

Famílias sobreviventes: a experiência de perder um de seus membros por suicídio*

Elena Bustos Alfaro¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1592-8197>

Mara Regina Santos da Silva²

 <https://orcid.org/0000-0002-7385-7609>

Kateline Simone Gomes Fonseca^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-2850-0352>

Carl Lacharité⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-1449-449X>

Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-0269-5489>

Ariana Sofia Barradas da Silva^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-1134-1823>

Destaques: **(1)** A experiência do suicídio na família desencadeia uma gama de sentimentos sobrepostos. **(2)** Os ensinamentos ajudam a família (re)criar uma forma de se relacionar com a perda. **(3)** Profissionais da saúde devem definir o cuidado a partir de avaliações constantes.

Objetivo: identificar os processos interacionais que permitem às famílias sobreviventes enfrentarem a morte por suicídio de um de seus membros, se reestruturarem como unidade e transformarem a experiência em aprendizado. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, orientado pelo conceito de Resiliência Familiar, no qual participaram oito famílias, que vivenciaram o suicídio de um de seus membros. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas e os dados foram submetidos à análise temática.

Resultados: apresentados em quatro núcleos temáticos, mostram as reações de pesar, desespero e perplexidade dos familiares que não conseguem entender as razões para um ato tão radical; os sentimentos de dor pela perda, sobrepostos com raiva, alívio e culpa, este último partilhado com outras pessoas e os serviços sociais e de saúde; e os ensinamentos que a experiência propicia. **Conclusão:** os enfermeiros e demais profissionais da saúde podem auxiliar as famílias sobreviventes a se reestruturarem após o suicídio de um de seus membros com ações de cuidado planejadas a partir de avaliações repetidas da repercussão do suicídio na família na totalidade e sobre seus membros individualmente; da identificação das dimensões da vida familiar mais comprometidas; das necessidades individuais e familiares; e dos processos de resiliência familiar.

Descritores: Família; Suicídio Consumado; Resiliência Psicológica; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Familiar; Saúde da Família.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Reestruturação da vida familiar após o suicídio de um de seus membros: um estudo na perspectiva da resiliência familiar", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

¹ Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería, San Pedro, SJ, Costa Rica.

² Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

³ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ Université Du Québec à Trois Rivières, Quebec, QC, Canadá.

⁵ Universidade de Cabo Verde, Enfermagem, Praia, Cabo Verde.

Como citar este artigo

Bustos EA, Silva MRS, Fonseca KSG, Lacharité C, Carvalho EMFB, Silva ASB. Surviving families: experiences of losing a family member to suicide. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4614 [cited ____/____/____]. Available from: _____
URL

Introdução

O suicídio é uma das principais causas de morte ao redor do mundo, atingindo milhares de pessoas e constituindo-se em uma experiência marcada por estigmas devido à sua natureza inesperada e violenta⁽¹⁾. Quando cometido por um dos membros da família, apresenta-se como uma experiência única, uma vez que cada família a percebe e sente de forma diferente. Para algumas famílias, representa uma dor imensurável, enquanto para outras pode significar, além da dor, o final de tempos difíceis e a perspectiva de eliminar ou amenizar problemas que vivenciavam por longo tempo.

Estima-se que pelo menos cinco a seis pessoas próximas, geralmente da família, são afetadas diretamente quando acontece o suicídio de uma pessoa, sendo este um ato que muitas vezes elas não conseguem entender⁽²⁻³⁾. Considerando que ocorrem aproximadamente 700.000 suicídios por ano no mundo, calcula-se que cerca de quatro milhões de pessoas estão vivenciando essa experiência, o que representa um grande contingente de famílias expostas que podem reagir de diversas formas ante este fenômeno⁽¹⁾.

Contribui para exacerbar o caráter devastador dessa experiência o fato de essas famílias, em geral, não serem o foco dos cuidados no sistema de saúde, convertendo-se em uma população potencialmente vulnerável para desenvolver problemas de saúde física e mental, incluindo ideias ou risco de suicídio entre seus integrantes⁽⁴⁻⁵⁾. Muitas vezes, a atenção estava centrada na pessoa que cometeu o suicídio e, após o desfecho trágico, os familiares ficam desamparados pelos serviços de saúde, justamente por se encontrarem em um período de maior fragilidade, com sentimentos de culpa e raiva exacerbados⁽⁶⁻⁷⁾.

Por essa razão, é imprescindível que os enfermeiros e outros profissionais, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), se ocupem dessas famílias para ajudá-las no enfrentamento dessa experiência. Nesse sentido, é importante identificarem como cada uma reage diante de perda e, especialmente, as repercussões que o suicídio provoca na família sobrevivente, assim como as necessidades que apresentam. É nesta perspectiva que a ESF tem papel fundamental no processo de luto e reestruturação dessas famílias, justamente porque atua em uma base territorial e comunitária que facilita o acesso e possibilita conhecer as necessidades de cada uma⁽⁴⁾.

