

## **VIVÊNCIAS SOCIOAFETIVAS EM FAMÍLIAS DE JOVENS SUICIDAS EM MANAUS-AMAZÔNIA**

Bianka Velásquez<sup>1</sup> (✉ [biambv@yahoo.com](mailto:biambv@yahoo.com)) & Denise Gutierrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

O termo suicídio é de difícil definição por suscitar diferentes discussões teóricas acerca do que pode ser considerado suicídio. Emile Durkheim assume uma definição do ponto de vista sociológico sobre o suicídio e define-o como toda a morte realizada pela própria vítima que resulta, imediatamente ou não, de um ato positivo, ou negativo, tendo clareza e consciência do que vai acontecer (Durkheim 2008). Para Shneidman (1985) o suicídio é essencialmente uma forte dor emocional que não permite encontrar outra solução, a não ser a autoaniquilação.

Segundo o primeiro relatório mundial da Organização Mundial da Saúde – OMS (2014) sobre prevenção do suicídio, mais de oitocentas mil pessoas por ano se suicidam. Isto , representa aproximadamente uma morte a cada 40 segundos, sendo que 75% das fatalidades ocorrem em países de baixa renda econômica. A quantidade de mortes por suicídio no Brasil está estimada em 4,1 por 100 mil para a população total, sendo superior nos homens (a taxa fica em torno de 6,6 por 100 mil) do que nas mulheres (1,8 por 100 mil). Em números absolutos, o Brasil figura entre os dez países com maior número de suicídios com 9852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004 – 2010 foi de 5,7 %. Este índice aumentou 20,5 % nas últimas décadas, sendo a frequência mais elevada em homens, idosos e indígenas (Botega, 2014)

A produção científica encontrada nesta área não foi tão ampla, a maioria de pesquisas sobre suicídio na juventude que foram encontradas nas bases de dados estão voltadas aos trabalhos de dados epidemiológicos, análise do comportamento suicida, foram escassas as pesquisas que estudam o impacto de suicídio nas famílias. Este estudo visou investigar como as famílias que tiveram perda de um jovem por suicídio entre seus

membros vivenciam essa experiência, em termos de: recursos utilizados, fontes de apoio social, história pregressa, e outros fatores psicossociais envolvidos no processo.

## MÉTODO

### *Participantes*

Este estudo realizou-se com três famílias da zona urbana no Bairro de Petrópolis, situado ao sul da cidade de Manaus compondo uma amostra por acessibilidade. Para localização dos casos se utilizou como ponte a paróquia São Pedro situada no mesmo bairro. Os critérios para inclusão dos participantes foram: (a) famílias moradoras/residentes no bairro em questão que viveram a experiência da perda por suicídio de um membro jovem; (b) o jovem que cometeu suicídio tinha entre 22 e 26 anos de idade; (c) o suicídio tinha ocorrido há menos de um ano ; e (d) ser membro da família com mais de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão incluíam: (a) famílias que não moravam no bairro em estudo; (b) famílias em que o suicídio havia ocorrido há mais de cinco anos, ou menos de um ano; (c) ser membro da família com menos de 18 anos de idade; e (c) recusa em participar.

### *Material*

Utilizou-se como instrumentos um modelo de entrevista semiestruturada (Autópsia Psicológica e Psicossocial) que foi adaptada por Cavalcante et al. (2012) a partir dos estudos seminais de Shneidman (1969), para atender a investigação do fenômeno de suicídio de uma parcela da população no Brasil. A entrevista foi submetida a algumas adaptações, inserindo perguntas relacionadas aos modelos de desenvolvimento mais ligados à juventude. O roteiro de entrevista foi composto por duas partes. A primeira é uma ficha de identificação com informações pessoais do sujeito que morreu por suicídio e sua família. A segunda é um roteiro de entrevista que contém 45 perguntas relacionadas com os seguintes domínios: ambiente social em que os sujeitos se

desenvolveram, seu estilo de vida, avaliação do ato fatal, estado mental do jovem quando aconteceu o suicídio, imagem da família e redes de apoio para o enfrentamento da situação.

### *Procedimento*

Este estudo foi submetido à avaliação do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (número de CAAE 63891616900005020). Para realização das entrevistas adotou-se concepção nativa de família aceitando a participação de todas as pessoas que a própria família indicasse como relevantes para a entrevista (e.g., vizinhos, amigos e outros com informações significativas sobre o ocorrido). No primeiro contacto pessoal com as famílias apresentou-se a proposta de entrevista e explicou-se os objetivos da pesquisa, solicitando a assinatura do termo de consentimento informado e autorização para realizar a gravação áudio da entrevista.

O lugar para realização das entrevistas, seu dia e horário foram indicados pela própria família. Duas das entrevistas realizaram-se na casa das famílias e a última foi realizada na igreja. A primeira entrevista foi realizada com uma equipa de dois investigadores, as demais entrevistas foram realizadas apenas pela investigadora principal. As entrevistas tiveram duração entre uma hora e meia a três horas.

