



IMPLICAÇÕES DO PACIENTE ENLUTADO PELO SUICÍDIO FAMILIAR NA  
PSICOTERAPIA BREVE

Sandra Santini da Silva

Caxias do Sul, 2020

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE PSICOLOGIA

**IMPLICAÇÕES DO PACIENTE ENLUTADO PELO SUICÍDIO FAMILIAR NA  
PSICOTERAPIA BREVE**

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia, sob  
orientação da Profa. Dra. Raquel Furtado Conte.

Sandra Santini da Silva

Caxias do Sul, 2020

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço por estar viva e saudável, frente a este período inusitado e jamais imaginado da pandemia da Covid-19. Época em que foi preciso muita adaptação, reorganização, divisão de espaços físicos e compartilhamento de demandas psíquicas como eu jamais havia experienciado. Feliz por estar tudo bem e por ter dado conta para concluir este trabalho.

Impossível não agradecer as pessoas que estiveram tão perto durante a produção desta pesquisa, procurando se manter longe para que o trabalho pudesse ser realizado.

A minha filha Luiza - uma mulher linda, meiga, de personalidade forte, que respeitou meu espaço sem questionar em nenhum momento a minha ausência. Pelo contrário, foi presente com um café, um carinho, um bolo, quando as horas se estendiam dentro do escritório.

Ao meu marido Mauro - companheiro, amigo, equilibrado, amor da minha vida. Obrigada pela presença em momentos cruciais e pelo silêncio nos instantes de reflexão para andamento deste trabalho. Não existem palavras para descrever o amor expressado diariamente através das suas atitudes. Que a vida ainda nos permita milhares de momentos lindos. Te amo.

Há em mim um desejo e um prazer por estudar e aprender que foi implantado lá na minha infância. É impossível não reconhecer nos meus pais, Zilmar e Ruth, esta responsabilidade. Especialmente na minha mãe que sempre me fez pensar, analisar e questionar o que estava lendo, ouvindo e observando. Obrigada por todas as perguntas que me fizeram refletir ao longo da vida.

Por fim, ter tido a oportunidade de cruzar e permanecer perto da minha orientadora, professora Raquel Conte. Profissional competente, conhecedora, respeitosa, instigadora e tranquilizadora. Ser humano doce, amável, acolhedor, forte e equilibrado. Obrigada pelo incentivo e pela ajuda. Certamente já é uma marca na minha história pessoal e profissional. Gratidão.

*Nunca tenha certeza de nada, porque a sabedoria começa com a dúvida.*

(Sigmund Freud)

## SUMÁRIO

	Página
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVOS.....	11
Objetivo Geral .....	11
Objetivos Específicos .....	11
MÉTODO.....	12
Delineamento.....	12
Fontes .....	12
Instrumentos .....	20
Procedimentos .....	20
Referencial de Análise.....	21
RESULTADOS.....	22
Suicídio.....	22
Luto .....	27
Psicoterapia Breve.....	33
SÍNTESE INTEGRADORA .....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	47
REFERÊNCIAS .....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Suicídio.....	13
Tabela 2. Luto.....	15
Tabela 3. Psicoterapia Breve.....	18

## RESUMO

Este estudo visa buscar evidências científicas que apoiem a compreensão das implicações do paciente enlutado pelo suicídio familiar na psicoterapia breve. Esta pesquisa bibliográfica de delineamento qualitativo, teve um caráter exploratório e interpretativo. O objetivo foi o de identificar os conteúdos já produzidos sobre o tema como forma de ampliar o conhecimento e a compreensão do tema para oferecer uma intervenção assertiva aos enlutados por suicídio. Foram utilizados bancos de dados como Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além de entrevistas em publicações de referência. As buscas nos bancos de dados compreenderam o período de 2010 a 2020. A partir de uma tabela catalográfica, os artigos encontrados foram selecionados e separados de acordo com o tema de interesse na pesquisa. Após essa seleção, foram realizadas as leituras exploratória, seletiva e, posteriormente, a leitura analítica dos conteúdos. Como referencial de análise dos conteúdos obtidos, optou-se pela síntese integradora, a fim de discutir e refletir sobre as possíveis implicações do paciente enlutado pelo suicídio familiar na psicoterapia breve. Os resultados apontaram para a dificuldade desse paciente em elaborar a perda por diversos fatores como: culpa, raiva, sentimento de abandono. A busca pela psicoterapia e a vinculação ao psicoterapeuta foram aspectos ressaltados como de extrema importância para que ocorra a possibilidade de ressignificação do sofrimento dos sujeitos enlutados. No limite do espaço terapêutico, ainda se destacam a tolerância em relação ao respeito pelo tempo do paciente para narrar sobre o evento, assim como o suporte ao silêncio. Tais aspectos são fundamentais para o início do processo psicoterápico. Além disso, compreendeu-se que os sentimentos ambíguos despertados nos sujeitos enlutados por esse tipo de luto e a necessidade de encontrar um lugar e um espaço para serem reconhecidos a fim de apoiar a descoberta de um novo sentido em relação ao vínculo do paciente com o suicida, bem como o apoio para reestruturação psicossocial do sujeito sobrevivente e a identificação da rede de apoio desse paciente.

Palavras-chave: luto, psicoterapia breve, suicídio

## ABSTRACT

This study has as a goal to search for evidences that support the comprehension of the implications of the grieving patient resultant of family suicide in brief psychotherapy. This bibliographic research of qualitative delineation, had an explanatory and interpretative character. The goal was to identify the already produced contents about the theme as a way to amplify the knowledge and comprehension about the theme to offer an assertive intervention to the grieve caused by suicide. Databases were used as Electronic Journals in Psychology (PePSIC), Scientific Electronic Library Online (SciELO), CAPES journals, in addition to interviews of reference publications. The searches on databases were comprehended the period between 2010 and 2020. From a catalog table, the articles found were selected and separated according to the topic of interest in the research. After this selection, an exploratory, selective reading and, later, analytical reading of the contents were carried out. As a reference for the analysis of the contents obtained, an integrative synthesis was chosen in order to discuss and reflect on the possible implications of the patient grieving by family suicide in brief psychotherapy. The results pointed to the difficulty of these patients in elaborating the loss due to several factors such as: guilt, anger, feeling of abandonment. The search for psychotherapy and attachment to the psychotherapist were aspects that were highlighted as extremely important for the possibility of redefining the suffering of the grieving patient subjects. Between the limits of the therapeutic space, they still stand out for tolerance in relation to respect for the patient's time to narrate the events, as well as support of their silence. Such aspects are fundamental for the beginning of the psychotherapeutic process. In addition, it was understood that the ambiguous feelings woke in the subjects mourning this type of grieving, need to find a place and a space to be recognized in order to support the discovery of a new meaning in relation to the patient's relationship with the suicidal person, as well as the need for psychosocial restructuring of the surviving subject, the identification of this patient's support network.

Keywords: mourning, brief psychotherapy, suicide



## INTRODUÇÃO

Em 2012, o Brasil foi considerado o oitavo país em número de suicídios. Em 2016, cerca de 31 casos eram registrados diariamente, indicando um aumento de 2,3% no mesmo período do ano anterior. Há ainda o alerta do Ministério da Saúde sobre uma subnotificação que gira em torno de 20% (Cancian, 2018). Dois anos depois, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontou para 6,1 registros para cada 100 mil habitantes brasileiros, comprovando o crescente aumento nos números de suicídios no Brasil (<https://www.paho.org/pt/node/72968>). Este contexto indica que é crescente a quantidade de sujeitos enlutados pelo suicídio que poderão se beneficiar do atendimento psicológico.

Logo que começaram as práticas supervisionadas no Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA), observou-se um número significativo de pacientes com história de suicídio familiar. Não demorou para chegar até mim o primeiro paciente envolvido neste contexto e, conseqüentemente, o interesse em aprofundar os conhecimentos adquiridos na graduação para oferecer um atendimento psicológico qualificado, contribuindo para um sujeito psicologicamente mais saudável.

Compreendendo um pouco do universo do suicídio, pode-se pensar numa condução produtora junto ao paciente enlutado, aumentando o entendimento, a empatia, a suspensão e a isenção dos julgamentos enquanto terapeuta. A leitura de Durkheim (1897/2019), propõe um olhar do suicídio como uma consequência determinada por diversos aspectos sociais, possibilitando entendimento que o suicídio não se justifica apenas por uma determinada causa e de forma reducionista.

Para uma intervenção mais assertiva, é fundamental que o profissional da psicologia identifique em que fase do luto o paciente se encontra e como ele está processando psicologicamente a morte do seu familiar. Kübler-Ross (1969/2017) enfatiza que o luto é elaborado em fases e identificá-las e entendê-las traz agilidade na identificação pelo terapeuta possibilitando o entendimento do momento do sujeito.

É possível pensar que o processo do luto exige grande energia psíquica para sua elaboração e, certamente implicará no *setting* clínico. Franco (2011) aponta que junto com o suicídio vem o processo de luto, a necessidade de um rearranjo do sistema familiar, a construção de uma nova identidade, a resignificação da perda do ente querido. Casellato (2010), acrescenta que no suicídio o enlutado pode ter dificuldades de falar sobre o assunto, podendo indicar um desejo de se proteger perante um assunto tão doloroso e, por isso, o tempo de fala e de silêncio deve ser respeitado.

Freud (1917/1996) refere que o luto é uma reação à perda de um ente querido e, em alguns casos, pode ser vivido como uma conotação mais patológica e com reações psicossomáticas, dependendo das forças e fraquezas de cada sujeito.

Pode-se presumir que o paciente com maior dificuldade na elaboração do luto terá mais resistência em se vincular ao terapeuta, uma vez que a possibilidade de investimento em objetos externos está reduzida pela dor narcísica que a perda do objeto lhe causou. O psicólogo, por sua vez, precisará conhecer com amplitude as ferramentas psicanalíticas para conseguir efetivamente manejar o paciente que procura ajuda numa psicoterapia breve (Freud, 1919/1996).

Desta forma, a partir das inquietações sobre os temas suicídio, luto e psicoterapia breve, surge o problema de pesquisa deste estudo, ou seja: Quais as possíveis implicações do paciente enlutado pelo suicídio familiar na psicoterapia breve?

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Explorar as possíveis implicações do paciente enlutado pelo suicídio familiar na psicoterapia breve.

### **Objetivos Específicos**

Definir o suicídio e os fatores psicossociais envolvidos ao fenômeno;

Caracterizar o luto em relação aos seus aspectos psicossociais e ao sofrimento psíquico;

Apresentar os fundamentos teóricos da psicoterapia breve.

## MÉTODO

### **Delineamento**

A realização deste trabalho compreende uma pesquisa bibliográfica de delineamento qualitativo. Lima e Miotto (2007) indicam que a pesquisa bibliográfica deve acontecer com um conjunto ordenado de procedimentos e que não deve ser de maneira aleatória. Lakatos e Marconi (2011) reforçam que através da pesquisa bibliográfica o pesquisador pode acessar tudo que já está produzido sobre o assunto e elaborar sobre este material.

De acordo com Gil (2010), a pesquisa qualitativa tem como objetivo a obtenção de uma visão geral e ampla sobre algum evento e, a partir daí, o pesquisador possa se familiarizar com o tema, gerar entendimento e esclarecer dúvidas. Godoy (1995) comenta que a pesquisa qualitativa é reconhecida para estudos de fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais. Segundo a autora, vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno. Dentro desta proposta, a pesquisa qualitativa é de extrema importância para os estudos psicológicos.

A pesquisa bibliográfica qualitativa proposta neste estudo tem um cunho exploratório e interpretativo, com o objetivo de identificar dados e informações para ampliar e embasar a pesquisa. Conforme Gil (2002) a pesquisa exploratória se estrutura com a exploração de materiais já produzidos sobre o assunto, especialmente artigos científicos e livros de literatura corrente e de referência, periódicos e outros materiais, para proporcionar melhor explanação sobre o problema de pesquisa. Também em Gil (2010), a pesquisa exploratória proporciona uma visão geral, uma maior familiaridade e uma visão mais ampla de um determinado assunto e desenvolve, modifica e esclarece conceitos. Já a pesquisa interpretativa possibilita a compreensão e a articulação dos fenômenos. Entrelaçando as ideias e fazendo associações, através de uma orientação científica, é possível selecionar informações úteis e pertinentes para um desfecho interpretativo para fatos (Lakatos & Marconi, 2011).

