

Significados do ato suicida entre a tristeza e a desesperança: aportes de estudo com brasileiros

Meanings of the suicidal act between sadness and hopelessness: contributions from studies with
Brazilians

Jaiana Cristina Cândido Moraes / Liza Maria Studart de Meneses /
Cynthia de Freitas Melo* / José Clerton de Oliveira Martins

Universidade de Fortaleza

Resumo: O suicídio é um problema de saúde pública mundial, caracterizado por tabus e estigmas, que ao serem descortinados, poderiam subsidiar ações de capacitação, educação e prevenção. Em resposta a essa demanda, o presente estudo objetivou identificar os significados que brasileiros atribuem ao suicídio. Realizou-se uma pesquisa de levantamento nacional, com 3.453 brasileiros adultos, que responderam a um questionário sociodemográfico e à Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), com estímulo indutor “suicídio”. Os resultados organizaram-se em duas classes: 1) “Entre o desespero e o desamparo: os porquês do suicídio”, que aborda possíveis motivações para o suicídio; e 2) “Sobreviventes: significados do suicídio para a rede de afeto”, que apresenta aspectos relacionados ao luto e a dor vivenciados pelos sobreviventes. Também surgiram diferenças nas evocações em função da região do país e orientação sexual. Conclui-se que o suicídio ainda é envolto de estigmas sociais e explicações reducionistas associadas a quadros psicopatológicos do sujeito que apresenta o comportamento suicida; e que a perda de um ente querido por suicídio é marcada por uma experiência de luto não reconhecido e solitário. Logo, tornam-se imprescindíveis ações de promoção, prevenção e posvenção voltadas ao sujeito com comportamento suicida e seus familiares.

Palavras-chave: comportamento suicida; prevenção ao suicídio; psicologia da saúde.

Abstract: Suicide is a global public health problem, characterized by taboos and stigmas, which, when uncovered, could support training, education and prevention actions. In response to this demand, the present study aimed to identify the meanings that Brazilians attribute to suicide. A national survey was carried out with 3,453 Brazilian adults, who answered a sociodemographic questionnaire and the Free Word Association Technique (TALP), with the inducing stimulus “suicide”. The results were organized into two classes: 1) “Between despair and helplessness: the reasons for suicide”, which addresses possible motivations for suicide; and 2) “Survivors: meanings of suicide for the network of affection”, which presents aspects related to grief and pain experienced by survivors. Differences in evocations also emerged depending on the region of the country and sexual orientation. It is concluded that suicide is still surrounded by social stigmas and isolated associations to psychopathological conditions of the subject who presents suicidal behavior. Furthermore, the loss of a loved one by suicide is marked by an experience of

unrecognized and lonely grief. Therefore, the need for educational promotion, prevention and postvention actions on the causes and care interventions aimed at the subject with suicidal behavior and family members becomes essential.

Keywords: suicidal behavior; suicide prevention; health psychology.

Introdução

“É mister falar de morte, por vezes, para sentir vida, poesia à mercê desse bisturi que nos abre o corpo para sarar ou ferir. Não te preocupes! Não vou me matar... Mas, não chores por mim: eu já morri!” (Saulo Pessato)

Estimativas apontam que 703 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, fato que coloca o suicídio entre as principais causas de morte em todo o mundo, com índices de mortalidade maiores que a malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerras e homicídios (*World Health Organization [WHO], 2021*). Esses altos índices convocam cientistas, gestores e profissionais de saúde a se debruçarem sobre este fenômeno complexo, envolto de tabus e mitos, que o tornam um assunto polêmico na sociedade. Compreender o seu significado e entender os motivos pelos quais alguém age contra a própria vida é um desafio que pode ser perturbador, e carrega consigo uma série de reações, como medo, revolta, culpa, vergonha, entre outros (Morais & Sousa, 2011).

O comportamento suicida trata-se de um fenômeno com causa multifatorial, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, psicológicos, fisiológicos, genéticos e biológicos que perpassam o cotidiano e a vida do indivíduo (Cescon, Capozzolo & Lima, 2018; Fukumitsu & Scavacini, 2013). Ele pode ocorrer em diferentes formatos, que se apresentam em um *continuum* que envolve ideação suicida, plano suicida, tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito. Na ideação estão presentes pensamentos e desejos de tirar a própria vida, que podem transformar-se em ações, e levarem a uma tentativa (quando o sujeito age contra a vida, mas não resulta na morte) ou ao suicídio (quando o ato tem como desfecho a morte) (Carvalho et al., 2019; Gonçalves, Silva & Ferreira, 2015; Rocha & Lima, 2019). Por isso, abordar

essa temática convoca um olhar multidisciplinar sobre o sujeito e o contexto no qual ele está inserido, e reforça a importância de uma atenção ampliada, voltada não só aos casos consumados de suicídio, mas a todo o *continuum* que o envolve.