Em uma busca nas publicações nacionais sobre o tema, constatamos aumento nas taxas de suicídio em todas as regiões brasileiras, atingindo 7,27 por 100 mil habitantes, em 2022, com a região sul apresentando o maior o índice: 11,53 por 100 mil habitantes⁽⁸⁻⁹⁾. No que tange à família, os estudos dão ênfase ao impacto do suicídio nos sobreviventes

enlutados, incluindo o surgimento ou exacerbação de conflitos que podem levar a rupturas conjugais e afetivas; o comprometimento dos recursos financeiros, principalmente se o papel que a pessoa falecida ocupava na família era de provedor; além de transtornos como ansiedade, depressão, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, entre outros. Constatase, por outro lado, uma lacuna em termos de subsídios para orientar a prática dos profissionais⁽⁸⁻¹⁰⁾ com estas famílias enlutadas, notadamente em relação às ações e estratégias de cuidado, ou seja, é uma lacuna importante em termos de posvenção⁽⁴⁾.

Na literatura internacional, embora se encontre um maior detalhamento das necessidades das famílias e dos recursos de apoio disponíveis, principalmente em países desenvolvidos como Estados Unidos, Austrália e Canadá, onde existem políticas e programas consolidados, os autores referem que as ações são geralmente de curto prazo e que os cuidados precisam ser qualificados no sentido de torná-los resolutivos, sensíveis, flexíveis e de longo prazo^(5,11-12).

Com base nessas considerações, direcionamos este estudo para os processos que sustentam a reestruturação da unidade familiar subsequente ao suicídio de um de seus membros, sem perder de vista que esta reestruturação depende do tipo de suporte que as famílias encontram desde o momento em que constatarem o suicídio até que consigam se recuperar. Algumas famílias podem não dispor dos recursos necessários para enfrentar esta situação adversa de forma efetiva. Em outras, entretanto, o suicídio de um de seus membros desencadeia não só um processo de luto, mas também de reorganização e reestruturação como unidade familiar, permitindo que seus integrantes acumulem uma bagagem de experiências para administrar outras adversidades posteriormente⁽¹²⁻¹³⁾.

Esta situação remete à concepção de resiliência familiar, a qual possibilita compreender a forma como a família enfrenta adversidades que impactam seu funcionamento, como a perda de um familiar por suicídio, e reestruturar-se como unidade funcional, apoiada em processos interacionais de comunicação, organização e seu próprio sistema de crença⁽¹³⁾. Os processos organizacionais envolvem, entre outros elementos, a flexibilidade para adaptar-se a novas situações e a conexão entre seus membros; enquanto que os processos de comunicação estão atrelados a expressão emocional aberta, com clareza e cooperação na resolução dos problemas; o sistema de crenças está vinculado ao arcabouço de crenças culturais e religiosas da família, que lhe permite extrair significados da adversidade, com uma perspectiva de confiança e esperança⁽¹³⁾. Trata-se de um conceito basal para melhor compreender como as famílias se (re)organizam a partir de experiências adversas que vivenciam e as transformam em aprendizado. Nesse sentido, tem potencial para

subsidiar a intervenção com essas famílias, visando ajudá-las a se reestruturar após o evento traumático.

O objetivo deste estudo é identificar os processos interacionais que permitem às famílias sobreviventes enfrentarem a morte por suicídio de um de seus membros, se reestruturarem como unidade e transformarem a experiência em aprendizado.

Método

Tipo de estudo

Estudo qualitativo, do tipo exploratório, que utilizou como referência teórica o conceito de Resiliência Familiar de Froma Walsh⁽¹³⁾, uma vez que este se aplica a estudos com famílias que experienciam situações adversas, com forte impacto em seu funcionamento, mas apesar do sofrimento que experimentam conseguem se reestruturar como unidade funcional e agregar experiência para enfrentar desafios, em etapas posteriores do seu ciclo vital.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Rio Grande-RS, Brasil, município onde, de acordo com o Sistema de Notificação, encontram-se altas taxas de suicídio, chegando a 11,55 por 100 mil habitantes, cujas causas mais frequentemente são a baixa condição econômica das famílias, o consumo de drogas ilícitas e os transtornos depressivos e de ansiedade^(10,14).

Período

Os dados foram coletados no período entre maio e agosto de 2022.

População do estudo

Participaram do estudo oito famílias, representadas por um ou dois de seus membros. Para localizá-las, inicialmente foi realizado um levantamento das Declarações de Óbito (DO) por suicídio, no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Serviço de Vigilância Epidemiológica do município, registradas entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021 (período em que os dados estavam disponibilizados para consulta). Este levantamento indicou que em 123 famílias havia ocorrido um caso de suicídio durante esse período.

Dados obtidos nos DO, como nome, data de nascimento do falecido e nome dos pais, possibilitaram localizar alguns parentes próximos e contactá-los através das redes sociais (*Facebook* e *Instagram*). Nesta etapa, foram contactadas 14 famílias, mas apenas três

aceitaram participar do estudo. Posteriormente, foi utilizado o Sistema de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande-RS (G-MUS) e foram localizados seis familiares que aceitaram o convite, mas somente três compareceram às entrevistas. Em uma terceira tentativa de ampliar a amostra, o G-MUS foi novamente acessado e foram localizados 11 familiares. Destes, somente dois concordaram participar do estudo. As famílias que recusaram participar justificaram pelo fato de já ter se passado muito tempo desde o suicídio e não mais desejarem reviver os sentimentos dolorosos que a perda lhes trouxe.

