

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: O LUTO PATOLÓGICO EM UM CASO DE SUICÍDIO NA FAMÍLIA

EXPERIENCE REPORT: PATHOLOGICAL GRIEF IN A FAMILY SUICIDE CASE

Jônatas de Oliveira<sup>1</sup>  
Bibiana Altenbernd<sup>2</sup>  
Bruna Larissa Seibel<sup>3</sup>

**RESUMO:** O presente artigo consiste de um estudo qualitativo no modelo de um relato de experiência de um acompanhamento psicoterapêutico da história de um pai divorciado, agricultor da região sul do país, vivenciando o processo de luto recente, após seis meses do episódio de suicídio de sua filha adolescente, de maneira inesperada. O objetivo do presente artigo é relatar as dificuldades vivenciadas pelo paciente na elaboração do luto num contexto de suicídio, além de observar às consequências do suicídio no contexto familiar. Refletir sobre o luto, a dor e o sofrimento na contemporaneidade, e as dificuldades de entrar em contato com as fragilidades em oposição ao afastamento da dor, que propiciam mais dificuldades no trabalho terapêutico do luto e promovendo maior adoecimento. Abordar as dificuldades sobre o trabalho psicoterapêutico no caso, e as vantagens de trabalhar em casos que envolvam temas como morte, luto, suicídio em um contexto de formação profissional.

917

**Palavras-chave:** Luto. Suicídio. Morte. Dor. Familiar.

**ABSTRACT:** The present article consists of an experience report of a psychotherapeutic follow-up of the story of a divorced father, a farmer in the southern region of the country, experiencing the recent grieving process, after six months of the suicide episode of his teenage daughter, in an unexpected way. The objective of this article is to report the difficulties experienced by the patient in the elaboration of mourning in a suicide context, in addition to observing the consequences of suicide in the family context. To reflect on grief, pain and suffering in contemporary times, and the difficulties of getting in touch with fragilities as opposed to withdrawing from pain, which provide more difficulties in the therapeutic work of mourning and promoting greater illness. Address the difficulties of psychotherapeutic work in the case, and the advantages of working in cases involving topics such as death, mourning, suicide in a professional training context.

**Keywords:** Mourning. Suicide. Death. Pain. Family.

<sup>1</sup> Estagiário de psicologia clínica do Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca e graduando de psicologia da Faculdade Cesuca

<sup>2</sup> Supervisora de psicologia clínica do Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca e Mestre em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

<sup>3</sup> Coordenadora do Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca, Mestre em Psicologia, com ênfase em Psicologia Positiva e intervenção psicológica para pacientes com doenças neuromusculares (UFRGS). Doutora em Psicologia, com foco em desenvolvimento de famílias em situação de vulnerabilidade social (UFRGS). Doutorado sanduíche na University of Nebraska-Lincoln (UNL/EUA) e Docente da disciplina de Estágio Profissional III.

## INTRODUÇÃO

O autor Ariès (1990) destaca que por muito tempo na antiguidade a morte era um episódio bem aceito, tratado com naturalidade e com significado espiritual relacionado. Muitos ao pressentir sua própria morte usavam de rituais preparatórios e despedidas que amenizavam as dificuldades ao se lidar com o fato (Ariès, 1990; Basso & Wainer, 2011).

O tema do luto é tratado pela contemporaneidade de uma maneira evitativa, esse distanciamento da morte pode ser entendido ao percebermos as mudanças socioeconômicas e históricas ao longo dos anos. Seguindo as ideias de Ariès (1990), Basso e Wainer (2011), Rabelo (2006) e Certeau (2000) alguns eventos são marcos importantes para essa compreensão: a revolução industrial, a segunda guerra mundial, e os avanços médicos científicos.

Durante a revolução industrial a produtividade dos indivíduos assumiu a primazia das atribuições de valores de quem se é, sendo definido muitas vezes pelo que se faz profissionalmente e sua capacidade de produção torna-se sinônimo de sucesso (Basso & Wainer, 2011). A morte passa a ser encarada como a finitude da capacidade de produzir, gerar riqueza, ser útil a sociedade, e o luto passa a ser visto como antiprodutivo e passa a ser reprimido (Ariès, 1990; Basso & Wainer, 2011).

Após o morticínio da segunda guerra mundial a percepção social sobre a morte passou a ser de revolta e asco, afastando ainda mais a ideia de naturalidade que existia no luto da antiguidade (Ariès, 1990), tornando a morte em um tabu-objeto (Basso & Wainer, 2011). Esse afastamento da morte na sociedade traz implicações que dificultam a elaboração saudável do luto (Parkes, 1998).