Ao falar sobre este assunto, necessariamente nos remetemos também a reflexões filosóficas (Morais & Sousa, 2011). Diversos autores buscam explicar este fenômeno à sua maneira. Alguns afirmam que o suicídio é uma ação consciente de autoextermínio, vivido por alguém que está vulnerável e vê esse ato como a melhor opção para sair de uma dor psicológica insustentável (Ribeiro, Castro, Scatena & Haas, 2018). Também pode ser visto como uma forma de fuga às pessoas que não conseguem resolver seus problemas (Kravetz et al., 2021). Em uma visão mais negativa, devido ao tabu que envolve esse tema, o suicídio também pode ser conceituado como uma antecipação abrupta do curso natural da vida (Silva Filho & Minayo, 2021). Por meio de um olhar mais atento para a amplitude social e suas responsabilidades, o suicídio pode ser apreendido como o fruto da pressão que a sociedade exerce sobre os indivíduos (Durkheim, 2011). Em resumo, a partir desse pequeno recorte, observa-se que são diversas as apreensões sobre o suicídio na literatura e na sociedade, porque esse é um fenômeno que afeta cada um de forma singular e que pode ser analisado por diferentes ângulos.

Numa sociedade em que a doença mental é banalizada, a morte é interdita e o diferente é repudiado (Almeida & Melo, 2019), os termos atribuídos ao ato de autoextermínio são geralmente caracterizados por tabus e estigmas. Entre os tabus, estão as ideias voltadas para o sujeito que apresenta comportamento suicida. No senso comum, constata-se que, por vezes, o suicídio é associado à ideia de fracasso, egoísmo e problemas de caráter individual, como vivências puramente psicopatológicas (Gonçalves et al., 2015), ou interpretado como um ato para chamar atenção dos que

estão ao redor (Ministério da Saúde [MS], 2017), ou como um pecado (Silva, Sougey & Silva, 2015).

Na sociedade em geral, mas principalmente no âmbito da saúde, é comum a atribuição do comportamento suicida a diagnósticos psiquiátricos, como depressão, esquizofrenia, transtorno de humor bipolar, entre outros. Essa correlação coloca em segundo plano a identificação dos fatores de risco e proteção que estão envolvidos no ato suicida, além de não levar em consideração o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido, acarretando intervenções limitadas ao transtorno, que embora represente um fator de risco ao suicídio, não é o único fator determinante para o ato (Cescon et al., 2018). Esses tabus podem ser prejudiciais a pessoas com ideação suicida, pois podem inibi-las de falarem abertamente sobre este assunto e dificultar ações de cuidado e prevenção.

Por extensão, os estigmas referem-se a pensamentos que afetam negativamente os sobreviventes do suicídio (familiares, amigos e conhecidos da pessoa que consumou o suicídio), prejudicando a expressão de seus pensamentos e sentimentos relacionados à perda - culpa, vergonha, raiva, impotência, entre outros. Como consequência da forte desaprovação social desse tipo de morte, o processo de luto dos sobreviventes muitas vezes não é reconhecido e autorizado pela sociedade, sendo vivido de forma isolada, escondida e sem apoio social (Rocha & Lima, 2019; Scavacini, Cornejo & Cescon, 2019).

Isso faz com que familiares, amigos e conhecidos se isolem e evitem falar sobre a morte do ente querido ou compartilhar a experiência de perda. Como consequências disso, podem envolver o desenvolvimento de transtornos psicológicos, dependência química e novos casos de suicídio, uma vez que a literatura sugere que ser sobrevivente de uma morte por suicídio está entre os possíveis fatores de risco mais relevantes para novas tentativas, ainda que não seja um determinante (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2014; Fukumitsu, 2019; Rocha & Lima, 2019).

Para além da falta de reconhecimento social, do estigma e do abandono, outras especificidades também contribuem para que a elaboração do luto por suicídio seja diferente daquela advinda do luto por outros tipos de mortes, são elas: procura por uma justificação, culpa, ambivalência de pensamentos e sentimentos em relação ao suicídio e o sentimento de paradoxo entre a continuidade da vida e a interrupção repentina da vida de um ente querido (Fukumitsu, 2019; Rocha & Lima, 2019).