As gravações áudio das entrevistas foram transcritas, e só depois submetidas a análise de conteúdo, tomando como referência Minayo (como citado em Cavalcante, 2014) que estabelece três etapas dentro do processo analítico: (a) pré-análise; (b) exploração do material ou codificação; e, (c) tratamento dos resultados obtidos/interpretação. As falas descritas abaixo foram acompanhadas por letra maiúscula indicando o papel social do participante: M – mães (M1, M2), P – Pais (P1), e A – Avó (A2).

## RESULTADOS

Os resultados se apresentam por meio das categorias analíticas emergentes a partir da informação coletada nas entrevistas. Os três casos

investigados são de famílias de religião católica. As mulheres (mães) entrevistadas são donas de casas, e os homens são os provedores dos grupos familiares. Apresentam-se as seguintes categorias: (a) vivência socioafetiva das famílias durante e depois da morte do jovem; (b) aspectos psicossociais do jovem e da família; e (c) fontes de apoio social à família no momento posterior ao episódio.

#### *Vivência Socioafetiva das Famílias Durante e Depois da Morte do Jovem*

Os entrevistados consideraram que a perda do jovem por suicídio provocou uma dor intensa e descrevem o momento em que descobriram o ocorrido como uma experiência terrível, “brutal”, pautada por dor e revolta. “O primeiro sentimento foi revolta, muita revolta, nós ficamos os dois revoltados” (P1). Outras emoções negativas se apresentam como raiva com a pessoa que morreu, por não entenderem porque tomou a decisão de tirar a vida sem pensar no resto da família. Também aparecem, embora menos mencionados, os sentimentos de culpa como uma das primeiras reações da família.

Foi possível identificar diferenças marcantes no modo de enfrentar o suicídio entre homens e mulheres. As mulheres (mãe, avó) conseguiram trabalhar o luto falando do jovem, lembrando-se de tudo o que ele fazia, como uma maneira de aliviar a dor. Já os homens preferiram não falar do acontecido e tentar esquecê-lo, inibindo as mulheres de expressar os seus sentimentos por meio do choro já que creem que o choro não ajuda a melhorar a situação da família. O papel da mulher dentro da família, como mãe que permanece em casa cuidando e protegendo o filho tornou mais difícil o processo de elaboração da morte do jovem para as mães “Porque era eu quem recebia ele quando ele chegava” (A2). Alguns membros de todas as famílias entrevistadas, em particular as mães, adoeceram depois da morte do jovem, padecendo de doenças físicas e/ou psicológicas (ex: hipertensão, depressão e transtornos do sono)

#### *Aspectos Psicossociais do Jovem e da Família*

No que respeita às relações familiares, em geral os entrevistados revelaram que os jovens mantinham boas relações familiares. Nos três casos, toda a família oferecia apoio contínuo ao jovem morto “Eu conversava com meu filho não vale a pena você..., eu lhe ajudo, você vai morar aqui comigo,

com seu tio que é o padrasto dele tudo assim todo mundo...” (M2). Porém, em dois casos, emergiram indícios da existência de conflito entre os membros da família. Os entrevistados mencionaram algumas brigas entre os jovens falecidos, em dois dos casos se mencionam brigas que poderiam ter influência na decisão de tirar a vida, por exemplo, pela proximidade temporal com o suicídio. “A gente se desentendia algumas vezes, a última vez foi justamente por causa dela, porque eu não aguentava a preguiça dela” (M2).

Os principais fatores de risco, identificados no grupo investigado, foram: (a) antecedentes familiares com histórias de suicídio; e (b) a presença de doenças físicas ou psicológicas entre os membros. Com efeito, tal como se verificou nas três famílias entrevistadas, o fato que em uma família existam antecedentes de pessoas que já tentaram ou consumaram o suicídio pode ser considerado um fator de risco para que outros membros da família apresentem ideação, tentativas ou suicídios consumados. Também nos três casos, os três jovens apresentavam problemas de saúde desde a sua infância (epilepsia, depressão ou dependência de substâncias psicoativas), com impacto considerável em suas vidas. “como ele era epilético, por causa dessa queda na luta, no treino, ele desmaiou lá, aí o pastor disse, a gente já soube depois, que ele não ia mais lutar, que senão ele poderia morrer, pô, cortou o barato dele” (M1).

#### *Fontes de Apoio Social à Família no Momento Posterior ao Episódio*

Encontrou-se que as principais redes de apoio que as famílias tiveram, no momento e após a morte do jovem, foram providas por vizinhos e amigos. O gesto de ajuda econômica e moral por parte das pessoas próximas foi de grande auxílio, porque, diante da morte do jovem, a família não se encontra econômica e psicologicamente preparada. “A família..., todo mundo..., ninguém julgou ninguém, todo mundo se uniu..., a família do pai dele, meus irmãos, minha família” (M2). “Também todos meus amigos conversavam, me auxiliavam” (A3).

Aspeto relevante é que na história das famílias não foi encontrado nenhuma rede de apoio institucional oficial que estivesse presente no momento ou após a morte do jovem. Esta ausência de redes de apoio oficial foi encontrada na vivência das três famílias participantes dessa pesquisa “e depois, foi a gente mesmo, um apoiando outro, mas não teve esse negócio de instituição não” (M1).