A amostra ficou constituída pelas informações de oito famílias, selecionadas de forma intencional, tendo por base os critérios: ter experienciado o suicídio de um familiar nos cinco anos anteriores ao início da coleta de dados; residir no município onde o estudo foi realizado; ter 18 anos ou mais para participar da entrevista. Como critério de exclusão, foi considerado o familiar encontrar-se em uma condição emocional que comprometesse a interação para realização das entrevistas ou para falar sobre o assunto. As oito famílias foram identificadas com um código formado pela letra "F" seguida de um numeral correspondente à ordem de realização das entrevistas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas privativamente, de forma presencial com sete famílias e com uma no formato *online*. Todas as entrevistas foram gravadas (em áudio) e conduzidas pela primeira e terceira autoras deste artigo, enfermeiras, doutorandas, residentes na região onde o estudo foi desenvolvido, integrantes de um grupo de pesquisa que trabalha com famílias em situação de vulnerabilidade e ambas com experiência prévia em coleta de dados qualitativos e sem contato prévio com os participantes.

Para guiar as entrevistas, utilizou-se um roteiro constituído de quatro partes. A primeira, destinada à obtenção de dados que caracterizam o informante, em relação a idade, sexo, escolaridade e parentesco com a pessoa que se suicidou. A segunda, voltada para a caracterização da família em termos de renda e principal provedor. A terceira parte abordava como o respondente e os demais membros da família vivenciaram a perda do familiar; o que o suicídio representou, ou ainda representa, na vida da família; o que ajudou a família a se reestruturar; as modificações que aconteceram no cotidiano da família após o suicídio; e como a família está organizada atualmente. A quarta parte investigou onde e/ou com quem os familiares procuraram ajuda antes, durante e após a pessoa ter se suicidado; os pontos

fortes da família; e os aprendizados que extraíram da experiência. Este roteiro foi previamente testado, sendo que não houve necessidade de alterações.

As entrevistas duraram em média duas horas e quarenta minutos. Com quatro famílias foram realizados dois encontros e com as demais, três encontros, totalizando 21 horas e 50 minutos de coleta de dados. A cada novo encontro, os participantes eram convidados a validar as informações sintetizadas. Todos foram convidados para a apresentação pública dos resultados, sendo que uma participante (F2) compareceu na ocasião.

Análises dos dados

Os dados foram submetidos à análise temática⁽¹⁵⁾, seguindo as etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados. Inicialmente, foram realizadas leituras sucessivas de todo o material gerado nas entrevistas, procurando identificar padrões e expressões significativas, que associavam a experiência do suicídio e elementos dos processos de resiliência familiar como coesão, flexibilidade, entre outros. Na segunda etapa, buscou-se apreender os sentidos integrados nas expressões identificadas anteriormente e criar agrupamentos. Posteriormente, o material foi reagrupado em quatro núcleos temáticos, utilizando como critérios uma dimensão temporal e o sentido atribuído pelo participante à perda do familiar por suicídio. Cinco pesquisadores, em diferentes momentos, participaram do processo de análise que foi conduzido a partir de discussões presenciais e no formato *online*, sem discordâncias.

Aspectos éticos

O estudo recebeu certificação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande (Parecer: 5.037.888) e do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, sob parecer 13/2022. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Sete famílias que participaram deste estudo foram representadas por um de seus membros e uma (F6) teve dois representantes: a mãe e o padrasto. Entre as pessoas que cometeram suicídio, apenas uma era do sexo feminino (F8); a maioria escolheu o enforcamento como meio de pôr fim a vida (F2, F3, F4, F5, F6, F7 e F8), e somente a F1 foi por intoxicação medicamentosa. As pessoas da F2 e F6 que morreram tinham diagnóstico de esquizofrenia; depressão (F4 e F8) e epilepsia (F1); cinco faziam uso de drogas ilícitas, incluindo cocaína e *crack* (F1, F2, F4, F5, F7 e F8) e maconha (F6); três faziam uso abusivo de álcool (F4, F6 e F7).

O tempo transcorrido desde o suicídio até a coleta de dados variou de sete meses (F4 e F6) a quatro anos (F8). Nas demais, foi um ano (F3), dois anos (F2 e F7) e três anos e meio (F1 e F5). Outros dados que caracterizam os participantes estão apresentados na Figura 1.

Características sociodemográficas								
Código	Parentesco com a vítima	Idade (anos)	Sexo	Status conjugal	Raça/Cor	Religião	Ocupação	Escolaridade
F1	Mãe	40	F ⁺	Casada	Preta	Testemunha de Jeová	Diarista	Ensino Médio
F2	Irmã	30	F ⁺	Casada	Branca	Espírita	Do lar	Ensino Fundamental II
F3	Primo	24	M ⁺	Solteiro	Branca	Católico	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Superior Completo
F4	Esposa	38	F ⁺	Viúva	Preta	Evangélica	Confeiteira	Ensino Médio
F5	Irmã	27	F ⁺	União Estável	Preta	Umbandista	Desempregada	Ensino Fundamental II
F6-1	Mãe	66	F ⁺	União Estável	Preta	Católica	Aposentada e Cuidadora	Ensino Médio
F6-2	Padrasto	58	M ⁺	União Estável	Preta	Católico	Aposentado	Ensino Fundamental I
F7	Esposa	39	F ⁺	Viúva	Parda	Macumbeira [§]	Motorista de Aplicativo	Ensino Médio
F8	Esposa	44	F ⁺	Viúva	Branca	Espírita	Chapista	Ensino Médio