Além disso os avanços médicos prolongaram a vida humana, e o doente passa a ser movido do meio social para um isolamento no ambiente hospitalar, removendo-o do contato com o exterior, para restringir a sociedade do contato com morte (Certeau, 2000). Ariès (1990) destaca que a doença e a morte passam a ter um significado de derrota, falha e a dor passa a ser vergonhosa, a partir de então a sociedade reprime as expressões de dor por morte. Rabelo (2006) destaca, que essas expressões não tem mais lugar no meio social e por isso são vividas em solidão, e escondidos, pois o feio, a dor, o diferente, a doença e a morte não têm mais seu lugar na sociedade.

Esses processos de afastamento da morte evidenciam uma mudança social paulatinamente ocorrida, a exclusão da vivência da dor. A dor passa a ser alvo de entorpecimentos químicos e estratégias de afastamento, esquecimento, pois o contato com a dor é insuportável para a sociedade. O contato com a fragilidade, segundo Basso e Wainer (2011), ligados a experiência fenomenológica da morte, não é mais aceita, como vimos em Ariès (1990), Rabelo (2006) e Certau (2000).

Cabe ainda destacar na análise de Certeau (2000) que o luto antecipado passa a ser tão reprimido ao ponto de ocorrer envolto por silêncio ou mentiras, e o fato de reconhecer que se está morrendo produziria “uma morte de aborrecedora deselegância” (2000, p. 294), e tão somente tocar no assunto de morte corromperia a integridade do cuidado médico que visa a cura e encara a morte como uma falha. Com isso percebe-se que a morte não faz mais parte da vida para a contemporaneidade, não é mais natural.

Muitas vezes abdicar da vivência do luto, é evitar contato com o sofrimento que se tornou intolerável (Camus, 2018), nem que para isso se utilize de meios que nos afastem da realidade com uso de substâncias químicas ou uma rotina acelerada.

As autoras Fukumitsu e Kovács (2016) alertam que no Brasil os números de suicídios são alarmantes, a cada 45 minutos uma pessoa comete suicídio, cerca de 32 mortes por dia. Elas ainda trazem uma constatação observada no "Mapa da Violência 2014 – Os Jovens do Brasil" de Waiselfisz, houve um aumento de 62,5% dos índices de suicídio entre os anos 1980 e 2012, e atualmente o suicídio ocupa o posto de terceiro lugar entre as causas de morte no país (Fukumitsu & Kovács, 2016). Além disso os números de suicídios em adolescentes têm crescido muito no Brasil, principalmente nas capitais gaúchas e paranaense (Borges & Werlang, 2006).

Com base nos números de suicídios levantados por Fukumitsu e Kovács (2016) e Borges e Werlang (2006) e a reflexão de Camus (2018) e Tiba (2007) podemos pressupor um comportamento social que não lida bem com o sofrimento. Um comportamento evitativo em relação ao luto, morte e a dor apoiado pelos autores Ariès (1990), Basso e Wainer (2011) e Certau (2000).

Este artigo constitui um relato de experiência sobre uma prática de estágio em psicologia clínica no acompanhamento de um caso clínico em que a demanda de atendimento é um processo de luto patológico vivido por um pai, após o suicídio da filha

adolescente e as consequências psicológicas envolvendo seus familiares e as especificidades de sua história pregressa.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Parkes (1998) destaca que a resposta esperada ao estresse provocado pelas perdas, inclusive a morte, é o pesar, a tristeza, e o luto. As condições que envolvem esta perda e fatores ligados ao indivíduo, como gênero, grau de parentesco e recursos internos afetam a intensidade e a maneira como se enfrenta esse momento. Porém um fator de grande importância está ligado ao movimento de entrar em contato com o sofrimento e expressar essa dor para ressignificá-la de maneira saudável (Parkes, 1998).

Segundo Kübler-Ross (2005), uma das maiores referências mundiais no assunto, elaborou a conceituação de estágios vívidos durante o processo de luto. Os estágios propostos por ela são: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Apesar de ela propor os estágios nesta ordem não necessariamente ocorreram nessa exata sequência podendo variar em cada caso.

O primeiro estágio proposto pela autora é a negação, inconformidade com a realidade do fato, não aceitar o que ocorreu como verdade. O segundo estágio, a raiva, que é externalizada, o sentimento de revolta e ressentimento, busca por culpados, comportamentos agressivos. O terceiro estágio proposto é a barganha no qual o indivíduo busca fazer uma troca para reverter a situação que lhe é imposta. Quando o paciente não consegue negar a situação em que se encontra, o quarto estágio a depressão, ocorrendo um episódio de tristeza necessário e que propicia o último estágio, a aceitação.

Em suma Kübler-Ross (2005) descreve que a primeira reação é o choque do qual o indivíduo vai se recuperando gradualmente ao passar pelos estágios até quando por fim o contato com a morte é convertido dessa luta para um momento de conformação, e toma um sentido natural compreendido como parte da nossa história.

