool=pubmed>>.

OFFALY, Mairéad; FLYNN, Nicola; DOWLING, Stephanie. **Experiences of suicide bereavement: a qualitative study exploring the role of the GP.** British Journal of General Practice, v. 66, n. 643, p. e92-e98, jan 2016. Disponível em: <https://bjgp.org/content/66/643/e92>.

PITMAN, Alexandra L; OSBORN, David PJ et al. **Bereavement by Suicide as a Risk Factor for Suicide Attempt: A Cross-Sectional National UK-Wide Study of 3432 Young Bereaved Adults.** BMJ Open, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735143/?tool=pubmed>.

PITMAN, Alexandra L. et al. **The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults.** Journal of Psychosomatic Research, v. 87, p. 22-29, agos 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988532/?tool=pubmed>.

PITMAN, Alexandra L. et al. **Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: a qualitative study of the views of 429 young bereaved adults in the UK.** BMC Psychiatry, dez. 2017. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1560-3>.

PITMAN, Alexandra L, OSBORN D, KING M, ERLANGSEN A. **Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk.** Lancet Psychiatry. London, UK, v 1, pp. 86-94 2014, Jun 2014.

SILVA, Daniela Reis e. Famílias e situações de luto. In: OSORIO, Luiz Carlos; Valle, Maria Elizabeth Pascual do. Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed, 2009, pp. 376 – 398.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 de setembro de 2018.

SPILLANE, Ailbhe et al. **Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review.** BMC Public Health, dec 2017. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4930-3>.

SPILLANE, Ailbhe et al. **What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland.** BMJ Open, v. 8, jan 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019472.info>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em 16 de julho de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide Prevention. 2018. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/. Acesso em 14 de agosto de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Departamento de saúde mental. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf Acesso em 14 de agosto de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. **Prevenção do suicídio – Como iniciar um grupo de sobrevivência.** Suíça, 2008. Acesso em 14 de agosto de 2018.

8 Apêndices

Título	Autores	Ano	Periódico	Método	População	Reações do luto	Suporte formal e informal
1 - Quais são os efeitos físicos e psicológicos do luto suicida sobre os membros da família? Um estudo observacional e entrevista de métodos mistos na Irlanda.	SPILLANE, Ailbhe et al	2018	BMJ Open	Quali/Quanti	Irlanda - Familiares	Culpa a si mesmo; Culpa falecido; Vergonha; Tristeza; Alívio; Psicossomáticas: dor física, dores abdominais, baixo nível de energia, problemas com o sono; Pensamentos suicidas; Tentativa de suicídio; Ansiedade; Estresse pós-traumático; Depressão; sensação que o tempo parou	Necessidade de suporte informal e formal; Passatempos como apoio; Abordagem pró-ativa do suporte formal; Desejo de participar de grupos; Dificuldade em buscar ajuda
2 - Luto por suicídio: conduzindo um estudo longitudinal na Austrália.	KÔLVES, Diego de Leo K	2018	BMJ Open	Quanti	Austrália - Familiares	Busca por explicação; Reações únicas; Responsabilidade; Rejeição; Luto total; Estigmatização	Não consta
3 - Atitudes em relação ao suicídio após o suicídio de um amigo ou parente: um estudo qualitativo das opiniões de 429 jovens enlutados no Reino Unido.	PITMAN, Alexandra L. et al	2017	BMC Psychiatry	Quali	Reuni Unido – Familiares e amigos	Suicídio como opção; Normalização do suicídio; Curiosidade; Consumo álcool em excesso; Metade não morreriam por suicídio; Engajamento prevenção	Entendimento quanto a importância em buscar ajuda; Evitar o auto-isolamento
4 - Resultados de saúde física e psicossomática em pessoas enlutadas por suicídio em comparação com pessoas enlutadas por outros modos de morte: uma revisão sistemática.	SPILLANE, Ailbhe et al	2017	BMC Public Health	Quali	Literatura – Familiares e amigos	Estigma; Vergonha; Doença cardiovascular; Diabetes; Hipertensão; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Não consta
5 - O estigma percebido por pessoas enlutadas pelo suicídio e outras mortes súbitas: Um estudo transversal do Reino Unido com 3432 adultos enlutados.	PITMAN, Alexandra L. et al	2016	Journal of Psychosomatic Research	Quanti	Reino Unido – Familiares e amigos	Estigma; Vergonha; Responsabilidade; Culpa	Dificuldade em buscar ajuda
6 - Experiências de luto suicida: um estudo qualitativo que explora o papel do GP.	OFFALY, Mairéad; FLYNN, Nicola; DOWLING, Stephanie	2016	British Journal of General Practice	Quali	Irlanda - Familiares	Estigma; Vergonha; Auto-isolamento	Dificuldade em buscar ajuda; Abordagem pró-ativa do suporte formal; Importância do suporte formal; Valor terapêutico de ser ouvido
7 - Luto pelo suicídio como um fator de risco para tentativa de suicídio: um estudo transversal nacional de larga escala do Reino Unido com 3432 jovens enlutados.	PITMAN, Alexandra L; OSBORN, David PJ et al	2016	BMJ Open	Quanti	Reino Unido – Familiares e amigos	Tentativa de suicídio; Estigma	Dificuldade em buscar ajuda
8 - Perda de suicídio, mudanças na utilização de cuidados médicos e hospitalização por doença cardiovascular e diabetes mellitus.	CHO, Jaelim et al	2016	European Heart Journal	Quanti	China - Familiares	Doenças cardiovasculares e Diabetes	Não consta
9 - Curso de luto de 8 a 10 anos em parentes de primeiro grau e cônjuges de pessoas que cometeram suicídio: estudo de coorte longitudinal com base na comunidade.	GROOT, Marieke de; KOLLEN, Boudewijn J	2013	The BMJ	Quanti	Holanda - Familiares	Reações de luto complicado; Depressão; Ideação suicida	Terapia cognitivo-comportamental de base familiar