Neste estudo, balizado pela pesquisa bibliográfica qualitativa, de cunho exploratório e interpretativo sobre os temas luto, suicídio e psicoterapia breve deseja-se compreender os fenômenos para possibilitar um entendimento sobre as possíveis implicações dos pacientes impactados com o suicídio de um familiar na psicoterapia breve.

## Fontes

Para realização deste trabalho, foram coletados dados e informações em meios eletrônicos, respeitando os procedimentos descritos para este fim. Foram acessados bancos de dados como: Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Estes *sites* foram selecionados por serem referências nas mais importantes pesquisas na área psicológica (Costa & Zoltowski, 2014). Para a pesquisa, utilizou-se os descritores: suicídio, luto, psicoterapia breve, psicoterapia e psicanálise. Para busca dos artigos, foram consideradas as publicações entre 2010 e 2020. Também, foram utilizados livros de autores clássicos que tenham afinidade com os objetivos da pesquisa, como Freud, Durkheim e Kübler-Ross.

Para esta pesquisa os critérios de inclusão dos artigos foram baseados em estudos realizados com enlutados por suicídio em atendimento individual. Já os critérios de exclusão foram os trabalhos envolvendo grupos de enlutados, atendimentos realizados para suicidas sobreviventes e procedimentos dos profissionais da psicologia no enfrentamento da morte de seus pacientes. No que tange à organização das fontes, estas dividiram-se em três tabelas, conforme o assunto: suicídio (Tabela 1); luto (Tabela 2); psicoterapia breve (Tabela 3).

Tabela 1

### *Suicídio*

Etapa da pesquisa	Fonte	Descritores	Ano	Autores	Título	Palavras-chave
1	Literatura	Suicídio	1897/ 2019	Durkheim, E.	O suicídio	Suicídio, fatores sociais
1	Literatura	Suicídio	1991	Cassorla, R. M. S.	Considerações sobre o suicídio	Suicídio, pulsão de morte
1	Literatura	Psicanálise	1923/ 1996	Freud, S.	A organização genital infantil: uma interpolação	Constituição do sujeito

					da teoria da sexualidade	
1	Literatura	Suicídio	2005	Cassorla, R. M. S.	O que é suicídio?	Suicídio, familiares, sentimentos ambíguos
1	Literatura	Psicanálise	1930/1996	Freud, S.	O mal-estar na civilização	Vida, morte, finitude
1	Literatura	Suicídio	2015	Botega, N. J.	Crise suicida: avaliação e manejo	Suicídio, motivação, intenção, doença mental
1	Literatura	Suicídio Luto	2019	Fukumitsu, K. O.	Sobrevivente enlutado por suicídio: cuidados e intervenções	Suicídio, sobrevivente, luto, enlutamento
1	Literatura	Suicídio	2014	Mendes, J. M. R., & Werlang, R.	Suicídio no meio rural do Rio Grande do Sul	Suicídio, naturalização
2	PePSIC	Suicídio Luto	2019	Ruckert, M. L., Frizzo, R.P., & Rigoli, M. M.	Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil	Suicídio, saúde pública, luto, sobreviventes, luto complicado
2	USP	Suicídio Luto	2017	Fukumitsu, K. O.	Suicídio e luto: uma	Suicídio, luto, ressignificação,

					<p>tarifa da posvenção para amar depois da dor</p>	posvenção
2	PePSIC	Suicídio Luto	2019	Rocha, P. G., & Lima, D. M. A.	Suicídio: peculiarida- des do luto das famílias sobrevivente s e a atuação do psicólogo	Suicídio, luto, luto não reconhecido, luto complicado

Tabela 2

*Luto*

Etapa da pesquisa	Fonte	Descritores	Ano	Autores	Título	Palavras-chave
1	PePSIC	Luto	2017	Bouteiller, B.	Luto e melancolia: variações com o texto de Freud	Luto, melancolia
1	Literatura	Luto	1917/ 1996	Freud, S.	Luto e melancolia	Luto, melancolia
1	Literatura	Luto	2010	Barbosa, A.	Processo de luto	Luto, fases do luto
1	Literatura	Suicídio Luto	2019	Fukumitsu, K. O.	Sobrevivente enlutado por suicídio: cuidados e intervenções	Suicídio, sobrevivente, luto, enlutamento

1	Literatura	Luto	1969/ 2017	Kübler- Ross, E.	Sobre a morte e o morrer	Luto, fases do luto
1	Literatura	Luto	2009	Parkes, C. M.	Amor e perda	Morte, luto, apego, negação,
1	Literatura	Luto	2018	Franco, M. H.P. , & Polido, K.K.	Atendimento psicoterápico no luto	Luto, apego, psicoterapia
1	Literatura	Suicídio Luto	2015	Casellato, G.	O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido	Suicídio, luto, luto não reconhecido luto complicado, enlutamento
1	Literatura	Suicídio Luto	2015	Silva, D. R.	Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio	Suicídio, luto, luto não reconhecido
1	Literatura	Luto	1992	Kovács, M. J.	Morte e desenvolvi- mento humano	Morte, luto, melancolia
2	Literatura	Luto	2013	Worden, J. W.	Aconselha- mento do luto e terapia do luto: um	Luto não reconhecido



					manual para profissionais da saúde mental	
2	PePSIC	Suicídio Luto	2019	Ruckert, M. L., Frizzo, R.P., & Rigoli, M. M.	Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil	Suicídio, saúde pública, luto, luto complicado, sobreviventes
2	USP	Suicídio Luto Psicoterapia	2017	Fukumitsu, K. O.	Suicídio e luto: uma tarefa da posvenção para amar depois da dor	Suicídio, luto, posvenção, psicoterapia, ressignificação
2	PePSIC	Suicídio Luto	2019	Rocha, P. G., & Lima, D. M. A.	Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo	Suicídio, luto, luto não reconhecido, luto complicado
2	UNB	Suicídio Luto	2014	Miranda, T. G.	Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda	Suicídio, luto

---

Tabela 3

*Psicoterapia Breve*

Etapa da pesquisa	Fonte	Descritores	Ano	Autores	Título	Palavras-chave
1	Literatura	Suicídio Luto	2019	Fukumitsu, K. O.	Sobrevivente enlutado por suicídio: cuidados e intervenções	Suicídio, sobrevivente, luto, enlutamento
1	Literatura	Luto	2007	Nouwen, H.	Transforma meu pranto em dança: cinco passos para sobreviver à dor e redescobrir a felicidade	Luto
1	Literatura	Psicanálise	1919/ 1996	Freud, S.	Linhas de progresso na terapia analítica	Psicanálise, processo psicanalítico
1	Literatura	Psicanálise	1937/ 1996	Freud, S.	Construções em psicanálise	Psicanálise, processo psicanalítico
1	PePSIC	Psicanálise	2017	Carvalho, V. O., & Honda, H.	Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da	Psicanálise, associação livre

					psicanálise	
1	Literatura	Psicanálise	1912/ 1996	Freud, S.	A dinâmica da transferência	Psicanálise, transferência
1	PePSIC	Psicanálise	2013	Minerbo, M.	Transferência: diálogo com um colega	Psicanálise, transferência
1	Literatura	Psicanálise	2006	Maurano, D.	A transferência	Psicanálise, transferência
2	Literatura	Psicoterapia breve	2008	Braier, E. A.	Psicoterapia breve de orientação psicanalítica	Psicoterapia breve
2	Literatura	Psicoterapia breve	2003	Kahtuni, H. C.	Psicoterapia breve psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana	Psicoterapia breve
2	Literatura	Psicoterapia breve	1993	Gilliéron, E.	Introdução às psicoterapias breves	Psicoterapia breve
2	USP	Suicídio Luto Psicoterapia	2017	Fukumitsu, K. O.	Suicídio e luto: uma tarefa da posvenção para amar depois da dor	Suicídio. luto, ressignificação, posvenção, psicoterapia

2	PePSIC	Suicídio Luto	2019	Ruckert, M. L., Frizzo, R. P. & Rigoli, M. M.	Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil	Suicídio, saúde pública, luto, luto complicado, sobreviventes
2	PePSIC	Suicídio Luto	2019	Rocha, P. G., & Lima, D. M. A.	Suicídio: peculiarida- des do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo	Suicídio, luto, luto não reconhecido, luto complicado
2	PePSIC	Luto Suicídio	2016	Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J.	Especificida- des sobre processo de luto frente ao suicídio	Suicídio, luto, processo de luto

### **Instrumentos**

Para facilitar a organização das informações e a sistematização da revisão integrativa, usou-se as fichas de documentação, as quais Gil (2010) afirma que são importantes para organizar o trabalho de pesquisa, visto que possibilitam que fiquem registradas as consultas realizadas, assim como anotações e comentários, além de deixar registradas informações relevantes acessadas ao longo da atividade. Os resultados das fichas de documentação foram repassados de forma sintética para uma tabela na qual consta: inclusão, fonte, descritores, ano, autor, título e palavras-chave.

### **Procedimentos**

A primeira etapa da pesquisa foi uma leitura exploratória que, para Gil (2010), tem o objetivo verificar qual a importância de um material para a pesquisa realizada. É uma leitura rápida que visa verificar se as informações e dados interessam ao estudo (Lima & Mito, 2007). Assim, foi realizada uma primeira busca de artigos, periódicos e livros que

tratem dos assuntos indicados neste trabalho – luto, suicídio e psicoterapia breve – para compreender as possíveis implicações do paciente enlutado pelo suicídio familiar.

Na segunda etapa do trabalho foi realizada uma leitura seletiva. Lima e Miotto (2007) indicam que nessa fase o importante é identificar se o material realmente interessa e se está diretamente ligado ao tema da pesquisa. Gil (2010) esclarece que a leitura seletiva é mais profunda, porém, não é definitiva. Então, nesta fase, o foco foi num certo aprofundamento e a exclusão de alguns materiais que não tinham relação direta com o tema deste trabalho.

Numa terceira etapa foi realizada uma leitura analítica, ou seja, uma apreciação dos materiais selecionados, identificando as palavras-chave, as principais ideias e um resumo do conteúdo. Tais informações possibilitaram a análise do material que fundamentou esta pesquisa. Lima e Miotto (2007) denominam essa etapa como leitura reflexiva ou crítica e indicam que nessa fase deve-se ordenar e sumarizar as informações e definir quais os textos serão definitivos e farão parte da pesquisa.

A partir dessa terceira etapa de leitura dos artigos já encontrados foi possível identificar a necessidade de realizar uma nova segunda etapa de pesquisa no banco de dados, referidas nas fontes. Para isso, buscou-se aprofundar conteúdos relevantes para os objetivos dessa pesquisa. A partir dos novos artigos encontrados, os mesmos foram submetidos às mesmas fases de leitura descritas anteriormente.

### **Referencial de Análise**

Para fazer a análise desta pesquisa, foi usada a síntese integradora. Conforme Lima e Miotto (2007), essa etapa consiste em refletir e propor soluções com base no material que foi selecionado nas etapas de leitura, fazendo a aproximação dos tópicos e reflexões a partir dos resultados encontrados. Para os autores, é através da associação dos diversos materiais que o pesquisador consegue fazer uma análise crítica e chegar a uma síntese integradora, ou seja, é o produto-final do processo de investigação, resultante da análise e reflexão dos documentos.

## RESULTADOS

A revisão da literatura visa aprofundar o conhecimento sobre o assunto que embasam esta pesquisa, ou seja, suicídio, luto e da psicoterapia breve. Os resultados desta etapa serviram de base para ampliar o entendimento e elaborar sobre as possíveis implicações do paciente enlutado pelo suicídio familiar na psicoterapia breve.

### **Suicídio**

Na opinião de Durkheim (1897/2019), os comportamentos humanos de agir, pensar e sentir seriam determinados pela sociedade. Os sujeitos teriam grande desejo de pertencer e buscariam saciar essa vontade através da família, da religião, da profissão e das regras impostas pela sociedade capitalista. Para o sociólogo, o desejo de pertencer leva o sujeito a uma angústia constante, visto que precisa se enquadrar às regras e comportamentos esperados. Tais pressões poderiam desestabilizar os indivíduos levando-os a cometer o suicídio e indica que não seria apenas uma doença isolada que desencadearia o ato suicida.

Ainda segundo Durkheim (1897/2019), o suicídio é uma exaltação excessiva, uma depressão extrema ou uma perversão geral e que aparece como uma ausência de equilíbrio e/ou de coordenação do pensamento ou da ação. Ele não é cometido por uma única causa e, portanto, não se classifica como uma loucura distinta ou uma doença específica, ou seja, ele ocorre num estado de loucura generalizado. Desta forma, “todos os suicídios vesânicos ou são desprovidos de qualquer motivo ou são determinados por motivos puramente imaginários” (Durkheim, 1897/2019, p. 44).

