

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

ANAPAULA DE ALMEIDA PRADO. COUTO – RA T05817-1
CATARINA FRANÇA CAVALCA PERRI – RA G38758-9
DANIELA PALHARES DOS SANTOS – RA T0891A-0
DANIELLE ARANTES GIANNINI – RA T0613B-1
JULIANA TAILA REDÓ – RA T0694I-7
LUCIANA FERREIRA ALVES – RA G263DD3

**SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA:
MANEJO DO LUTO NO ÂMBITO FAMILIAR SOB A ÓTICA
DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Campus Chácara Santo Antônio
São Paulo – 2025

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

ANAPAULA DE ALMEIDA PRADO COUTO – RA T05817-1
CATARINA FRANÇA CAVALCA PERRI – RA G38758-9
DANIELA PALHARES DOS SANTOS – RA T0891A-0
DANIELLE ARANTES GIANNINI – RA T0613B-1
JULIANA TAILA REDÓ – RA T0694I-7
LUCIANA FERREIRA ALVES – RA G263DD3

**SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA:
MANEJO DO LUTO NO ÂMBITO FAMILIAR SOB A ÓTICA
DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
Psicologia, apresentado à
Universidade Paulista – UNIP.
Orientador: Prof. Ms. Gustavo
Nascimento.

Campus Chácara Santo Antônio
São Paulo – 2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3. HIPÓTESES	11
4. JUSTIFICATIVA	13
5. METODOLOGIA	15
5.1 Sujeitos	15
5.2 Instrumentos	15
5.3 Aparatos	15
5.4 Procedimentos	16
6. DESENVOLVIMENTO	17
6.1 Formação da identidade do adolescente e fatores de risco na perspectiva da TCC	21
6.2 O luto na sociedade contemporânea	26
6.3 Posvenção, impactos emocionais e sociais nos familiares	29
6.4 O luto familiar por suicídio na visão da TCC	31
6.5 O luto e as crenças centrais ou nucleares disfuncionais	33
6.6 Iniciando a psicoterapia para o luto	34
6.7 Etapas importantes da terapia do luto	36

7. DISCUSSÃO	41
8. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

RESUMO

COUTO, A. A. P.; PERRI, C. F. C.; SANTOS, D. P.; GIANNINI, D. A.; REDÓ, J. T.; ALVES, L. F.; NASCIMENTO, G. (orientador). **Suicídio na adolescência: manejo do luto no âmbito familiar sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Paulista, Campus Chácara Santo Antônio, São Paulo, 2025.

O presente trabalho aborda o suicídio na adolescência e o manejo do luto no âmbito familiar sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O estudo tem como objetivo compreender os impactos emocionais e cognitivos vivenciados por familiares de adolescentes que cometeram suicídio, analisando os fatores de risco, as implicações sociais e os recursos terapêuticos disponíveis. A pesquisa, de natureza bibliográfica, baseou-se em artigos científicos, publicações governamentais e obras de referência da TCC, especialmente de Aaron Beck. Os resultados evidenciam que o suicídio é um fenômeno multifatorial influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, sendo a adolescência uma fase de vulnerabilidade marcada por intensas transformações e conflitos identitários. O luto decorrente do suicídio apresenta características singulares, permeadas por culpa, vergonha, isolamento e dificuldade de aceitação. Nesse contexto, a TCC mostra-se eficaz por oferecer instrumentos que auxiliam na reestruturação cognitiva e na elaboração emocional, permitindo que o enlutado reformule crenças disfuncionais e encontre novos significados para sua experiência. Conclui-se que a aplicação da TCC no manejo do luto por suicídio contribui para o fortalecimento psicológico dos familiares, favorecendo a aceitação da perda e a retomada funcional da vida, além de reforçar a importância da capacitação profissional do psicólogo diante dessa demanda complexa.

Palavras-chave: suicídio na adolescência; luto familiar; Terapia Cognitivo-Comportamental; crenças disfuncionais; saúde mental

ABSTRACT

This study addresses adolescent suicide and family grief management from the perspective of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). The objective is to understand the emotional and cognitive impacts experienced by family members of adolescents who died by suicide, analyzing risk factors, social implications, and available therapeutic resources. This bibliographic research was based on scientific articles, governmental reports, and theoretical works in CBT, especially those by Aaron Beck. The results show that suicide is a multifactorial phenomenon influenced by biological, psychological, social, and cultural factors, with adolescence representing a stage of vulnerability marked by intense transformations and identity conflicts. Grief after suicide presents unique characteristics, often permeated by guilt, shame, isolation, and difficulty in acceptance. In this context, CBT proves to be an effective approach, providing techniques that support cognitive restructuring and emotional elaboration, allowing the bereaved to modify dysfunctional beliefs and find new meaning in their experience. It is concluded that the application of CBT in grief management following suicide contributes to the psychological strengthening of family members, promoting acceptance of the loss and the functional reorganization of life, while reinforcing the importance of professional training for psychologists when dealing with such complex situations.

Keywords: adolescent suicide; family grief; Cognitive-Behavioral Therapy. dysfunctional beliefs; mental health.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é uma realidade que precisa ser enfrentada, isto é, analisada, discutida e combatida com a participação das esferas pública e privada e com o engajamento de toda a sociedade.

A morte autoprovocada acontece em todas as faixas etárias e acarreta danos sérios, sobretudo aos familiares. No âmbito global, o suicídio foi apontado como a quarta causa de morte em jovens de 15 a 29 anos, segundo o Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2024 (Brasil), no estudo intitulado “Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021”.

A mesma pesquisa atesta que, ao se analisarem as taxas de suicídio por idade no Brasil, existe um aumento do risco na adolescência. O relatório traz ainda a informação de que o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) destaca o suicídio como segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos. Entre as mulheres, essa fase da adolescência é o período em que mais se consuma o ato.

De acordo com o estudo, essas mortes foram causadas preponderantemente por intoxicação, seguido pelo uso de objetos cortantes, o que sugere a facilidade de acesso a substâncias tóxicas ou que podem ter sua toxicidade elevada em função de dosagens extremas, em geral, disponíveis dentro das próprias casas. Todo esse contexto é complexo e evidencia a urgência na implementação e aprimoramento de medidas preventivas eficazes e na promoção da saúde mental de toda a população. “Por se tratar do desfecho de uma cadeia de eventos e comportamentos interligados, o suicídio representa apenas uma ponta de um *iceberg* que oculta uma dimensão mais ampla de tentativas, ideações e transtornos mentais” (Brasil, 2024, p. 02).

As implicações dos altos índices de suicídio entre adolescentes são diversas e não podem ser ignoradas. Justamente por essa razão, este trabalho objetiva investigar o contexto do luto em familiares de adolescentes que cometeram suicídio, como mães, pais e irmãos, que são os mais diretamente afetados, entendendo que o processo de luto é uma experiência subjetiva, que pode durar menos ou mais, a depender de inúmeros fatores, como apoio familiar, de profissionais, e principalmente de condições internas de cada pessoa.

No que concerne à atuação de profissionais especializados no luto, urge que mais psicólogos estejam aptos a oferecer apoio e sustentação adequados a quem se depara com a morte de um ente próximo, com especial destaque ao contexto da morte

autoimpingida, que dá contornos mais complexos ao processo de luto. Por essa razão, a temática deste trabalho é importante para a formação de psicólogos cientes de tal realidade e comprometidos com essa responsabilidade.

Para os propósitos deste estudo, foram investigados, como primeira hipótese, os fatores de risco para a prática do suicídio na adolescência, partindo-se do processo de formação da identidade do jovem e seus contextos sociais, econômicos, culturais, biológicos e psíquicos.

A seguir, como segunda hipótese, foram analisadas as implicações do suicídio na sociedade brasileira, em que pouco se aborda o assunto e, por efeito, dificulta-se tanto a prevenção quanto o processo de luto das pessoas envolvidas, o que constitui fonte de sofrimento e, não raro, propicia o comprometimento da saúde mental dos enlutados, com sérios prejuízos ao funcionamento cognitivo e emocional.

Em geral, a sociedade não está preparada para lidar com essa ocorrência de extrema gravidade, cuja tendência é aumentar em incidência caso não haja um investimento humano e financeiro massivo na saúde mental da população.

Por fim, como terceira hipótese, foram estudados os impactos nas famílias produzidos por esses óbitos, que podem variar em intensidade, duração e complexidade. Em mortes súbitas, ou seja, aquelas repentinas, não esperadas, o processo de elaboração do luto tende a ser mais complexo, o que se acentua nos casos de suicídio, em que os familiares buscam desesperadamente entender racionalmente os fatos, os motivos, as formas utilizadas para consumir o ato; tudo isso em meio a dor, revolta, culpa, arrependimentos e até críticas e acusações desferidas por terceiros.

A depender do caso, ainda existem complicadores que aumentam a tensão dos familiares, como cartas de despedidas do jovem ou, em pior escala, divulgação e especulação em ambiente escolar, redes sociais e outras mídias em geral. Um dos problemas que envolvem a situação desses enlutados é a dificuldade de expressão dos sentimentos e emoções, o que faz com que seja mais desafiador o enfrentamento do fato.

Por esse motivo, é de extrema relevância a existência de um ambiente acolhedor e não julgador, portanto esclarecido, no que concerne ao tema do suicídio, e o auxílio de profissionais qualificados, especialmente psicólogos, que tenham capacitação para conduzir esses indivíduos em todas as fases do luto, para que lhes seja possível reorganizar suas vidas, aceitar a realidade, experimentar a dor e

continuar vivendo, reelaborar a vida sem o filho ou irmã (o), superando a sensação de fracasso e impotência diante do fato.

Tudo parece fugir ao controle quando um suicídio acontece. A falta de informação acerca do que acontecia com a pessoa no momento em que se matou parece ser um dos aspectos que trazem maior sofrimento ao sobrevivente. A sensação de morrer juntamente com a pessoa que se suicidou pode levar à dificuldade de lidar com a sensação de impotência, acusações e culpa. (Fukumitsu; Kovács, 2016, p. 3).

O psicólogo deve estar apto a apoiar essa família e garantir-lhe amparo, validação dos seus sentimentos e emoções. Nesse contexto, evidencia-se o quanto é imperioso um manejo eficaz do luto e, para tanto, as Terapias Cognitivo-Comportamentais oferecem recursos rápidos e assertivos que visam à promoção do alívio e da restauração do equilíbrio mental dos indivíduos em luto por morte repentina, por meio da modificação de padrões de funcionamentos disfuncionais geradores de sofrimento que atrapalham o indivíduo na reorganização da sua vida. De acordo com Beck e Alford (2000, p. 21), “na teoria da terapia cognitiva, a natureza e a função do processamento de informação (i. e., a atribuição de significado) constituem a chave para entender o comportamento mal adaptativo e os processos terapêuticos positivos”.

Promover esse tipo de assistência a familiares enlutados é de importância expressiva no contexto da sociedade atual, em que é grande a incidência de indivíduos afetados pelo suicídio de jovens, indicando a necessidade de um processo de luto eficaz, dada a complexidade da situação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O suicídio na adolescência: manejo do luto no âmbito familiar.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) A identidade do adolescente e os possíveis fatores de risco para a prática do suicídio.
- 2) O suicídio e suas implicações na sociedade.
- 3) Impactos nas famílias causados pela morte repentina na adolescência.

3. HIPÓTESES

Para este trabalho, foram levantadas três hipóteses. A primeira é a de que a construção da identidade na adolescência é marcada por diversas transformações físicas e emocionais, além da influência do ambiente, estando os jovens cercados por fatores estressores que podem desencadear o suicídio, como o *bullying*, separação dos pais, distúrbios alimentares, jogos e desafios divulgados nas redes sociais, pressões sociais e identitárias, relações familiares conflituosas, violência sexual, imagem corporal, fatores esses que, isolados ou em conjunto, desencadeiam estados depressivos.