Parkes (1998), Ariès (1990) e Kübler-Ross (2005), destacam que quando a morte é pressentida, e os envolvidos podem preparar-se para o momento fatídico, vivendo um luto antecipatório, o processo de luto tende a ocorrer de maneira mais saudável e natural. Porém quando ocorre a morte inesperada, o processo de luto tende a ser mais difícil, e

quando cercado de alguns complicadores pode assumir um aspecto patológico (Parkes, 1998).

O luto, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) (American Psychiatric Association - APA, 2014), é uma resposta esperada a quem vive uma perda, porém pode ser uma das causas envolvidas nos seguintes transtornos e condições clínicas: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Humor Bipolar, Transtorno de Estresse Pós-traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Adaptação, Disfunções Sexuais, Transtornos de Pesadelo e Transtorno de Luto Complexo Persistente.

Quanto ao Suicídio relacionado ao luto, Parkes (1998) juntamente com Basso e Wainer (2011) e Silva (2009), tratam as consequências deste ato como um complicador ao processo de luto, por muitas vezes um causador de ao menos um dos transtornos acima. Destacamos que o luto por suicídio não ocorre de maneira saudável, por isso tratamos seu aspecto patológico em relação ao sofrimento no processo e prejuízos relatados pelo paciente.

O conceito de Suicídio colocado de maneira breve segundo o grande sociólogo Durkheim é: “toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” (Durkheim, 2000, p. 11), ou em outras palavras uma ação ou inação que infrinja dano a si mesmo resultando na morte imediata ou paulatina. Em muitos casos o suicídio envolve comportamentos autolesivos e autodestrutivos como o uso de álcool e drogas, comportamentos de risco, ou não cumprimento de um tratamento médico, acarretando uma morte aparentemente natural (Werlang & Botega, 2004).

Fukumitsu e Kovács (2016) também trazem o aspecto de que a experiência de viver o luto por suicídio não tem sua causa de trauma no evento específico da morte, mas sim pelo contexto da situação envolvendo o fato e a turbulência de emoções intensas que o sucedem. O suicídio é um ato que deve ser considerado envolto em um contexto, um sintoma de um quadro na maioria das vezes associado a transtornos mentais (Silva, 2009).

Alguns fatores de risco que podem ser listados para esses comportamentos suicidas são: a existência de uma psicopatologia, ideações suicidas (pensamentos suicidas), desesperança quanto ao presente e o futuro, quadros ansiosos, acontecimentos de vida

negativos, falta de suporte familiar e social, padrões de vinculação inseguros (causado por cuidados deficitários na infância, necessidades afetivas negligenciadas, traumas vividos na infância), comportamento de imitação ou contágio social, baixa autoestima, impulsividade, agressividade, sentimento de culpa, sentimentos de inutilidade, poucas competências para resolver os problemas, comportamentos autodestrutivos, estresse social, isolamento social, e outros (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Ramos, 2017; Silva, 2009).

É importante uma análise da conjuntura do quadro suicída, similar e quase sempre associado a um transtorno de humor, como a depressão que segundo Bahls (1999) configura pensamentos disfuncionais, distorções cognitivas, relacionado a desesperança. A desesperança deve ser percebida pela perspectiva de que há uma impossibilidade do indivíduo em auspiciar um futuro melhor, algo como proposto por Camus (2018) em seu ensaio “O Mito de Sísifo”, refletindo sobre a falta de sentido na vida cotidiana no mito grego, no qual o personagem é condenado a carregar uma pedra até o cume de um monte mas ao fim do dia essa pedra rola até o pé do monte e ele acaba por ver todo seu trabalho desfeito eternamente.

O Efeito Werther proposto e estudado por Phillips (1974), diz respeito a como os ouvintes recebem informações relacionadas a suicídio e acabam sendo influenciados a se suicidarem. Segundo Iamarino (2017) as influências do Efeito de Werther estão relacionadas com o público que recebe veiculações do noticiamento de suicídios, como adolescentes que possuem maior suscetibilidade ao efeito por questões sociais e comportamentais (Borges & Werlang, 2006; Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Souza, et al., 2010), e a relação que se tem com a figura que comete suicídio que tem poder de influência maior conforme sua notoriedade, como o caso de Kurt Cobain, Marilyn Monroe, ou ainda a própria relação que se estabeleceu entre os leitores e a personagem do próprio livro “Os Sofrimentos do Jovem Werther”.

Vale ressaltar que Ayers, Althouse, Leas, Dredze & Allem (2017) destacam em sua pesquisa a relação da série “13 Reasons Why” e o número crescente de pesquisas na internet por temas relacionados ao suicídio, dentre os quais o principal foi de 17 entre 20 buscas foram relatadas como clara percepção de ideias suicidas, como “*how to commit suicide*” [Como se suicidar].