Entendendo que o comportamento suicida tem uma multiplicidade de fatores e que está bastante relacionado ao modo com que o sujeito percebe e interpreta o mundo, pode-se inferir que a subjetividade é um fator bem importante para o enfrentamento das angústias, frustrações e desamparos impostos pela vida, podendo fazer os indivíduos encararem de forma mais ou menos equilibrada e/ou com uma proporção de mais ou menos sofrimento. Inclusive, fazendo surgir ou não a ideiação ou o ato suicida (Durkheim, 1897/ 2019).

Se a subjetividade sempre está presente nas relações dos sujeitos com o mundo e interfere na capacidade de enfrentamento de problemas cotidianos, deve-se pensar nela como um fator muito importante no suicídio. Freud (1923/1996) explica que a subjetivação tem início a partir das trocas simbólicas que permite ao indivíduo definir como fará seus enfrentamentos e que respostas dará frente à realidade que se apresentar. Este movimento vai estruturando o funcionamento psíquico e, conseqüentemente, o ego.

Seguindo os ensinamentos freudianos, pode-se compreender que o ego se forma a partir dos primeiros vínculos efetivos. Então, se a criança foi bem cuidada e o afeto foi implantado com atenção e carinho, a estrutura psíquica poderá ter um desenvolvimento mais adequado e, como consequência, o sujeito se apresentará com um ego mais “forte”. No entanto, quando não há um vínculo afetivo mais eficiente, o ego acaba se estruturando de modo mais fragilizado.

Partindo da proposta de Freud (1923/1996), pode-se pensar que ego fragilizado impacta e interfere de modo importante no enfrentamento que o sujeito faz aos momentos de dificuldade, frustrações e tristezas. Um ego bem estruturado, que lutou entre as forças e fraquezas possibilita que o indivíduo sobreviva aos seus desejos não realizados e as suas frustrações. Entende-se que o suicídio seja a mais devastadora das saídas; quando o sujeito não consegue vislumbrar que tem condições de seguir em frente e quer cessar a sua dor, tirando a própria vida, indicado um ego fragilizado ou rompido.

Freud (1923/1996) defende que o psiquismo é constituído de forma única por cada um dos sujeitos e que define a maneira com que as relações se estabelecem, por isso, o autor indica que a subjetividade é única e particular, interferindo na forma do indivíduo entender e reagir à sociedade. Unindo as ideias freudianas com as de Durkheim (1897/2019), que propõe o suicídio sobre uma abordagem mais social, pode-se elaborar um pensamento de que motivações suicidas seriam de origem individual, com forte influência do entendimento social que o sujeito realiza a partir do funcionamento egóico. Assim, o cruzamento do individual e do social, de modo único e particular, poderão levar o indivíduo ao suicídio.

Também, é possível considerar que o paciente enlutado pelo suicídio de um familiar fará uso do seu aparelho psíquico para processar e enfrentar a dor, quase insuportável, da perda repentina de um ente querido e, quanto mais estruturado for seu ego, melhor serão suas condições frente ao suicídio cometido.

Cassorla (1991) embasa seus estudos na psicanálise e entende o suicídio sob o olhar da pulsão de morte que está presente em todos os sujeitos. Ele relembra que os indivíduos vivem uma luta contínua entre a vida e a morte e sabem que a morte vencerá. Porém, pensando na vida de forma coletiva, a sociedade vive sem considerar a finitude, a morte. Neste meio entre o individual e o coletivo, os sujeitos se perguntam intensamente sobre a morte e, por não terem respostas concretas, buscam explicações na religião, na fé e em diversas ideologias, considerando que esses movimentos ocorrem como maneira de manter a pulsão de vida.

Ao longo de seus estudos, Cassorla (1991) relata que entre a luta das pulsões de vida e de morte pode surgir um grande sofrimento, podendo levar ao um pensamento suicida. O

autor afirma que o ato suicida pode ter várias funções e objetivos e que cada indivíduo e situação serão únicos. Complementa dizendo que:

De uma forma geral, o suicida está tentando fugir de uma situação de sofrimento que chega às raias do insuportável. Esse sofrimento é, geralmente, indescritível com o vocabulário que temos. Mas palavras como medo da loucura, do aniquilamento, da desintegração, etc. e, às vezes, pronunciam-se junto com a manifestação de uma angústia imensa. Outras vezes a isso se soma uma desesperança, uma tristeza incomensurável, uma melancolia, em que nada mais vale a pena. A morte é vista como uma solução – não porque se deseje a morte, mas porque a vida se torna insuportável. (Cassorla, 1991, p. 21)

É preciso pensar ao longo desta pesquisa sobre as dificuldades do enlutado entender os motivos que levam o suicida a se deixar vencer pela pulsão de morte e como deve ser difícil elaborar as informações ou *pistas* que recebeu sobre o possível ato suicida e o que poderia ter feito para evitá-lo. De acordo com Cassorla (2005), quando ocorre o suicídio de um familiar, se acentuam os sentimentos de frustração, impotência e raiva diante do sujeito que sobreviveu, originando um grande sofrimento. Há um intenso questionamento dos familiares sobre os motivos, uma experimentação de abandono e falta de amor e uma culpa de não ter percebido que o suicida entraria em ação.

Nos apontamentos de Freud (1930/1996), em *O Mal-estar na Civilização*, pode-se compreender a dificuldade de aceitar a finitude e a incapacidade de reagir à infelicidade que todos os sujeitos encontram ao longo da vida. Esse ângulo pode auxiliar no entendimento da conduta do suicídio, ou seja, o caminhar não natural da morte como maneira de enfrentar a infelicidade. Ele enfatiza que a felicidade está restrita à constituição de cada sujeito e que a infelicidade é muito ruim de experimentar. Por isso, o sofrimento ameaça os indivíduos em três direções: *o próprio corpo* – condenado à decadência e à dissolução e que não considera a ansiedade e o sofrimento como uma advertência; *o mundo externo* – que se se volta contra o sujeito com uma força destruidora, impiedosa e destrutiva; *os relacionamentos com outros homens* – o mais danoso e penoso de todos os sofrimentos, que envolve a necessidade dos sujeitos abrirem mão da realização dos seus desejos para que consigam restabelecer seu equilíbrio.

Botega (2015) indica que suicídio está relacionado à ideia principal de terminar com a própria vida, o que leva a ideias periféricas relacionadas à motivação, à intenção e à letalidade. O autor, com formação em psiquiatria, propõe um olhar do suicídio mais voltado para a doença mental, ou seja:



Na crise suicida, há uma exacerbação de uma doença mental existente, ou uma turbulência emocional que, sucedendo um acontecimento doloroso, é vivenciada como um colapso existencial. Ambas as situações provocam uma dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver. (Botega, 2015, p.12)

Em contrapartida ao que foi exposto até este momento, ligada ao enfrentamento à morte está a medicina, que através da tecnologia aproxima os sujeitos de uma possível *vida eterna*. Porém, essa conduta acaba abrindo uma vasta distância entre os que encontram na medicina uma maneira de enfrentar a morte de modo menos doloroso e os que, por opção, adiantam o morrer como uma forma de diminuir o sofrimento, através do suicídio. Aqui é possível pontuar sobre a dificuldade de um enlutado compreender sobre os motivos que levaram seu familiar a escolher o suicídio para aliviar a sua dor, enquanto poderia ter pedido ajuda para encarar o sofrimento (Botega, 2015).

Estudos apontam que os indivíduos são influenciados por aspectos externos e internos sobre a maneira como percebem e reagem a vida. De acordo com as ideias de Durkheim (1987/2019), as questões sociais influenciam e definem como o sujeito é impactado internamente, ou seja, o externo influencia no interno. Por sua vez, Freud (1923/1996) alerta que as subjetivações são inseridas já nos primeiros contatos objetivos e trazem uma compreensão única e individual sobre a maneira do sujeito entender o universo, por isso, o interno faz ação sobre o externo.

Então, após entender que o sujeito é impactado por questões externas e internas pode-se entrelaçar a informação de Freud (1930/1996) que explica que a infelicidade dos indivíduos está relacionada à finitude e à falta de respostas sobre a morte. Cassorla (1991) complementa, apontando que sujeito faz do suicídio um caminho para abreviar seu sofrimento frente à luta entre a pulsão de vida e de morte, evidenciando a complexidade dos fatores do suicídio e a dificuldade de elaborar um luto tão doloroso.

Conforme Fukumitsu (2019), pode-se compreender que o suicídio desencadeia variadas manifestações familiares, revelando que algo não estava bem com o indivíduo suicida e podendo trazer a ideia de que o suicida precisava de ajuda e que não foi atendido em sua necessidade. O acontecimento pode suscitar nos familiares uma sensação de que dificuldades tenham sido negligenciadas e despertar um certo sentimento de culpa. Também é possível que ocorra uma culpabilização dos familiares por não terem percebido o sofrimento do ente que optou por ceifar a própria vida, bem como não conseguirem identificar respostas para o ato do familiar que se matou.

Mendes e Werlang (2014) salientam para a inércia da sociedade frente ao suicídio e ao sofrimento dos sujeitos que acabam se matando. Elas escrevem sobre a naturalização e a banalização do suicídio:

Tratar do tema autoextermínio pelo suicídio é tratar do humano, da vida e de como esta vida vem sendo colocada em risco... a morte chega de mansinho e vai levando um após outro. Morrem três pessoas ao dia por suicídio no Rio Grande do Sul. É possível pensar essa situação como dentro da normalidade? Dentro do esperado? A situação de normalidade e aceitação cotidiana, a falta de indignação ética não raras vezes impede que práticas violentas sejam questionadas e, ademais, que tais práticas continuem sendo tratadas como normais, regulares, dentro do padrão. (Mendes & Werlang, 2014, p. 152)

Fukumitsu (2019) explica que quem sofre pelo suicídio de um ente querido vive o caos no qual se vê obrigado a lidar com uma nova configuração. Extrair flor de pedra significa transformar o caos em reorganização e encontrar uma nova maneira de se relacionar com quem morreu.

No artigo publicado por Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019), os autores percorrem uma trajetória de entendimento onde o suicídio é considerado um problema de saúde pública, decorrente de diversos fatores e, muitas vezes é mascarado e tratado como se o problema não tivesse ocorrido, dificultando a busca por ajuda para familiares impactados pelo ato suicida. Estes autores apontam que os familiares enlutados pelo suicídio são definidos na literatura como *sobreviventes*, porém, alertam que este termo também pode ser utilizado para indicar outras pessoas afetadas pela morte, ou seja, a terminologia não é específica para os familiares enlutados pelo suicídio.

Fukumitsu (2017), retrata o efeito assolador que se instala junto aos enlutados por suicídio - uma dor de extrema, acompanhada dos mais diversos sentimentos, entre eles a raiva, a culpa e, por vezes, o alívio. Para a autora, o suicídio coloca os enlutados numa infinita busca por respostas que apontem o motivo para o ato suicida, num um desamparo constante, um desespero sem precedentes e uma certa desesperança por encontrar as explicações que justifiquem tal atitude.

Rocha e Lima (2019) reforçam que o suicídio pode gerar um processo de luto complicado, que traz muito sofrimento e exige grande energia psíquica para a sua elaboração. Estas autoras focam seus esforços no entendimento do sobrevivente familiar, na importância da capacitação dos profissionais para um atendimento clínico produtivo.

## **Luto**

Para a sequência desta pesquisa, faz-se importante caracterizar o luto. Bouteiller (2017) indica que o luto tem início com a morte de uma pessoa e que consome uma grande energia para sua elaboração. Trata-se de uma atitude frente à perda de uma pessoa querida que acaba sendo idealizada pela subjetividade do enlutado, permitindo que este objeto ocupe com grande intensidade o lugar de algo.

Freud (1917/1996) desvenda o funcionamento dos sujeitos frente ao luto, dizendo que nestes o enlutado volta a libido para seu interior, a fim de tentar processar sua dor e tristeza e lidar com o desprazer da morte. E, somente após uma certa elaboração, o indivíduo consegue voltar a redirecionar seu investimento libidinal para o mundo externo ou para outras pessoas. Este autor destaca que quando o sujeito não consegue processar o luto, acaba ficando melancólico e o sofrimento não passa.