Apesar de todos esses aspectos que tornam o processo de luto mais complicado, nem sempre os profissionais de saúde são procurados pelos sobreviventes. Isso dificulta a posvenção do suicídio - intervenções que podem ser planejadas para o cuidado a familiares e amigos da pessoa que cometeu suicídio, destinadas a minimizar seus impactos, por meio do acolhimento ao luto, reequilíbrio do sistema familiar, escolar e institucional e redução de comportamentos autodestrutivos que possam levar a novos suicídios (Fukumitsu, 2019; Rocha & Lima, 2019). Essas ações voltadas para os sobreviventes do suicídio podem ser feitas a partir de atendimentos e intervenções individuais e grupais, como grupos terapêuticos e/ou de apoio voltados para enlutados (Rocha & Lima, 2019).

Os diversos estigmas e tabus em torno desse fenômeno também influenciam a falta de ações do poder público ao lidar com o suicídio, tendo em vista as poucas estratégias de promoção ou programas especificamente dirigidos à prevenção de suicídios (Silva et al., 2015). Esse despreparo e falta de manejo também estão presentes nas equipes de saúde e nos profissionais pertencentes a todos os nichos de atenção da rede de assistência, pois de forma geral, apresentam dificuldades em identificar e lidar com pacientes suicidas e seus familiares (Storino et al., 2018).

Diante dessa problemática, na qual o suicídio se vê impregnado de preconceitos que o tornam velado, é de máxima importância que sejam realizados estudos direcionados para desmistificar este fenômeno. Para contribuir com esse

desafio, surge a seguinte questão norteadora: Quais os significados atribuídos ao fenômeno do suicídio pelos brasileiros? Para respondê-la, o presente estudo objetivou identificar os significados que brasileiros atribuem ao suicídio. Esses resultados podem subsidiar a criação de ações eficazes de educação em saúde, que favoreçam o desvelamento dos mitos e tabus ainda existentes que dificultam a prevenção ao suicídio.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de levantamento nacional e método misto, que buscou investigar os significados atribuídos pelos brasileiros ao fenômeno do suicídio.

Amostra

Contou-se com uma amostra não probabilística por conveniência composta por 3.453 brasileiros adultos. Como critério de inclusão, considerou-se apenas os sujeitos que declaram atender dois quesitos: ter idade igual ou superior a 18 anos e saber o que é suicídio. Foram excluídas pessoas sem acesso à internet e/ou analfabetos sem condições de leitura do questionário.

A partir da descrição dos dados sociodemográficos, observou-se que os participantes possuíam uma média de idade de 30,73 anos (DP = 12,60), variando de 18 a 85 anos. Uma parcela significativa da amostra era do sexo feminino ($f = 2.651$; 76,80%), de orientação heterossexual ($f = 2.808$; 81,30%), solteira ($f = 2.178$; 63,10%), morava na região nordeste ($f = 2.601$; 75,30%), na capital do estado ($f = 2.728$; 79,00%), com grau de instrução do ensino superior incompleto ($f = 1.294$; 37,50%), sem renda mensal ($f = 858$; 24,8%) e morava com a família/companheiro(a) ($f = 3.071$; 88,90%).

Instrumentos

Os participantes responderam a dois instrumentos. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, contendo questões sobre sexo, orientação sexual, idade, região do país e do estado, cidade, estado civil, escolaridade, renda e número de pessoas que moram na mesma residência. Depois foi aplicada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), sendo solicitado aos participantes que respondessem à seguinte questão: “Quando você pensa em suicídio, quais são as 5 primeiras palavras que lhe vêm espontaneamente à cabeça?”.

Esta é uma técnica projetiva que se organiza sobre a evocação de respostas dos participantes (palavras ou ideias), a partir de estímulos indutores previamente definidos pelo pesquisador, sejam eles verbal (palavra, expressão, ideia, frase, provérbio), imagem (figura, fotografia), vídeo (filme, publicidade) ou sonoro (uma música ou um som). A partir dele é possível identificar universos semânticos relacionados a um objeto ou fenômeno social (Coutinho & Do Bú, 2017).