*n = Participantes; ⁺F = Feminino; ⁺M = Masculino; [§]Termo utilizado pela participante

Figura 1 - Características sociodemográficas dos participantes (n* = 9). Rio Grande, RS, Brasil, 2022

Os resultados deste estudo são apresentados em quatro núcleos temáticos: (1) *O suicídio como um ato que impacta e extrapola a compreensão*; (2) *A culpa partilhada*; (3) *Sentimentos sobrepostos diante da morte por suicídio*; e (4) *Ensinaamentos a partir da experiência*. O primeiro retrata o impacto que a constatação do suicídio provocou individualmente nos membros da família e no grupo como um todo. Os núcleos dois e três mostram os sentimentos mobilizados nos familiares, incluindo a dor pela perda, sobreposta com raiva, alívio e culpa, esta última partilhada com outras pessoas e os serviços sociais e de saúde; o quarto núcleo aborda os ensinamentos que a experiência propicia.

O primeiro núcleo temático, *O suicídio como um ato que impacta e extrapola a compreensão*, mostra as reações de pesar, desespero e perplexidade que os familiares tiveram quando se depararam com o suicídio consumado. As oito famílias descreveram a experiência como trágica e referem que não conseguem entender as razões que levaram a pessoa a tomar uma decisão tão extrema.

Embora para algumas famílias o suicídio fosse uma possibilidade presente no dia a dia, elas se referem ao momento da constatação como inesperado, uma vez que haviam tomado medidas que consideravam preventivas. Na F1, a mãe retirou do alcance do filho objetos que poderiam ser utilizados para enforcamento (cordas), entretanto, ele se suicidou por intoxicação medicamentosa; na F2, a irmã refere que internou o irmão em um hospital psiquiátrico, onde considerava que ele estaria em segurança. Na F6, a mãe procurava estar sempre atenta às alterações na rotina do filho, que morava no mesmo pátio, mas só descobriu o suicídio dois dias após ter sido consumado.

Os depoimentos a seguir mostram o impacto da descoberta do suicídio: *Por ter sido pelo suicídio acho que foi um baque, porque ninguém está preparado para ter um episódio desses na família* (F3); *Eu abri a porta e ele estava ali: o corpo pendurado. Imagina! Eu entrei em desespero* (F4); *Eu pensava: ele não tem onde colocar uma corda, não tenho nada disso em casa, no quarto dele também não tem... Mas ele já tinha planejado o que fazer. Ele tomou todo o estoque de gardenal dele que eu tinha em casa* (F1); *Todo dia de manhã antes de ir trabalhar, eu ia até a porta dele e olhava, eu via a luz acesa, a porta aberta e eu achava que estava tudo bem... Quando eu via a porta fechada é que eu tinha medo de que ele fosse fazer alguma coisa. Passou dois dias que eu não o vi... mas ele já estava lá pendurado* (F6).

O segundo núcleo temático, *A culpa partilhada*, retrata o sentimento de culpa experimentado diante do suicídio cometido por um de seus entes. Este sentimento é expresso pelo familiar de um modo que atribui a contribuição de cada pessoa para o desfecho, semelhante a um processo de partilha, envolvendo três perspectivas:

a culpa do próprio participante; a culpa atribuída às outras pessoas do convívio de quem se suicidou e a culpa computada aos serviços sociais e de saúde, por meio dos quais buscavam ajuda.

Os participantes referem que, de alguma maneira, eles próprios contribuíram para o suicídio do familiar, seja por não terem percebido os sinais de que a pessoa não estava bem, seja por não terem tomado atitudes concretas capazes de evitar a morte, e ainda, por não terem se envolvido mais na vida da pessoa que faleceu e consequentemente, não terem a ajudado de forma efetiva.

A segunda perspectiva atribui a culpa a outras pessoas que, segundo a avaliação do participante, contribuíram significativamente para a decisão de o familiar acabar com sua vida. Esta situação é geralmente caracterizada pelo distanciamento físico e emocional de pessoas significativas como pai, mãe e companheiros(as), seja porque priorizavam o trabalho, seja porque deliberadamente escolheram reduzir o contato para evitar conflitos principalmente associados ao uso de drogas e violência.

A terceira perspectiva envolve os serviços sociais e de saúde aos quais a pessoa que se suicidou estava ligada. As oito pessoas que cometeram suicídio eram dependentes de drogas ilícitas ou tinham diagnóstico de transtorno mental e, de alguma forma, estavam vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) local, ou aos serviços de segurança pública. Entretanto, a morosidade do atendimento nesses serviços fez com que a família só conseguisse o encaminhamento para internação depois do suicídio consumado. *Eu fiz [o registro de ocorrência] só que não adiantou! Tanto que agora é que estão chegando os papéis dele para internar... Agora querem audiência! Vão fazer audiência sem ele aqui? Eu acho que se eles tivessem feito alguma coisa, ele estaria aqui até hoje* (F5). *Ele [a pessoa que se suicidou] passou a noite toda indo na casa do irmão pedir dinheiro e na última vez que ele foi pedir, negou o dinheiro. Não deu meia hora depois a gente ligou avisando que ele estava morto. O irmão se sentiu culpado por não ter dado e isso ele carrega com ele até hoje* (F5).

O sentimento de culpa foi referido pelas oito famílias e sua intensidade variou ao longo do tempo, influenciado pela história vivida anteriormente com a pessoa que morreu; a maneira como os familiares processam a dor; suas crenças e valores.