A fase da adolescência é um período caracterizado por descobertas acerca de si e do mundo, em que surgem inúmeros novos desafios que podem afetar profundamente a vida e o bem-estar emocional dos jovens. Durante essa fase de transição, os adolescentes vivenciam uma espécie de jornada para entender quem são e como se encaixam no mundo, porém muitas vezes enfrentam obstáculos que tornam essa empreitada mais difícil.

Um dos principais desafios que os adolescentes enfrentam é lidar com situações que podem abalar sua saúde mental. O *bullying*, por exemplo, deixa marcas profundas na autoestima e no bem-estar emocional dos jovens. Além disso, a pressão para corresponder a padrões de beleza irreais, muitas vezes perpetuados nas redes sociais, é uma possível fonte de sentimentos de inadequação e ansiedade. Contribuem também para gerar impacto emocional nos adolescentes os problemas familiares, como divórcios e conflitos em geral dentro de casa, deixando-os vulneráveis e sobrecarregados.

Outros fatores também são relevantes, como pressões exercidas pelos seus pares para que tenham determinadas condutas, sobretudo aquelas relacionadas a práticas não lícitas, tais como uso de bebidas alcólicas e drogas, sob a chancela do pertencimento a um grupo ou exclusão. Também pontuamos como fator estressor do jovem aquelas pressões e julgamentos atrelados aos traços de personalidade, como introversão e timidez, exercidos fortemente por escolas, familiares, amigos e a sociedade em geral.

A segunda hipótese do presente trabalho é a de que a sociedade contemporânea ainda não está preparada para lidar com a morte em geral e com o suicídio em específico. Por ser um assunto considerado tabu, pouco se fala a respeito,

o que só aumenta a dificuldade de se abordar o tema. Essa barreira está presente não só nas famílias, como também no ambiente escolar, no qual acontecem importantes relações e interações dos adolescentes, e até, em certos casos, no contexto religioso.

De modo geral, a comunidade, a escola, o grupo religioso tratam o assunto veladamente, deixando margem para julgamentos e especulações que tendem a ir na direção de apontar um responsável, no caso do suicídio, o que piora o estado de tristeza, revolta, impotência, desespero e vergonha dos familiares.

A terceira hipótese refere-se aos impactos provocados por morte repentina decorrente do suicídio de adolescentes nos familiares mais próximos, como mãe, pai e irmãos. Esses familiares enfrentam emoções intensas, que incluem o choque com a notícia, a negação do fato, a culpa e a raiva.

Mortes repentinas tendem a causar inúmeras alterações no estado emocional e cognitivo; inclusive a forma da morte interfere significativamente no processo do luto em intensidade e duração, razão pela qual o suicídio predispõe os familiares próximos a uma condição de desorganização interna de difícil reparação.

A TCC fornece um vasto aparato de técnicas para tratar pacientes que apresentam esse transtorno, seja em grupo ou individualmente, com eficácia e em menos tempo do que outras abordagens psicológicas. São diversos os recursos oferecidos pelas terapias cognitivo-comportamentais para auxiliar parentes enlutados no enfrentamento das dificuldades decorrentes da morte repentina causada pelo suicídio, com o entendimento de que a situação envolve dificuldade de expressão de sentimentos, vergonha e falta de apoio do ambiente, que tornam mais necessária a atuação do profissional da Psicologia.

Por esse motivo, julgamos de fundamental importância que os psicólogos estejam capacitados para lidar com o assunto morte, e particularmente o suicídio, assim como suas consequências, para melhor amparar as famílias.

4. JUSTIFICATIVA

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2024) levantados no “Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021”, verificou-se uma crescente incidência de mortes por essa causa, sendo que houve, a partir de 2014, um aumento de 3,2% nessa tendência, com o país tendo registrado o suicídio como a segunda causa de morte de jovens de 15 a 19 anos em 2019.

Dada a gravidade do assunto, mostra-se necessário discutir os fatores desencadeantes da morte autoprovocada entre adolescentes brasileiros, compreendendo que o ato está relacionado a aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e econômicos.

Para tanto, é de extrema relevância analisar os diversos fatores de risco determinantes para a tentativa e a consumação do ato, como as experiências estressantes, diagnósticos de doenças graves, tensões familiares como violência doméstica, separações e outras, uso abusivo de álcool e drogas, questões identitárias e demais situações desencadeadoras; assim como os fatores viabilizadores, como o fácil acesso a armas, venenos e medicações.

Além da gravidade do tema, é possível constatar que o suicídio é pouco abordado na sociedade, chegando a ser estigmatizado de tal maneira, que os familiares mais próximos, além de sofrerem os impactos com fortes prejuízos no seu funcionamento emocional e cognitivo, ainda enfrentam desafios relacionados ao escasso apoio do ambiente, sendo difícil e penoso restaurarem suas vidas.

Nesse contexto, discutir o luto de familiares de adolescentes que cometeram suicídio nos coloca em contato com uma realidade grave e crescente nas sociedades, especificamente a brasileira, em que os casos de suicídio têm se tornado frequentes, contexto que exige do profissional de psicologia habilidade para atuar de forma assertiva, mas com olhar compassivo e compreensivo, isento de juízo de valores.

Tratar um luto após o suicídio é fundamental para a sociedade por diversos motivos. Antes de tudo, deve-se oferecer suporte emocional aos enlutados, auxiliando-os a lidar com sentimentos complexos, como culpa e raiva, e no enfrentamento das possíveis dificuldades subsequentes.

O manejo desse luto também pode contribuir para combater os estigmas relacionados à saúde mental, encorajando diálogos francos sobre esse tema sensível na nossa sociedade, que podem até prevenir a ocorrência de transtornos mentais

entre aqueles que estão sofrendo pela morte repentina de um ente querido. Em resumo, cuidar do luto após o suicídio é essencial para promover o bem-estar emocional e a resiliência.

Como embasamento teórico deste trabalho serão utilizados os fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental por se tratar de uma abordagem que permite o manejo mais propositivo de pacientes em situação de luto, inclusive por suicídio de adolescentes.

Nesse tipo de luto, é importante que exista uma compreensão do evento para que seja possível o enfrentamento. É justamente o que propõe a teoria cognitiva, que considera a cognição a chave dos transtornos psicológicos.

A terapia cognitiva baseia-se na premissa de que a inter-relação entre *cognição, emoção e comportamento* está implicada no funcionamento normal do ser humano e, em especial, na psicopatologia. Um evento comum do nosso cotidiano pode gerar diferentes formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o evento em si que gera as emoções e os comportamentos, mas sim o que nós pensamos sobre o evento; nossas emoções e comportamentos são influenciados pelo que pensamos. (Knapp, 2004, p. 20).

Considerando a proposta de atuação da terapia cognitiva no próprio pensar do indivíduo e relevância desse processo no luto decorrente de suicídio de jovens, entendemos os benefícios das possibilidades de atuação oferecidas pelas terapias cognitivo-comportamentais e também buscamos práticas inovadoras que a elas possam ser agregadas, com vistas a um manejo seguro que levem a resultados satisfatórios.

5. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica com o objetivo de reunir e analisar informações e dados para a investigação proposta sobre o processo de luto enfrentado por familiares após o suicídio de adolescentes na família. Para tanto, foi utilizado o referencial teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental.

5.1 Sujeitos

Este trabalho tem como foco os familiares próximos (mãe, pai, irmãos) que enfrentam o luto em decorrência do suicídio de um adolescente na família.

5.2 Instrumentos

Como ferramentas para a coleta de dados, foi realizada pesquisa bibliográfica em periódicos acadêmicos e livros, além de levantamentos e estudos governamentais que permitiram a análise de informações publicadas sobre a prática do suicídio na sociedade contemporânea, bem como análises teóricas que possibilitaram a compreensão do desenvolvimento de adolescentes e fatores de risco para a prática da morte autoinfligida. Por fim, foram levantadas informações relevantes sobre o manejo do luto em familiares no contexto do suicídio de adolescentes.

5.3 Aparatos

Para a pesquisa, foram utilizados alguns recursos, entre eles:

- Computador e acesso à internet para consulta de artigos e revistas científicas on-line, e redação do presente trabalho;
- Material de escrita (papel e caneta) para anotações e organização de ideias, durante os encontros, para a revisão do trabalho.

5.4 Procedimentos

Para o desenvolvimento do trabalho foi realizada pesquisa bibliográfica, que engloba a seleção, leitura e análise de artigos e revistas científicas com, no máximo, cinco anos de publicação, e livros pertinentes ao tema do luto por motivo de suicídio na adolescência. Foi efetuada a organização do material, buscando identificação das referências e tabulação dos dados coletados, e posterior análise, reflexão e interpretação das informações obtidas, a partir da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), baseando-se nos seus princípios básicos, como a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, e do referencial teórico de Aaron Beck e alguns de seus continuadores. A TCC foi utilizada para compreensão do processo do luto dos familiares a partir da conceituação da tríade cognitiva, de Beck, que consiste na noção de pensamentos automáticos relacionados à visão de si mesmo, do mundo e em relação ao futuro. Objetivou-se mostrar a aplicabilidade da TCC no processo de luto e propor os melhores recursos terapêuticos aos familiares enlutados, de forma a ajudá-los a lidar com padrões de pensamentos disfuncionais, emoções e comportamentos mal adaptativos presentes no contexto de luto por suicídio.

A qualidade e a consistência da pesquisa foram garantidas em supervisões quinzenais com o orientador Gustavo Nascimento, que acompanhou o progresso do trabalho, oferecendo orientações e ajustes necessários em cada etapa do desenvolvimento.

6. DESENVOLVIMENTO

A reflexão sobre o luto inicia-se inevitavelmente com o desvendar do sentido da morte. Morrer em oposição ao viver, a morte como fim da vida. Pensar a morte é tarefa que se transforma com o passar do tempo, sob o pano de fundo das eras, com suas contingências, valores, pudores e sentidos, ou seja, o significado da morte muda conforme mudam os homens e, portanto, alteram-se os rituais que a morte envolve na mesma proporção.

O ritual do luto é tão antigo quanto o homem, desde que esse parou para pensar acerca de sua finitude, e ganha contornos distintos de acordo com o motivo da morte. Isso implica que o luto não é o mesmo para cada tipo de morte, embora não deixe de representar a vivência da morte do outro.

Um luto especialmente complexo é o decorrente do suicídio, entendendo-se por suicídio o ato de matar a si mesmo, conforme sua etimologia, do latim moderno, “suicidium”, sendo que “sui” significa “de si mesmo” e “cidium”, assassinato ou ato de matar (Etimologia, 2019). Trata-se de um luto com características próprias, ainda hoje cercado por estigmas e desafios emocionais que envolvem culpa, vergonha, questionamentos, além dos julgamentos de uma sociedade para a qual o suicídio é um tabu, o que dificulta a assistência aos enlutados. Mas não foi sempre assim.

Colocar fim à própria vida já teve uma conotação honrosa num passado em que os valores eram outros, e figuras conhecidas da história usaram desse artifício para honrarem suas vidas ou para não caírem em desgraça. Registro notório data do ano 509 a.C., quando Lucrecia, mulher nobre da Roma Antiga, suicidou-se após ser estuprada pelo filho do rei Tarquínio. O episódio mudou a história de Roma ao pôr fim à monarquia romana e precipitar a instauração da república.

Séculos depois, outra mulher destacou-se na história não somente pelos seus feitos movidos por coragem, astúcia, ambição e alguma dose de sedução, mas também pelo fim que impôs à própria vida. Seu nome é Cleópatra. A última rainha do Antigo Império Egípcio teria cometido suicídio aos 39 anos para não ser exposta em Roma como prisioneira, após ser derrotada em Alexandria e capturada pelos romanos sob a liderança de Otaviano, no século 30 a.C. Cleópatra morreu após deixar-se picar por uma cobra venenosa. Mais tarde, alguns egiptólogos passaram a defender a tese de que a rainha foi vítima do que chamam de condenação da memória (*damnatio memoriae*), tendo sido a história do suicídio um artifício de Otaviano para manchar a

sua imagem no Egito após a vitória dos romanos, uma vez que àquela época o suicídio de uma mãe era considerado atitude condenável por relegar os filhos à própria sorte.