Procedimentos éticos e de coleta de dados

O presente estudo foi inicialmente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza, sob parecer Nº 3.842.780 e foram respeitados os aspectos éticos exigidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a coleta de dados, gerou-se um formulário em plataforma on-line com os instrumentos supramencionados e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, divulgado durante 6 meses (19 de fevereiro a 29 de agosto de 2020), por meio de redes sociais e aplicativos de conversas, como WhatsApp, Facebook e Instagram. Após a postagem, as pessoas que acompanham esses meios puderam, de forma autônoma, entrar no questionário. Ao abri-lo, os participantes respondiam duas perguntas – uma sobre o cumprimento dos critérios de inclusão (ser maior de 18 anos e saber o que é

suicídio) e outra de concordância com o TCLE. Após sinalizarem positivamente as duas, eram direcionadas ao instrumento, para respondê-lo de maneira individual, autoaplicável e anônima, com duração média de 15 minutos.

Procedimento de Análise de Dados

Os dados foram analisados em duas etapas. Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência, porcentagem e medidas de tendência central e dispersão), no pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 25.

O TALP foi analisado com o auxílio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), um programa gratuito, que busca apreender a estrutura e a organização do discurso, sendo capaz assim de informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelos participantes da pesquisa (Camargo & Justo, 2013).

Foram realizadas quatro análises textuais: (1) Nuvem de Palavras, a fim de agrupar as palavras e organizá-las graficamente em função da sua relevância, sendo as maiores aquelas que possuíam maior frequência, considerando palavras com frequência igual ou superior a 10; (2) Análises Lexicográficas clássicas para verificação de estatística de quantidade de segmentos de texto (ST), evocações e formas; (3) Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para o reconhecimento do dendrograma com as classes que surgiram, sendo que quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra com a classe e foram desconsideradas as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$); e (4) Análise Fatorial por Correspondência (AFC), para a verificação das diferenças nas evocações (considerando a frequência de incidência de palavras e seus índices hipergeométricos/ χ^2) entre participantes de diferentes grupos, em função da região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual e outros).

Análises Lexicográficas Clássicas e Classificação Hierárquica Descendente

O *corpus* geral foi constituído por 3.453 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 3.113 STs (90,15%). Emergiram 20.597 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.976 palavras distintas e 1.005 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em duas classes: Classe 1 – *Entre o desespero e o desamparo: os porquês do suicídio*, com 2.812 ST (90,33%); e Classe 2 – *Sobreviventes: a dor de quem fica*, com 301 ST (9,67%) (ver Figura 2).

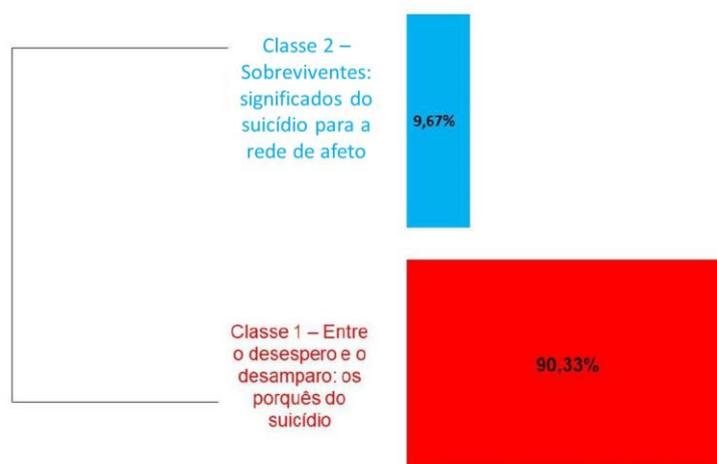


Figura 2. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Para uma melhor visualização das classes, elaborou-se um organograma com a lista das palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado (χ^2). Nele emergiram as evocações que apresentaram vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes (ver Figura 3). A seguir, são descritas, operacionalizadas e exemplificadas as classes emergidas na classificação hierárquica descendente.