Outro motivo para que os números de suicídios em adolescentes tenham aumentado seria as próprias conflitivas pertencentes a esse período de vida, cercado de dúvidas e mudanças e encontram em comportamentos de risco, autodestrutivos, agressivos, ou até suicidas uma resposta para solução destes problemas (Borges & Werlang, 2006).

O luto em casos de suicídio possui aspectos relevantes que devem ser levados em conta. A necessidade de identificar um culpado e autoacusações, ideias fantasiosas de que tudo poderia ter sido diferente (história relativa de prováveis futuros caso a morte não tivesse ocorrido) misturadas a raiva de si e do falecido, apesar da escolha pelo suicídio ser totalmente da vítima, e ideias suicidas (Borges & Werlang, 2006).

As lembranças recorrentes do evento, o encontro do corpo morto, o estresse pelo aspecto violento e inesperado da morte dificultam muito a reorganização após o luto (Basso & Wainer, 2011; Fukumitsu & Kovács, 2016). É comum a busca dos enlutados por casos similares de luto e suicídio para conhecer relatos semelhantes ao seu em um esforço altruísta de auxiliar outras pessoas com suas experiências e não se sentirem sozinhos nesse processo (Fukumitsu & Kovács, 2016).

A Teoria Cognitiva Comportamental (TCC), segundo Bahls e Navolar (2004), que foi utilizada durante o processo terapêutico do paciente, consiste na integração de conceitos e técnicas das teorias Cognitivas e Comportamentais. Seguindo os pressupostos das teorias cognitivas de Beck e Ellis, para o entendimento dos pensamentos e emoções do paciente e teorias e técnicas comportamentais baseadas em Skinner, Bandura e outros, para buscar meios para mudanças do comportamento (Bahls & Navolar, 2004).

Segundo Enéas, Faleiros e Sá (2000) a psicoterapia breve pode ser definida como uma intervenção terapêutica focada em objetivos limitados, estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e conforme suas urgências, considerando-se que esses objetivos sejam passíveis de serem atingidos em um espaço de tempo limitado, por meio de determinadas estratégias clínicas. As psicoterapias breves estão, em termos técnicos, alicerçadas em um tripé: foco, estratégias e objetivos (Enéas, Faleiros, & Sá, 2000).

Durante o acompanhamento terapêutico do paciente foram percebidas demandas relacionadas ao luto e traçadas estratégias na abordagem de TCC, com base em Basso e Wainer (2011) em uma perspectiva de psicoterapia breve, que é utilizada nos atendimentos

clínicos do Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca. Afim de identificar crenças disfuncionais e intervir para lidar com o luto, em uma perspectiva breve, através de estratégias como: Resolução de problemas, automonitoramento, treino de habilidades sociais, reestruturação cognitiva e prevenção a recaída (Basso & Wainer, 2011).

## MÉTODO

### DELINEAMENTO

Este artigo é um estudo qualitativo a respeito de um relato de experiência psicoterapêutica clínica. O relato de experiência consiste de em uma análise de dados vivenciais, no qual o pesquisador pode compreender as subjetividades do indivíduo e seu contexto e ainda relatar de maneira consistente as experiências observadas (Cardoso, 2000).

### PARTICIPANTES

Relata-se a história de Ed, 40 anos, pai de três filhos, divorciado, pequeno agricultor, pecuarista. Seu filho mais velho é A1 de 18 anos, segundo relatos do pai, fazia uso de álcool e drogas, recém habilitado e trabalhando como entregador junto com o pai e o tio. A2 é a filha do meio, que cometeu suicídio, enforcando-se na casa onde moravam, tinha 16 anos, e também fazia uso de álcool e drogas. A filha mais nova é A3 de 8 anos, que também está em psicoterapia na clínica do SEP da Faculdade Cesuca.

924

### PROCEDIMENTOS

Os atendimentos foram realizados na clínica do Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca, localizada na cidade de Cachoeirinha-RS, por um estagiário supervisionado durante todo o processo. Foram realizadas 20 sessões de psicoterapia breve e TCC, similar ao modelo proposto por Basso e Wainer (2011). Os atendimentos foram semanais com duração aproximada de 50 minutos, cada pelo período de 6 meses.

Iniciou-se as primeiras sessões, com base a anamnese e evoluções que constavam no prontuário, com entrevistas no intuito de acolhimento das demandas relatadas pelo paciente, entendimento de sua história pregressa, e auxiliando o paciente na estruturação



de estratégias para resolução de problemas emergentes e treino de habilidades sociais, referente aos relacionamentos com os filhos A1 e A3.

A seguir o foco das ações terapêuticas foram voltadas a automonitoramento e técnicas de psicoeducação (explicações do terapeuta sobre a terapia e sobre os funcionamentos disfuncionais apresentados para compreensão do paciente), reestruturação cognitiva, dessensibilização sistemática e prevenção à recaída, com relação ao sentimento de culpa e lembranças da morte da filha A2 (Basso & Wainer, 2011).