Barbosa (2010) também reforça a ideia de que o luto é uma reação frente a uma perda importante, que pode ser de alguém ou algo real ou simbólico. Fukumitsu (2019) complementa, explicando que o luto é muito mais duro frente a uma morte violenta, repentina e sem explicação. Para a autora, este tipo de luto traz, além da dor, um constante questionamento ao enlutado sobre a sua vida e as suas interferências quanto à decisão do suicida se matar, que fazem transbordar os diversos sentimentos - culpa, raiva, revolta e, até mesmo, um certo alívio. O enlutado por suicídio carrega uma dor ainda maior, uma sensação de que o sujeito vivencia uma montanha-russa, uma mistura de sentimentos frente à perda repentina e violenta de alguém que se ama.

Para Kübler-Ross (1969/2017), o luto pode ser compreendido em cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. No primeiro estágio a negação seria utilizada pelo sujeito como forma de se proteger até que consiga elaborar e processar a informação dolorosa que recebeu. Via de regra, este deve ser um estado temporário e que pode gerar um certo afastamento como forma de manter a realidade ausente e não precisar falar sobre o que está acontecendo, seguindo até o momento de uma aceitação mínima ao que lhe está posto.

No segundo estágio, a raiva aparece como forma de apresentar a revolta sobre o que o indivíduo não pode controlar. O enlutado se sente injustiçado com o que o universo impôs a ele e se questiona constantemente sobre os motivos de ter que passar por esse momento ou sentimento. Normalmente o estágio da raiva é bastante difícil de manejar, visto que o enlutado projeta e transfere seus sentimentos nos que estão próximos a ele, tornando-se até um pouco agressivo. Pode ocorrer do indivíduo sentir-se não compreendido na sua dor e

estabelecer uma comunicação mais voltada para uma reclamação, se tornando exigente e duro com os que o cercam (Kübler-Ross, 1969/2017).

O terceiro estágio é caracterizado pela barganha. Este período normalmente é curto e está ligado ao desejo de buscar um adiamento da morte, recorrendo a promessas, aos santos e a Deus, quase num pedido de socorro para que a morte seja inexistente ou possa ser revertida. É possível entrelaçar a ideia de que na base da barganha esteja algum sentimento de culpa que o enlutado tenha em relação ao suicida sobre assuntos e comportamentos que não tenham sido bem resolvidos. (Kübler-Ross, 1969/2017)

Na sequência do período de barganha, o indivíduo entra no estágio da depressão. Esse sentimento surge quando o sujeito não tem mais como negar a presença da morte. A intensidade da depressão durante o luto pode mudar de sujeito para sujeito, fazendo surgir os mais variados comportamentos para o enfrentamento das suas angústias. Kübler-Ross (1969/2017) indica que o surgimento da depressão demonstra que o paciente já conseguiu, de alguma maneira, encarar e enfrentar as primeiras ansiedades e angústias frente à má notícia, realizando um recolhimento voltado para a reflexão sobre como lidar com a perda, além de desvelar para o exterior como o indivíduo está se sentindo frente à morte. Este é um estágio mais longo e requer um manejo individualizado.

O último estágio se caracteriza pela aceitação da morte. Segundo Kübler-Ross (1969/2017), o sujeito já não nega mais a morte, não sente mais raiva ou depressão e já compreendeu que nenhuma barganha resolverá a perda. É um momento em que o indivíduo consegue vivenciar uma certa paz e a partir daí aceita a morte com mais serenidade e equilíbrio. Não significa aqui dizer que o paciente está feliz; ele está apenas mais leve com relação aos sentimentos pesados das etapas anteriores. A autora ainda reforça que nesta etapa é importante encorajar o sujeito a seguir em frente, a não desistir e acreditar que é primordial encontrar um sentido para a vida. (Kübler-Ross, 1969/2017)

Por sua vez, Barbosa (2010) propõe o processo de luto em três fases: 1) caracterizada pelos sentimentos de negação e choque em que o sujeito parece cético ao que está acontecendo e que pode levá-lo a ficar mais fechado, introspectivo; 2) o sujeito sente-se desesperado e acaba se desorganizando por ficar consciente da perda que está sofrendo, podendo apresentar comportamentos de depressão, tristeza, choro, indignação; 3) o paciente começa a se reorganizar e se estabilizar emocionalmente, assim, começa a retomar sua vida e restabelecer sua rotina.

Já a proposta de processamento do luto para Bowlby (1998) é realizada em quatro tempos: 1) *entorpecimento ou choque* – é uma fase curta que pode durar algumas horas ou algumas semanas em que o sujeito parece não acreditar no que aconteceu, alternando entre

o real e o desejo imaginário; 2) *anseio e busca da figura perdida* – há uma grande energia envolvida em manter o objeto de amor vivo (como se fosse possível), o que acaba gerando uma grande angústia; 3) *desorganização e desespero* – há alternância entre o real e o emocional, visto o grande desejo de ter a pessoa amada de volta, o que gera uma ilusão que traz alívio e uma decepção com a realidade; 4) *reorganização* – o sujeito passa a se dar conta que a morte é real, percebendo que seus pensamentos imaginários são uma forma de enfrentamento da dor e passa a reavaliar seus comportamentos frente à morte.

De acordo com Parkes (2009), pode-se compreender que os sujeitos têm uma tendência a negar a morte e, como proteção, conduzem a vida como se a imortalidade fosse possível. É uma maneira de se manterem afastados dos aspectos ruins relacionados à morte e, também, de não encararem o medo de que um dia irão enfrentá-la. Pode-se pressupor que a negação da morte dificulta ainda mais o processo de luto, levando o enlutado a ter certo impedimento para expor suas dores, culpas e fraquezas. Para o autor, a forma com que o indivíduo enfrenta as suas perdas está extremamente relacionada aos vínculos estabelecidos na infância. Crianças que não vivenciaram um apego seguro apresentam mais insegurança na vida adulta, no entanto, têm mais recursos para encararem o enlutamento e as perdas ao longo da vida. Já as crianças que registraram um apego seguro se revelam adultos capazes de encarar a vida e os relacionamentos com segurança, porém, tem mais dificuldade de enfrentarem momentos de grande angústia, como por exemplo, o suicídio de um familiar (Parkes, 2009).

Portanto, fica claro que é importante identificar o tipo de apego do paciente para propor um manejo adequado e único para cada caso de luto que possa adentrar na clínica. Franco e Polido (2018) reforçam a ideia de que a importância do apego vivenciado pelo sujeito na infância indicará como o indivíduo lançará mão de recursos para defrontar o luto. Para eles, a relações afetivas primárias determinam as vinculações na adultez e os recursos que serão utilizados para o enfrentamento de perdas e separações.

Em diversos artigos e publicações, é possível identificar que o luto, quando está associado ao suicídio, pode ser um fenômeno identificado como não reconhecido. Para Doca (em Casellato, 2015) “o não reconhecimento pode ocorrer quando a sociedade inibe o luto estabelecendo ‘normas’ explícitas ou implícitas de quando, por quem, quem, onde e como se enlutar” (p. 15-16). Para Casellato (2015), quando ocorre um enlutamento por suicídio, o sujeito fica oprimido entre a sua dor, o silêncio para não revelar culpas e desejos, a dificuldade de administrar os mais diversos sentimentos, a necessidade de continuar a viver, o pouco amparo social e político e a falta de empatia.

Sendo assim, muitas vítimas da tragédia passam a ser vítimas também da negligência ou do isolamento social... muitas pessoas adoecem física e/ou psicologicamente e, em muitos casos, o não reconhecimento do luto cria um sofrimento adicional, justificando complicações. (Casellato, 2015, p. 19)

Segundo Worden (2013), quando a morte ou a maneira como ela aconteceu não tem uma *aprovação* da sociedade, não há um reconhecimento luto originado por ela. O luto não reconhecido engloba alterações nos rituais de despedida e o não falar sobre aquela morte, assim, há um enquadramento às normas sociais. Desta maneira, Casellato (2015) revela que a dor do enlutado fica ainda maior frente à dicotomia vivida pela sociedade e acaba por escancarar a falta de empatia na modernidade. Conseqüentemente, o paciente sobrevivente de um luto não reconhecido, vivencie um isolamento e tenha sua dor ampliada.

Silva (2015) relata que este luto por suicídio é cercado por um estigma social, repleto de tabus religiosos, sociais e culturais que levam a uma vivência de preconceito e dificuldade para os sobreviventes. A autora explica que para enfrentar o preconceito e para lidar com a vergonha e com a culpa, muitos sujeitos silenciam frente ao luto por suicídio e, assim, mantêm segredo sobre todos os aspectos que envolvem a morte, inclusive negando o fato ocorrido e, conseqüentemente, gerando um afastamento de pessoas que poderiam ser um apoio. Frequentemente, há um cuidado dos enlutados para não expressar o pesar com a perda, demonstrando a intenção de se protegerem de possíveis julgamentos. Via de regra, os casos de suicídio ainda requerem que os enlutados administrem problemas legais e econômicos e colocam sobre estes sujeitos a necessidade de seguir em frente, quase que sem poder respeitar a sua dor. Esses e outros fatores só podem levar o paciente em estado de luto ao adoecimento.

Silva (2015) afirma que “experiências dolorosas e/ou traumáticas são consideradas fatores de risco para adoecimento físico, psicológico e social, em especial se ignoradas ou sufocadas” (p. 117). Parece fundamental entender como cada sujeito pode funcionar para enfrentar o luto: como uma tristeza ou uma melancolia. É importante ressaltar que a teoria psicanalítica não considera o luto uma patologia, apesar da imensa dor vivida e das possíveis alterações causadas na vida do sujeito enlutado. Ocorre apenas que na visão de Freud (1917/1996) o luto pode levar o indivíduo a uma certa melancolia e, esta sim, pode acarretar um comportamento psicótico, ou seja, um funcionamento mais patologizado.

Para Freud (1917/1996), o sujeito vivencia o luto como uma reação à morte de uma pessoa querida e, conforme o funcionamento de cada indivíduo, pode ser experimentado como uma tristeza ou como uma melancolia. O autor defende que a tristeza é um funcionamento neurótico, bastante comum e presente nos processos de luto. Já a melancolia

é um estado de funcionamento mais psicótico, podendo trazer para o indivíduo algumas dificuldades psicossomáticas, exigindo um investimento mais amplo por parte do sujeito e das pessoas que o cercam (Freud, 1917/1996).

Nesse sentido, o luto exige um grande trabalho psíquico para que o sujeito consiga enfrentar a falta real de um objeto. Para dar conta do sofrimento, o enlutado responsabiliza o mundo externo pela ausência e pela falta abrupta do seu objeto de amor. Com o direcionamento da libido ao mundo externo, o sujeito recebe um teste de realidade, que aciona o ego e faz o indivíduo perceber que seu objeto não está mais presente e que precisará superar a perda para seguir com a sua existência (Freud, 1917/1996). O próprio jogo de realidade leva o ego do sujeito a redirecionar a libido para outros objetos e dá o equilíbrio necessário para que o funcionamento se mantenha de forma mais neurótica. Como base para elaborar o luto, o indivíduo recorre ao seu narcisismo, que possibilita suportar a dor da perda e o conscientiza sobre o desejo de continuar vivendo, encorajando-o a superar a morte e seguir com a sua vida (Freud, 1917/1996).

Pode-se dizer que a força do ego e os recursos narcisistas do sujeito são bastante importantes ao enfrentamento do luto e auxiliam o indivíduo a ter recursos para que sua luta inconsciente não transborde a sua dor para as fronteiras da patologia. Freud (1917/1996) explica que na melancolia o sujeito não consegue tirar a sua libido do objeto de amor perdido e acaba desencadeando um enfrentamento mais patológico do luto, permitindo de alguma maneira, que a melancolia se instale. O sujeito melancólico não consegue ter no ego um suporte para encarar a luto como um sofrimento possível de ser superado. Com um ego fragilizado, ele experiencia uma incapacidade quase generalizada, se punindo pela morte e se criticando de forma exacerbada. Na melancolia, o indivíduo não tem no narcisismo uma força de enfrentamento e seu ego fragilizado não consegue estimular o confronto com a realidade e o redirecionamento da libido para outros objetos (Freud, 1917/1996).

Tais ideias de Freud (1917/1996) dão embasamento ao livro de Kovács (1992), que indica que a melancolia pode acarretar uma tristeza profunda e uma solidão gigante, dando a sensação de que o processo do luto não terá fim. Para essa autora, o investimento afetivo envolvido na relação com o objeto de amor pode trazer maior ou menor dificuldade para a aceitação e o desligamento e, só a partir deste momento o indivíduo será capaz de se reorganizar para um novo momento de sua vida. Ela aponta que as circunstâncias em que ocorre a morte exercem muita influência na organização afetiva do luto.