O terceiro núcleo temático, denominado: *Sentimentos sobrepostos diante da morte por suicídio*, refere-se ao sentimento de dor pela perda, ao qual se somam outros, como o de fracasso na tarefa de cuidar e proteger, mais acentuado quando o vínculo de parentesco era pai/mãe e filho, ou irmãos. Inclui, também, raiva e desejo de vingança, direcionados a outras pessoas que acreditam ter contribuído de forma negativa para o desfecho trágico, como nas

relações que envolvem usuários de drogas e traficantes. Inclui, ainda, o sentimento de alívio que experimentam porque, com a morte, encerram um ciclo de relações violentas. Esses sentimentos se manifestam de forma concomitante com a dor pela perda e são influenciados pelos vínculos que mantinham com a pessoa que morreu; com a história vivida com o falecido e com o tempo transcorrido desde a morte por suicídio, como mostram os fragmentos de fala a seguir: *Ele [o pai] entende que falhou, mas é como ele diz: ele viajou! Mas ele entende que falhou e faltou conversar, porque se tu não conversa com teu filho em casa, ele vai procurar os da rua para conversar (F1); No meu caso, ao mesmo tempo, foi dor, mas, também, foi um alívio. Não por eu ter me livrado da pessoa, mas porque havia ameaças, havia perseguição (F7); Um dia que foi bom para mim, foi quando mataram o traficante que aliciava meu filho. Esse foi o melhor dia para mim! Porque eu vou chorar, mas a mãe dele vai chorar também. A gente não deve desejar isso para os outros, mas é um momento de revolta (F1).*

Os participantes das famílias F1, F2, F4, F5, F6-1, F6-2 e F8 referem que os primeiros momentos após o ocorrido são de extrema dor, como caracterizado na fala de uma mãe: *A sua dor não vai passar! Isto você vai carregar todos os dias contigo. Você vai acordar de manhã e vai pensar na pessoa e sentir a falta dela (F1).*

O quarto núcleo temático, *Ensinaamentos a partir da experiência*, mostra que o suicídio consumado passa a ser um marco, integrado na bagagem de experiências das famílias, com capacidade de promover mudanças na dinâmica e no comportamento de seus integrantes. Dentre os ensinamentos referidos pelos participantes estão a necessidade de priorizar a convivência familiar; realizar ajustes na rotina para amenizar a dor e a saudade; aprender a manejar os próprios sentimentos de dor, culpa, raiva; e preservar e valorizar os aspectos positivos da relação com a pessoa que morreu.

Esses ensinamentos assumem papel relevante no processo de reestruturação familiar, com os sobreviventes sentindo-se mais competentes para prevenir ou reduzir a possibilidade de recorrência de suicídio em outros membros da família. Da mesma forma, auxiliam a família a (re)criar uma nova maneira de se relacionar com a perda e a ausência da pessoa que faleceu, como apontam as falas a seguir: *É aprender com a morte para melhorar (F1); A dor não dura para sempre... a gente aprende a viver e se apegar em tudo que era bom, porque o que era bom conforta e ajuda a seguir em frente (F2) Eu consegui parar de me culpar e de me perguntar: onde eu falhei? o que eu fiz? por que eu fui egoísta? Eu resolvi naquele momento dar um basta. São muitas perguntas que não tem respostas! Já não tem volta! mas eu quero viver, então não vou me anular (F7); Eu estou aqui hoje [na entrevista] porque eu gostaria de entender melhor as coisas para ajudar a minha filha. Sabe! ela tentou suicídio cinco vezes (F8).*

Discussão

O suicídio de uma pessoa próxima, como um filho, um pai, um irmão, ou companheiro(a), provoca na unidade familiar uma gama de reações e sentimentos de dor e desespero, além de outros concomitantes de culpa, raiva e alívio, como foi mostrado nos quatro núcleos que retratam os resultados deste estudo. São sentimentos difíceis de conviver, que persistem por um tempo variável para cada pessoa, até um desfecho de reestruturação.

Embora nem todas as famílias que vivenciam uma perda por suicídio consigam se reestruturar como unidade funcional, aquelas que conseguem fazê-lo demonstram algumas características da resiliência familiar. Dentre essas, a presença de um contexto adverso marcado por dor, sofrimento e desespero⁽¹³⁾, como mostra o primeiro núcleo. Principalmente quando constataram o suicídio, as famílias referiram que o desespero se manifestou juntamente com o questionamento acerca do porquê a pessoa colocou fim à sua vida. Entretanto, nossos resultados mostram que, à medida que o tempo passa, esses sentimentos vão assumindo novos contornos e os familiares recriam maneiras de se relacionar com a perda e a ausência.

Um estudo realizado na Suécia com famílias sobreviventes corrobora os presentes resultados, demonstrando que, mesmo cientes da condição de saúde mental do familiar querido e do expresso desejo, o desejo de morrer, eles acreditavam que o suicídio não seria consumado. Relataram estado de choque com dificuldade de executar as tarefas que a situação exigia⁽¹⁶⁾.

Notadamente, quando o suicídio ocorre na própria residência, são geralmente os familiares que primeiramente encontram o corpo e, nestes casos, a violência desta revelação traz uma sobrecarga emocional adicional para os sobreviventes⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, semelhante ao que foi referido por sete famílias do nosso estudo que passaram pela mesma experiência.