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O paciente Ed veio buscar atendimento psicológico para sua filha mais nova, A3, e para si próprio no Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca. Quando passou pelo processo de acolhimento da instituição relatou com respeito dos motivos que lhe fizeram buscar este atendimento a morte de sua filha, A2, e a desorganização familiar ocorrida em consequência do evento, e uma grande preocupação por sua filha mais nova, A3.

Assim que iniciados os atendimentos individuais percebeu-se uma dificuldade em compreender a linguagem de Ed, produtor agrícola e pecuarista, de descendência italiana. O paciente utilizava-se de muitas gírias, e o sotaque muito forte dificultava o entendimento do que ele falava, além de ter um ritmo de fala muito acelerado e muitas vezes desconexa, falando quase que verboragicamente sem concluir a linha de raciocínio e acumulando muitas informações logo de início.

Com o passar das sessões foram sendo revisitadas as informações por ele trazidas anteriormente de maneira mais organizada, o paciente pareceu estar mais confortável e sem uma ânsia por ser ouvido e aceito. Conforme compreendeu-se sua linguagem e as maneiras como chamava seus familiares o contexto de sua história foi tomando forma e seus relatos foram mais carregados de sentimentos.

Ed, estava em acompanhamento psiquiátrico, e encontrava-se medicado, porém ele relatava que sentia muita dificuldade em acordar e fazer suas atividades pela manhã sentindo resquícios dos efeitos do medicamento, dificultando seu trabalho atual como entregador. Além disso por estar medicado não conseguia chorar, e por mais que ficasse triste não conseguia externalizar seu sentimento, sensação de estar represado.

Em algumas sessões Ed relatou brevemente sobre o suicídio da filha, cada vez trazendo um aspecto diferente e aumentando os detalhes sobre o ocorrido. Tratar desse assunto era muito sofrido para o paciente. Ele demonstrou um comportamento evitativo em relação a lembranças da filha, dizendo ter medo de “se machucar” (sic), “de cair de novo” (sic).

Esse comportamento evitativo diz muito com relação a patologia do luto por suicídio apresentado por Silva (2009) e Parkes (1998) e sobre a dificuldade da sociedade em lidar com a morte e o sofrimento do luto abordado anteriormente (Ariès, 1990; Basso & Wainer, 2011; Camus, 2018; Certeau, 2000; Tiba, 2007). Um empecilho para o tratamento do luto fundamentado numa ressignificação das memórias relacionadas ao falecido entrando em contato com a dor e expressando-a (Parkes, 1998).

Revisitar essas memórias paulatinamente tem objetivo de dessensibilizar o potencial estressor delas, juntamente com as estratégias de psicoeducação, para que ocorra a reestruturação cognitiva do paciente, modificando os pensamentos desadaptativos, e preservar boas recordações da filha (Basso & Wainer, 2011) e assim passar por pelo luto elaborando todos os estágios de uma maneira saudável (Kübler-Ross, 2005) e respeitando o tempo que o paciente precisa para isso, buscando prevenir complicações e transtornos (American Psychiatric Association - APA, 2014) e lidar com o aspecto patológico, no tangente a sofrimento e prejuízo no funcionamento saudável do paciente.

Outro desafio encontrado nesse ponto de entrar em contato com a dor e expressá-la foi a medicação que segundo relato de Ed o impedia, de chorar. Por vezes o paciente falava da filha falecida e lacrimejava os olhos, embargava a voz, iniciava um choro contido, mas “não conseguia chorar, por causa do remédio” (sic).

As consultas com o psiquiatra eram muito espaçadas e irregulares. Algumas vezes o paciente relutava em fazer o uso dos medicamentos, e chegava a suspendê-los por um tempo, mesmo contra as indicações, devido à “dores no estômago” (sic). Quando ocorreram essas interrupções o contato com as memórias da filha falecida acarretou choro, e tristeza.

Nos momentos de choro, o sofrimento encontra uma expressão, e torna-se um desafio ao terapeuta achar maneiras de acompanhar esse processo profissionalmente. Ainda mais conhecendo o contexto da história envolvendo o caso e entrar em contato com

questões do próprio terapeuta, que inesperadamente também vivenciou uma perda ao longo do processo.

Quando Ed e seus filhos moravam no sítio, e ele ainda era casado, sua esposa o traiu e A2 presenciou essa traição, Ed inclusive relata que a mãe teria intencionalmente exposto a filha a isso por mais de uma vez. Durante o processo de divórcio a ex-esposa teria sido agressiva com as filhas quando elas se recusaram a ir morar com ela.