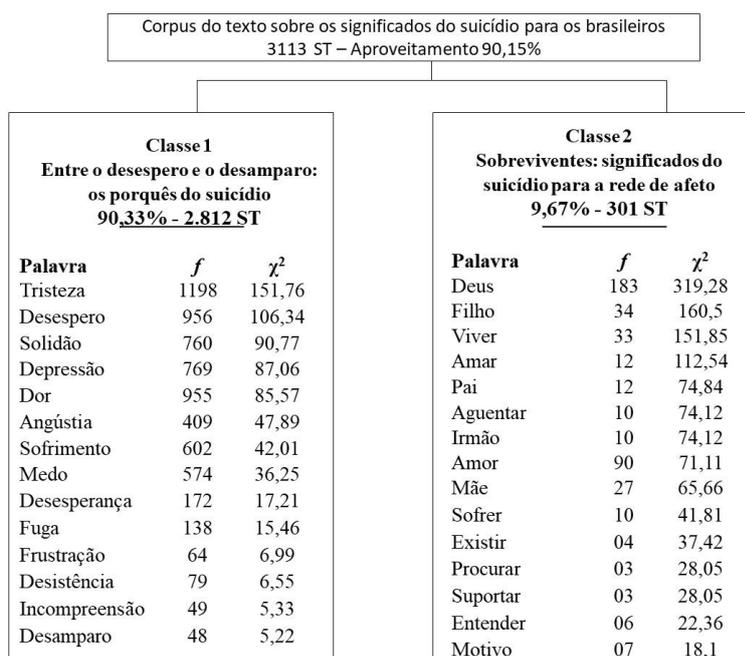


Figura 3. Organograma da Classificação Hierárquica Descendente

Classe 1 – Entre o desespero e o desamparo: os porquês do suicídio

Esta classe compreende 90,33% ($f = 2.812$ ST) do *corpus* total analisado e é constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,9$ (Desilusão) e $\chi^2 = 151,76$ (Tristeza). Em sua composição, surgem evocações como “Desespero” ($\chi^2 = 106,34$); “Solidão” ($\chi^2 = 90,77$); “Depressão” ($\chi^2 = 87,06$); “Angústia” ($\chi^2 = 47,89$); “Sufrimento” ($\chi^2 = 42,01$); “Medo” ($\chi^2 = 36,25$); “Desesperança” ($\chi^2 = 17,21$); “Fuga” ($\chi^2 = 15,46$); “Frustração” ($\chi^2 = 6,99$); “Desistência” ($\chi^2 = 6,55$); “Incompreensão” ($\chi^2 = 5,33$); e “Desamparo” ($\chi^2 = 5,22$).

As evocações envolvem as possíveis causas e motivações que podem levar o indivíduo a morrer por suicídio, além de emoções e sentimentos desconfortáveis diante da vida, e quadros psicopatológicos que se configuram em fatores de risco para o comportamento suicida, apesar de não estabelecer relação de causalidade.

Classe 2 – Sobreviventes: significados do suicídio para a rede de afeto

Esta classe representa 9,67% ($f = 301$ ST) do *corpus* total analisado e é formada por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 3,85$ (Espiritual) e $\chi^2 = 811,91$ (Não). Ela é composta por evocações como “Deus” ($\chi^2 = 319,28$); “Filho” ($\chi^2 = 160,5$); “Viver” ($\chi^2 = 151,85$); “Amar” ($\chi^2 = 112,54$); “Jamais” ($\chi^2 = 93,11$); “Pai” ($\chi^2 = 74,84$); “Aguentar” ($\chi^2 = 74,12$); “Irmão” ($\chi^2 = 74,12$); “Mãe” ($\chi^2 = 65,66$); “Sofrer” ($\chi^2 = 41,81$); “Existir” ($\chi^2 = 37,42$); “Procurar” ($\chi^2 = 28,05$); “Suportar” ($\chi^2 = 28,05$); “Entender” ($\chi^2 = 22,36$); “Perdão” ($\chi^2 = 21,76$); “Motivo” ($\chi^2 = 18,1$); “Atenção” ($\chi^2 = 11,17$); e “Superação” ($\chi^2 = 11,17$).

As evocações apresentam aspectos relacionados ao luto e a dor vivenciados pelos sobreviventes (familiares, amigos e conhecidos) de um suicídio, e a busca por motivos e respostas que justifiquem o ato e amenizem o sofrimento da perda desses indivíduos.

Análise Fatorial por Correspondência

A partir da Análise Fatorial por Correspondência (AFC) foi possível realizar comparações das evocações (considerando a frequência de incidência de palavras e seus índices hipergeométricos/ χ^2) entre diferentes variáveis sociodemográficas – região do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual e outros).