Outro estudo sobre a percepção de crianças com menos de seis anos sobre o suicídio de seus pais mostrou que estas se sentiram confusas não exatamente com o suicídio, mas com as reações emocionais dos adultos diante do ocorrido. Muitas delas relataram dificuldade para compreender o que realmente aconteceu⁽¹⁹⁾.

A constatação do suicídio é, sem dúvida, um momento crítico, dependendo das condições em que a morte ocorreu, o que demanda maior atenção à família, incluindo todos os seus membros, de qualquer idade. Nesta situação, é importante não perder de vista que as interações entre os membros da família, com amigos e com os serviços de saúde podem fornecer o apoio de que necessitam, confirmando ser a resiliência moldada em uma rede de relacionamentos e experiências.

Com relação aos sentimentos de culpa que o suicídio de um familiar gera, é importante destacar que estes, mesmo sendo partilhados, não são excludentes. Sentir-se culpado por acreditar que não desempenhou suficientemente bem seu papel de cuidador(a) não exclui a responsabilização dos serviços pela negligência ou a influência de terceiros. É difícil que uma família não se sinta culpada em relação à morte de seu ente querido⁽²⁰⁻²¹⁾, mesmo quando isto é uma probabilidade reconhecida. Especialmente os pais da pessoa que se suicidou costumam responsabilizar-se pela decisão do filho de acabar a vida⁽²²⁾ e, nestes casos, a partilha da culpa pode, de alguma maneira, aliviar o sentimento de vergonha e fracasso no desempenho de seu papel de proteção. Entretanto, o compartilhamento da culpa não elimina a própria culpa.

Embora partilhar possa trazer alívio, autores recomendam atenção, pois a culpa não deve se prolongar a ponto de comprometer a retomada da rotina familiar⁽²³⁾. Por outro lado, compartilhar os sentimentos em grupos de apoio, com outras pessoas que já passaram pela experiência, também ajuda a compreender melhor os fatores que contribuíram para o suicídio e, conseqüentemente, no processo de enfrentamento e reorganização familiar. Nesse sentido, o grupo de apoio aos familiares constitui-se em um espaço onde aprendem a administrar a autculpa, reconhecer suas necessidades e descobrir estratégias para manejar o luto⁽²⁴⁾. Em síntese, vivenciar, partilhar e compartilhar a culpa, enquanto processam seus próprios sentimentos, pode auxiliar no processo de reorganização familiar, inclusive promovendo mudanças no funcionamento da família⁽²³⁾.

A terceira categoria mostra que a morte por suicídio abre espaço para a emergência de outros sentimentos além da dor pela perda, os quais nem sempre são considerados apropriados do ponto de vista social e cultural, para o momento. Trata-se do sentimento de frustração por não ter sido um pai “suficientemente” bom, capaz de proporcionar ao filho o desejo de viver. Esse sentimento, expresso claramente por F1 e F2, é corroborado por outros autores que se referem a esse sentimento de vergonha que leva os pais a isolarem-se socialmente, podendo desenvolver transtornos na saúde física e mental e chegar até tentativas de suicídio. A literatura refere que este comportamento é mais forte entre familiares de primeiro grau e mais frequente nos pais do que nas mães^(23,25).

Outro sentimento sobreposto à dor pela perda é a raiva, mais frequentemente dirigida à pessoa que morreu por ter abandonado os que ficaram; ou direcionada a si por não ter impedido a morte⁽²⁰⁻²¹⁾ ou, ainda, a

Deus e outras forças incontroláveis, pela incapacidade de explicar o suicídio⁽²⁶⁾. Um estudo refere-se à raiva voltada aos profissionais de saúde que cuidavam do falecido⁽²⁷⁾. Este estudo evidenciou a raiva associada a outras pessoas envolvidas com o uso e o tráfico de drogas, em um cenário em que cobrança de dívidas e ameaças à família foram determinantes para a decisão de colocar fim à vida. Nestas situações, além do sentimento de raiva, manifestava-se um desejo de vingança e culpa adicional por não ter evitado que o filho trilhasse o caminho da dependência.

Já o sentimento de alívio sobreposto ao de dor pela perda manifestou-se nas famílias nas quais o relacionamento com a pessoa que se suicidou era de natureza abusiva. Nestes casos, coerente com a literatura, a morte foi um meio de interromper um ciclo de violência⁽²⁸⁾. Da mesma forma, o sentimento de alívio surge quando a morte põe um ponto final no sofrimento de pessoas com doenças incapacitantes ou mutilantes⁽²⁷⁾. E, ainda, quando há preocupação com a segurança e o bem-estar do ente querido, geralmente nas situações que envolvem uso e tráfico de drogas. Nestas situações, com o decorrer do tempo, as famílias encontram um “novo normal” e até mesmo a motivação para ajudar outras pessoas que enfrentam situações semelhantes⁽²⁹⁾.

O quarto núcleo temático retrata uma etapa mais avançada do processo de enfrentamento vivenciado pelas famílias de nosso estudo. Neste, é possível visualizar com nitidez alguns elementos dos processos que ajudam as famílias a superar a dor pela ausência do falecido, tais como: agregar um novo sentido à perda; revisar e reconstruir as relações intrafamiliares, estabelecendo maior coesão entre seus membros; e reconstruir o estilo parental, especificamente nos casos em que o vínculo de parentesco era de pais e filhos.