A2 tinha uma relação extremamente turbulenta com os avós paternos, que moravam no mesmo sítio, mas em uma outra casa. Ed relata que a avó estava sempre brigando com ela, por mais que ele a repreendesse, e o avô foi acusado por A2 por ter assediado ela, acusação que o paciente se nega a acreditar ter ocorrido.

Apesar de negar-se a admitir o assédio do próprio pai, Ed relata que logo após o evento viu-se em um episódio de raiva, que apesar de muito intensa, é citada por Kübler-Ross (2005), e disse ter planejado o próprio suicídio e o assassinato de seus pais. Esse impulso auto destrutivo somado a culpa, característica deste luto específico (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Ramos, 2017; Silva, 2009), foi aplacado por um afastamento, uma mudança de residência com o auxílio de sua irmã.

Acompanhar essa relutância em admitir o assédio foi uma experiência de difícil manejo, visto a dificuldade do paciente falar sobre o ocorrido, o quanto ele se negava em acreditar nessa denúncia da filha e concomitantemente a culpa de Ed em não ter ouvido a filha, e não ter acreditado nela e ter uma atitude vacilante frente a um evento tão grave.

Além desses eventos negativos se somarem a sua história, A2, fazia uso de drogas e álcool. Ed também relatou que a menina estava passando por uma crise de identidade sexual e decepções românticas, descobrindo uma traição de sua namorada e vendo-se apaixonada por um outro rapaz.

Um contexto triste de se perceber em uma adolescente vivenciando tantos fatores de risco explorados na literatura (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Ramos, 2017; Silva, 2009). Um outro provável influenciador para a morte de A2 pode ter sido o efeito Werther (Phillips, 1974). Muitas vezes Ed trouxe questões relacionadas a influência negativa da internet nos jovens, relacionando ao comportamento suicida da filha.

Segundo Phillips (1974) e Iamarino (2017) o efeito de Werther é a influência que os ouvintes sobre casos de suicídios reais ou fictícios recebem e tendem a suicidarem-se.

Iamarino (2017) destaca que hoje o alcance desse efeito pode ter sido em muito amplificado pelas redes sociais e a internet.

Alguns detalhes no evento do suicídio podem confirmar esses indícios como uma carta e um vídeo, feitos por A2 pouco antes de sua morte, despedindo-se de seu pai e familiares, pedindo para que seu pai olhe com bons olhos para o irmão, e que sua irmã cuide de seu pai, e declarando que ela não suportou mais continuar vivendo. Muito semelhante com casos veiculados nas mídias em casos reais ou fictícios como a série “13 reasons why” (Ayers et al., 2017).

Além das suspeitas de Ed que hoje em dia os suicídios estão mais comuns vendo notícias mais frequentes sobre o assunto (Fukumitsu & Kovács, 2016; Borges & Werlang, 2006), o paciente também relatou ter auxiliado no socorro de um caso de suicídio em um posto de saúde onde estava e ter ouvido muitos casos de depressão e suicídio de filhos de amigos e conhecidos. Quando falava sobre isso por muitas vezes dizia fazer recomendações como “tem que levar ele no psicólogo, pra não acontecer o mesmo” (sic) numa tentativa de prevenir suicídios e ajudar outros pais (Fukumitsu & Kovács, 2016).

Por vezes o paciente demonstrava um comportamento muito passivo e queixoso com relação a própria vida, da falta de apoio da ex-esposa, muitas vezes falando como se precisasse de mais alguém para o auxiliar na criação dos filhos, esperando que o terapeuta assumisse esse papel lhe dizendo o que fazer como pai. Essa postura dificulta que ocorra a mudança de comportamento assumindo seu papel de pai e responsável com maior autonomia e simultaneamente lidar com o sentimento de culpa relacionado ao suicídio tornou-se um grande obstáculo para a terapia.

As sessões com Ed mostram uma necessidade primária de organizar quem seria o culpado pelo suicídio de sua filha, para tentar retirar de si o sentimento de culpa (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Kübler-Ross, 2005; Parkes, 1998; Silva, 2009), culpando o relacionamento conflitivo da filha com a avó, o abuso da filha pelo avô, a ausência e os maus tratos da ex-esposa com a filha, a falta de auxílio na educação dos filhos, a traição da ex-esposa, o uso de drogas e álcool, um episódio de confusão de identidade sexual vivido pela filha, uma traição da companheira da filha.

Compreender que o suicídio foi uma escolha da filha (Borges & Werlang, 2006), e deixar de lado a culpa parecia ser um trabalho hercúleo, visto que realmente os

comportamentos e escolhas de Ed em permanecer em um ambiente abusivo para a filha e em não demonstrar autoridade e impor limites, vindo de dificuldade de assumir sua posição de pai a muito.