Seja qual for a versão correta, fato é que o expediente da morte autoinfligida entrou para a história como um subterfúgio contra as desventuras da vida. Não foi diferente no mundo oriental, em que o suicídio foi, por muito tempo, uma prática realizada em nome da honra, como no Japão, por exemplo, onde os samurais adotavam esse recurso por ocasião de uma derrota ou desonra, e até mais recentemente durante a Segunda Guerra Mundial, quando o Exército Imperial Japonês estimulava os civis japoneses a tirarem a vida para não caírem nas mãos dos norte-americanos, de quem recebavam a crueldade.

Com o transcorrer do tempo, mudaram-se os valores das sociedades, a moral, a ética, as vinculações, enfim, o sentido da vida e da morte, entretanto o suicídio permaneceu envolto no peso das agruras presentes no viver, ora encarado com complacência, ora repudiado e até recriminado. Tão carregado de dor, sofrimento e vergonha, o tema ganhou espaço na literatura mundial, com personagens que exprimem o ápice do desespero humano.

Talvez o suicídio mais famoso da literatura seja o do jovem Werther, na obra-prima do escritor romântico alemão Johann Wolfgang von Goethe, que resolveu se matar por amor, ao não suportar a rejeição de sua amada Charlotte, já comprometida com outro homem (Goethe, 2006). O próprio Romantismo, movimento literário em voga nos séculos XVIII e XIX, abrigava a temática do suicídio como expressão máxima da dor de amar, do amor não correspondido, dos conflitos internos, das emoções acentuadas.

A obra “Os sofrimentos do jovem Werther”, com a morte autoinfligida do seu personagem principal, tocou em uma questão cara à humanidade, que é a finitude do sofrimento e da dor, e foi acusada durante muito tempo de estimular uma série de suicídios que teriam ocorrido em vários países supostamente motivados pela leitura do livro, gerando o que ficou conhecido por “efeito Werther”, que seria a precipitação de casos após a ocorrência de um episódio de suicídio ir a público.

Com isso, embora nunca tenha sido demonstrada a relação entre o livro de Goethe e os casos de suicídio da época, passou-se a limitar a divulgação desse tipo de morte, expediente que perdura até hoje. Mesmo assim, as pessoas não pararam de pôr fim à própria vida, nem mesmo após séculos de severa repreensão das autoridades religiosas.

O assunto, porém, é um tabu em várias sociedades, inclusive a brasileira, que assiste a uma crescente nos índices de suicídio, sobretudo entre adolescentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2025), a cada ano mais de 700.000 pessoas tiram a própria vida no mundo; no Brasil, são 11 mil pessoas em média, sendo a terceira maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.

O aumento no número de suicídios revela que o sofrimento está presente na sociedade, embrenhado na vida íntima dos indivíduos, e as consequências desse ato vão muito além de findar uma vida, haja vista os impactos enormes de sua consumação no seio familiar e outros grupos sociais adjacentes.

Se combater o suicídio é um desafio para governos e sociedades, tratar dos que ficam é tarefa de relevância incomensurável, pois são também vítimas que terão que sobreviver na sombra da tristeza, da vergonha, do rancor, do julgamento e da própria impotência. Por esses motivos, o enlutado por suicídio, sobretudo os familiares próximos, como pai, mãe, irmãos e avós, precisam ser cuidados com todo o desvelo possível. Não se trata de um luto como aqueles relacionados a outros tipos de mortes, mas sim um período de complexidades próprias.

As dificuldades pertinentes a esse luto específico apontam para uma resistência, em que a própria sociedade atual tem de lidar com o sofrimento, em especial, o sofrimento do outro. A reflexão sobre o assunto do suicídio exige considerar o sofrimento humano, e não só o sofrimento do outro, mas a relação desse sofrimento e da pessoa que sofre com o outro e com o mundo, sendo que as razões que levam ao sofrer são as mesmas que levam ao suicídio (Afonso; Seabra, 2021, p.94).

Por essa razão, lidar com os altos índices de suicídio, em geral, e de adolescentes, em particular, é um desafio, em que pesem as configurações das relações sociais contemporâneas, as influências próprias dessa contemporaneidade na formação da identidade do jovem e a visão do suicídio como saída ou interrupção do sofrimento, que poderia ser entendido por dores emocionais (Penso; Sena, 2020).

De acordo com Alves *et. al.* (2024), com a taxa de suicídio entre jovens tendo crescido 6% ao ano no Brasil entre os anos de 2011 e 2022, fica claro que o suicídio é um problema de saúde pública, sobretudo porque o número de pessoas vítimas desse ato é muito maior do que o de casos consumados. Além disso, os dados disponíveis nos diversos levantamentos feitos são subestimados por desconsiderarem as tentativas de suicídio que não resultam em morte.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2024) sobre suicídio, no Brasil, 15.507 pessoas tiraram a própria vida em 2021, com alta incidência entre adolescentes e adultos jovens, configurando-se como a terceira maior causa de morte na faixa etária de 15 a 19 anos, e a quarta maior causa de morte entre 20 a 29 anos. Ainda segundo o levantamento, intoxicação é o principal meio de utilizado na tentativa de suicídio, representando 67% do total de notificações; seguido por objeto cortante, com 17,9%, e enforcamento, 6,6%. As mulheres são as que mais tentam tirar a própria vida por intoxicação, atingindo o índice de 71,6%, sendo os medicamentos os agentes tóxicos mais utilizados.

Qualquer que seja o método, o suicídio, seja a ideação ou a sua efetivação, constitui grave problema na sociedade, à medida que afeta não somente quem recorre a ele, mas também familiares, amigos e demais pessoas, compondo uma gama de sofrimento e dor em grande escala. Para Werlang (2013, p.26), “há pessoas que conseguem levar o suicídio às últimas consequências. Então, podemos dizer que o comportamento suicida é uma tragédia pessoal e familiar e, assim, torna-se um problema de saúde pública”.

A complexidade do ato de suicídio tem sido estudada sem que se tenha esgotado o tema. O primeiro teórico a estudar de forma sistematizada o assunto foi o sociólogo, filósofo e antropólogo francês Émile Durkheim, que publicou sua obra mais famosa em 1897 – O Suicídio – na qual se propôs a analisar as influências sociais no comportamento individual, tendo chegado à conclusão de que o suicídio é um fenômeno cujas causas são determinadas por fatores sociais, que envolvem integração e regulação social. “Isso equivale a afirmar que, mesmo naquele que é o mais privado ato de um indivíduo acerca da continuidade ou da interrupção da própria vida, está a sociedade a que pertence” (Becher; Bozutti, 2021, p.34).

Pela teoria de Durkheim (Durkheim, 2003), a realidade social, externa ao sujeito, teria poder coercitivo sobre esse indivíduo, e, portanto, funcionaria como condicionante da ação humana, constituindo o suicídio um fato social. Isso posto, entende-se que o autor se debruçou sobre o aspecto social do suicídio em sua análise, e não no individual, sinalizando que se trata de uma esfera que não deve ser negligenciada no estudo desse ato, do que se depreende que os fatores externos, que constituem o ambiente em que o sujeito está inserido, são condicionantes do ato propriamente dito.

Em parte, essa teoria se faz válida até os dias atuais, porém não responde por completo a questão em torno do que leva um indivíduo a tirar a própria vida. Muitos outros pensadores ocidentais refletiram sobre o tema que, por muito tempo, esteve atrelado à noção de insanidade. Conforme as sociedades mudaram, sujeitadas às transformações do pensamento humano que acompanharam as Revoluções Industriais, com o novo paradigma de ser humano como indivíduo, independente da coletividade, a visão de suicídio também se alterou, não sendo mais visto apenas como fruto de uma realidade social, mas também de uma condição individual, isto é, esse sujeito que decide pela própria morte não é levado a tal decisão por motivos alheios a ele, mas também por razões internas.

Nesse sentido, a Psicologia traz explicações bastante objetivas por meio das abordagens cognitivo-comportamentais ao propor o conceito da tríade cognitiva, que se refere a padrões cognitivos por meio dos quais o indivíduo pensa e interpreta os fatos em relação a si, ou visão de si, que é a forma como ele se vê; em relação aos outros, ou visão de mundo, que é como vê o outro; e em relação ao futuro, ou visão de futuro. Quando esses padrões de pensamento são disfuncionais, isto é, o sujeito tem uma visão distorcida de si e/ou do outro e/ou do futuro, prevalecendo a visão negativa e pessimista, instauram-se condições que podem constituir fatores de risco ao suicídio. Essa perspectiva proposta pelas terapias cognitivo-comportamentais abre caminhos tanto para a prevenção do suicídio, quanto para o manejo do luto que, no caso da morte autoimpingida, por ser de difícil aceitação na sociedade atual, é muito mais difícil e complexo.

6.1 Formação da identidade do adolescente e fatores de risco na perspectiva da TCC

A adolescência é considerada o período de transição da infância para a vida adulta, uma fase em que o indivíduo não se sente mais criança e tampouco é um adulto. Culturalmente é vista como uma etapa do desenvolvimento conturbada, marcada por mudanças físicas, hormonais e psicológicas. Alguns autores consideram que a adolescência vai dos 12 aos 19 anos, de acordo com Feldman (2015), e engloba aspectos diversos e complexos, como ansiedades relacionadas aos amigos, aos pais, à aparência física, à independência e ao futuro. Todas essas questões voltadas para

o mundo externo e que agora permeiam a vida do adolescente atuam concomitantemente a mudanças drásticas internas.

Com a chegada da puberdade, que corresponde às mudanças biológicas que marcam a fase, altera-se a forma como o indivíduo vê a si mesmo, com implicações no desenvolvimento moral e cognitivo. O ritmo do desenvolvimento também é um fator relevante, uma vez que impacta no modo como os outros veem esse jovem e na sua percepção de como é visto e tratado pelos seus pares, sua família e pelo corpo social.

Segundo Feldman (2015), os adolescentes buscam entender seu lugar no mundo enquanto vão deixando de ser e de se sentir criança, e por isso certos questionamentos sobre si e como se encaixar neste novo universo de transição para a maturidade vão ganhando espaço. Para corroborar essa visão, o autor menciona a Teoria de Erickson (Erickson, 1963, *apud* Feldman, 2015), segundo a qual a adolescência caracteriza-se pela busca da identidade, num estágio chamado “identidade *versus* confusão de identidade”, que teria como sua face positiva a consciência de ser único e de ter um papel a seguir, e como face negativa, a incapacidade de identificar papéis apropriados para si na vida. A dificuldade de perceber esses papéis vai definir uma pessoa confusa, no sentido de não ter uma identidade estável.

É nessa etapa, de acordo com a Teoria de Erickson, que o sujeito começa a sentir as pressões sociais e os julgamentos, principalmente por parte de seus pares. Além disso, pode-se dizer que aumenta a necessidade de pertencimento e aceitação, que vai interferir no seu comportamento, em especial nas relações sociais, podendo afetar a própria formação da sua identidade. Isso porque a fase em questão está vinculada à definição de uma identidade social, aquisição de autonomia em relação aos pais, vontade de pertencer a um grupo e interesses em relacionamentos, inclusive sexuais (Cerqueira-Santos, Neto, Koller, 2014, *apud* Macedo, Petersen, Koller, 2017).

É o momento em que o menino e a menina vão agir não pelo que são, mas pelo que entendem que o grupo a que desejam pertencer ou serem reconhecidos espera que ele ou ela seja, isto é, a opinião do outro vai definir seu comportamento, uma vez que o adolescente percebe que está sendo avaliado e julgado o tempo todo pelo meio. Iniciam-se, com isso, conflitos que vão trazer consequências inevitáveis e até sofrimento, sobretudo se o jovem já tiver uma visão de si pouco integrada ou disfuncional.