Autores referem que a família se reorganiza, frequentemente com revisão dos papéis de cada um de seus membros e das responsabilidades parentais⁽²⁹⁻³⁰⁾, o que aporta uma bagagem de experiência e habilidades para melhor cuidar de si e dos outros. Além disso, chamam atenção para o fato de que preservar as boas lembranças da relação com a pessoa que morreu ajuda na ressignificação da experiência vivida e na preservação da dignidade do ente querido⁽¹²⁾. Assim, na medida em que o tempo passa, a necessidade de encontrar justificativas para o suicídio ocorrido vai diminuindo e abrindo espaço para outras interações familiares⁽³⁰⁻³¹⁾.

Como contribuição deste estudo, destaca-se que focalizar os processos interacionais que sustentam a reestruturação das famílias que vivenciaram a perda de um familiar por suicídio redireciona a ótica que as

estigmatiza como problemáticas ou desestruturadas, para as potencialidades destas famílias para enfrentar a situação, se fortalecer e aprender com a experiência. Contribui, também, para alertar que a morte da pessoa “cadastrada no serviço” não encerra a responsabilidade com o cuidado da família enlutada, o que é relevante se considerarmos os altos índices de suicídios e tentativas de suicídio entre pessoas com histórico familiar de tentativas prévias. Nesta situação, cuidar da família enlutada é uma ação preventiva.

Quanto às limitações, cabe destacar o fato de este estudo ter sido realizado com uma amostra reduzida e ter incluído nas entrevistas apenas representantes das famílias enlutadas, o que limitou a identificação dos processos interacionais mobilizados pelos demais segmentos da família.

Conclusão

A perda de um familiar por suicídio é uma experiência que pode comprometer a unidade familiar se seus membros não encontrarem apoio para resolver os problemas que a situação faz emergir. Com este estudo, foi constatado que a intervenção junto às famílias sobreviventes pode abreviar o tempo necessário para sua reestruturação e que a Atenção Primária à Saúde é a instância na qual ações de cuidado podem ser implementadas de forma efetiva, tendo em vista a facilidade para as equipes identificarem-nas e acessarem-nas.

Nesse contexto, os enfermeiros e demais profissionais da saúde precisam definir as ações de cuidado a partir de avaliações repetidas da repercussão do suicídio na família como um todo e sobre seus membros individualmente; da identificação das dimensões da vida familiar mais comprometidas; das necessidades individuais e familiares; e da mobilização dos processos interacionais de comunicação e organização, os quais favorecem, entre outras coisas, compartilhar a dor e os sentimentos, muitas vezes, contraditório de culpa, raiva e fracasso, entre os membros da própria família, ou com grupos de apoio; além da reorganização da família na totalidade, reconfigurando o lugar e o papel de cada um de seus integrantes. É importante destacar que o cuidado da família sobrevivente não elimina a necessidade de cuidado individualizado de seus membros, uma vez que as pessoas reagem influenciadas pelos vínculos e as histórias que tinham com a pessoa que faleceu.

Agradecimentos

Agradecemos aos familiares sobreviventes de suicídio que participaram do estudo, possibilitando captar os significados atribuídos após a perda de um ente querido.

Referências

1. World Health Organization. WHO policy brief on the health aspects of decriminalization of suicide and suicide attempts [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Feb 19]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/372848>
2. Entilli L, De Leo D, Aioli F, Polato M, Gaggi O, Cipolletta S. Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors. *Omega (Westport)*. 2023;87(2):534-53. <https://doi.org/10.1177/00302228211024112>
3. Norwegian Institute of Public Health. Suicide and suicide attempts in Norway – Public Health Report [Internet]. Oslo: NIPH; 2023 [cited 2024 Jul 19]. Available from: <https://www.fhi.no/en/he/hin/mental-health/suicide/>
4. Dantas ESO, Bredemeier J, Amorim KPC. Survivors bereaved by suicide and the possibilities of postvention within Brazilian public health. *Saude Soc [Internet]*. 2022 [cited 2024 Jul 19];31(3):e210496en. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210496en>
5. McDaniel BM, Daly P, Pacheco CL, Crist JD. Experiences With Suicide Loss: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res*. 2022;1;31(8):1491-9. <https://doi.org/10.1177/10547738221119344>
6. Silva AMD, Prado LV, Queiroz MS, Viana LJ, Cajado FJL. Suicide: The Family and the Psychological Impacts of the Bereaved. *ID on line Rev Psicol [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jul 27];17(65):431-44. Available from: <https://doi.org/10.14295/online.v17i65.3692>
7. Pitman A, McDonald K, Logeswaran Y, Lewis G, Cerel J, Erlangsen A. Proportion of suicides in Denmark attributable to bereavement by the suicide of a first-degree relative or partner: Nested case-control study. *Acta Psychiatr Scand [Internet]*. 2022 [cited 2024 Aug 4];146(6):529-39. Available from: <https://doi.org/10.1111/acps.13493>
8. Lavall E, Susin P, Reif KS, Santos HP, Schneider JF, Boni FG, et al. Experiences lived by family members of people who committed suicide: approach to biographic narratives. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2023 [cited 2024 Aug 4];43:e20220228. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220228.en>
9. Soares FC, Stahnke DN, Levandowski ML. Trends in suicide rates in Brazil from 2011 to 2020: special focus on the COVID-19 pandemic. *Rev Panam Salud Publica [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jul 19];46:e212. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.212>
10. Sena RMC, Izidoro J Junior, Soares LRA, Ferreira DA, Monteiro PMF. Reports on the loss of relatives by suicide: a qualitative study. *Conjecturas [Internet]*. 2022 [cited 2024 Jul 19];22;22(16):214-22. Available from: <https://doi.org/10.53660/CONJ-1985-MP15>