As respostas dos sujeitos que moram na região Nordeste focam em aspectos relacionados às ações de ajuda individuais direcionadas a pessoas com ideação suicida e aos estereótipos que estão envolvidos nesse fenômeno (“covardia”, “empatia”, “escutar”, “fraqueza” e “aflição”). As respostas evocadas daqueles que moram na região Norte também se voltam para os estereótipos que envolvem o suicídio (“pecado”, “limite”, “viver” e “instabilidade”). Os moradores da região Sudeste focam nos aspectos referentes aos principais métodos empregados para o suicídio (“corte”, “pular” e “enforcamento”). Nas evocações da região Sul são citados os motivos que

levam a uma possível tentativa de suicídio (“conflito”, “ausência” e “pressão”). Por fim, as evocações da região Centro-Oeste centram-se nas reações de preocupação e impotência que o ato suicida gera sobre o outro (“preocupação”, “impotência” e “abandono”).

Nas comparações por orientação sexual, observou-se que os conteúdos evocados pelos que se designam heterossexuais focam nos sentimentos e motivações que envolvem o fenômeno do suicídio, atravessados por aspectos relacionados à religião (“estresse”, “desânimo”, “exaustão”, “descrença”, “desamparo”, “misericórdia”, “compaixão” e “inferno”). Nas respostas dos sujeitos que pertencem ao grupo de diversidade sexual (LGBTQIA+), no qual estão inseridos homossexuais, bissexuais e outros, pode-se encontrar fatores de risco ao suicídio, relacionados, principalmente, às vivências e sentimentos negativos implicados na experiência social e individual de uma sexualidade fora da lógica heteronormativa, além de centrar-se nas formas possíveis de tirar a própria vida (“preconceito”, “solidão”, “rejeição”, “insegurança”, “culpa”, “abandono”, “inutilidade”, “faca” e “arma”).

Discussão

Com base na análise dos dados, observa-se que, apesar das conexões do suicídio com os transtornos mentais terem iniciado no século XVIII, quando esse fenômeno passou a ser cada vez mais associado a quadros depressivos, sendo considerado patológico (Gonçalves et al., 2015), ainda são muito presentes no discurso social sobre o suicídio. Após a Revolução Industrial, a partir do século XIX, houve profundas mudanças na base da sociedade e o suicídio passou de um julgamento moral, religioso ou legal para um problema científico. Nota-se nesse período o crescimento de um discurso médico sobre a questão, reforçando a concepção de caráter patológico já existente no século anterior (Scavacini et al., 2019).

Hoje, embora estudos apontem relações entre o suicídio e determinadas classificações psiquiátricas, o foco central para as intervenções de assistência aos sofrimentos existenciais deve ser a complexidade das questões socioeconômicas e culturais envolvidas, e não só o transtorno psiquiátrico do indivíduo. Para isso, é preciso assumir que o suicídio se configura em um fenômeno etiologicamente multifatorial, que envolve fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos do cotidiano dos sujeitos (Cescon et al., 2018).

Assim, ao relacionar o comportamento suicida apenas aos quadros psiquiátricos, a compreensão acerca dessa experiência e suas intervenções tornam-se limitadas (Gonçalves et al., 2015). Torna-se imprescindível que outros aspectos sejam levados em consideração, tais como aqueles que configuram os 4 D's (Desesperança, Desamparo, Desespero e Depressão), que são os principais sentimentos apresentados por uma pessoa com comportamento suicida (OMS, 2014).

Essa visão ampliada também precisa ser direcionada para os familiares, amigos e conhecidos de sujeitos que apresentam o comportamento suicida, ou que já efetivaram o ato, uma vez que perder alguém em decorrência de um suicídio resulta em dor e luto para os sobreviventes, que podem, como consequência, apresentar dificuldades em vários âmbitos da vida - social, econômico, psicológico e legal (Scavacini et al., 2019).

O luto por suicídio enfrenta preconceitos culturais e sociais, que acarretam dificuldade na sua validação social, e conseqüentemente na expressão desse luto pelos familiares, amigos e conhecidos, que são levados a silenciar suas dores e sentimentos, vivendo-os de forma isolada e intensa (Scavacini et al., 2019). Como consequência, algumas das características mais comuns em enlutados por suicídio envolvem a presença da culpa, a raiva do falecido, agressividade, rejeição, vergonha, impotência, fracasso e abandono. Por isso, além de sofrerem pela ausência do ente querido, suportam a falta de explicação sobre o que aconteceu e os julgamentos sociais (Rocha & Lima, 2019; Scavacini et al., 2019).