## DISCUSSÃO

O impacto de uma morte de um jovem por suicídio envolve uma quantidade de reações, sentimentos e vivências que afetam de maneira direta toda a família e, sobretudo as mães e os pais do jovem que morreu. Por ser uma morte repentina que ninguém imaginava que poderia acontecer o choque no momento do fato é mais intenso, e as vivências socioafetivas no processo de luto são marcadas por intensos sentimentos de dor, revolta e raiva da pessoa que morreu, mas também culpa e vergonha diante do outro social. Junto a isto aparecem sentimentos de solidão e muitas perguntas sem respostas por parte da família. Os sentimentos de dor em tal situação aparecem como resposta natural diante do acontecido, mas também como nos alertam Viniegras e Cernudai (2012), as emoções negativas, como raiva e revolta com a pessoa que morreu, frequentemente se apresentam, o que torna a elaboração da experiência mais desafiadora e complexa.

O impacto da morte para as mães foi maior. Por serem elas que se dedicavam a cuidar dos filhos, ficavam em casa a maior parte do tempo, são elas que sentem sua falta mais intensamente. Essa partilha, dos espaços público e privado, fincada nas relações de gênero e os papéis que homens e mulheres desempenham, há muito tem sido descrita como produto da cultura hegemônica de gênero, que hoje em dia segue muito presente nessas famílias. Porém aqui vemos como esse “estar em casa” em base exclusiva vulnerabiliza a mulher. As teorias de gênero abordam ainda as reações de intolerância dos homens diante da expressão da dor das mulheres pela perda do filho, a partir da realidade cultural que impõe o treino machista dos homens para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais e a internalizar neles os afetos. O choro da mulher parece provocar neles a aproximação dessa área perigosa dos afetos que precisam ser negados e reprimidos (Braz, 2005).

As relações familiares podem ser consideradas como fator de risco, ou proteção para o suicídio a depender de sua qualidade. Neste estudo as duas situações se apresentaram. Por um lado existiam boas relações entre o jovem morto e sua família; por outro lado foram identificados conflitos familiares importantes. A OMS (2014) e Botega (2014) expõem que um dos principais fatores protetores identificados para o comportamento suicida é a estabilidade

nas relações sociais, incluindo a família. Asseveram ainda que esta pode ser um fator de risco quando existem conflitos e problemas no ambiente familiar. Os fatores de risco encontrados nos casos aqui investigados foram: estado debilitado de saúde física e mental, antecedentes familiares de suicídio e consumo de substâncias. Segundo a OMS (2014) esses representam fatores que tem muita influência como possíveis co-determinantes do suicídio.

A presença das redes sociais familiares, vizinhos, igrejas e amigos foi indispensável para o enfrentamento do fato, durante e depois do acontecido. A teoria das redes sociais expõe que o papel das redes é disponibilizar apoio social no momento que os sujeitos estão precisando desse acompanhamento (Lozano & Cadavid, 2009). Por outro lado, a ausência de redes institucionais oficiais, providas pelos diversos serviços da rede pública, sejam estaduais, ou nacionais, é um aspecto importante a ser considerado quando se pretende desenhar estratégias de prevenção e acompanhamento familiar após a morte por suicídio de algum membro jovem.

As projeções de aumento nas estatísticas das taxas de suicídio a nível mundial para os anos futuros são preocupantes e colocam este problema como prioridade dentro da área das pesquisas e intervenções em saúde. O suicídio é um grave problema que tem provocado mortes desnecessárias e impactos negativos para os que vivem esse tipo de perda, porém é um problema prevenível por meio de intervenções oportunas. Em vista disso é importante aprofundar conhecimentos sobre a questão das relações de gênero e das dinâmicas familiares em diversos grupos sociais que vivem o suicídio do jovem, de modo a esclarecer aspectos referentes às suas especificidades e formas de constituição.

## REFERÊNCIAS

- Durkheim, E. (2008). *El suicidio* (6ª ed) Madrid, España: Acal S.A.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e o impacto sobre a saúde de homens: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 97-104.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: Epidemiologia. *Departamento de Psicologia médica e psiquiátrica da Faculdade de ciencias medicas da*

*Universidade Estadual de Campinas*, 25(3) 231-236. doi: 10.1590/0103-6564D20140004

- Cavalcante, G. F., Minayo, D. M., Meneghel, S., Da Silva, M. R., Gutierrez, D. D., Conte, M., Moreira, R. G. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2039-2052. doi: 10.1590/S1413-81232012000800015
- Cavalcante, B. C., Calixto, P., Pinheiro, M. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 24(1), 13-18. Retirado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/14583/15416>
- Organización Mundial de la salud. (2014). *Prevenção del suicidio*. Washington.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. Los Angeles, United States: Enterprises. Retirado de <https://www.scribd.com/read/269123471/Definition-of-Suicide>
- Lozano, P. L., & Cadavid, Z. B. (2009). Redes sociales, participacion e interaccion social. *Trabajo social*, 11, 147-158.
- Viniegras, G. C., & Cernudai, P. C. (2012). Duelo ante la muerte por suicídio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12, 265-274. Retirado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n2/rhcm14213.pdf>