11. Vatne ME, Nåden D, Lohne V. Caring for family members following suicide: Professionals' experiences of responsibility. *Nurs Ethics* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];30(3):394-407. Available from: <https://doi.org/10.1177/09697330221136631>
12. Zavrou R, Charalambous A, Papastavrou E, Koutrouba A, Karanikola M. Trying to keep alive a non-traumatizing memory of the deceased: A meta-synthesis on the interpretation of loss in suicide-bereaved family members, their coping strategies and the effects on them. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];30(2):182-207. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpm.12866>
13. Walsh F. *Complex and Traumatic Loss: Fostering Healing and Resilience*. 1. ed. New York, NY: Guilford Press; 2023. 272 p.
14. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Gestão da Tecnologia de Informação. *Violência interpessoal (SINAN)/Suicídio (SIM)* [Homepage]. Porto Alegre: SESRS; 2024 [cited 2024 Jul 19]. Available from: http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%Aancia
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
16. Hultsjö S, Ovox SM, Olofsson C, Bazzi M, Wärdig R. Forced to move on: An interview study with survivors who have lost a relative to suicide. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];58(4):2215-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9790501/>
17. Suija K, Rooväli L, Aksen M, Pisarev H, Uusküla A, Kiivet RA. Coping with suicide loss: a qualitative study in primary health care. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];25;23:e41. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.13049>
18. Silva AP Junior, Silva FJG Júnior, Sales JCS, Monteiro CFS, Miranda PIG. Suicide prevention and postvention strategies in the times of the Covid-19 pandemic. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];4;27:e230181. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.230181>
19. Cutrer-Párraga EA, Cotton C, Heath MA, Miller EE, Young TA, Wilson SN. Three Sibling Survivors' Perspectives of their Father's Suicide: Implications for Postvention Support. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];31(7):1838-58. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02308-y>
20. Levi-Belz Y. Interpersonal facilitators of complicated grief and depression in the aftermath of suicide loss: The mediated roles of suicide-related shame and guilt. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 19];53(4):680-91. Available from: <https://doi.org/10.1111/sltb.12973>
21. Levi-Belz Y, Ben-Yaish T. Prolonged Grief Symptoms among Suicide-Loss Survivors: The Contribution of Intrapersonal and Interpersonal Characteristics. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10545. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710545>
22. Brown HL, Selbe SM, Flesaker M, Rosellini AJ, Maple M, Gradus JL, et al. The impact of relationship type and closeness on mental health following suicide loss. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 19];54(3):479-88. Available from: <https://doi.org/10.1111/sltb.13063>
23. Nilsson C, Blomberg K, Bremer A. Existential loneliness and life suffering in being a suicide survivor: a reflective lifeworld research study. *Int J Qual Stud Health Wellbeing*. 2022;31;17(1):2122157. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2122157>
24. Lee E. Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];19(5):2969. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052969>
25. Mathieu S, Todor R, De Leo D, Kölves K. Coping Styles Utilized during Suicide and Sudden Death Bereavement in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 19];19(22):14709. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214709>
26. Chakraborty S, Halder S. Psychological Sequelae in Suicide Survivors: A Brief Overview. *Indian J Soc Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 19];34(2):105. Available from: https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_57_17
27. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 19];13;8(1):e019472. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>
28. Kreuz G, Antoniassi RPN. Support group for suicide survivors. *Psicol Estud* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 19];25:e42427. Available from: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.42427>
29. Villazor J, Guzman RD. More than Grief and Resilience: The Posttraumatic Growth of Grieving Parents by Suicide in Bataan, Philippines. *J Educ Manag Dev Stud* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 4];2(1):1-12. Available from: <https://doi.org/10.52631/jemds.v2i1.58>
30. Kaspersen SL, Kalseth J, Stene-Larsen K, Reneflot A. Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet].

2022 [cited 2024 Aug 4];19(16):10016. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610016>

31. Chen Y, Laitila A. Longitudinal Changes in Suicide Bereavement Experiences: A Qualitative Study of Family Members over 18 Months after Loss. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 4];9;20(4):3013. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043013>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Carl Lacharité.

Obtenção de dados: Elena Bustos Alfaro, Kateline Simone Gomes Fonseca. **Análise e interpretação dos**

dados: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Carl Lacharité, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva. **Redação do manuscrito:** Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Carl Lacharité, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual**

importante: Elena Bustos Alfaro, Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Carl Lacharité, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva. **Outros (Discussão dos resultados):** Mara Regina Santos da Silva, Kateline Simone Gomes Fonseca, Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho, Ariana Sofia Barradas da Silva.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Todos os dados gerados ou analisados durante este estudo estão incluídos neste artigo publicado.

Recebido: 27.08.2024

Aceito: 02.03.2025

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Kateline Simone Gomes Fonseca

E-mail: kekysskate@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2850-0352>