Outro fator que gera conflitos nessa fase do desenvolvimento são os possíveis atritos com os pais, muitas vezes decorrentes do desejo do jovem de desfrutar de autonomia e independência que ele ainda não tem e, por conta disso, assumir comportamentos de risco, socialmente inaceitáveis ou até buscar o enfrentamento diante de autoridades, como os próprios pais ou professores, por exemplo. Em muitos casos, a depender da cultura e das condições social e familiar, o adolescente, de fato, precisa assumir responsabilidades de adultos, como o sustento da casa, o que impacta no seu processo de desenvolvimento.

A Terapia Cognitivo-Comportamental entende que o adolescente é um sujeito que está apreendendo a lidar com emoções intensas, sendo que suas interações com o meio são influenciadas pelos aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e neurofisiológicos (Macedo, Petersen, Koller, 2017), e as percepções que ele tem de si e de sua autoeficácia terão consequências no curso de sua vida. Por esse motivo, fatores como autoestima e capacidade de regulação emocional são preditivos de um estado de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo, e quando não estão presentes surge a necessidade de atenção a esse jovem, que precisa não só do apoio da família e dos amigos, como também da percepção de que está recebendo esse apoio.

Nesse processo de aprender a lidar com as emoções, inclui-se o desenvolvimento de habilidades sociais, que se caracterizam também por comportamentos sociais, e que são aprendidas ao longo da vida. Parte considerável das necessidades dos indivíduos depende da interação com outros sujeitos (Skinner, 1953/1967 *apud* Del Prette; Del Prette, 2017), razão pela qual tais habilidades são aprendidas a partir da interação com outras pessoas, sendo assim influenciadas pela cultura e pelo ambiente em que se estão inseridas (Del Prette; Del Prette, 2017). Pode-se afirmar que o ambiente, portanto, exerce influência direta sobre a visão de si, do outro e de futuro que o adolescente vai formar, constituindo a base para definir a sua saúde mental.

É nesse ambiente que o adolescente estará exposto aos julgamentos sociais e aprenderá, ele próprio, a fazer esses julgamentos com base nas suas percepções. Del Prette e Del Prette (2017) pontuam que desde a infância aprende-se a identificar pessoas com base nas suas características e distinções, com as quais acontecem as percepções sociais, que desencadeiam os julgamentos sociais, podendo ser positivos ou negativos, a depender das crenças internas do sujeito. Para os autores, uma pessoa inicialmente se identifica com seus pais, depois com o grupo familiar mais

amplo, com os amigos, grupo religioso, de lazer, de trabalho, étnico, esportivo, entre outros. Fazer parte de um grupo significa, para esse jovem, perceber que outras pessoas não fazem parte dele, o que levaria à tendência de valorizar o próprio grupo em detrimento dos outros, principalmente quando esse julgamento social é influenciado por preconceitos negativos.

Assim como o adolescente aprende tal habilidade e comportamento, ele está sujeito também a julgamentos nos meios em que transita, o que pode constituir fator de ansiedade e estresse, passíveis de desencadear problemas mais graves pautados na percepção de exclusão ou na tentativa – nem sempre realista – de pertencer a todo custo, levando a comportamentos voltados, por exemplo, para mudanças na aparência, inclusive com riscos de distúrbios alimentares, nas vestimentas, no modo de falar, no uso de substâncias ilícitas, como álcool, fumo e drogas, e até mesmo comportamentos socialmente indesejáveis, como várias formas de delinquência.

É nessa realidade que se evidenciam as fragilidades típicas da faixa etária, que podem ter consequências importantes, como a desregulação emocional, em especial em ambientes invalidantes, que pode levar até ao desencadeamento de um processo depressivo. Na atualidade, marcada pelo uso intenso das tecnologias, esse cenário é mais preocupante, no sentido de que o adolescente precisa sempre de orientação, escuta e suporte, uma vez que está suscetível a uma miríade de informações, apelos, modelos e julgamentos que por vezes saem do controle e podem ativar suas crenças centrais negativas. A consequência mais radical e indesejável de todo esse processo é o suicídio.

De acordo com Friedberg e McClure (2019, p.12), “o ambiente, as características temperamentais e o comportamento situacional de uma pessoa determinam-se reciprocamente”; por essa razão, o comportamento é um fenômeno em constante dinamismo, sendo movido pelos contextos, ocorrendo que às vezes esses contextos podem ter influência mais poderosa sobre o comportamento do indivíduo do que as suas preferências, disposições e características pessoais. O suicídio faz parte desses comportamentos que podem ser fortemente influenciados pelos contextos em que o adolescente está inserido.

Entretanto há de se considerar que o suicídio na adolescência é um fenômeno multifatorial que reflete uma interação complexa entre características individuais, contextos sociais e experiências emocionais. São considerados fatores que levam ao comportamento suicida “violência física na família, violência sexual, abuso de

substâncias psicoativas, transtorno de estresse pós-traumático, histórico familiar de suicídio, perfil de agressividade ou impulsividade e transtorno depressivo” (Boronat, Lima Nogueira, Fui-I, 2012, *apud* Neufeld, 2017, p. 360). Outro fator destacado por Chun *et al.* (2015, *apud* Neufeld, 2017) são condições relacionadas a identidade de gênero, bem como sofrer discriminação por causa da orientação sexual.

Também se incluem nos fatores de risco para o suicídio em adolescentes os aspectos sociais e econômicos, ou seja, jovens que vivem em situação de vulnerabilidade e com menos oportunidades enfrentam maior exposição à violência, necessidade de assumir responsabilidades, especialmente financeiras e até como cuidadores, além de dificuldades no acesso à educação e aos serviços de saúde. Em outras palavras, os adolescentes de nível socioeconômico inferior tendem a assumir papéis adultos precocemente, como trabalho e maternidade (Dutra-Thomé; Amazarray, 2014), o que interfere no desenvolvimento de sua identidade. Não raro, esse cenário contribui para o surgimento de sentimentos de desesperança, exclusão e fracasso, fatores que normalmente estão presentes quando surge uma ideia suicida.

Na visão cognitivo-comportamental, a forma como os adolescentes interpretam suas experiências é que molda seu funcionamento emocional, o que equivale a dizer, de acordo com Friedberg e McClure (2019), que a forma como eles erguem barreiras mentais em relação a si próprios, às outras pessoas e seus relacionamentos, às experiências e ao futuro determina as suas reações emocionais. Disso sucede que a baixa autoestima, quando está presente, e a dificuldade de regulação emocional aumentam a suscetibilidade dos jovens, ou seja, os adolescentes que não aprenderam a lidar com suas emoções apresentam maior risco de desenvolver estratégias desadaptativas de enfrentamento, como automutilação, isolamento e pensamentos suicidas (Freire; Tavares, 2011).

Além disso, transtornos como comportamento opositor e impulsivo frequentemente coexistem com risco aumentado de suicídio, especialmente em adolescentes do sexo masculino (Barbe *et al.*, 2005). Há de se considerar ainda os fatores familiares, como ausência de vínculo afetivo com os cuidadores, famílias disfuncionais e histórico de negligência emocional. Na visão da TCC, esses contextos favorecem a ativação de esquemas cognitivos negativos, como “sou um peso” ou “ninguém se importa comigo”, que contribuem para o desespero e pensamentos autodestrutivos (Neufeld, 2017). Por isso ambientes familiares instáveis podem limitar

o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, levando os adolescentes a perceberem o mundo como imprevisível e hostil, cenário agravado em casos em que ocorre violência doméstica ou separação dos cônjuges e disputa de guarda.

6.2 O luto na sociedade contemporânea

Luto: sentimento de dor pela morte de alguém; bem como os sinais exteriores desse sentimento, como o traje, ordinariamente preto, e o tempo que se está de luto. Consternação, dó. (Ferreira, 2008)

A forma como as pessoas lidam com a morte e o luto vem mudando ao longo do tempo. No Brasil dos séculos XVIII e XIX o luto era fortemente influenciado pelos costumes portugueses, e estes, pelos rituais adotados na França e Inglaterra. Nesta fase, ainda que considerados os diversos estratos da sociedade da época, tanto a morte como o luto eram cercados de pompas e regras. Morrer era um evento social, a casa ficava de portas abertas e o mais comum era que o aposento onde jazia o moribundo estivesse cheio de parentes, amigos, médicos, escravos, vizinhos.

Quando a morte chegava, era hora de iniciar os preparativos para o funeral: arrumar a casa para o velório, preparar e vestir o defunto, os convites para o enterro, os comes e bebes do velório, mandar rezar as muitas missas de corpo presente. Carpideiras contratadas se encarregavam de fazer o anúncio e espalhar a notícia do passamento. A vestimenta para o luto devia seguir uma longa lista de regras intrincadas e muitas vezes conflitantes, que indicavam não apenas o tecido da roupa e acessórios a se usar, mas também em quais situações e por quanto tempo.

Mas, acima de tudo, o luto era longo. Em caso de morte de parente próximo, como pai, mãe, marido, filho, os manuais da época sugeriam que o luto poderia durar muitos meses ou até um ou dois anos.

Todos esses costumes giravam em torno de um catolicismo que ditava as regras e incentivava as demonstrações de religiosidade, seja nas muitas missas rezadas, nas decorações dos templos, nas vestimentas de luto, nos locais de enterro que, naquela época, se davam dentro ou no entorno das igrejas, dependendo do grau de importância do falecido (Reis, 2022).

Já a partir do século XIX as descobertas científicas e as políticas higienistas começaram a tirar de cena os rituais de morte e luto. A morte passou a ter uma conotação de insalubridade, portadora de doenças e disseminadora de epidemias. Os

doentes eram acompanhados por um número cada vez menor de pessoas, em sua maioria médicos, em locais isolados. Velórios e enterros foram ficando mais rápidos.

Embora algumas mudanças tenham ocorrido nas décadas seguintes, na primeira metade do século XX ainda eram esperadas demonstrações públicas de dor e sofrimento por parte da família enlutada. Costumes como vestir preto, a abstinência de alguns alimentos e uma vida social discreta eram esperados da família do morto. Assim como era esperada a presença constante e o apoio de parentes e amigos, bem como de instituições sociais, como a Igreja, com o propósito de levar conforto e solidariedade.

A partir da década de 60, a industrialização e o êxodo rural redefiniram a sociedade brasileira, que passou a contar com uma população majoritariamente urbana, gerando novos hábitos e comportamentos. A vida agitada das cidades modificou significativamente as relações familiares, com a família cada vez mais distante e o núcleo familiar, menor. Hoje, em plena era do individualismo, a palavra de ordem no luto é discrição: morre-se nos hospitais, cercado de preceitos médicos e longe de olhares curiosos; velórios e enterros são rápidos, muitas vezes no mesmo dia da morte. O preto não é mais obrigatório nas vestimentas.

A discrição é estendida às demonstrações de sofrimento de quem passa pelo luto: as emoções devem ser contidas para manter a dignidade. Assim, os familiares se mostram fortes para não dar espaço para comentários quando, no fundo, estão destruídos cada um dentro do seu mundo.

Não é incomum que as pessoas não saibam como exprimir suas condolências e sintam-se desconfortáveis em demonstrar alguma emoção. Dependendo da causa da morte, esse desconforto tende a ser ainda maior. Parentes e amigos são reservados nos gestos, nas palavras, nas atitudes. Com a correria da vida urbana, não sobra muito espaço para o apoio à família que perdeu um ente querido. Na impossibilidade de estar presente na despedida final ou na tentativa de escapar ao desconforto do encontro com o familiar enlutado, envia-se um cartão, uma coroa de flores ou uma mensagem de condolências.