Tiba (2007) fala sobre uma criação autoritária dos avós, utilizando-se de medo para conquistar obediência e sem expressões de afeto, em sequências esses filhos tornam-se pais e desprezam por completo essa maneira de criação, partindo num movimento de pêndulo para uma resposta extrema, sendo completamente permissivos, não estabelecendo limites, os filhos deste por sua vez nunca enfrentaram oposição e por isso tem baixíssima tolerância a frustração ou contrariedade, como Tiba (2007) chama de “parafusos de geleia”.

Ed relatou que tinha muitos problemas na relação com o pai, que não foi afetuoso com ele, era muito exigente e não reconhecia os esforços do filho. Em uma maneira precipitada de buscar corrigir esse mau exemplo de criação do seu pai, ele buscava ser “bonzinho” com os filhos, sem saber impor limites, e demonstrar autoridade, por muito tempo. Além dessa dificuldade dizia que a sua mãe era excessivamente intrometida quando moravam no mesmo sítio, mimando A1 e aborrecendo A2 e A3.

Ed demonstrava uma preocupação muito grande quanto aos seus filhos e subvalorizava a sua vida com um discurso como “só me interessa que eles estejam bem e que quando eu morrer meu filho cuide da mais nova do jeito certo” (sic). Preocupando-se muito com cuidar bem dos que “ainda sobraram” (sic) numa tentativa de evitar que tenham o mesmo destino de morte ou “estragarem suas vidas” (sic), num sentido do envolvimento com drogas e crimes graves.

O paciente trouxe como queixa imediata sua relação com seu filho, A1, disse que o rapaz fazia uso de álcool e drogas, assim como sua irmã, A2, que havia se suicidado, considerados comportamentos de risco (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011) que podem evoluir para comportamentos autolesivos, considerados comportamentos suicidas (Werlang & Botega, 2004).

Apesar do filho não aceitar ajuda psicológica ou grupos como o Alcoólatras Anônimos, Ed e sua filha A3 frequentavam o grupo de apoio de familiares de dependentes químicos associado ao AA, chamado “Amor exigente”, e disse sentir-se acolhido e auxiliado em saber como lidar com o filho e trazer os relatos que ouvia como uma ferramenta educativa para prevenir sua filha de fazer uso dessas substâncias.

A conflitiva com o filho tornou-se um tema recorrente nas sessões, afastando o tema do luto diretamente, muitas vezes. Porém a relação do pai com o filho diz muito sobre seus esforços de evitar um novo desastre familiar, e reestruturar sua família após o luto. Ed ainda diz muitas vezes que apesar da morte espera que os efeitos do suicídio na sua família possam vir a auxiliar numa mudança de comportamento de seus filhos para preservarem e valorizarem suas vidas e mudarem seu futuro.

O fato do suicídio também teve influência nessa postura tipicamente passiva de Ed, visto a sua busca ativa por ajuda psicológica e seu esforço em manter sua filha em atendimento, mesmo após uma mudança de residência, retornando ao sítio, aumentando a distância para vir aos atendimentos no SEP. Apesar de muitas dificuldades com a relação pai e filho e com os seus pais, muito intrusivos, no sítio mostrarem ainda um comportamento permissivo, que tem sido combatido em algumas sessões.

O contato com um caso de luto possibilitou refletir sobre a importância deste caso na formação profissional e o papel do psicólogo em crises. A responsabilidade sobre o processo psicoterapêutico na perspectiva do terapeuta se intensificou ao acompanhar este caso, e alguns outros casos de adolescentes e adultos com ideações e comportamentos suicidas, acompanhar seus sofrimentos pessoais, e de seus familiares.

Ao longo desse processo ocorreram mortes próximas que tornaram o tema da morte e luto mais próximos, levando a refletir e pensar o luto, a dor e permitiu uma escuta empática. Perceber a dificuldade de muitos contemporâneos viver o luto, ou melhor evitar o luto, apenas negando o ocorrido (Kübler-Ross, 2005), afastando-se da dor, ou anestesiando-se, para fugir ao conflito doloroso de viver a morte de um ente querido (Basso & Wainer, 2011; Ariès, 1990; Rabelo, 2006; Certeau, 2000).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o olhar da sociedade sobre a morte tem sido esquivo, evitativo, e muitas vezes não lidar com o luto mas apenas buscar ignorar o processo, ou esquecer o ente querido que faleceu, propiciando uma má resolução desse conflito e ocasionando dificuldades posteriores (Kübler-Ross, 2005; Parkes, 1998; Ariès, 1990; Basso & Wainer, 2011). Além de alimentar um comportamento de falta de iniciativa e não enfrentamento das dificuldades por medo de encarar os obstáculos.

Lidar com casos que tem uma relação com morte, luto e suicídio durante a formação profissional, sob supervisão, possibilita que o incipiente sinta-se desacomodado com a responsabilidade da profissão mas lhe promove experiência impar e lhe permite a possibilidade de agir com maior confiança, e posteriormente lhe assegurará responsabilidade e confiança em suas habilidades já testadas.