À medida que não há a expressão de todas essas experiências nos indivíduos enlutados em consequência de uma morte traumática, como o suicídio, pode ser desencadeado, de acordo com o DSM-5, da American Psychiatric Association (2014), o Transtorno do Luto Complexo Persistente, que se distingue do luto saudável, devido à presença de reações graves de luto por um período de pelo menos 12 meses após a morte da pessoa amada, interferindo na capacidade do indivíduo de realizar suas atividades cotidianas (Rocha & Lima, 2019).

Entretanto, é importante ressaltar que esse enquadramento diagnóstico, baseado em estatísticas, deve ser respeitado, mas não seguido sem uma postura crítica que respeite a subjetividade dos sujeitos, pois o luto é um processo não linear, que não tem data estabelecida para acabar, nem forma definida para acontecer, pois depende de características individuais de quem sofre (Rocha & Lima, 2019).

Nesse sentido, é possível perceber na literatura, e nas evocações dos participantes, que o comportamento suicida é permeado por estigmas, estereótipos e tabus sociais, envoltos sobre a morte, a religião e as representações sociais desse fenômeno. Um dos principais estereótipos sobre o suicídio relacionados à religião refere-se à visão de que o ato de se suicidar é contrário as premissas de que a vida está acima de tudo, e de que ela é um dom de Deus. O fenômeno do suicídio impõe também à sociedade o contato com sua própria finitude, vista como fracasso. Por meio dessas crenças, esses sujeitos, que já estão em sofrimento intenso, são rotulados de fracos, egoístas e sem fé (Gonçalves et al., 2015; Silva et al., 2015).

Esses estigmas e tabus que dificultam o debate e as ações em relação ao suicídio estão presentes em todos os estados brasileiros, variando de acordo com os aspectos socioculturais de cada um. Foi possível observar tal contexto ao relacionar os resultados obtidos na pesquisa com as estimativas oficiais do Ministério da Saúde sobre as taxas de mortalidade por região do país. As evocações dos participantes das regiões Norte,

Centro-Oeste e Sul versaram sobre estereótipos, reações de impotência frente ao comportamento suicida e os motivos que levam a uma tentativa de suicídio. De acordo com as estimativas do Ministério da Saúde (MS, 2021), essas regiões apresentam as maiores taxas de mortalidade de adolescentes entre 15 e 29 anos, com destaque para os estados do sul do país, onde os índices são maiores que a média nacional (6/100 mil hab.), principalmente no Rio Grande do Sul (11,8/100 mil hab.) e Santa Catarina (11/100 mil hab.). Nesse sentido, apesar da aproximação em relação ao que é o fenômeno do suicídio e dos motivos que podem levar uma pessoa a tentá-lo, ainda é presente na sociedade os vários estigmas e preconceitos que geram impotência e dificultam as ações de ajuda a esse público em todas as regiões brasileiras.

As respostas daqueles que fazem parte de grupos de diversidade sexual revelam uma realidade ainda mais desafiadora, uma vez que assumir a própria sexualidade, e experienciar isso socialmente, pode acarretar inúmeros fatores de risco para o comportamento suicida nessa população. Os principais fatores apontam para aspectos da ordem social e relacionais, como discriminação, assédio, violências e abusos, que se mostram mais frequentes nesse grupo, do que no grupo de pessoas heterossexuais, que seguem a lógica heteronormativa social (Carvalho et al., 2019). Apesar dos estigmas e tabus presentes na sociedade e refletido nas respostas da maioria dos participantes, e apontados na literatura, também foi possível perceber comportamentos de ajuda, como a escuta, e sentimentos positivos, como a empatia. Tais atitudes frente ao suicídio apresentam-se como possibilidades de repensar as ideias distorcidas sobre esse fenômeno, viabilizando campanhas de prevenção, promoção e posvenção mais efetivas, e apontam para a importância do suporte familiar e social na diminuição das ideias ou pensamentos acerca do suicídio de muitos que se encontram em sofrimento (Gonçalves et al., 2015).

Considerações finais

Falar sobre o suicídio é sempre uma tarefa delicada, por envolver questões de conteúdo complexo e desafiador; contudo é necessária. No presente estudo, foi constatado que o suicídio ainda é associado a quadros psicopatológicos de maneira isolada, sem levar em conta, na maioria das vezes, os demais problemas sociais e culturais que envolvem o sujeito que apresenta comportamento suicida. Além disso, foi possível identificar que a perda de um ente querido por suicídio é marcada por uma experiência de luto não reconhecido e solitário.

O estudo realizado permitiu ainda verificar diferenças nas evocações entre alguns grupos em função de dados sociodemográficos. Ao se comparar os participantes das diferentes regiões do Brasil e orientações sexuais diversas, concluiu-se que o comportamento suicida ainda é envolto de representações sociais e tabus. Apesar disso, atitudes positivas frente a esse comportamento podem abrir espaço para discussões mais amplas e elaboração de políticas de prevenção e posvenção eficazes no enfrentamento dessa problemática.

Apesar dos resultados da pesquisa apresentarem uma importante contribuição para a literatura nacional, o estudo apresenta limites no procedimento de coleta de dados, pois, ao utilizar apenas questionário online, dificultou a participação dos indivíduos que não possuem internet. Contudo, a escolha deste formato levou em conta o custo-benefício, já que não possui custos para o realizar e possibilita um alcance maior de diferentes localidades.

Reforça-se a importância da discussão gerada nesta pesquisa para subsidiar a elaborações de ações ainda mais efetivas e eficazes na prevenção e posvenção ao suicídio. No âmbito acadêmico, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, dando voz aos

que são limitados pela sociedade e permitindo que mais pessoas tenham contato com esse conteúdo, sendo possível a mudança de mentalidade acerca do tema.

Referências

- ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Suicídio: informando para prevenir. (2014). Recuperado de https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf
- Almeida, H. R. A. de; & Melo, C. F. (2019). Ortotanasia y muerte digna en pacientes con cáncer: La percepción de los profesionales de la salud. *Psicooncología*, 16(1), 143-160. <https://doi.org/10.5209/psic.61442>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa Qualitativa: Análise De Discurso Versus Análise De Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 679-684. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- Carvalho, K. G, Veloso, L. U. P, Ferraz, M. M. M., Monteiro, C. F. S., Barbosa, N. S., & Lima, A. C. B. S. (2019). Comportamento suicida em minorias sexuais: prevalência e fatores associados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(14), e867. <https://doi.org/10.25248/reas.e867.2019>
- Cescon, L., Capozzolo, A., & Lima, L. (2018). Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde E Sociedade*, 27(1), 185-200. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170376>
- Coutinho, M. P. L., & Do Bú, E. (2017). A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do Software tri-deuxmots (version 5.2). *Revista Campo do Saber*, 3(1), 219-242. Recuperado de <http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72/58>
- Durkheim E. (2011). O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: WMF Martins Fontes
- Fukumitsu, K. O. (2019). Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções, 1 ed. São Paulo: Summus
- Fukumitsu, K. O., & Scavacini, K. (2013). Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 198-204. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672013000200007

- Gonçalves, P. I. E., Silva, R. A., & Ferreira, L. A. (2015). Comportamento Suicida: Percepções e Práticas de Cuidado. *Psicologia Hospitalar*, 13 (2), 64-87. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16777409201500020005&lng=pt&tlng=pt
- Kravetz, P. L., Madrigal, B. C., Jardim, E. R., Oliveira, E. C., Muller, J. G., Prioste, V. M. C., Wanderbroocke, A. C., & Polli, G. M. (2021). Representações Sociais do Suicídio para adolescentes de uma Escola Pública de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(4): 1533-1542. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09962019>
- Morais, S. R. S., & Sousa, G. M. C. (2011). Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(1): 160-175. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100014>
- MS (Ministério da Saúde). (2017). *Suicídio: saber, agir e prevenir*. Boletim Epidemiológico, 48(10):1-14. Recuperado de <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/folheto-popula-o.pdf>
- MS (Ministério da Saúde). (2021). *Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. Boletim Epidemiológico, 52(33):1-10. Recuperado de https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Ribeiro, N. M., Castro, S. S., Scatena, L. M., & Haas, V. J. (2018). Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)]. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2): e2110016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>
- Rocha, P. G., & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: Peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31(2), 323-344. <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n02A06>
- Scavacini, K., Cornejo, E. R., & Cescon, L. F. (2019). Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M. Estudos Sobre a Morte, Os Mortos E O Morrer*, 4(7), 201-214. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214>
- Silva, O. C. & Minayo, M. C. S. (2021). Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(7): 2693-2698. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>
- Silva, T., Sougey, E., & Silva, J. (2015). Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, 23(2), 419-426. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232080>

Storino, B., Campos, C., Chicata, L., Campos, M., Matos, M., Nunes, R., & Vidal, C. (2018). Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(4), 369-377. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040191>

WHO (World Health Organization). (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Submetido em: 14.03.2022

Aceito em: 23.05.2022