É bastante comum ouvir de um enlutado que o sofrimento é tão grande que se transforma numa dor física e que o corpo se ressentida da perda de uma pessoa amada. Dentro deste contexto, Kovács (1992) atenta para a importância de observar se o paciente apresenta

sintomas psicossomáticos – surgimento de doenças, dificuldades com o sono e com a vigília, alterações alimentares, entre outros. Neste sentido, o sujeito pode estar manifestando sintomas que indicam uma certa patologia no enfrentamento do luto, sendo necessário observar a intensidade e o tempo de duração desses sintomas.

Os autores Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) ainda fazem uma retomada sobre a resposta natural de um processo de luto que todos os sujeitos passarão durante a vida, porém, alertam que o luto por suicídio desencadeia um processo de luto complicado por estar envolto a uma morte violenta e que mobiliza vigorosos sentimentos que podem desencadear consequências na vida psicossomática dos sobreviventes, além apresentarem dificuldades em falar sobre os sentimentos e pensamentos sobre a morte. Com o incômodo e o constrangimento de falar sobre evento trágico, o enlutado tem dificuldade de falar de sua dor. (Botega, 2015; Fukumitsu & Kovács, 2016; Silva, 2015).

Scheidedman (em Fukumitsu, 2019), indica que o sobrevivente do suicídio é o sujeito que vivencia o luto por suicídio carregados de sofrimento e dor e, simultaneamente precisam continuar vivendo, “sobre vivendo”. Para esta autora os sobreviventes podem ser todos os indivíduos impactados com o suicídio - amigos, colegas, vizinhos, mas especialmente os familiares (Fukumitsu, 2019).

Fukumitsu (2017) indica que o luto por suicídio é uma mistura de sensações, sentimentos e pensamentos ocorrem simultaneamente com a necessidade de desvendar novas formas de se relacionar com o ente que se suicidou e com o enfrentamento da vida que se impõe com um novo formato, exigindo do enlutado em equilíbrio nem sempre disponível.

Para Franco (em Rocha & Lima, 2019), o luto é um momento de crise e de desequilíbrio, que requerem recursos psíquicos e tempo para que o enlutado possa elaborá-lo. O sobrevivente familiar se vê numa crise por precisar desempenhar papéis desconhecidos, apoiar outros integrantes da família e lidar com a sua própria dor e questionamentos. As autoras apontam que os sobreviventes são assim chamados porque sobrevivem a um evento externo extremamente doloroso e que modifica drasticamente as suas vidas, e no caso do suicídio, devem ressignificar a perda e reorganizar o sistema familiar.

Kovács (em Rocha & Lima, 2019) descreve que os sobreviventes familiares convivem com um luto não reconhecido, visto que a morte por suicídio não tem consentimento social e é vivenciada com grande preconceito e com pouco apoio da sociedade. Os enlutados se vêem dentro de uma realidade em que não falar sobre o que sentem e se isolar funciona como uma defesa. Miranda (2014) complementa dizendo que o silêncio pode atrapalhar o processo saudável do luto e dificultar a comunicação, gerando um



desequilíbrio. Rocha e Lima (2019) apontam que por vezes o enfrentamento do luto pelos sobreviventes encontra apoio terapêutico na religiosidade na tentativa de dar um sentido para a morte violenta.

### **Psicoterapia Breve**

Parece interessante pensar na importância da afetividade e da empatia no momento de receber o sujeito que busca atendimento psicológico e, no caso deste trabalho, os pacientes enlutados pelo suicídio de um familiar. Fukumitsu (2019) afirma que o acolhimento do psicólogo é fundamental para amenizar o sofrimento pela morte repentina e violenta que gera tristeza, raiva, culpa e/ou arrependimentos. Essa ideia é reforçada por Nouwen (2007) quando defende a necessidade da compaixão para acessar os momentos sombrios do outro.

Neste estudo, o entendimento de psicoterapia breve se dará por bases psicanalíticas, portanto, retomar alguns conceitos desta linha teórica ajudará na compreensão do tema.

Para Freud (1919/1996), a psicanálise é o processo pelo qual o paciente traz o seu material reprimido para a consciência. O material inconsciente e os impulsos instintuais se manifestam no sujeito através de sintomas. Estes são trabalhados na psicanálise através do processo de análise, baseada na associação livre, na atenção flutuante e na transferência.

A associação livre é a experiência de o sujeito falar o que vem a sua mente, sem julgamento, sem repressões e sem recalques (Freud, 1937/1996).

Carvalho e Honda (2017) relembram que Freud explicava aos seus pacientes, logo na primeira sessão, que a associação livre era uma regra fundamental para a análise. Ele solicitava que os pacientes deveriam falar tudo que viesse a mente, com sinceridade absoluta, sem omissões – mesmo que fosse desagradável.

É interessante lembrar o papel do terapeuta frente às associações livres trazidas pelo sujeito. Para Freud (1937/1996), o analista deve completar o que o indivíduo *deixou para trás*, ajudá-lo a reconstruir através de reflexões, apontando que para o paciente a capacidade de escutar-se é interminável. A intenção do autor é de alertar que no processo psicanalítico o paciente escuta-se a si mesmo, a partir da condução dada pelo analista (Freud, 1937/1996).

Para o terapeuta realmente receber as informações do paciente com atenção, de forma isenta, sem julgamentos ou críticas, Freud (1912/1996) indica que o analista deve manter a sua atenção flutuante ou *uniformemente suspensa* para que assim, consiga realmente escutar tudo o que está sendo dito, sem seleção e sem inclinações.

Via de regra, o indivíduo enlutado chega para o atendimento psicológico apresentando uma angústia frente à dor da vivência do suicídio. Para a psicanálise, a angústia é entendida como uma manifestação do inconsciente que está sendo reprimida, sendo de

alguma forma comunicada via transferência entre paciente e terapeuta. Minerbo (2013) explica que a transferência tem origem inconsciente e é diretamente definida por marcas psíquicas que determinam como o sujeito percebe a realidade. É através da transferência que o indivíduo manifesta seu sofrimento psíquico e concretiza os efeitos na sua vida. A autora destaca que os conceitos de transferência e inconsciente são indissociáveis, visto que se a transferência tem origem no inconsciente, o inconsciente leva o sujeito para a transferência (Minerbo, 2013).

Maurano (2006) relata que a transferência merece atenção, porque através dela que se desenvolve a relação analista-analisando e se circunscribe o saber psicanalítico. Lembrando que o inconsciente trazido na transferência é revelado pela fala ou pelo silêncio e deve ser investigado pelo analista como uma possibilidade de conscientização e ressignificação de sentimentos e atitudes.

É preciso pensar na transferência como uma ligação viva e pulsante, visto que nela está contido simultaneamente o resistente e o resistido. Para Racker (1960), a resistência é a repetição de defesas infantis do sujeito, resistindo em tornar consciente situações dolorosas e ansiosas que são revividas na transferência. Quando o indivíduo leva para a análise a sua angústia, ele não tem consciência dos motivos latentes do sintoma e não está pensando efetivamente neles. O que o sujeito normalmente faz é uma atuação sobre o que está contido no seu sintoma. Ressalta-se que pacientes enlutados podem estar em tanto sofrimento que não conseguem falar sobre suas dores e o silêncio se instala. O silêncio do enlutado é uma transferência que deve ser acolhida e interpretada (Fukumitsu, 2019).

A importância da compreensão da transferência coloca em xeque o sucesso psicoterapia breve de base psicanalítica, já que cabe ao terapeuta ajudar o paciente a pensar sobre os motivos manifestos do seu sintoma para que compreenda os motivos latentes que estão contidos no seu comportamento. Assim, como diz Maurano (2006), “parece que a transferência é, portanto, a mola mestra do tratamento e ao mesmo tempo seu obstáculo, terreno onde ele arrisca fracassar.” (p.14).

Compreendendo os pilares do processo psicanalítico - associação livre, atenção flutuante e transferência, fica facilitada a compreensão das diferentes nuances destes na clínica psicoterápica e na psicoterapia breve.

Para Braier (2008) a psicoterapia breve está calcada na técnica da psicanálise com alguns ajustes - associação livre com direcionamento na problemática vigente, na atenção flutuante com certa seletividade para conservar o foco na crise atual e na transferência positiva, além disso dois fatores que diferenciam de um processo de análise, ou seja, ocorre num tempo mais curto e focada em uma determinada problemática. O autor complementa

que a psicoterapia breve deve propiciar que o paciente tenha *insight* sobre a sua realidade psíquica e, a partir daí, consiga fortalecer o seu ego. O atendimento breve tem a característica de já iniciar com um prazo previsto para encerramento, o que acaba influenciando bastante no vínculo terapêutico que se estabelece. Por este motivo, é dado enfoque para uma determinada problemática do paciente, dando a ela o foco principal e deixando de lado outras dificuldades secundárias (Braier, 2008).

Kahtuni (2003) aponta que a psicoterapia breve “foi sendo sistematicamente construída e formulada, com metodologias e técnicas exclusivas e diretamente relacionadas ao trabalho focal” (p. 141). Esta autora corrobora com Braier (2008) e Gilliéron (1993) quando reforça que esta clínica se dá na articulação entre o binômio “crise e foco”, ou seja, estes indicadores acabam por articular o planejamento do trabalho com o paciente, o foco na problemática atual e a atividade do terapeuta (Kahtuni, 2003).

Para atender a demanda instaurada de um paciente em crise e com necessidade de uma intervenção com um tempo mais curto de duração, Kahtuni (2003) relembra que os terapeutas devem manter o foco na crise atual, não mergulhando na condução de um entendimento do passado. Para ela, as intervenções focadas no conflito atual possibilitam que o paciente amadureça seu ego, enfrentando e dissolvendo sintomas.

Kahtuni (2003) ainda esclarece que a psicoterapia breve se dá sobre sintomas e problemas atuais do sujeito em crise, buscando que ele consiga enfrentar mais adequadamente seus conflitos, recuperando a sua capacidade de tomada de decisões e adquirindo maior equilíbrio emocional, não objetivando aprofundamento, trazer o inconsciente para o consciente ou o tratamento de patologias severas.

Gilliéron (1993) também propõe a psicoterapia breve sob o viés da psicanálise e indica que o paciente faça uso da associação livre direcionado a um foco definido, enquanto o terapeuta deve manter a atenção flutuante seletiva para apoiar o processo associativo do sujeito e favorecer associações que o levem a tomada de consciência e o enfrentamento da crise atual.

É bastante evidente a importância das informações contidas na transferência, sendo fundamental para o saber psicanalítico. Braier (2008) alerta para que na psicoterapia breve o terapeuta consiga controlar a intensidade dos fenômenos regressivos-transferenciais para que se possa estabelecer com o paciente um vínculo onde o analista deverá ocupar um papel de saber mais experiente, mais definido e realista. Nesta modalidade terapêutica, há uma maior proximidade afetiva entre terapeuta e paciente com o intuito de gerar uma transferência positiva e não erotizada (Braier, 2008).

Kahtuni (2003) complementa que se a transferência positiva e não erotizada estiver presente, o paciente tende a ter um sentimento e um comportamento amistoso e de esperança com o terapeuta. Em contrapartida, se a transferência negativa ou erotizada se fizer presente o processo terapêutico breve se será mais difícil e prolongará o processo terapêutico até conseguir dissolvê-la.

Conforme Gilliéron (1993), a psicoterapia breve deve levar em conta as interpretações possíveis a partir da transferência e da contratransferência que ocorre na terapeuta-paciente, exigindo que o psicólogo tenha um raciocínio bastante rápido para fazer apontamentos adequados e que contribuam com *insight* do paciente e, conseqüentemente com a conscientização e com ressignificação para enfrentamento dos sintomas.

Deve-se observar que em psicoterapia breve é indicado o favorecimento da transferência positiva como forma de gerar proximidade e evitar hostilidade (Kahtuni, 2003). Concomitantemente, nesta modalidade terapêutica, o analista tem um papel mais ativo, indicando que os silêncios sejam mais breves e possam ser interrompidos, evitando que o paciente experiencie sentimentos regressivos, ansiedades e angústias e, conseqüentemente possam aparecer como uma transferência negativa ou desviar o foco da problemática atual (Braier, 2008).

Para Kahtuni (2003) na psicoterapia breve aparece o desejo do analista de ajudar o paciente a se ajudar:

[...] ele assume papel mais diretivo, ativo e continente. Não se apresenta neutro, não segue o princípio da abstinência e não trabalha com atenção flutuante. Ao contrário, procura trazer para o foco as questões discutidas em análise (atenção e interpretação seletivas, voltadas para o foco [...]). (p. 51)

Gilliéron (1993) reforça que identificar e definir com clareza o foco da intervenção, propor um planejamento baseado na individualidade e nas informações verbais e não verbais fornecidas pelo paciente, dando atenção aos sentimentos oriundos da transferência e da contratransferência pode-se chegar, junto com o paciente, a uma avaliação bastante produtora sobre os resultados da psicoterapia breve.

Para Fukumitsu (2017) os enlutados devem ter um espaço para serem ouvidos e onde tenham seus sentimentos respeitados, com os objetivos de terem seus sofrimentos acolhidos e, a partir daí, fazerem um enfrentamento para uma vida com novos desafios e formatos. Compreender o processo do luto é fundamental para que se possa fazer uma intervenção voltada para o real acolhimento do enlutado, na tentativa de restaurarem as vivências com quem se matou, possibilitando que a dor se transforme em memórias e em saudades. Através

da fala e da escuta o enlutado tem a possibilidade de dar um novo sentido para a morte, visto que não é possível apagar a vida do ente querido que se foi. (Fukumitsu, 2017).

Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) consideram importante a clareza que os profissionais de psicologia precisam ter sobre a singularidade de cada pessoa e lembram que cada um pode apresentar sintomas diferentes e manejar o sofrimento de forma distinta. Complementam indicando que se “faz-se necessário promover um espaço de escuta, de acolhimento e de informação para fortalecimento da saúde mental dos enlutados”. (Ruckert, Frizzo & Rigoli, 2019)

Rocha e Lima (2019) apontam que enlutados que vivenciam o luto complicado persistente podem desenvolver reações que interfiram na capacidade dos sujeitos lidarem com a vida cotidiana, além do transtorno como estresse pós-traumático (TEPT). As estudiosas indicam que o apoio psicológico auxilia na diminuição do sofrimento e que é importante estudar como fazer as intervenções, possibilitando ao enlutado um espaço de aceitação dos seus sentimentos – medo, raiva, culpa, tristeza, vergonha, saudade, preconceito... sem julgamentos.

Para Rocha e Lima (2019) o sobrevivente deve receber apoio especializado de profissionais da saúde mental para enfrentar o enlutamento. Os profissionais devem considerar na avaliação clínica os fatores de proteção que cercam os sobreviventes – autoestima, laços sociais e familiares, religiosidade, situação profissional, flexibilidade, relação terapêutica positiva. A partir das informações e observações o psicólogo deve direcionar a intervenção psicológica entrelaçando o indivíduo, a família e o contexto social. Os enlutados podem ser orientados a não esconder ou mentir sobre a morte, evitando que se criem dúvidas ou fantasias sobre o ocorrido (Botega, 2015).

Rocha e Lima (2019) assinalam que é bem importante que os psicólogos motivem os enlutados a se reconciliarem com o falecido, corroborando com as indicações de Fukumitsu e Kovács (2016) de que é um recurso e uma estratégia positiva para acolher a dor e ampliar a aceitação do luto por suicídio. Há sinalização das estudiosas para que ocorram nos atendimentos psicológicos: o aconselhamento e a psicoeducação sobre os sinais e fatores de risco para o suicídio, além da necessidade dos profissionais de saúde mental buscarem formação e habilidades para a condução de crises (Fukumitsu & Kovács, 2016).

## SÍNTESE INTEGRADORA

Quando se faz um atendimento psicoterápico para pacientes enlutados pelo suicídio de um familiar é fundamental que se compreenda o contexto e os possíveis motivos que podem desencadear o ato suicida, sejam eles externos ou internos. E, a partir daí, fazer uma escuta mais empática do sobrevivente que se encontra no *setting* clínico. É relevante destacar que nesta pesquisa os aspectos que envolvem o funcionamento do sujeito - no suicídio e no luto, e no entendimento da psicoterapia breve se deram pelo olhar da teoria psicanalítica.

Durkheim (1897/2019) revela que o comportamento humano é definido pela sociedade capitalista que exige comportamentos padronizados dos sujeitos. A constante vontade de pertencer e de querer ser aceito pela sociedade e a percepção de que não estão dando conta das regras impostas, pode levar o indivíduo a uma angústia exacerbada, um desamparo e uma desestabilização, desencadeando uma ideação e/ou um ato suicida (Durkheim, 1897/2019).

O entrelaçamento do social e do subjetivo do sujeito indica que o suicídio é multifatorial e não é uma doença isolada. O suicídio não se classifica como uma loucura distinta ou uma doença específica, porém, ele ocorre num estado de loucura generalizado, uma ausência de equilíbrio e/ou de coordenação do pensamento e da ação (Durkheim, 1897/2019).

Considerando que a subjetividade interfere na capacidade de percepção, interpretação e enfrentamento de problemas cotidianos, ela tem forte influência no suicídio. Freud (1923/1996) indica que a subjetivação permite ao sujeito definir como enfrentará a realidade. O autor aponta que a subjetividade é implantada a partir das primeiras trocas simbólicas e que interfere na estruturação e no funcionamento psíquico. Desta forma, se uma criança foi bem cuidada, recebeu atenção, carinho e afeto terá um desenvolvimento psíquico mais saudável e, conseqüentemente, um ego mais *forte*. Porém, se o vínculo afetivo não foi eficiente, o ego se estrutura de forma mais fragilizada. Sendo assim, o comportamento suicida indica ego fragilizado ou rompido, visto que o sujeito não consegue lidar com suas angústias e frustrações e vê no suicídio a única saída para cessar a sua dor (Freud, 1923/1996).

Cassorla (1991) entende que o suicídio é resultado da pulsão de morte. A pulsão de vida está presente na sociedade e nos sujeitos quando há uma desconsideração da finitude na tentativa de evitar um desprazer e na busca de respostas concretas para a morte através da fé, da religião e de outras ideologias. Já a pulsão de morte ganha força quando o sujeito deseja cessar um sofrimento insuportável, dar fim a sua melancolia e acabar com o

sentimento de que nada mais vale à pena. Para este sujeito a solução é ceifar a sua própria vida (Cassorla, 1991).

Freud (1930/1996) também indica que a civilização tem dificuldades em aceitar a finitude e reage mal ao mal-estar causado pela infelicidade que se apresenta ao longo da existência, sejam eles através do corpo que envelhece, do mundo externo que pressiona o sujeito e/ou nos relacionamentos que obrigam os indivíduos a abrirem mão das suas realizações e desejos para manterem um equilíbrio. Neste contexto, o suicídio pode aparecer como um caminho para enfrentar a infelicidade, ou seja, como uma alternativa para findar o mal-estar do sujeito.

Botega (2015), sob o olhar da psiquiatria, traz uma visão do suicídio voltada para a existência de uma doença mental, uma grande turbulência emocional, um colapso existencial que provocam uma dor psíquica intolerável com o desejo de terminar com a própria vida.

É incontestável afirmar que o suicídio desencadeia os mais diversos sentimentos nos enlutados que vivenciam uma morte abrupta e violenta e que muitos destes pacientes chegarão para atendimento psicoterápico com grande sofrimento psíquico.

Para Cassorla (2005) o suicídio de um familiar aflora nos enlutados um turbilhão de sentimentos - raiva pelo abandono, culpa por não ter percebido as *pistas* que o suicida pode ter dado de que se mataria, frustração por não ter sido capaz de impedir o ato, falta de amor por não ter sido suficiente para evitar a tragédia, entre outros. Fukumitsu (2019), ainda acrescenta que o suicídio desencadeia variadas manifestações familiares, revelando que algo não estava bem com o suicida, trazendo a ideia de que ele precisava de ajuda e não foi atendido, suscitando nos familiares uma sensação de que tenham negligenciado, despertando um sentimento de culpa.

Para além de lidar com os sentimentos impostos pela perda do suicida, os enlutados ainda carregam uma constante busca por respostas que possam explicar a escolha e a atitude tão violenta.

Fukumitsu (2017), retrata o efeito assolador que se instala junto aos enlutados por suicídio - dor de extrema, raiva, culpa e, por vezes, alívio. Para a autora, o suicídio coloca os enlutados numa infinita busca por respostas que apontem o motivo para o ato suicida e uma certa esperança de encontrar as explicações que justifiquem tal atitude. Fukumitsu (2019) complementa apontando que o enlutado vivencia o caos e ao mesmo tempo se vê obrigado a lidar com uma nova configuração familiar, como extrair flor de pedra, reorganizar papéis e funções e encontrar uma nova maneira de se relacionar com quem morreu. Rocha e Lima (2019) indicam que o suicídio pode gerar um processo de luto complicado, que traz

muito sofrimento e exige grande energia psíquica para a sua elaboração, por isso deve ser acompanhado por profissionais qualificados.

Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019), apontam que o suicídio deveria ser considerado um problema de saúde pública, tanto nos aspectos de prevenção como na posvenção. No entanto, muitas vezes os casos são mascarados e não tratados e os sobreviventes - aqueles que precisam sobreviver ao caos instalado, ficam abandonados e isolados. A ideia é reforçada por Mendes e Werlang (2014) quando salientam para a inércia, a naturalização e a banalização da sociedade frente ao suicídio e revelam que não há uma atenção aos enlutados pelo suicídio.

Imediatamente após o suicídio se instaura o luto que para Barbosa (2010) é uma reação frente a uma perda importante, de alguém ou de algo real ou simbólico. Bouteiller (2017) complementa dizendo que o luto consome uma grande energia para elaboração, fazendo uso do aparelho psíquico para dar conta da dor.

Freud (1917/1996) desvela que o enlutado volta a libido para seu interior, a fim de tentar processar sua dor e tristeza e lidar com o desprazer da morte. Somente após uma certa elaboração e fazendo uso do narcisismo o indivíduo consegue redirecionar sua libido para o mundo externo ou para outras pessoas. Este autor destaca que quando o sujeito não tem um ego fortalecido e não consegue fazer uso da força narcísica, apresenta mais dificuldade para processar o luto, podendo desencadear uma melancolia, um sofrimento que não passa.

Pode-se perceber o luto por suicídio é ainda mais doloroso, visto que é repentino, violento e sem uma explicação que possa justificar a atitude. Fukumitsu (2019) explica que o luto por suicídio traz, além da dor, o questionamento sobre a relação com o suicida e as interferências deste vínculo quanto à decisão do suicida se matar, ampliando as possibilidades de cupabilização do enlutado.

Kübler-Ross (1969/2017), propõe que o luto seja compreendido em cinco estágios: *negação* - o enlutado permanece mais silencioso e evita falar do assunto como proteção até que consiga elaborar minimamente a notícia; *raiva* - o enlutado se sente injustiçado e questiona os motivos do ato suicida. Nesta fase o paciente pode ser mais agressivo e o manejo pode ser mais difícil em função da transferência dos sentimentos; *barganha* - o sujeito deseja adiar a morte e implora para que ela seja revertida. Nessa fase é comum aparecer o sentimento de culpa sobre a relação estabelecida com o suicida; *depressão* - o enlutado não consegue mais negar a morte do ente querido e começa a enfrentar os sentimentos de angústia que fazem parte do luto. Nessa fase o paciente começa a lidar com a perda e desvela para o mundo externo como está se sentindo, ampliando a fala sobre o suicídio; *aceitação* - o indivíduo passa a aceitar a morte sem os sentimentos de raiva ou



melancolia, se apresenta com mais serenidade e equilíbrio, permitindo que ressignifique a relação com o suicida e retome a sua nova vida.

Barbosa (2010) propõe o processo de luto em três fases: *negação e choque* - enlutado parece cético ao que está acontecendo, fica fechado, introspectivo, permanece em silêncio; *desespero* - enlutado se desorganiza por estar consciente da perda, podendo ficar depressivo, triste, choroso e indignado. Há uma revolta que pode se apresentar como uma transferência negativa; *reorganização e estabilização* - começa a retomar sua vida, restabelecer sua rotina, falar com mais equilíbrio, pensar em novas formas de viver, assumir novos posicionamentos frente à vida.

Já o processamento do luto para Bowlby (1998) é realizada em quatro tempos: *entorpecimento ou choque* – é uma fase curta onde o enlutado parece não acreditar no que aconteceu, alternando seu entendimento entre o real e o desejo imaginário; *anseio e busca da figura perdida* – o paciente investe muita energia para manter o objeto de amor vivo, porém, este esforço demanda grande angústia, podendo suscitar oscilação de humor e certa agressividade; *desorganização e desespero* – alternância entre o real e o emocional, desejo de ter a pessoa de volta, ilusão que traz alívio e decepção com a realidade; *reorganização* – o enlutado se dá conta que a morte é real e reavalia seus comportamentos frente à morte.

No atendimento psicológico é indicado identificar o tipo de apego do qual o sujeito faz uso como forma de estabelecer e lidar com os vínculos afetivos. Franco e Polido (2018) demonstram a importância do apego vivenciado na infância como indicação dos recursos que o enlutado usará para encarar o luto. Para Parkes (2009) a maneira com que os enlutados enfrentam a morte está extremamente relacionada tipo de apego estabelecido quando crianças. Por um lado, as crianças que estabeleceram apego seguro são adultos que encaram a vida e estabelecem relacionamentos seguros, porém, estes têm mais dificuldades de lidar com as perdas. Por outro, as crianças que não tiveram um apego seguro estabelecido, se apresentam como adultos com dificuldades em relacionamentos e com inseguranças, porém, lidam com mais facilidade com as perdas e por consequência com a morte (Parkes, 2009).

Outro aspecto que deve ser considerado no processo de luto é a forma que aconteceu a morte e como ela é reconhecida pelo enlutado e pelos que o cercam. Para Worden (2013), quando a morte ou a maneira como ela aconteceu não tem uma validação da sociedade, não há um reconhecimento luto. Faz parte do luto não reconhecido alterações que possam ocorrer os rituais de despedida - cerimoniais fúnebres, velórios, enterros, e o não falar sobre aquela morte. Não ocorrendo o reconhecimento, a dor do enlutado fica ainda maior, ocorre um isolamento e há uma falta de empatia -por vezes velada (Casellato, 2015).

É importante pontuar que estigmas e tabus sociais, religiosos e culturais cercam o luto por suicídio. Silva (2015) esclarece que o preconceito com o tema traz vergonha aos enlutados, fazendo-os silenciar e negar fatos sobre a morte, mantendo-os afastados de uma rede de apoio, administrando sozinhos problemas legais e econômicos, trazendo um possível adoecimento. Casellato (2015) reforça que no enlutamento por suicídio, o sujeito fica oprimido entre a dor e o silêncio para não revelar culpas, desejos, sentimentos, falta de empatia e pouco amparo social.

Como citado anteriormente, esta pesquisa foi embasada na teoria psicanalítica, portanto, entender como cada sujeito pode funcionar no enfrentamento do luto dará a compreensão para as possíveis implicações dos pacientes enlutados na psicoterapia breve.

Para a psicanálise o luto não é uma patologia, apesar de poder causar uma imensa dor no enlutado. Freud (1917/1996) indica que alguns enlutados podem percorrer o processo do luto com um comportamento mais neurótico, enquanto outros indivíduos podem apresentar melancolia, indicando um funcionamento mais psicótico e que pode transbordar para dificuldades psicossomáticas, que exigirão mais investimento do sujeito e dos que o acompanham para dar conta do processo do luto. Pode-se afirmar que enlutados melancólicos terão implicações no processo psicoterápico, especialmente na transferência positiva, visto a incapacidade narcísica de lidar com a perda.

Não há dúvidas que a elaboração do luto exige um grande trabalho psíquico para que o enlutado consiga enfrentar a falta real do seu objeto. É um trabalho árduo onde primeiro o sujeito coloca no mundo externo a responsabilidade pela falta do seu objeto de amor, então, recebe um *teste de realidade* que aciona o ego e faz o indivíduo perceber que seu objeto não está mais presente e que precisará superar a perda para seguir com a sua existência. Se o sujeito tem um ego fortalecido a libido voltará a ser direcionada para outros objetos e dará o equilíbrio necessário para que o funcionamento se mantenha de forma mais neurótica (Freud, 1917/1996).

Pode-se pensar que se um paciente tem pouca força narcísica e de ego, ele terá mais dificuldade na elaboração da perda por suicídio e maior probabilidade de fazer um luto melancólico, visto que ele precisará superar a dor de não ter sido capaz de evitar o suicídio e a perda do ante querido, ou seja, um duplo luto. Freud (1917/1996) indica que um fator importante na elaboração do luto é a capacidade do enlutado de recorrer ao seu narcisismo e ao seu ego como forma de suportar a perda e reforçar a desejo de continuar vivendo.

Outro aspecto a ser observado no paciente enlutado é a tristeza profunda e o sentimento de solidão, que podem conter informações sobre o investimento afetivo que havia na relação com o objeto de amor. Kovács (1992) que indica que enlutados podem apresentar

maior ou menor dificuldade para a aceitação e de desligamento com o suicida e que é importante observar a presença de sintomas psicossomáticos, dando espaço para que o paciente tenha acolhimento e espaço para se revelar sem julgamentos.

Não é incomum que enlutados pelo suicídio de familiares desencadeiem um luto complicado. Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) relatam que os sobreviventes apresentam reações psicossomáticas, dificuldades em falar sobre os sentimentos e pensamentos sobre a morte, incômodo e constrangimento de falar sobre evento trágico e sobre sua dor. A ideia é reforçada por Fukumitsu (2017) quando diz que o luto por suicídio é uma mistura de sensações, sentimentos e pensamentos ocorrem simultaneamente com a necessidade de desvendar novas formas de se relacionar com o ente que se suicidou e com o enfrentamento da vida que se impõe com um novo formato, exigindo do enlutado em equilíbrio nem sempre disponível.

Fukumitsu (2019) indica que o sobrevivente do suicídio é o sujeito que vivencia o luto por suicídio - amigos, vizinhos, colegas e familiares carregados de sofrimento e dor e, simultaneamente precisam continuar vivendo, *sobrevivendo*. Franco (em Rocha & Lima, 2019), reforça que o sobrevivente familiar se vê numa crise onde precisa desempenhar papéis desconhecidos, apoiar outros integrantes da família, lidar com a sua própria dor e questionamentos, ressignificar a perda e reorganizar o sistema familiar.

Não é difícil pensar que os pacientes enlutados pelo suicídio familiar chegarão para psicoterapia breve com diversos sentimentos com relação ao suicida, precisando assumir papéis desconhecidos no contexto familiar, com dificuldades de falar devido ao não reconhecimento do luto pelas questões sociais, culturais e religiosas, ampliando as possibilidades de um luto complicado e de adoecimento. Miranda (2014) complementa dizendo que o silêncio pode atrapalhar o processo saudável do luto e dificultar a comunicação, gerando um desequilíbrio.

Compreendendo os múltiplos fatores do suicídio e as diversas explicações que podem levar ao ato suicida, foi possível vislumbrar o contexto onde os enlutados estão inseridos. Porém, o conhecimento é amplo e cada caso deve ser cuidadosamente particularizado para atender a realidade específica de um determinado paciente.

Na sequência foi possível entender as implicações de cada uma das etapas do luto sobre a forma como os enlutados se apresentarão na psicoterapia, especialmente no que se transmitirá via transferência. Também, foi esclarecedor o entendimento do luto sob o viés da tristeza ou da melancolia, a importância do apego, da força do ego e do narcisismo para o enfrentamento do luto.

A partir de agora a síntese segue com a compreensão das ferramentas da psicoterapia breve sob bases psicanalíticas, visando lançar mão delas de forma adequada para o suporte aos pacientes enlutados, possibilitando um manejo adequado frente às implicações que os enlutados possam trazer para os atendimentos.

Fukumitsu (2019) e Nouwen (2007) afirmam que o acolhimento e a compaixão do psicólogo são fundamentais para amenizar o sofrimento pela morte repentina e violenta e acessar os momentos sombrios dos pacientes, que se apresentam como tristeza, raiva, culpa, arrependimentos

Freud (1919/1996) indica que a psicanálise é o processo pelo qual o paciente traz o seu material reprimido para a consciência via análise, baseada na associação livre, na atenção flutuante e na transferência.

Para Freud (1937/1996) a associação livre é a experiência de o paciente falar o que vem a sua mente, sem julgamento, sem repressões e sem recalques. E, o papel do terapeuta é ajudar o indivíduo a completar o que *deixou para trás*, ajudá-lo a reconstruir através de reflexões, apoiar o paciente a escutar-se a si mesmo (Freud, 1937/1996).

Para que o terapeuta consiga receber as informações do paciente com atenção, deve manter sua atenção flutuante, escutando realmente o que está sendo dito, sem inclinações, seleções ou julgamentos (Freud, 1937/1996).

Já a transferência é explicada por Minerbo (2013) como sendo de origem inconsciente, definida por marcas psíquicas que determinam como o sujeito percebe a realidade e concretiza seus comportamentos. É via transferência que se desenvolve a relação analista-analisando - seja através da fala ou do silêncio, e se circunscreve o saber psicanalítico - possibilitando a conscientização e ressignificação de sentimentos e atitudes (Maurano, 2006).

É preciso descrever que a psicoterapia breve está calcada na técnica psicanalítica, porém, com alguns ajustes.

Segundo Braier (2008) a psicoterapia breve utiliza a associação livre com direcionamento na problemática vigente, a atenção flutuante com certa seletividade para conservar o foco na crise atual e a transferência positiva (evitando a negativa). O autor complementa indicando que a psicoterapia breve ocorre num tempo mais curto e focada em uma determinada problemática, deixando de lado dificuldades secundárias, diferente de processo de análise que é mais longo e mais amplo (Braier, 2008).

Kahtuni (2003) reforça que a clínica articula o planejamento do trabalho, a atividade do psicólogo com a problemática atual do paciente, sem mergulhar no entendimento do

passado do sujeito, focando nos sintomas atuais, buscando recuperando a capacidade de tomada de decisões e o equilíbrio emocional.

Gilliéron (1993) aponta que na psicoterapia breve o paciente faça uso da associação livre com foco definido e o terapeuta mantenha seletividade da atenção flutuante como forma de favorecer associações que o levem a tomada de consciência e o enfrentamento da crise atual.

Braier (2008) alerta para que na psicoterapia breve o terapeuta controle os fenômenos regressivos-transferenciais, ocupando um papel de saber mais realista e experiente, possibilitando mais proximidade afetiva entre terapeuta e paciente, gerando uma transferência positiva e não erotizada. Kahtuni (2003) complementa que se a transferência positiva estiver presente, o paciente tende a ter um comportamento amistoso com o terapeuta, facilitado o processo terapêutico. Gilliéron (1993) acrescenta que o psicólogo deve perceber as informações da transferência e da contratransferência, raciocinando rapidamente e fazendo apontamentos adequados que contribuam com *insight* do paciente, levando a conscientização e a ressignificação para enfrentamento dos sintomas. Para Braier (2008), o analista tem um papel ativo, interrompendo os silêncios, evitando que o enlutado experiencie sentimentos regressivos, ansiedades e angústias que possam aparecer como uma transferência negativa ou desviar o foco da problemática atual. Kahtuni (2003) reforça que o analista deve assumir um papel mais ativo, diretivo e continente, não apresentando-se neutro.

Os pacientes enlutados poderão resistir em trazer para a consciência as situações dolorosas, resistindo através do silêncio como uma forma de proteção e defesa (Racker, 1960). Possivelmente seja este o motivo do silêncio se fazer tão presente no em algumas fases do luto. A ideia é embasada em Fukumitsu (2019) que indica que o silêncio do enlutado deve ser acolhido e interpretado. Assim, a transferência passa a ser a mola mestra e o obstáculo onde a psicoterapia arrisca fracassar (Maurano, 2006).

Com as poucas políticas públicas implantadas para atendimento de enlutados por suicídio, a psicoterapia breve ocupa um espaço importante no atendimento destes sujeitos. Fukumitsu (2017) propõe que os enlutados tenham um espaço para serem ouvidos, tenham seus sentimentos respeitados, possam enfrentar os desafios e ressignificações, restaurarem as vivências com quem se matou e transformarem as memórias em saudades.

Para Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) os psicólogos precisam ter clareza da singularidade de cada sujeito, que apresentam sintomas diferentes e indicam manejos distintos. Rocha e Lima (2019) sugerem que os profissionais devem considerar na avaliação

clínica de enlutados os fatores de proteção que os cercam, como: autoestima, laços sociais e familiares, religiosidade, situação profissional, flexibilidade, relação terapêutica positiva.

Considerando que todos os pacientes em psicoterapia breve por enlutamento familiar farão uso do aparelho psíquico para processar e enfrentar a dor da perda repentina, é fundamental que se perceba como está estruturado o ego do sujeito - forte ou fragilizado, porque esta informação terá implicação direta na elaboração do luto frente ao suicídio cometido. Freud (1917/1996) indica que quanto mais fragilizado ou rompido estiver o ego do familiar enlutado, mais dificuldade ele terá de redirecionar a sua libido para o mundo externo ou para outras pessoas, inclusive para o terapeuta que estiver realizando o atendimento. Assim, poderá surgir uma transferência negativa que deverá ser manejada com agilidade pelo terapeuta.

Sabedores que o tipo de apego vivenciado na infância influencia na forma que o adulto fará o enfrentamento do luto, é importante buscar na história pregressa informações relevantes sobre o apego implantado, visto que este entendimento implicará na maneira como o enlutado por suicídio responderá ao processo do luto na psicoterapia breve. Parkes (2009) indica que o tipo de apego aponta para um determinado manejo clínico.

No momento que o paciente enlutado percebe que na psicoterapia breve há um espaço de real acolhimento de seus sentimentos e angústias, ele pode desenvolver sentimentos positivos que favoreçam uma aliança psicoterápica positiva. Botega (2015) relembra que a partir das informações e observações o psicólogo deve entrelaçar o indivíduo, a família e o contexto social e os enlutados podem ser orientados a não esconder ou mentir sobre a morte, evitando que se criem dúvidas ou fantasias sobre o ocorrido. Rocha e Lima (2019) assinalam que é bem importante que os psicólogos motivem os enlutados a se reconciliarem com o falecido. Fukumitsu e Kovács (2016) sinalizam para que ocorram o aconselhamento e a psicoeducação sobre os sinais e fatores de risco para o suicídio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de pesquisa teve como objetivo principal explorar as possíveis implicações dos pacientes enlutados pelo suicídio familiar na psicoterapia breve. Para realizar o trabalho optou-se por definir o suicídio e os fatores psicossociais envolvidos ao fenômeno, além de caracterizar o luto em relação aos seus aspectos psicossociais e ao sofrimento psíquico e apresentar os fundamentos teóricos da psicoterapia breve.

Quando houve o aprofundamento sobre o aspecto do suicídio, pode-se entender com muita clareza que se trata de um fenômeno com múltiplas causas - sociais, culturais, patológicas, subjetivas. Também, foi possível compreender a importância da estruturação e do funcionamento do aparelho psíquico dos sujeitos, visto que no suicídio fica evidente que o suicida apresenta um ego fragilizado ou rompido que não consegue lidar com as frustração e angústias, vendo o suicídio como a única saída para a sua dor.

Existem alguns aspectos do suicídio que aumentam a dificuldade dos enlutados de falarem sobre o tema e que certamente implicará no atendimento clínico: a violência da morte, o evento repentino, a vergonha pelo ocorrido, a culpa por não terem percebido que o ente querido iria se matar, a raiva por terem sido abandonados, a frustração por não terem sido capazes de impedir o ato, a falta de amor por não terem sido suficientes para evitar a tragédia, e, as vezes, até a sensação de alívio. Fica evidente que o paciente chegará para a psicoterapia breve sobrevivendo a este turbilhão de sentimentos e emoções e com um desejo impossível de achar respostas que expliquem os motivos que levaram o suicídio.

Logo após o suicídio os sujeitos enlutados passam a vivenciar o processo do luto, ou seja, sentem a dor da perda do objeto de amor. Para entender como o enlutado pode reagir e quais os aspectos que interferem no enfrentamento da morte por suicídio, buscou-se caracterizar o luto em relação aos seus aspectos psicossociais e ao sofrimento psíquico.

Como já era esperado, se confirmou que o processo do luto consome uma grande energia para elaboração, fazendo uso do aparelho psíquico para dar conta da dor e do sofrimento e, para elaborar o luto, o sujeito fará uso do seu ego e do seu narcisismo, que se forem fortalecidos lhe darão condições de um enfrentamento sadio. Porém, se o ego for fragilizado e o sujeito não tiver força narcísica, a melancolia se instala.

Um ego fragilizado ou rompido e uma fraqueza narcísica, além de dificultarem o processo do luto pela melancolia, implicarão diretamente na psicoterapia, visto a dificuldade que o paciente terá de direcionar a sua libido para o mundo externo e para o próprio terapeuta, além é claro de diminuir as possibilidades de uma transferência positiva.

Revisitar as fases do luto trouxe ainda mais informações sobre a forma que o enlutado se apresenta no *setting* clínico, implicando na condução terapêutica e na transferência positiva. Assim, o psicólogo poderá identificar em que fase o paciente está e auxiliá-lo na conscientização e na ressignificação do enlutamento.

Um aspecto do luto que deve ser observado na psicoterapia é o não reconhecimento do luto, ou seja, o fato da sociedade não ratificar este tipo de morte, dificultando ainda mais o enlutado para falar sobre o assunto. Ao longo dos atendimentos os pacientes enlutados devem ser encorajados a não mentirem ou esconderem sobre a morte, sem terem vergonha ou responsabilidade em dar respostas pelo que aconteceu. Esse reforço implicará no reconhecimento das dores e dificuldades reais do enlutado, indicando acolhimento e empatia, além de facilitar a comunicação e a confiança terapêutica.

Finalmente percorre-se os fundamentos psicanálise, traçando um paralelo com os fundamentos da psicoterapia breve, possibilitando a compreensão da associação livre com direcionamento na problemática vigente do sujeito, a atenção flutuante com certa seletividade para conservar o foco na crise atual e a transferência positiva que é fundamental para que se estabeleça uma aliança positiva com o terapeuta. O que difere da psicanálise é que nela a associação livre não é focada numa crise atual, é livre; a atenção flutuante ocorre sem seleções e a transferência pode ser positiva ou negativa.

Existe também uma diferença entre a psicoterapia breve e a psicanálise que está relacionada ao tempo de duração e ao foco. Na psicoterapia breve o tempo é mais curto e desde o início dos atendimentos já é estabelecido um prazo para que eles sejam encerrados. Para que seja possível manter o processo mais curto, o foco dos atendimentos é sobre a problemática vigente do sujeito, sendo deixados de lado dificuldades secundárias, objetivando facilitar reflexão pelo paciente quanto a sua realidade psíquica e o fortalecimento o seu ego.

Na psicoterapia breve o terapeuta pode ter um comportamento mais ativo, diretivo, continente e amistoso, visando facilitar o processo terapêutico. Ele deve perceber as informações da transferência para fazer apontamentos adequados que contribuam com *insight* do paciente, levando a conscientização e a ressignificação para enfrentamento dos sintomas, além de interromper silêncios para evitar ansiedades e angústias

A realização deste trabalho trouxe algumas dificuldades quando a pouca quantidade de artigos disponíveis sobre os temas, ou seja, há pouco material que trate do enlutamento por suicídio na psicoterapia breve ou na psicoterapia individual. A maior parte dos artigos disponibilizados dizem respeito a trabalhos realizado com grupos de enlutados ou com sujeitos que tentaram o suicídio e, por este motivo, não foram utilizados nessa pesquisa.



Sugere-se que estudos sobre o paciente enlutado por suicídio familiar sejam realizados com foco no atendimento psicoterápico individual, possibilitando a ampliação dos conhecimentos e, quem sabe, práticas que tragam mais amparo a dor destes sujeitos.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2a. ed.; pp. 111-125). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Braier, E. A. (2008). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica* (4a. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo* [Versão Eletrônica]. Porto Alegre: Artmed.
- Bouteiller, B. (2017). Luto e melancolia: variações com o texto de Freud. *Reverso*, 39(73), 35-44.
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda: perda, tristeza e depressão* (2a. ed.; V. Dutra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Cancian, N. (20 set., 2018). Brasil registra 11 mil casos de suicídio por ano, diz Ministério da Saúde. *Folha de São Paulo*. Acesso em 03 de abril de 2020 de <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/09/brasil-registra-11-mil-casos-de-suicidio-por-ano-diz-ministerio-da-saude.shtml>
- Carvalho, V. O. & Honda, H. (2017). Fundamentos da associação livre: uma valorização da técnica da psicanálise. *Analytica*, 6(1), 47-56.
- Casellato, G. (Org.) (2015). *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus Editorial.
- Cassorla, R. M. S. (1991). Considerações sobre o suicídio. In: R. M. S. Cassorla (Coord.), *Do suicídio: estudos brasileiros* (pp. 17-26). Campinas, SP: Papirus.
- Cassorla, R. M. S. (2005). *O que é suicídio?* (5a. ed.). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Costa, A. B. & Zoltowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: S. H. Koller, M. C. P. Couto & J. V. Hohendorff (Orgs.), *Manual de produção científica* (pp. 55-70). Porto Alegre: Penso.
- Durkheim, E (2019). *O suicídio: estudo de sociologia* (3a. ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1897)
- Franco, M. H. P. (2011). Luto: a morte do outro em si. In: M. H. P. Franco, M. J. Kovács, M. M. de Carvalho & V. de Carvalho (Orgs.), *Vida e morte, laços da existência* (2a. ed.; pp. 99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Franco, M. H. P., & Polido, K. K. (2018). *Atendimento psicoterápico no luto*. São Paulo: Zagodoni Editora.
- Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência [Versão Eletrônica]. (Ó. C. Muniz, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de*

*Sigmund Freud* (Vol. XII; pp. 59-66). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912). Acesso em 31 de maio de 2020 de <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-12-1911-1913.pdf>

Freud, S. (1996). Luto e Melancolia [Versão Eletrônica]. (Ó. C. Muniz, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV; pp. 139-153). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917) Acesso em 12 de abril de 2020 de <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-14-1914-1916.pdf>

Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica [Versão Eletrônica]. (Ó. C. Muniz, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII; pp. 98-105). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919) Acesso em 31 de maio de 2020 de <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-17-1917-1918.pdf>

Freud, S. (1996). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade [Versão Eletrônica]. (Ó. C. Muniz, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. IXX; pp. 83-88). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923). Acesso em 31 de maio de 2020 de <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-19-1923-1925.pdf>

Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização [Versão Eletrônica]. (Ó. C. Muniz, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI; pp. 38-92). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930) Acesso em 31 de maio de 2020 de <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-21-1927-1931.pdf>

Freud, S. (1996). Construções em análise [Versão Eletrônica]. (Ó. C. Muniz, Trad.). In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII; pp. 165-175). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937) Acesso em 31 de maio de 2020 de <https://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/01/freud-sigmund-obras-completas-imago-vol-23-1937-1939.pdf>

- Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico (Porto Alegre)*, 47(1), 3-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>
- Fukumitsu, K. O. (30 out. 2017). Suicídio e luto, uma tarefa da posvenção para “amar depois da dor” [Versão eletrônica]. *Jornal da USP*. Acesso em 01 de outubro de 2020 de <https://jornal.usp.br/artigos/suicidio-e-luto-uma-tarefa-da-posvencao-para-amar-depois-da-dor/>
- Fukumitsu, K. O. (2019). *Sobreviventes enlutados por suicídios: cuidados e intervenções*. São Paulo: Summus Editorial.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4a. ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gilliéron, E. (1993). *Introdução às psicoterapias breves* (M. F. Tanis, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.
- Kahtuni, H. C. (2003). *Psicoterapia breve psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana* (3a. ed.). São Paulo: Editora Escuta.
- Kovács, M. J. (Coord). (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer*. (10a. ed.) São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969)
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2011). *Metodologia científica* (6a. ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Lima, T. C. S. & Miotto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálisis*, 10(spe), 37-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>
- Maurano, D. (2006). *A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mendes, J. M. R. & Werlang, R. (2014). Suicídio no meio rural no Rio Grande do Sul. In: Merlo, A. R. C. Merlo, C. G. Bottega & K. V. Perez (Orgs.), *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf.
- Minerbo, M. (2013). Transferência: diálogo com um colega. *Jornal de Psicanálise*, 46(85), 167-182.
- Miranda, T. G. (2014). *Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.

- Nouwen, H. (2007). *Transforma meu pranto em dança: cinco passos para sobreviver à dor e redescobrir a felicidade* (B. G. F. Moreira, Trad.). Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil.
- Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações* (M. H. P. Franco, Trad.). São Paulo: Summus.
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre tecnica psicanalitica*. Buenos Aires, AR: Paidós.
- Rocha, P. G. & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31(2), 323-344. DOI: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>
- Ruckert, M. L.; Frizzo, R. P. & Rigoli, M. M. (2019). Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 85-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>
- Silva, D. R. (2015). Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In. G. Casellato (Org.), *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. (pp. 111-128). São Paulo: Summus Editora.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental* (4a. ed.; A. Zilberman, L. Bertuzzi & S. Smidts, Trads.) São Paulo: Roca.