Contar com o apoio profissional das supervisões fornecidas pelo SEP, foi muito importante para agir eticamente com o paciente e possibilitar ao estagiário segurança para desenvolver-se profissionalmente com experiências tão relevantes e capacitadoras para o futuro.

Participar desse processo terapêutico foi enriquecedor e muito gratificante por ser perceptível a melhora significativa do paciente. Apesar do modelo de terapia no SEP da Faculdade Cesuca realizar atendimentos psicoterapêuticos de terapia breve, focando em pontos emergenciais e de maior sofrimento do paciente e por conta de se organizar com um período específico de tempo para o encerramento do tratamento. Que acaba tornando impossível um acompanhamento completo deste caso e por fim gerando esse rompimento do processo terapêutico apesar do mesmo receber indicações para dar continuidade a psicoterapia em outro local.

931

Há uma necessidade de maior veiculação de informações a respeito do tema suicídio, de maneira coerente e respeitando as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2000), para fins de prevenção e desmistificação de crenças populares a respeito dos transtornos mentais e o suicídio. Pesquisas sobre a relação entre o aumento de suicídios e fatores sociais como as redes sociais e as novas tecnologias fazem-se de extrema urgência para possibilitar uma ação preventiva mais eficiente, visto os números críticos que o suicídio vem alcançando (Fukumitsu & Kovács, 2016).

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (M. I. Nascimento, & et al., Trans.) Porto Alegre: Artmed.
- Ariès, P. (1990). O Homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Ayers, J. W., Althouse, B. M., Leas, E. C., Dredze, M., & Allem, J.-P. (2017). Internet Searches for Suicide Following the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Intern Med.*

10(177), 1527-1529. Acesso em 20 de Maio de 2019, disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2646773>

Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação em Psicologia*, 49-60. Acesso em 04 de Junho de 2019, disponível em <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/7660/5463>

Bahls, S. C., & Navolar, A. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia*(4), 1-11. Acesso em 29 de Maio de 2019, disponível em <http://files.personapsicologia.webnode.com/200000093-024d10346f/Terapias%20Cognitivo-comportamentais.pdf>

Basso , A. L., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43. Acesso em 20 de Maio de 2019, disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Borges, V. R., & Werlang, B. S. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 3(11), 345-351. Acesso em 29 de Maio de 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v11n3/12.pdf>

Camus, A. (2018). *O mito de Sísifo* (1ª ed.). (P. W. Ari Roitman, Trad.) Rio de Janeiro: Record.

932

Certeau, M. A. (2000). *Invenção do cotidiano* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Durkheim, E. (2000). *Suicídio - Estudo Sociológico* (1ª ed.). (M. Stahel, Trad.) São Paulo: Martins Flores.

Enéas, M., Faleiros, J., & Sá, A. (2000). Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: Caracterização dos processos com adultos. *Psicologia Teoria e Prática*, 2(2), 9-30. Acesso em 04 de Junho de 2019, disponível em <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/download/1108/817>

Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 1(47), 03-12. doi:<https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>

Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. (12 de Março de 2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium*, 40, 149-159. Acesso em 20 de Maio de 2019, disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049679>

Iamarino, A. (10 de Agosto de 2017). Suicídio [arquivo de vídeo]. Acesso em 20 de Maio de 2019, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=gJBIY3opAVU>



Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer*. (P. Menezes, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

Meleiro, A., Teng, C. T., & Wang, Y. P. (2004). *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudo sobre a perda na vida adulta*. (M. H. Bromberg, Trad.) São Paulo: Summus.

Phillips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 340-350. doi:10.2307/2094294

Rabelo, M. K. (2006). Um olhar fenomenológico sobre a morte na sociedade ocidental: Testemunho histórico-antropológico. *Revista científica da ESPAM*, 71-84. Fonte: [http://www.renacionaldetanatologia.psc.br/Artigos/artigo\\_24.html](http://www.renacionaldetanatologia.psc.br/Artigos/artigo_24.html)

Ramos, V. (2017). Como prevenir o suicídio. *Temas em psicologia*. Acesso em 28 de Maio de 2019, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1068.pdf>

Silva, D. R. (2009). E a vida continua...O processo de luto dos pais após o suicídio de um filho. São Paulo. Acesso em 20 de Maio de 2019, disponível em <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/15898/1/Daniela%20Reis%20e%20Silva.pdf>

Souza, L. D., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruz, A. L., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. Acesso em 29 de Maio de 2019, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/04.pdf>

Tiba, I. (2007). *Quem ama educa! formando cidadãos éticos*. São Paulo: Integrare Editora.

Werlang, B. S., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization. (2000). *Preventing suicide a resource for media professionals*. Genebra. Acesso em 04 de Junho de 2019, disponível em [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/426.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf)