

# A DOR DE QUEM FICA: DEPRESSÃO EM FAMILIARES DE SUICIDAS E SUAS FORMAS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

CAMILA IÊDA SILVA DE ANDRADE<sup>1</sup>

BÁRBARA ALLANA FERREIRA CABRAL<sup>2</sup>

DÉBORAH PIMENTEL<sup>3</sup>

## RESUMO

O aumento da prevalência de suicídios em nosso meio suscita uma atenção especial aos familiares e cônjuges que sofreram a perda e que, possivelmente, enfrentam intenso sofrimento após a morte trágica do familiar. Sabe-se que a morte natural já promove grandes repercussões na dinâmica da família. Além do sofrimento pela perda, leva a alterações da estrutura estabelecida e exige uma readaptação do núcleo familiar à nova realidade. No entanto, quando se trata do suicídio, além do processo de luto e das perdas inerentes a uma morte, os familiares podem apresentar sentimentos como culpa, negação, vergonha dos julgamentos e sensação de vulnerabilidade ao suicídio. Esses sentimentos, quando não trabalhados, podem repercutir na saúde mental dos enlutados, tornando-se fator de risco para depressão e novos suicídios. O propósito deste estudo foi identificar a prevalência de depressão em familiares de suicidas que cometeram o ato entre 2013 e 2017 em Aracaju - Sergipe, além de reconhecer o perfil sociodemográfico desses familiares e verificar as estratégias de enfrentamento de problemas por eles utilizadas. O estudo constatou baixa prevalência de depressão nos enlutados, apesar da presença de sintomas depressivos em muitos familiares. Quanto ao enfrentamento do estresse associado ao suicídio, o suporte social configurou-se a principal estratégia utilizada. Foi identificado também que poucos eram aqueles que tinham acompanhamento psicológico, constatando que ainda são escassas as estratégias de posvenção em nosso meio.

**Palavras-chave:** Suicídio. Depressão. Luto. Adaptação psicológica.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de medicina da Universidade Tiradentes. Email: camilasandrademed@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de medicina da Universidade Tiradentes. Email: babiicabrall@gmail.com

<sup>3</sup> Mestre e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Docente do curso de medicina da Universidade Tiradentes e UFS. Email: deborah@infonet.com.br

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio integra um conjunto de comportamentos que envolvem desde os pensamentos de autodestruição até a concretização do ato suicida e entre esses dois extremos estão as ameaças e as tentativas de suicídio. Já considerado um problema de saúde pública, o suicídio se configura, na maioria dos países, como uma das principais causas de morte e como a segunda causa mais frequente de óbito em adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2017; KRUGER; WERLANG, 2010).

No Brasil não é diferente, em média 11.000 pessoas tiram a própria vida por ano e é o suicídio a quarta principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos de idade. Dados do Ministério da Saúde apontam a ocorrência de 48.204 casos de tentativas de suicídio no Brasil no período de 2011 a 2016. Além dos casos que tem como desfecho o óbito, existem as tentativas de suicídio que já integram a lista de doenças e agravos de notificação compulsória e cujos números são ainda mais altos (BRASIL, 2017).

Estudo realizado em Sergipe que objetivou analisar o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado, no período de abril de 2014 a abril de 2015, evidenciou que das 2.157 mortes violentas, 62 foram por suicídio, sendo o enforcamento o meio mais utilizado. Aracaju, capital sergipana, apresentou a maior ocorrência, com 19 casos no período (JESUS, 2016).

Apesar dos números alarmantes, a sociedade ainda fecha os olhos para esse problema e, mesmo diante da crescente discussão sobre o assunto, ainda existe um preconceito embutido na sociedade e uma ideia de que falar sobre o tema levará a novos casos. Na verdade, um discurso responsável sobre o suicídio, atua mais como fator de prevenção do que como provocador do fenômeno e pode, inclusive, ser contrário aos fatores causais (BRASIL, 2017). O preconceito existente dificulta tanto a prevenção de mortes semelhantes, quanto esconde o sofrimento daqueles que mais são abalados pelo suicídio: os familiares (MIRANDA, 2014).

A morte de um ente querido representa um marco difícil de ser enfrentado sem repercussões na saúde mental de familiares e cônjuges. É um processo fisiologicamente estressante, porém um acontecimento que será enfrentado por

praticamente todas as pessoas. Apesar do conhecimento sobre a inevitabilidade da morte, poucos estão preparados para enfrentar situações de perda, podendo o processo de luto ser doloroso, prolongado e impactar profundamente na saúde física e mental dos familiares. A partir do momento em que se observa que o luto está levando a repercussões na saúde como depressão, ansiedade, abuso de álcool, de drogas e de medicamentos, desejos ou tentativas de suicídio, caracteriza-se o luto como complicado e percebe-se a urgente necessidade de suporte, seja ele social, psicológico ou religioso, para o processo de enfrentamento do problema de forma saudável (NUNES et al., 2016).

Em se tratando do suicídio, o fato de a morte acontecer de forma violenta, representando na maioria das vezes o desejo em acabar com o sofrimento vivido, suscita nos familiares uma situação ainda mais perturbadora (TAVERNA; SOUZA, 2014). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que para cada suicídio, surgem consequências emocionais, sociais e econômicas diretamente, em cerca de cinco a seis pessoas próximas ao falecido (OMS, 2000). Sentimentos de culpa, impotência e autoacusação, associados a intenso sofrimento psíquico e sintomas de depressão, ansiedade e trauma são recorrentes nesses enlutados (NUNES et al., 2016).

O episódio depressivo, considerado uma das complicações desse processo, é caracterizado pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V) como a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas por pelo menos duas semanas: humor deprimido; anedonia; alterações de peso ou de apetite não associados à dieta; alterações do sono; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; sentimentos de culpa excessivos; dificuldade na concentração e na tomada de decisões; e pensamentos de morte, ideação ou tentativa de suicídio. Para caracterização da depressão, os sintomas não devem estar associados ao uso de substâncias ou a outra condição clínica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Diferente da versão anterior do DSM, que considerava o tempo de luto de dois anos como critério de exclusão para o diagnóstico do episódio depressivo maior, o DSM-5 permite que a critério clínico, considerando as características do indivíduo e as normas culturais que este está inserido, o diagnóstico possa ser estabelecido mesmo no período que se segue à perda do ente querido. Essa

abordagem mais agressiva é polêmica, e se por um lado permite que indivíduos com intenso sofrimento psíquico possam receber a atenção adequada, incluindo o tratamento medicamentoso quando indicado, por outro pode levar a considerar como patológico, estados meramente adaptativos (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Diante da série de repercussões acima citadas, das exigências e demandas externas e internas secundárias ao ato suicida, os familiares podem se utilizar de diversas estratégias de enfrentamento, ou seja, esforços cognitivos e comportamentais visando amenizar o efeito estressante desencadeado pelo suicídio. A escolha da estratégia a ser utilizada é dependente do repertório interno do indivíduo e do reforço positivo ou negativo associado ao uso dessas estratégias em experiências anteriores (LIMA; TENÓRIO, 2017; TELLES; PIMENTA, 2009; MEDEIROS; PENICHE, 2006).

Percebe-se, portanto, que famílias inseridas no contexto suicida necessitam de atenção e assistência para que os sentimentos associados ao processo de luto possam ser trabalhados e as estratégias de enfrentamento possam ser utilizadas de forma benéfica. A busca pelo processo adaptativo à nova realidade deve ser atingida de forma a não prejudicar a saúde mental dos familiares e assim não perpetuar o ciclo de depressão e suicídio na família (KRUGER; WERLANG, 2010).

A relevância do presente estudo se dá na medida em que busca instigar uma análise mais ampla sobre o suicídio, de forma a abranger também os familiares enlutados. Percebe-se que, apesar do crescente número de estudos relacionados ao suicídio, são escassos os artigos e discussões acerca da saúde mental dos seus familiares e inexistem estudos sob esse enfoque em Sergipe. Diante do exposto, este estudo se propõe a identificar a prevalência de depressão em familiares de suicidas que cometeram o ato entre 2013 e 2017 em Aracaju - Sergipe, além de reconhecer o perfil sociodemográfico desses familiares e verificar as estratégias de enfrentamento de problemas por eles utilizadas.

## **2 METODOLOGIA**

A presente pesquisa é do tipo exploratória, transversal, quantitativa e analítica. A população compreendeu os familiares e cônjuges de 171 suicidas cujo

óbito ocorreu no período de 2013 a 2017, em Aracaju, capital de Sergipe, alfabetizados, maiores de 18 anos, sem doença física ou mental que limitasse a compreensão de perguntas ou respostas. A coleta foi realizada nas residências dos mesmos, no período de junho e julho de 2018. O endereço foi concedido pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o exposto no atestado de óbito.

Assim que localizados, os familiares foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, diante do aceite a participação, os questionários eram aplicados no mesmo momento ou marcado horário mais oportuno. A abordagem inicial envolveu apresentação pessoal das pesquisadoras, confirmação da *causa mortis*, nome e endereço do morto e a relação de parentesco com o familiar, breve descrição da pesquisa e convite à participação. Em caso de aceitação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após a assinatura, iniciada a coleta.

Entre as famílias de suicidas, 75 não foram localizadas por mudanças de endereço ou endereço incompleto; 48 moravam em áreas marginalizadas, na periferia da cidade, cujo acesso representava periculosidade e risco para as pesquisadoras; e a amostra final foi composta por 37 familiares que concordaram em participar do estudo.

Foram utilizados como instrumento da pesquisa, três questionários autoaplicáveis, entre eles, um clínico e sociodemográfico construído pelas pesquisadoras; o Inventário de Depressão de Beck (BDI); e o questionário de Estratégias de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

O Inventário de depressão de Beck foi validado na versão portuguesa em 1973 e corresponde a uma escala capaz de fornecer uma avaliação quantitativa dos sintomas depressivos e é constituído por 21 itens e quatro graus de gravidade (mínima, leve, moderada e grave), categorias que servem para avaliar o grau de depressão (PEREIRA et al., 2011).

O questionário de Estratégias de Modos de Enfrentamento de Problemas, traduzido para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e adaptado para a população brasileira por Seidl, Troccoli e Zannon (2001), tem o objetivo de mensurar estratégias de enfrentamento utilizadas diante de fatores estressores e é composto por 45 questões fechadas. As questões são divididas em quatro fatores: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, nas

práticas religiosas e no suporte social.

Os dados preenchidos nos instrumentos foram inseridos em planilhas criadas no software Microsoft Office Excel 2010. Foi realizada análise descritiva (frequências simples e percentuais) para os dados categóricos e o teste exato de Fisher foi utilizado para verificar associação de significância entre as variáveis. As análises foram realizadas com o programa SPSS na versão 19.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe com número do parecer 2.643.698 e CAAE 86172218.1.0000.5546.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A caracterização sociodemográfica dos participantes evidenciou como principais resultados: maiores de 65 anos (21,6%), sexo feminino (78,4%), católicos (48,6%), casados (35,1%), aposentados (27%) e com ensino médio (35,1%).

Os achados assemelham-se a estudo anterior, realizado em São José de Piranhas, na Paraíba, que evidenciou o mesmo perfil sociodemográfico dos familiares de suicidas no que diz respeito ao sexo, estado civil e religião, divergindo em relação à faixa etária que mostrou ser menor, entre 27 e 37 anos, e em relação à escolaridade, prevalecendo o ensino fundamental (LÂVOR et al., 2012).

Em relação ao grau de parentesco com o suicida, quatro participantes eram pais (10,8%), sete mães (18,9%), 10 irmãos (27%), três filhos (8,1%), dois cônjuges (5,4%) e 11 (29,7%) apresentavam outro grau de parentesco. Não foi evidenciada relação estatisticamente significativa entre os graus de parentesco específicos e a depressão diagnosticada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que para cada suicídio há, em média, seis pessoas próximas que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas (OMS, 2000). Os familiares podem evoluir com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e psicopatológicos, como depressão e ansiedade, além de apresentarem um elevado risco de suicídio (SILVA; MARINHO, 2017).

Estudo brasileiro que buscou evidenciar o impacto do suicídio do idoso na

dinâmica familiar mostrou que, familiares mais frágeis, principalmente aqueles que não encontram apoio em seu próprio grupo familiar, podem progredir com problemas no âmbito físico, psicológico e social. Cônjuges, filhos e até netos dos suicidas podem experimentar sentimentos de tristeza e tamanha dor que chegam a atrapalhar o seguimento de seus planos de vida e os colocam em uma situação vulnerável, sem forças para se reerguer (FIGUEIREIDO et al., 2012).

No presente estudo, oito familiares (21,6%) se declararam com o diagnóstico de depressão, sendo que seis (75%) deles haviam sido diagnosticados antes do suicídio do familiar e dois (25%) após o evento. Enquanto que, através da aplicação do BDI foi observado níveis mínimos de depressão em 25 familiares (69,4%), depressão leve em quatro (11,1%) e moderada em sete (19,4%). Os oito familiares que afirmaram ter depressão apresentaram diferentes níveis depressivos de acordo com o BDI, sendo classificados desde depressão mínima (em três deles) e leve (em dois familiares) a moderada (em três).

A associação entre níveis de depressão pelo BDI e o tempo do suicídio do familiar pode ser evidenciada na Tabela 1.

**Tabela 1– Relação entre tempo do suicídio e Score de depressão de Beck dos familiares de suicidas do período de 2013 a 2017 em Aracaju.**

	SCORE DE DEPRESSÃO DE BECK			p-valor*
	Mínima N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Tempo do suicídio				
Menos de 1 ano	1 (4)	0 (0)	2 (28,6)	0,009
Entre 1 ano e 2 anos	2 (8)	3 (75)	1 (14,3)	
Mais de 2 anos	22 (88)	1 (25)	4 (57,1)	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; \* Teste Exato de Fisher  
Fonte: Elaborada pelo autor, 2018

Os questionários do atual estudo permitiram definir ainda, que dentre aqueles com depressão moderada, predominaram: mulheres (100%), acima de 65 anos (57,2%), solteiras (42,9%), católicas (57,1%), aposentadas (57,1%) e com ensino fundamental (42,9%). Nenhum familiar encontrava-se com o nível de depressão grave.

A maior prevalência de depressão no sexo feminino condiz com o apresentado na literatura, no entanto, a predominância feminina nos estudos se mostra em menor proporção, com uma relação de duas mulheres para cada homem diagnosticado (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015; DUAILIBI; DA SILVA, 2014; YUASA, 2012). Uma das razões para explicar tamanha diferença é a maior percepção das mulheres sobre o seu corpo e a sua saúde e, conseqüentemente, a procura por serviços médicos, levando a maior número de diagnósticos (STOPA et al., 2015). Outros fatores associados incluem a dupla jornada de trabalho, as variações hormonais e as diferenças na forma como as mulheres lidam com as emoções (OLIVEIRA; XAVIER, 2016).

Estudo realizado por Reis e colaboradores (2013) envolvendo 1.281 indivíduos diagnosticados com depressão, mostrou predominância de mulheres, de 40 a 60 anos e com baixa escolaridade. Outra pesquisa buscando verificar o perfil socioeconômico de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com depressão evidenciou predomínio de mulheres, dos 51 aos 60 anos, casadas, de baixa renda, sem vínculo empregatício e com baixo nível de escolaridade (DE CASTRO; COLET, 2013).

O relatório Epidemiologia transnacional do episódio depressivo maior forneceu dados importantes em relação à epidemiologia da depressão, unindo dados epidemiológicos de 18 países e dividindo-os em grupos de alta ou média e baixa renda. O relatório apontou que em países de baixa renda como o Brasil, a probabilidade de episódios depressivos é maior no sexo feminino, em faixas etárias mais elevadas, assim como evidenciado nos familiares questionados, e em condições de divórcio ou viuvez, contradizendo neste último quesito com o encontrado no presente estudo (OLIVEIRA; XAVIER, 2016).

Quanto à religião, a maioria dos estudos mostra uma relação inversa entre religiosidade/espiritualidade e depressão (MOSQUEIRO, 2015). No entanto, pesquisa realizada por Moura (2017) mostrou que apesar do maior nível de



envolvimento religioso estar associado a menores níveis de depressão, esse envolvimento não se mostrou relacionado à melhora ou piora da doença. Notou-se no nosso estudo que a maioria dos familiares enlutados e com depressão moderada se intitulava católico, no entanto, a designação de pertencimento a um grupo religioso nem sempre condiz com a prática da religiosidade, sendo esta última, fator protetor para depressão mais importante que a primeira (LÂVOR et al., 2012).

Apesar da baixa prevalência de depressão nos familiares, as respostas ao BDI evidenciaram a presença de sintomas depressivos como sentimento intenso de tristeza, diminuição do prazer, alterações do sono e sensação de cansaço excessivo em muitos dos enlutados.

Em relação à questão do BDI que está associada ao sentimento de tristeza na última semana, identificou-se que 40,5% dos familiares se sentiam tristes; 8,1% diziam se sentir sempre tristes, sem conseguir sair desta condição; e 5,4% mostraram tristeza tamanha, a ponto de não conseguirem suportar. Esse sentimento de tristeza associado ao luto apresenta tempo e intensidade variáveis de acordo com cada indivíduo, sua experiência de vida e a relação que tinham com o falecido, podendo persistir por até mais de dois anos após a morte. Vale destacar que a tristeza é um sentimento normal, saudável, que faz parte do processo adaptativo ao luto. No entanto, quando esse sentimento se torna intenso, persistente e associado a outros sintomas, deve-se atentar para o diagnóstico de depressão que, segundo o DSM-V, pode ser firmado mesmo na vigência do processo de luto, mediante julgamento clínico cuidadoso, capaz de avaliar as características do indivíduo e as normas culturais associadas à morte em seu ambiente (MARQUES, 2015; ALVES, 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A anedonia, ou falta de prazer nas coisas que antes suscitavam gozo também foi evidenciado nas respostas. Entre os familiares, 27% referiram não sentir mais prazer como antes; 2,7% não encontram prazer real em mais nada; e 13,5% sentem-se insatisfeitos ou aborrecidos com tudo. Para Freud, esse estado de desprazer pode ser conseqüente ao luto, sem necessariamente corresponder a um estado depressivo. No entanto, sua manifestação constante pode estar associada ao luto patológico (ALMEIDA, 2015).

As alterações no sono foram identificadas em 40,5% dos enlutados de acordo com o BDI. Além disso, no questionário clínico, quando interrogado sobre transtorno

psiquiátrico, um dos familiares afirmou ser diagnosticado com insônia. Essas alterações no sono podem estar associadas a lembranças do trauma que se afloram no momento do repouso ou a processos de somatização. Apesar de poder configurar parte de um processo adaptativo, a insônia associa-se frequentemente ao desgaste físico e emocional do indivíduo, levando a persistente sensação de cansaço e a piora da qualidade de vida (GOMES; GONÇALVES, 2015; PEREIRA, 2014).

Outro sintoma muito relatado foi o cansaço excessivo. Oliveira e Lopes (2008) identificaram em pesquisa envolvendo idosos enlutados pela morte do cônjuge ou do filho, que o processo de luto no idoso pode vir acompanhado de manifestações somáticas como falta de ar e de energia. Corroborando com esses dados, notou-se no presente estudo que 24,3% dos enlutados pelo suicídio sentiam-se cansados com mais facilidade do que antes; 10,8% sentiam-se cansados ao fazer qualquer coisa; e 2,7% consideravam-se cansados demais para realizar qualquer tarefa. Além disso, 37,8% mostraram-se mais preocupados com problemas físicos.

Sabe-se também que a história familiar de comportamento suicida é fator predisponente, que aumenta o risco individual do ato devido à exposição à violência, exposição ao suicídio e à possível predisposição genética (TISHLER; REISS; RHODES, 2007). Um estudo com pais portadores de transtorno do humor mostrou que a taxa de tentativas de suicídio foi cerca de cinco vezes maior nos filhos de pais que tentaram suicídio, em relação aos filhos de pais que nunca tentaram o ato (BRENT et al., 2015). Outro estudo envolvendo crianças, adolescentes e adultos jovens, cujo pai ou irmão cometeu suicídio, mostrou que o risco de suicídio foi três vezes maior em adolescentes e adultos jovens que foram expostos ao suicídio na família durante a infância (BJÖRKENSTAM; KOSIDOU; BJÖRKENSTAM, 2017). No presente estudo 86,5% dos participantes não afirmaram quaisquer ideações de suicídio; 5,4% tinham ideias de se matar, mas não as executaria; 5,4% afirmaram que se matariam se tivessem a oportunidade; e um dos entrevistados não respondeu a pergunta o que faz inferir que haja, ainda que de forma latente ou inconsciente, alguma ideação dessa natureza.

Diante das consequências do suicídio na saúde mental dos familiares, torna-se mister um acompanhamento psicoterápico para os enlutados. O termo posvenção é utilizado nesse contexto e surge com o objetivo de ajudar indivíduos que perderam

seus familiares por suicídio, a se recuperarem psicologicamente após o acontecimento. Esse processo é alcançado através de uma escuta acolhedora com a certeza do não julgamento, a fim de que ressignifiquem a perda e não permitam que sentimentos como culpa e raiva dominem seus pensamentos, prevenindo assim novos comportamentos autodestrutivos (SILVA; MARINHO, 2017).

Apesar de fundamentais, essas estratégias de posvenção ainda são incipientes (SILVA; MARINHO, 2017). No presente estudo evidenciou-se que apenas 35,1% dos participantes já fizeram psicoterapia e 59% nunca fizeram acompanhamento psicológico. Dos familiares que afirmaram já ter feito psicoterapia, apenas cinco (38,4%) mantinham-se em tratamento.

Apesar da carência de ajuda profissional para enfrentamento do processo de luto, os próprios indivíduos são capazes de encarar a situação através de estratégias como busca de suporte social, apoio religioso, focalização na emoção e no problema, sendo esses os recursos de enfrentamento das questões consideradas neste estudo. A escolha da estratégia a ser utilizada por cada indivíduo é dependente do repertório de vida e do reforço associado ao uso delas em situações anteriores (LIMA; TENÓRIO, 2017; TELLES; PIMENTA, 2009).

Quando focalizado no problema, o indivíduo se esforça em mudar a situação de origem, tentando alterar a relação entre ele e o ambiente causador da tensão. Quando focado na emoção, o mesmo tenta regular a resposta emocional causada pelo fator estressor, podendo apresentar atitudes de afastamento, palição e negação (DIAS; LEITE, 2014). Em relação ao suporte social, corresponde a uma forma de enfrentamento que busca através do vínculo com a família e círculo de amizades, auxílio e acolhimento. Enquanto que indivíduos focalizados no apoio religioso buscam no ser espiritual ou na instituição religiosa, suporte para enfrentar a situação adversa (LÂVOR et al., 2012).

No presente estudo houve predominância de focalização no suporte social (66,7%), seguido de apoio na religião (13,9%) e no problema (13,9%) e por último, o foco voltado para emoção (5,6%). Divergindo do que foi encontrado em Aracaju, um estudo português evidenciou que a maioria dos enlutados pelo suicídio afirmavam que a fé era a única força propulsora que os fazia viver, utilizando, portanto, como estratégia de enfrentamento do problema, as práticas religiosas (NUNES et al., 2016).

Apesar do apoio na religião não ter sido o foco de enfrentamento mais utilizado na presente amostra, a religião mostrou ser um importante aliado no processo de superação do trauma vivido. Entre os familiares, 70,2% afirmaram que praticam mais a religião desde a morte do familiar e 86,5% se apegam à fé para superar a situação. O mesmo achado foi observado em famílias enlutadas pelo suicídio em Curitiba, onde se notou que diante da morte trágica, os familiares buscavam um sentido para a experiência vivida, sendo a religião e suas concepções sobre a morte um meio confortável para alcançar esse objetivo e auxiliar no desapego do trauma vivenciado (DE SOUZA, 2005). No entanto, nem sempre a religião exerce um papel positivo nesse contexto e em alguns casos os enlutados podem se deparar com situações de falta de compreensão e de apoio dos líderes e grupos religiosos (NUNES et al., 2016).

O estudo realizado apresentou limitações quanto à sua amostra, pois cerca de metade dos familiares não foram localizados em seus endereços, quer por falta de informação completa, quer por mudança de residência. Outrossim, parte desses familiares residiam em lugares considerados de periculosidade e difícil acesso. Sugere-se a realização de mais estudos associados ao tema, com um número amostral mais significativo, visando uma melhor representação de estados depressivos nesses indivíduos.

#### **4 CONCLUSÃO**

O suicídio representa importante problema de saúde pública, com números alarmantes em todo o mundo. Apesar de o tema estar em voga nos últimos tempos, a maioria dos debates e programas tem atenção voltada ao suicida e às estratégias de prevenção do ato, mas escassas são as discussões acerca da dor daqueles que sofreram a perda do ente, assim como são raras ou até mesmo inexistentes em algumas cidades, as ações de suporte psicológico a esses familiares.

Portanto, para além do olhar para o suicida, é necessária a atenção especial àqueles que sobrevivem e que mais sofrem com as repercussões e sentimentos inerentes à perda, os familiares.

No presente estudo evidenciou-se que a depressão, apesar de presente, não

foi um achado de grande predominância nos familiares enlutados. Todavia, sintomas que fazem parte dos critérios para episódio depressivo, como sentimentos de tristeza excessivos, diminuição do prazer, alterações do sono e intensa sensação de cansaço, foram achados presentes em muitos dos enlutados.

Quanto à estratégia de enfrentamento utilizada diante do estresse associado ao luto, observou-se uma tendência à utilização do apoio social. Constatou-se também que poucos eram os familiares que tinham acompanhamento psicológico, comprovando que ainda são incipientes as estratégias de posvenção em nosso meio.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. C. S. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. **Sacrilegens**, v. 12, n. 1, p. 72-91, 2015.

ALVES, T. M. **Formação de indicadores para a psicopatologia do luto**. 2014. 108f. Tese (Doutor em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**, Arlington, 2013.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 2, p. 503-514, 2015.

BJÖRKENSTAM, C.; KOSIDOU, K.; BJÖRKENSTAM, E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. **BMJ**, v. 357, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Brasília, DF, 2017.

BRENT, D. A. et al. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt: A 5.6-Year Prospective Study. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 2, p. 160-168, 2015.

DE CASTRO, A. L. F. M.; COLET, C. F. Perfil socioeconômico e características da depressão de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Panambi/RS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 401-408, 2013.

DIAS, T. L.; LEITE, L. L. G. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre a pessoa e a família. **Psicol. rev.**, v. 20, n. 2, 2014.

DUALIBI, K.; DA SILVA, A. S. M. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, v. 40, n. 1, p. 27-32, 2014. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5879](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5879)>. Acesso em: 20 fev 2018.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. **A mulher e o câncer**, p. 173-195, 1997.

GOMES, L. B.; GONÇALVES, J. R. Processo de luto: a importância do diagnóstico

diferencial na prática clínica. **Revista de Ciências Humanas**, v. 49, n. 2, p. 118-139, 2015.

KRÜGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2010.

JESUS, L. K. A. **Perfil epidemiológico das vítimas de suicídio no estado de Sergipe**. 2016. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2016.

LÂVOR, R. M. et al. Contexto sócio-psicológico de familiares de suicidas: uma análise da afetividade e das estratégias de enfrentamento. **Fiep Bulletin**, v. 82, 2012.

LIMA, V. F. S.; TENÓRIO, C. G. Prevalência da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Enfrentamento em Unidade de Saúde da Família do Recife/PE. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXVII, n. 000116, 2017. Disponível em: <<http://semanaacademica.org.br/artigo/prevalencia-da-sindrome-de-burnout-em-agentes-comunitarios-de-saude-e-estrategias-de>>. Acesso em: 22 jan 2018.

MARQUES, M. Luto ou depressão? **Psicologia.pt**, 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0850.pdf>>. Acesso em: 05 mar 2018.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de Enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 86-92, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22 jun 2018.

MIRANDA, T. G. **Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda**. 2014. 159f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MOSQUEIRO, B. P. **Religiosidade, resiliência e depressão em pacientes internados**. 2015. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

DE MOURA, L. E. G. Religiosidade e saúde mental: evolução da depressão em pacientes segundo o nível de envolvimento religioso. **Horizonte (PUC Minas)**, v. 15, n. 17, p.1081-1083, 2017.

NUNES, F. et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 17-22, 2016.

OLIVEIRA, K. R.; XAVIER, P. B. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-Karise-Roberta-Oliveira.pdf>>. Acesso em: 29 jul 2018.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Prevenção do Suicídio: um manual para**

**médicos clínicos gerais.** Departamento de Saúde Mental, Genebra, 2000.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 2, p. 217-221, 2008.

PEREIRA, I. C. O. **Avaliação do processo de luta: na perspectiva do cuidador enlutado.** 2014. 160f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.

PEREIRA, M. et al. Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. **Laboratório de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 109-123, 2011.

REIS, L. N. et al. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 862-869, 2013.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.

SILVA, L. G. B.; MARINHO, C. A. S. Suicídio: Aspectos racionais e o processo de elaboração do luto na família. **Psicologia.pt**, 2017. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1137.pdf>>. Acesso em: 22 dez 2017.

DE SOUZA, N. R. **Sobrevivendo ao suicídio: estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba.** 2005. 169f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade do Paraná, Curitiba, 2005.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. 2, p. 170-180, 2015.

TAVERNA, G.; SOUZA, W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno teológico da PUC-PR**, v. 2, n. 1, p. 38-55, 2014.

TELLES, H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009.

TISHLER, C. L.; REISS, N. S.; RHODES, A. R. Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. **Academic Emergency Medicine**, v. 14, n. 9, p. 810-818, 2007.

YUASA, C. S. **A depressão feminina no discurso de mulheres.** 2012. 188f. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.