Enfim, existe uma mensagem velada na sociedade de que é preciso voltar o mais breve possível à rotina da vida diária. Em geral, após o enterro e a missa de sétimo dia, a família se vê sozinha para lidar com sua perda. Os parentes e amigos que outrora formavam a rede de apoio, agora se afastam com o pensamento de não incomodar os que estão sofrendo. A “economia de afetos” ganha uma justificativa no

“ser discreto” (Khoury, 2014, p.598), o que só faz reforçar o isolamento e desamparo de quem enfrenta uma perda. No século XXI, o luto é individual, e o luto por suicídio é mais do que individual, é também solitário à medida que o enlutado busca o isolamento, sendo permeado por revolta, culpa, sensação de insuficiência, julgamentos externos, forte estigma e, em casos extremos, risco de suicídio da vítima enlutada. Quando é um adolescente que coloca fim à própria vida, o fato gera implicações na sociedade e nas famílias.

Acredito que a pessoa que comete suicídio coloca seus esqueletos psicológicos no armário emocional dos sobreviventes - condena os sobreviventes a lidar com muitos sentimentos negativos e, mais, a tornarem-se obcecados com pensamentos relacionados com seus papéis reais ou possíveis na precipitação do ato suicida, ou como falharam em evitá-lo. Esta pode ser uma carga pesada. (Shneidman, *apud* Cain, 1972, p. X)

A perda de um ente querido por suicídio é uma das experiências mais dolorosas e difíceis para familiares e amigos. Todos os lutos são difíceis, mas o luto por suicídio tende a ser mais intenso e prolongado. A “condenação” expressa acima por Shneidman, psicólogo americano considerado precursor dos estudos sobre suicídio, reverbera nos três questionamentos que mais aparecem nas conversas com enlutados por suicídio: Por que ele fez isso? Como eu não percebi que isso iria acontecer? Por que ele fez isso comigo?

Em “Aconselhamento do luto e terapia do luto” (2013), Worden analisa esses sentimentos e de que modo eles impactam a vida, as relações e a recuperação dos enlutados por suicídio. Devido ao estigma social que ainda envolve a morte por suicídio, a vergonha pode ser considerada o sentimento predominante entre os familiares sobreviventes, afetando seriamente suas relações sociais e, até mesmo, familiares (Worden, 2013, p.130).

A culpa é outro sentimento comum entre enlutados, uma vez que costumam sentir-se responsáveis pelo ato consumado, enredando-se numa espiral de pensamentos e questionamentos acerca de que “deveriam ter percebido que isso iria acontecer” ou “poderiam ter feito algo para impedir”. O sentimento de culpa tende a se tornar mais contundente quando o ato suicida ocorre em meio a um período de desentendimento com a pessoa que morreu. A culpa ainda pode aparecer na forma de acusação, quando se projeta em outras pessoas a sua culpa e os acusa pela morte. Para Worden (2013, p.131), isso acontece quando o sujeito tenta “manter controle e faz isso para encontrar certo sentido em situação de difícil compreensão”.

Quando a morte por suicídio é percebida pelo enlutado como rejeição, o sentimento que sobressai é a raiva. É neste momento que aparecem os questionamentos “Porque ele fez isso comigo?”, “Como ele pôde me deixar?”. A baixa autoestima pode vir associada à raiva, uma vez que o pensamento é de que a pessoa que se matou não pensou no enlutado quando decidiu cometer o ato. Quem fica se sente rejeitado.

Outro fator que pode estar atrelado a esse tipo de luto é o medo, que surge como um sentimento frequente entre sobreviventes de suicídio. O medo aparece principalmente relacionado aos seus próprios impulsos destrutivos, como se o ato cometido pelo familiar lhes imputasse uma “sensação de destino ou fatalidade” (Worden, 2013, p.131).

Há de se atentar ainda para os pensamentos distorcidos, que costumam acontecer quando a família tem necessidade de atenuar o comportamento da vítima, caracterizando sua morte como um acontecimento natural ou acidental.

6.3 Posvenção, impactos emocionais e sociais nos familiares

A pessoa impactada pelo suicídio de quem ama recebe um marcador existencial, sem desejar ou esperar. Ao usar a palavra “marcador” reflito sobre as marcas das dores advindas da morte por suicídio.” (Fukumitsu, 2023, p.7)

Resposta natural à morte, o luto é um processo pelo qual todas as pessoas passarão em algum momento da vida. A morte por suicídio, violenta e estigmatizada, no entanto, impacta de modo implacável quem é tragado pelo acontecimento, com sentimento de culpa, vergonha, medo, desesperança e solidão, que em alguns casos podem evoluir para problemas de saúde mental.

Quantas e quais seriam essas pessoas diretamente afetadas por uma morte por suicídio são questões já estudadas, mas para as quais não há respostas definitivas. Em publicação de 2008, a Organização Mundial de Saúde (WHO) indica que entre cinco e dez pessoas seriam diretamente afetadas. Dantas *et al.* (2022) apontam que esse número está em consonância com pesquisas anteriores realizadas por Shneidman entre o final dos anos 60 e o início dos anos 70, que estimou que cerca de seis pessoas seriam diretamente impactadas, e um estudo de Wroblewski, publicado em 2002, para quem esse número alcançaria dez pessoas.

Considerando que, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), em 2021 ocorreram mais de 15 mil mortes por suicídio no país, e que o suicídio foi a terceira maior causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos, entende-se que esse contingente de pessoas é significativo. É preciso considerar que além de familiares e amigos próximos, a depender do grau de relacionamento do jovem que cometeu suicídio, outros grupos podem ser bastante afetados, como professores, colegas de escola ou de trabalho, namorados, terapeutas, vizinhos. São os sobreviventes enlutados, assim chamados para diferenciá-los das pessoas que sobreviveram após uma tentativa própria de suicídio.

Há ainda aqueles expostos ao suicídio, grupo formado pelos indivíduos que não conheciam pessoalmente aquele que morreu, mas foram impactadas de alguma forma pelo ato suicida, como bombeiros, transeuntes, pessoas que souberam do fato pelas mídias sociais ou acompanharam o caso pela imprensa (Dantas *et al.*, 2022, p.3). A fim de delimitar o campo de pesquisa e discussão, este trabalho propõe um olhar sobre o grupo de sobreviventes enlutados, os impactos sociais e emocionais da morte por suicídio e os caminhos para a posvenção do luto.

O termo posvenção (*postvention*, em inglês) foi cunhado no início dos anos 1970 pelo psicólogo americano Edwin Shneidman, pai dos estudos sobre suicidologia, ao se referir aos cuidados aos sobreviventes enlutados por suicídio. Nas décadas seguintes, a posvenção viria a se mostrar importante não só aos familiares e amigos, mas àqueles sobreviventes enlutados cujo impacto causado pelo suicídio de outra pessoa poderia transformar-se em risco de suicídio do próprio sobrevivente (Survivors of Suicide Loss Task Force, 2015, p.4-5). Para além das definições e divisões, a posvenção no suicídio incumbe-se da tarefa de desestigmatizar o suicídio e atuar no sentido de diminuir os riscos de que outras mortes por suicídio ocorram naquela comunidade (Dantas *et al.*, 2022, p.3).

Os grupos de apoio são um dos principais meios disponíveis aos enlutados para a busca de amparo. No Brasil, existem diversos grupos que proporcionam acolhimento a quem enfrenta o luto por suicídio, muitos deles criados por familiares, como mães e pais, e podem contar com a colaboração de psicólogos. O trabalho desses grupos consiste em receber pessoas de todo o país oferecendo acolhimento e escuta, palestras e trocas de experiências de vida, com vistas ao fortalecimento emocional que favoreça o enfrentamento desse luto.

Além desses grupos, o caminho da psicoterapia mostra-se necessário em muitos casos, sobretudo no transtorno de luto prolongado (American Psychiatric Association, 2023) quando o indivíduo não consegue suportar a dor do processo e o luto causa prejuízos em sua vida social, no trabalho e outras áreas importantes de sua vida. A Terapia Cognitivo-Comportamental oferece recursos bastante eficazes para esse fim.

6.4 O luto familiar por suicídio na visão da TCC

Diferentemente de lutos por mortes com outras causas, quando se trata de suicídio, o luto vem carregado de estigmas, questionamentos, críticas e autocríticas, com forte tendência do enlutado ao isolamento. O que está em ação são forças muito complexas, uma das quais é a fusão do assassino e do assassinado, conforme sinaliza Freitas *et al.* (2021), o que gera uma experiência mais traumática para os sobreviventes enlutados e o sistema familiar, cujo equilíbrio é colocado à prova a partir do momento em que desestrutura todo um sistema de relações. “A morte produz uma grande alteração da homeostase do sistema familiar: traz aos sobreviventes o desafio de dar contorno ao acontecido e absorvê-lo em um novo equilíbrio, em um novo sistema de relações entre os indivíduos restantes” (Freitas *et al.*, 2021, p.119).

Uma das características marcantes desse tipo de luto é a busca, por parte dos familiares sobreviventes, de sentido para o ocorrido, em que normalmente emerge uma necessidade de apontar os responsáveis, atribuir culpas e desvendar os motivos. Nessa procura incessante e desgastante é que se percebem as crenças nucleares desses membros, agora, de uma família destruída e fortemente abalada por um evento irreversível. Nesse contexto, é fundamental que a posvenção seja manejada de forma assertiva, o que pode ser viabilizado a partir das técnicas próprias das terapias cognitivo-comportamentais.

Este momento de sofrimento intenso pode ser explicado a partir da perspectiva de Aaron Beck, que aponta que o sofrimento humano tem como causa o significado que o indivíduo dá às circunstâncias vivenciadas ou pensadas (Beck, 2011, *apud* Vieira; Mouadeb, 2021, p. 280). Nessa perspectiva, a forma como o familiar enlutado entende e assimila a morte será decisiva para caracterizar a vivência do seu luto, considerando-se que os significados que atribui são baseados no seu funcionamento

cognitivo, o qual é moldado pelas crenças nucleares que vão sendo constituídas desde a infância a partir das experiências de vida do sujeito.

No caso do suicídio de adolescentes, fatores como a responsabilidade dos pais, o vínculo familiar, a imprevisibilidade do ocorrido, além da ambiguidade de sentimentos, como a oscilação entre a tristeza e a raiva, a saudade e a culpa, a impotência e o medo das acusações, tudo isso compõe um cenário de fortes pressões internas e externas que tornam a aceitação da morte mais árdua. Nesse ambiente em que uma miríade de pensamentos automáticos disfuncionais sustentados por crenças intermediárias e nucleares envolvem todo o seu funcionamento cognitivo, a pessoa se vê incapacitada para sequer vislumbrar a possibilidade de retomar a vida, e muito menos de resgatar o sentido de sua existência pessoal e familiar.

De acordo com a TCC, as emoções, os comportamentos e a fisiologia do indivíduo são influenciados pela forma como ele percebe os acontecimentos, ou seja, não é o fato que determina o que se sente e pensa, mas como ele é interpretado pelo sujeito (Beck, 2022). Segundo o modelo cognitivo, situações e acontecimentos geram pensamentos que causam determinada reação, seja emocional, comportamental e/ou fisiológica.

Essas formas de interpretar as situações não são aleatórias, pelo contrário, estão atreladas a determinadas ideias que as pessoas têm de si mesmas, do mundo e do futuro, o que a TCC nomeia de “tríade cognitiva”. Essas ideias vão se formando desde a infância e compõem as crenças nucleares do indivíduo, que o acompanharão em suas compreensões de forma duradoura ao longo da vida.

No processo do luto, essas crenças centrais ou nucleares têm papel fundamental na medida em que determinam o funcionamento cognitivo do sujeito enlutado e como ele vai sentir e elaborar aquele acontecimento. Quando essas crenças nucleares são negativas e, portanto, disfuncionais, a pessoa terá sentimentos e pensamentos desadaptativos sobre si, sobre os fatos e sobre o futuro, o que equivale a dizer que potencializam os níveis de sofrimento. No caso do sobrevivente enlutado, os sentimentos e pensamentos desadaptativos predizem um contexto agravado dos sentimentos de culpa, de vergonha, de rejeição ou abandono, que podem levar à instalação de quadros de ansiedade, depressão e, em casos extremos, ao suicídio da vítima enlutada.

No luto por suicídio são comuns pensamentos automáticos como “Eu deveria ter feito algo para impedir”, “A culpa foi minha”, “Ninguém sabe o que estou sentindo”,

“Vão pensar que não fui boa mãe/bom pai”, “Como não percebi o que ia acontecer”, entre outros que são ativados por crenças nucleares disfuncionais. Os pensamentos automáticos são entendidos como o nível mais superficial de cognição, de acordo com os princípios da TCC, acionados quando um fato ocorre.

6.5 O luto e as crenças centrais ou nucleares disfuncionais

Beck (2022) categoriza as crenças centrais disfuncionais em três aspectos:

- a. **Crença central de desamparo**, em que a pessoa acredita ser ineficiente e incapaz de lidar com as situações da vida e de se autoprotger;
- b. **Crença central de desamor**, em que a pessoa acredita ter qualidades pessoais que a impossibilitem de receber o amor do outro;
- c. **Crença central de desvalor**, em que a pessoa se sente desprovida de valor moral ou se vê como um perigo para o outro.

De acordo com Beck (2022), como essas crenças influenciam na visão que o sujeito tem de uma situação, e embora uma mesma situação gere reações diferentes em cada pessoa (Rangé; Pereira, 2011, p. 21), sobretudo em casos de extrema gravidade, essas crenças tendem a serem negativas, extremas, globais, rígidas, inflexíveis e generalizadas. Essa inflexibilidade faz com que seja imprescindível um bom trabalho de posvenção, para que o luto possa ser vivido pelo sujeito de modo a restaurar o sentido de continuar vivendo e que ele seja capaz de ver o futuro de forma esperançosa, ou seja, restabelecer a saúde mental do familiar enlutado.

A elaboração do processo do luto depende das circunstâncias em que a morte se dá, e no caso de suicídio de adolescentes, diversos fatores entram em questão, como a pouca idade, uma vez que, salvo por motivo de doenças, culturalmente não se espera a morte de um jovem; além disso, o peso de promover a própria morte acaba recaindo sobre os ombros dos familiares de forma implacável.

Para muitos, a dor da perda é tida como insuportável, ao menos em sua fase inicial. Às vezes é difícil para o ser que fica reconhecer que o outro não está mais ali, em processo de franca negação da realidade, mas, ainda assim, apesar de toda a negação que se tenta empreender, a vida continuará e, em algum momento, esse sujeito terá que se adaptar a uma nova realidade, na qual o ser perdido já não desempenha mais as funções e os papéis que antes lhe cabiam. (Rangé; Nardi; Oliveira e Silva, 2011, p. 725)

No manejo do luto pela TCC, o paciente é esclarecido sobre o processo natural do luto e, segundo Rangé, Nardi e Oliveira e Silva (2011), sobre o seu caso em

particular, com vistas ao aprendizado de habilidades cognitivas e comportamentais que lhe permitam readaptar-se ao seu ciclo de vida, o que deve ser feito com base na necessidade de se reformularem os papéis dentro do próprio sistema familiar e da sociedade. Por seguir um modelo de trabalho mais estruturado, educativo e objetivo, a TCC apresenta recursos que possibilitam resultados eficazes em menos tempo – lembrando que cada caso é único em suas singularidades e níveis de complexidade –, além de dispor de psicoeducação para a manutenção desses efeitos, o que é fundamental para a readaptação à vida cotidiana após a ocorrência da morte repentina e para se evitarem consequências mais graves, como os estados depressivos e até o suicídio do enlutado. Ribeiro, Silva e Alves (2021) sugerem que famílias enlutadas por suicídio experimentam culpa, vergonha e rejeição em maior intensidade em relação a famílias enlutadas por outros tipos de morte, e isso seria fator preditor de tentativas de suicídio por parte de seus membros.

Para lidar com esse paciente enlutado na Terapia Cognitivo-Comportamental, o psicólogo deverá seguir os princípios do tratamento, sendo alguns deles a formação de uma sólida aliança terapêutica, de forma a garantir a colaboração do paciente; e a utilização de técnicas que visam à mudança de pensamento, humor e comportamento da pessoa (Beck, 2022). Em relação a essas técnicas, a autora esclarece que estratégias de muitas modalidades de psicoterapia são adaptadas de acordo com a natureza do problema, como técnicas da terapia de aceitação e compromisso, terapia comportamental, terapia cognitiva focada na compaixão, entre outras que se ajustem ao sujeito que está sendo atendido e às suas necessidades. Uma dessas modalidades que tem efeitos bastante positivos na condução do luto complicado de familiares sobreviventes do suicídio é a terapia focada na compaixão, que será destacada adiante.

6.6 Iniciando a psicoterapia para o luto

Como a TCC baseia-se no modelo cognitivo, cabe ao terapeuta identificar o modelo de funcionamento cognitivo do paciente para entender como a percepção que ele tem dos fatos, no caso, o suicídio, influenciou e continua influenciando nas suas reações, sejam emocionais, comportamentais e fisiológicas. Com isso, é preciso entender a pessoa, identificando junto com ela seus pontos fracos e fortes e os recursos de que dispõe para colaborar com o terapeuta.

Para isso, é fundamental a identificação dos pensamentos automáticos e dos esquemas que subjazem seu funcionamento cognitivo, para que seja possível chegar às suas crenças nucleares, considerando que essas crenças são parcial ou totalmente ativadas em situações de vulnerabilidade ou estressoras (Beck, 2022), como diante do suicídio de um adolescente na família. São essas crenças nucleares que vão influenciar na formação de uma classe intermediária de crenças, que constituem regras e pressupostos que influem na cognição e no comportamento do sujeito. São essas crenças intermediárias que vão fazer emergir pensamentos como “eu deveria ter evitado essa morte”, “eu mereço sofrer porque meu filho tirou a própria vida”, “eu devo estar sendo castigado porque não dei atenção ao meu filho”.

Esse conjunto de crenças e regras vão formar os esquemas que regulam o funcionamento adaptativo ou desadaptativo do sujeito. As técnicas da TCC vão atuar justamente na identificação desses esquemas e na mudança dessas crenças disfuncionais, para que seja possível ao indivíduo superar cada fase do luto. Para isso, aplicar o Registro de Pensamentos Disfuncionais é de grande utilidade, pois conforme sinaliza Wright *et al.* (2019), a identificação de tais pensamentos permite não só perceber padrões de cognição e comportamento, como também identificar os pensamentos automáticos logicamente verdadeiros, ou seja, que demonstram uma percepção coerente com a realidade, e os pensamentos que refletem equívocos nessa lógica, que seriam erros cognitivos, e portanto disfuncionais, que acentuam o sofrimento do paciente especialmente no contexto do luto. O autor propõe que se monte em uma folha de papel uma tabela com três colunas, em que são registrados “situação”, “pensamentos automáticos” e “emoções”. O paciente será conduzido a relembrar determinada situação, para que possa entrar em contato com os pensamentos automáticos decorrentes e as emoções suscitadas.

O uso do RPD auxilia o terapeuta a proceder com a psicoeducação do paciente, com o objetivo de propiciar a aprendizagem de habilidades cognitivas e comportamentais para a readaptação ao seu ciclo de vida. Faz parte da psicoeducação, no caso do luto, o esclarecimento sobre o processo natural do luto e o entendimento sobre o caso particular do paciente, motivo pelo qual a aliança terapêutica deve estar bem estabelecida, de forma a sustentar a escuta, jamais os julgamentos.

6.7 Etapas importantes da terapia do luto

Elemento-chave na TCC, a psicoeducação é fundamental para que o paciente seja capaz de entender o processo do luto e identificar seus próprios pensamentos automáticos e crenças. Nesse processo, a psicoeducação tem um papel importante também no fortalecimento da aliança terapêutica com o paciente. É durante a psicoeducação que o psicólogo esclarece o paciente sobre o modelo cognitivo, para que esse seja capaz de entender a interação entre pensamentos, emoções e comportamentos, habilitando-o a se envolver com o processo de forma ativa e significativa, com menor risco de desistência do tratamento.

Segundo Beck (2022), os aspectos culturais devem ser observados no tratamento do paciente, uma vez que seus valores podem interferir na expressão emocional. Para que a psicoterapia seja eficaz no tratamento do luto, fatores como hábitos regionais, idade, orientação religiosa ou espiritual e condição socioeconômica precisam ser considerados, inclusive os possíveis preconceitos que muitas vezes desempenham papel relevante nas dificuldades enfrentadas pelo enlutado. É necessário garantir que o tratamento seja respeitoso, “identificando pontos fortes e suportes culturalmente relacionados e validando as experiências de opressão dos clientes” (Beck, 2022, p. 18). No luto em geral e no suicídio em particular, as visões cultural, ideológica e, sobretudo, religiosa interferem na forma como o fato é visto pelo paciente, nas suas emoções e pensamentos, com intensidade que não pode ser desprezada.

Durante as sessões, busca-se fazer perguntas ao paciente que possam ser úteis para que ele próprio perceba quais são seus pensamentos disfuncionais e para que possa avaliar a validade e utilidade desses pensamentos. Uma das formas de se fazer isso é por meio do questionamento socrático que, segundo Beck (2022), ajuda o paciente a verificar a validade de suas ideias a partir de uma revisão das evidências, sem que se tente convencer a pessoa de que seus pensamentos ou crenças não são válidos. Assim deixa-se que ela chegue, por meio do empirismo colaborativo, a uma percepção dos seus pensamentos e crenças disfuncionais sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, o que inclui os pensamentos sobre aquela morte, ou seja, o ato suicida, a pessoa que se suicidou, seu papel naquela família agora enlutada, suas relações com suas memórias envolvendo o morto e com o mundo exterior, para que seja possível a reestruturação cognitiva ao longo do tratamento.

No luto por suicídio, a descoberta guiada pode ser uma peça fundamental na eficácia do tratamento, uma vez que nada é imposto ao paciente como uma obrigação. Motivo pelo qual não se diz ao paciente, por exemplo, que ele não pode pensar que é culpado, pois não se trata de impor o que o enlutado precisa pensar, sentir ou como deve agir, e sim oferecer a oportunidade de essa pessoa ter contato com seu modo de funcionamento cognitivo, para entender o quanto pode modificá-lo a fim de reintegrar-se à vida e diminuir o sofrimento.

Para que seja possível esse auto entendimento, terapeuta e cliente vão, em conjunto, estabelecer um plano de ação que, segundo Beck (2022), leve em conta a disposição do paciente, sua disponibilidade de tempo, sua energia, suas limitações e dificuldades e seu nível de motivação, respeitando a natureza do problema, inclusive com atividades que possam ser realizadas durante a semana, possibilitando que a psicoterapia não fique restrita ao tempo da sessão.

Inseridos nos planos de ação estão os protocolos de luto, como o sugerido por Zwielewski e Sant'Ana (2016), que incluem etapas fundamentais na TCC, como a aplicação semanal dos Inventários de Ansiedade, Depressão e Desesperança, desenvolvidos por Beck com o objetivo de acompanhar, respectivamente, os níveis de ansiedade, depressão e desesperança do paciente. Também faz parte do protocolo a avaliação do risco de suicídio do enlutado, uma vez que não é incomum que o seu estado de sofrimento insuportável o leve a pôr fim à própria vida.

Além dessas verificações, na TCC é feita a psicoeducação sobre as características do luto, bem como as mudanças cognitivas, comportamentais e fisiológicas próprias desse contexto. Com isso, o paciente vai aprendendo a identificar as distorções cognitivas relativas ao luto, para que seja possível promover mudanças que visem à reorganização do sistema familiar, a reconfiguração dos papéis nessa família, bem como a readaptação do paciente à rotina, definição de novos propósitos e, muito importante, a prevenção de recaídas.

Também faz parte dos princípios da TCC a ênfase no positivo (Beck, 2022), que consiste em colocar foco nas emoções e cognições positivas do paciente, considerando-se a incapacidade de reconhecer aspectos positivos em si e no mundo, em função de sua atenção voltada para o contexto trágico do suicídio, que faz emergirem pensamentos e emoções negativas, além da desesperança. Essa desesperança está fortemente ligada à visão de futuro do enlutado, o que requer um conjunto de estratégias terapêuticas que visem à mudança de pensamentos negativos

sobre si mesmo e essencialmente sobre o futuro, agora, sem a presença da pessoa que morreu.

Para esse enfrentamento do luto tem ganhado grande expressão a Terapia Focada na Compaixão, voltada primordialmente para pessoas com transtornos mentais complexos, desenvolvida por Paul Gilbert, professor de Psicologia Clínica da University of Derby, Inglaterra.

Gradualmente, também estamos reconhecendo que as psicoterapias precisam se concentrar tanto nos processos fisiológicos quanto sociais, além dos psicológicos, para promover mudanças de longo prazo. A Terapia Focada na Compaixão (TFC) é uma terapia focada em processos guiados por uma ciência biopsicossocial baseada no evolucionismo. Seu interesse particular é compreender as funções evolutivas das relações sociais, bem como as conexões de cuidado e suas habilidades de regulação fisiológica. (Gilbert; Simos, 2024, p.xv)

Para o criador da TFC, os processos que fundamentam essa prática são interdisciplinares e abrangem as principais funções da mente, que incluem emoções, motivações e comportamentos. O autor sugere que a compaixão, embora tenha seu sentido um pouco diverso a depender da cultura, basicamente é considerada “uma motivação de cuidado e pode ser definida como uma sensibilidade ao sofrimento próprio e dos outros, com um compromisso de tentar aliviá-lo e preveni-lo” (Gilbert, 2017, *apud* Gilbert e Simos, 2024, p. 11). Com base nesse princípio, entende-se que a compaixão traz consigo a noção de que uma dor não pode ser resolvida, mas pode ser abordada sob a perspectiva de que ela faz parte da condição humana e que, portanto, é possível lidar com ela com bondade, empatia e paciência, em vez de se tentar rejeitar ou aceitar passivamente. A compaixão pode se dar em três direções, sendo possível o indivíduo receber compaixão dos outros, o que o faz sentir-se amparado em momentos difíceis; o indivíduo pode oferecer compaixão aos outros; e ainda direcionar a compaixão para si próprio, tratando-se com gentileza e compreensão diante das dificuldades (Lobo; Neufeld, 2023).

A compaixão é uma habilidade e, como tal, pode ser treinada, o que se dá a partir do princípio de que as motivações são reguladas pelas emoções. A TFC baseia-se na noção de três sistemas, um de defesa e proteção (ou sistema de ameaças), que é ativado frente a situações percebidas como ameaçadoras; sistema de recursos, aquisição e conquista (sistema drive), o qual motiva o indivíduo à ação e à determinação na busca por realizações; e o sistema de segurança, cuidado e satisfação (sistema calmante), que traz a sensação de segurança e conforto,

relacionado com o acolhimento, autocuidado e bem-estar, permitindo a redução da tensão e do estresse (Lobo; Neufeld, 2023).

A combinação da TCC com o Treino da Mente Compassiva (TMC) pode ter grande eficácia no tratamento de pessoas que passaram por eventos traumáticos, “pois altos níveis de autocompaixão estão relacionados com diminuição da ansiedade, depressão e sintomas relacionados ao trauma” (Beaumont; Galpin; Jenkins, 2012, *apud* Videira, 2018, p. 8). Por essa razão, o TMC pode ajudar a diminuir a culpa, a vergonha e a autocrítica, comumente presentes no luto por suicídio de adolescentes, em especial quando a pessoa já entendeu seu funcionamento cognitivo, racionalmente compreende que não é culpada, mas não consegue mudar as emoções e continua sentindo culpa, raiva ou vergonha.

A culpa é um dos principais sentimentos presentes no sobrevivente enlutado. Para Gilbert e Simos (2024), a culpa manifesta emoções como tristeza e remorso, que geram o movimento de reparação do dano no outro, porém o outro não está mais presente, e isso agrava ainda mais a própria culpa. Da mesma forma, a raiva é outra emoção que pode emergir, distorcendo a visão de si e da pessoa que morreu, ativando crenças disfuncionais. Nesse contexto, o desafio é fazer o paciente entender que ele é merecedor da compaixão e que ele próprio pode ser compassivo com os outros e consigo próprio. Esses componentes são necessários para que seja possível promover a consciência e nomeação das emoções e a regulação emocional.

Algumas práticas podem ser incorporadas ao tratamento do luto, complementarmente aos protocolos da TCC clássica, como a escrita de cartas, por exemplo, a carta de perdão, que o sobrevivente enlutado pode escrever ao familiar que se suicidou, e o diário da compaixão, que consiste em adotar uma rotina em que a pessoa escreve a cada dia um motivo, por mais trivial que seja, pelo qual ela já se sentiu ou se sente grata. Com isso, visa-se a uma flexibilização na percepção e nos pensamentos do paciente, para subsequente modificação das suas emoções e comportamentos no contexto do luto, a partir do desenvolvimento da mente compassiva.

Também são técnicas normalmente empregadas o treinamento de respiração e práticas de *mindfulness*, que se trata da habilidade de prestar atenção aos padrões em mudança da nossa mente biológica, de notar pensamentos, emoções e desejos quando eles surgem, e diferenciá-los, ajudando a pessoa a se tornar mais observadora e capaz de lidar com os impulsos comportamentais (Gilbert; Simos, 2024,

p. 294-295). Os autores pontuam que a textura da experiência de sofrimento é criada pelos domínios cognitivos e contextuais, sendo que o contexto da dor interfere em como a pessoa sofre.

O sofrimento, para o mesmo autor, pode ser visto como uma dor mental, uma vez que o sujeito é dotado de uma consciência que experiencia essa realidade. A partir disso, tem-se a compaixão como um meio de reconhecimento de que luto e tristeza fazem parte do processo de viver e transformar o sofrimento, não com o propósito de evitar ou eliminar o sofrimento, mas sim de ser suportável, de modo que a pessoa seja restituída de seu modo de vida funcional.

Compaixão é uma orientação da mente que reconhece a dor e a universalidade da dor na experiência humana e a capacidade de prestar atenção a essa dor com bondade, empatia, igualdade e paciência. Enquanto a autocompaixão se orienta para a nossa própria experiência, a compaixão estende essa orientação para a experiência dos outros. (Feldman; Kuyken, 2011, p.145 *apud* Gilbert; Simos, 2024, p.13)

O ponto de partida da TFC é a criação de uma relação terapêutica de base segura, que permita o processo de descoberta guiada. Por meio de tarefas, o paciente é levado a entender as causas e manutenção de seu sofrimento, para que seja capaz de enfrentá-lo. O objetivo dessa terapia consiste em desenvolver uma mente compassiva no sujeito e construir uma consciência mental com a psicoeducação, melhorando sua relação consigo mesmo e com os outros, reduzindo a evitação experiencial, para se chegar a um estado de bem-estar geral.

Importante salientar que tanto as técnicas da TCC clássica quanto as associadas à TFC podem ser empregadas não apenas individualmente, como também em grupo, o que é fortemente válido nos casos de luto por suicídio.

Por fim, com a evolução do processo do luto, cabe ao terapeuta proceder com as técnicas de prevenção de recaída e finalização, que encerram o ciclo da psicoeducação.

7. DISCUSSÃO

Este trabalho aborda o luto em familiares sobreviventes de suicídio de adolescentes por se tratar de um tema extremamente atual e relevante em um contexto mundial, inclusive brasileiro, dado o expressivo número de casos de suicídio nos últimos anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2025), a cada ano, mais de 700.000 pessoas tiram a própria vida no mundo; no Brasil, são 11 mil pessoas em média, tendo sido a terceira causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no ano 2021, segundo os dados mais recentes do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

As mortes autoprovocadas, por seu número elevado e forte impacto na sociedade em geral e nos indivíduos afetados em particular, constituem um grande desafio à Saúde Pública e requerem uma mudança de paradigmas nas formas de lidar, sobretudo com os processos de posvenção.

Não há consenso entre os autores, mas estima-se que cada suicídio afeta de 6 a 135 pessoas direta ou indiretamente ligadas ao indivíduo que se matou, o que significa que as consequências desse ato vão muito além de colocar fim à própria vida, uma vez que desencadeia uma vasta rede de sofrimento e dor.

O suicídio, que outrora já foi visto como ato de honra e coragem, na contemporaneidade tornou-se tabu fortemente arraigado nas culturas ocidentais, como no Brasil, onde a herança do catolicismo é marcante. Por consequência, o assunto passou a ser escondido, quase proibido, e por isso cercado por estigmas, vergonha, culpa, fazendo com que o luto dos familiares seja um processo ainda mais penoso do que o luto por outras causas.

Atualmente começa-se a perceber alguma mudança com a entrada das mídias sociais no cotidiano da população, por onde as informações circulam com rapidez e praticamente sem controle. Por um lado, essa popularização da Internet representou um avanço à medida que trouxe o assunto do suicídio a público com mais frequência, abrindo espaço para especialistas informarem as pessoas sobre a problemática. Por outro lado, as redes sociais, e mais recentemente as inteligências artificiais, permitiram o surgimento de um espaço nefasto em que qualquer pessoa pode ser estimulada a terminar com a própria vida e até ter acesso a informações sobre como proceder.

Quando a morte ocorre com adolescentes, o cenário é ainda pior, pois envolve o julgamento de uma sociedade que busca responsáveis, alicerçada por mídias que reforçam as posturas arbitrárias, colocando pais, mães e irmãos em posição de algozes. Por esse motivo, os riscos de essas pessoas desenvolverem transtornos psiquiátricos são elevados. Um dos fatores responsáveis por tornar esse luto complexo é o fato de que a pessoa que se suicida é simultaneamente agente e vítima, o que suscita emoções ambivalentes, que vão da raiva à saudade.

O aumento de casos de suicídio, inclusive entre jovens em idade escolar, coloca em evidência a urgência de ações efetivas, que envolvam governos e sociedade, com a finalidade de cuidar da saúde mental desses adolescentes, tão expostos a variados tipos de pressões, preconceitos e outras formas de violência, que se agravam conforme a condição social, identidade de gênero e raça. Sendo a adolescência um período importante para a formação da identidade do indivíduo, observa-se a necessidade de cuidados que envolvam não só as famílias, como todo o corpo social, uma vez que se vive em uma era hiper conectada, em que ser aceito, fazer parte, seguir padrões, ser como o outro têm valor de obrigação para quem ainda está saindo da infância e dando os primeiros passos rumo à vida adulta.

Esse cenário escancara o quanto a adolescência precisa ser mais bem cuidada no país, seja por meio de ações governamentais, em suas variadas instâncias, seja por ação direta da escola ou ainda com uma mudança de paradigma na forma como se encara a saúde mental, ainda desprezada ou vista como assunto sem relevância.

De acordo com os preceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental, a consolidação de crenças nucleares disfuncionais pode levar a sofrimentos psíquicos, exatamente como se nota nos jovens que provocam a própria morte. Pensamentos de que não têm valor, não têm uma aparência desejada, não são amados ou não serão amados se não corresponderem aos padrões, além da dificuldade de verem perspectivas futuras e sentido para a própria vida, levam milhares de adolescentes ao sofrimento psíquico. Essa perspectiva cognitivo-comportamental indica o quanto é urgente que os adolescentes deixem de ser vistos e tratados como pessoas difíceis, propositalmente conflitantes, que só dão trabalho e são irresponsáveis. Essa mentalidade contribui para que o período da adolescência, que é uma fase de transição com mudanças biológicas e psicológicas, seja encarado como problemática, pois isso só reforça esquemas e modelos cognitivos disfuncionais. Os índices elevados de suicídio nessa fase da vida sinalizam que a visão de futuro de muitos

jovens está comprometida e precisa ser resgatada pela família, pela escola e pela sociedade em geral.

Outra hipótese levantada neste trabalho, de que a sociedade contemporânea não está preparada para lidar com este luto complicado foi comprovada pelo pouco que se fala sobre o tema, ainda que casos cada vez mais frequentes de adolescentes que cometem suicídio tenham chegado às mídias, provocando mais julgamentos e desinformação do que um olhar compassivo às vítimas enlutadas. Com isso, fica claro que faltam políticas públicas voltadas para a posvenção do luto complicado, com vistas à preservação da saúde mental de quem sofre com o suicídio de um ente querido, principalmente na adolescência. As iniciativas de apoio às vítimas do suicídio recaem sobre organizações criadas e mantidas por pessoas que já passaram ou estão passando pela situação, por vezes configurando-se como única rede de suporte e proteção desses familiares.

Também ficou evidente neste trabalho o quando os profissionais da saúde mental devem estar compromissados em oferecer os cuidados adequados para promover o alívio e a reintegração dessas vítimas enlutadas à vida normal. Nesse sentido, a Terapia Cognitivo Comportamental é adequada por dispor de diversas ferramentas que auxiliam o paciente, de forma objetiva e menos extensa, a entender seus pensamentos, emoções e comportamentos, com vistas a reestruturar crenças e modos de agir, atuando no processo do luto em colaboração com o psicoterapeuta, o que lhe possibilita ter mais entendimento e controle do processo de luto pelo qual está passando.

Isso é possível porque a TCC propõe que o sofrimento não advém dos fatos, mas da forma como eles são interpretados. A tríade cognitiva, que consiste na visão de si, do mundo e do futuro, permite ao paciente compreender como padrões de pensamento distorcidos levam à desesperança e ao suicídio. No luto, essas distorções intensificam a dor e dificultam a reconstrução do sentido da vida. A TCC visa ajudar o enlutado a compreender suas reações e a construir uma nova narrativa possível para sua existência, tendo como alguns de seus princípios a reestruturação cognitiva, por meio da qual o indivíduo passa a identificar e transformar pensamentos negativos automáticos; a psicoeducação, que ensina o paciente sobre o processo de luto e como pensamentos afetam emoções; e a descoberta guiada, que leva o paciente a questionar suas crenças disfuncionais sem julgamentos.

Este trabalho propõe, como complemento à TCC clássica, o uso da Terapia Focada na Compaixão, TFC, para trabalhar com emoções resistentes à lógica, como a culpa, a vergonha e a autocrítica excessiva. Por meio de práticas como a escrita de cartas, diários de gratidão e visualizações compassivas, o paciente aprende a treinar a mente compassiva, podendo assim se acolher com gentileza. Isso é fundamental quando há culpa e negação do merecimento de continuar vivendo, frequentemente observada no luto por suicídio.

A TFC, desenvolvida por Paul Gilbert, tem por objetivos garantir que o paciente enfrente perigos potenciais de forma eficaz, motivar as pessoas a buscarem seus objetivos e aspirações, impulsionando à ação, além de levar o indivíduo a reduzir a ansiedade e as tensões, por meio da promoção da sensação de segurança gerada pela compaixão. Trata-se de uma técnica atual, que representa um avanço das terapias cognitivas e, por esse motivo, deveria figurar nos currículos acadêmicos dos cursos de graduação em Psicologia, com o propósito de formar psicólogos preparados para as demandas contemporâneas que envolvam desafios complexos e de difícil manejo, como o luto por suicídio de adolescentes, que vem aumentando no Brasil.

Portanto, além de o suicídio e o luto decorrente desse ato se constituírem em um problema de saúde pública, o trabalho revelou que o tema é de extrema relevância para a prática clínica dos psicólogos, motivo pelo qual os cursos superiores de Psicologia não podem negligenciar a urgência de preparar profissionais aptos a lidar com a questão, o que não se observa necessariamente nas universidades brasileiras. Razão pela qual entendemos que o país ainda não está devidamente preparado para enfrentar essa problemática, cuja extensão extrapola em muito um ritual de funeral. O que pudemos observar nas publicações mais recentes é que as vítimas enlutadas carecem de orientação e cuidados específicos que sejam capazes de lhes aliviar o sofrimento.

Pelo presente trabalho, fica evidente que investimentos maciços na área da saúde mental, sobretudo com a formação de psicólogos, são a pedra basilar para soerguer uma sociedade saudável do ponto de vista psicológico. Vimos que arcabouço teórico existe, assim como técnicas eficazes, mas que precisam ser levadas a efeito para uma quantidade robusta da população. Partimos para uma análise a respeito da Terapia Cognitivo Comportamental, tendo constatado que o que falta para reverter o quadro atual de altos índices de suicídio não é conhecimento, e sim o despertar da consciência de gravidade e urgência do assunto.

8. CONCLUSÃO

O suicídio está muito presente nas sociedades atuais, e o Brasil não é exceção, constituindo uma das principais causas de morte, principalmente entre adolescentes. Apesar da gravidade do tema, ainda existe um forte preconceito em se abordar o assunto, o que torna mais difícil a prevenção e a posvenção no caso dos familiares enlutados.

Para essa tarefa, é mais do que necessário que os psicólogos estejam devidamente habilitados para o manejo desse tipo de luto, que pode carregar fortes contornos de culpa, raiva e até alívio, configurando-se como um processo difícil que requer uma atuação mais rápida e assertiva. Para tanto, as Terapias Cognitivo-Comportamentais oferecem recursos adequados para promover alívio e restaurar o equilíbrio emocional do enlutado, de forma que seja capaz de restituir a esperança e retomar a vida de modo funcional.

O presente trabalho teve como objetivo investigar, por meio de pesquisa bibliográfica, o contexto do suicídio na adolescência, com foco nos familiares próximos (mãe, pai, irmãos) que enfrentam o luto em decorrência do suicídio de um adolescente na família, e buscar as melhores e atuais formas de manejo do luto no âmbito familiar.

Como objetivo primeiro deste trabalho, buscou-se elencar os fatores de risco de suicídio atrelados à formação da identidade do adolescente, a partir de contextos social, econômico, cultural, biológico e psíquico. Esse objetivo foi cumprido demonstrando que nessa fase o adolescente começa a sentir as pressões sociais e os julgamentos, principalmente por parte de seus pares. É o momento em que a opinião do outro, e principalmente do grupo ao qual pertence ou deseja pertencer, tem peso suficiente para definir o seu comportamento.

Entre os fatores de risco mais relevantes para o suicídio em adolescentes ganha destaque a saúde mental. A depressão e a sensação de vazio são consideradas os principais gatilhos, apresentando sentimentos persistentes de tristeza profunda, fadiga extrema e uma percepção negativa sobre o futuro. Esse quadro pode ser agravado pela pressão acadêmica e conflitos familiares constantes, que impactam negativamente a autoestima dos adolescentes, tornando-os mais propensos a desenvolver comportamentos de risco.

O segundo objetivo consistiu em demonstrar os impactos do suicídio na sociedade, em destaque a brasileira, e o tabu, sempre permeado por julgamentos,

como fator complicador para o processo de luto, podendo comprometer a saúde mental da vítima enlutada.

Este objetivo foi cumprido ao concluirmos que se o luto é um processo individual, o luto por suicídio é mais do que individual, é também solitário na medida em que o enlutado busca o isolamento; além de estar permeado por revolta, culpa, sensação de insuficiência, julgamentos externos, forte estigma e risco de suicídio da vítima enlutada. Na sociedade atual a postura é de que é preciso voltar o mais breve possível à rotina da vida diária. Os parentes e amigos que outrora formavam a rede de apoio, agora se afastam com o pensamento de não incomodar os que estão sofrendo. Em geral, após o enterro e a missa de sétimo dia, a família se vê sozinha para lidar com sua perda.

Por fim, o terceiro objetivo teve como foco as implicações da morte auto impingida nos familiares, que variam em intensidade, duração e complexidade, sendo o processo de luto envolto em dor, revolta, culpa, arrependimento e acusações, exigindo intervenção psicológica adequada e experiência do profissional responsável pelo manejo.

Considerando-se a complexidade do assunto, buscou-se como recurso mais apropriado as Terapias Cognitivo-Comportamentais, que oferecem técnicas eficazes para a restauração do equilíbrio mental dos indivíduos em luto por morte repentina. Com ênfase na modificação de padrões de pensamentos disfuncionais geradores de sofrimento, essa abordagem oferece ao sujeito em luto caminhos objetivos para reorganizar a própria vida.

Nossa pesquisa concluiu que o modelo de trabalho estruturado, educativo e objetivo da TCC possibilita resultados eficazes em menos tempo, além da manutenção desses efeitos, o que é fundamental para a readaptação à vida cotidiana e para a redução de consequências mais graves, como os estados depressivos e até o suicídio do enlutado.

Para lidar com esse paciente enlutado na Terapia Cognitivo-Comportamental, o psicólogo conta com algumas modalidades de psicoterapia adaptadas de acordo com a natureza do problema, como técnicas da terapia de aceitação e compromisso, terapia comportamental, terapia cognitiva focada na compaixão. Uma dessas modalidades que tem efeitos bastante positivos na condução do luto complicado de familiares sobreviventes do suicídio é a terapia focada na compaixão.

Todo o trabalho de pesquisa foi muito proveitoso para o reconhecimento das diversas técnicas e inovações que podem ser empregadas na posvenção do luto, bem como colaborou para a formação do grupo na medida em que pudemos ampliar nossa visão acerca do processo de um luto tão específico e doloroso e aprofundar o conhecimento sobre seu manejo e as diversas técnicas e aplicações possíveis. Por tudo isso, consideramos de fundamental importância que mais pesquisadores se dediquem a este tema tão atual e que vem tomando proporções cada vez maiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L.; SEABRA, D. S. Estruturas sociais do suicídio. *In*: DAMIANO, R. F. *et al.* (orgs). **Compreendendo o Suicídio**. São Paulo: Editora Manole, 2021.

ALVES, F. J. O. *et al.* **The rising trends of self-harm in Brazil**: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *The Lancet Regional Health Americas*. Março 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00018-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00018-8/fulltext) Acesso em 29 set 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado**. 5a ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BARBE, R. P. *et al.* **Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents**. *Journal of Clinical Psychiatry*, [s.l.], v. 66, n. 4, p. 492–498, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v66n0412>. Acesso em: 15 maio 2025.

BECHER, G. E.; BOZUTTI, L. A. **A análise do suicídio por Émile Durkheim e suas bases para uma ciência social**. *In*: *Compreendendo o suicídio*. São Paulo: Editora Manole, 2021.

BECK, A. T.; ALFORD B.A. **O Poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 52, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/2021/boletim_epidemiologico_svs_52.pdf. Acesso em: 2 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. *Boletim Epidemiológico*: Brasília, n.4, vol.55, fev. 2024. Disponível em: <https://abeps.org.br/boletimepidemiologico/>. Acesso em: 18 maio 2025.

CAIN, A. C. **Survivors of suicide**. 1. ed. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher, 1972.

DANTAS, E. S. O.; BREDEMEIER, J.; AMORIM, K. P. C. **Sobreviventes enlutados por suicídio e as possibilidades para posvenção no contexto da saúde pública brasileira**. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 31, n. 3, 2022.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia cognitivo-comportamental e educação**. 2a ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

DUTRA-THOMÉ, L.; AMAZARRAY, M. R. Adolescentes e adultez emergente em transição para a vida adulta. *In*: HABIGZANG, L. F.; DINIZ, E.; KOLLER, S. H. (org.). **Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Série Ouro, v. 14. São Paulo: Martin Claret, 2003.

ETIMOLOGIA DE SUICÍDIO. *In*: **Etimologia: Origem do Conceito**. 2019. Disponível em: <https://etimologia.com.br/suicidio/>. Acesso em: 09 setembro 2024.

FELDMAN, R. S. **Introdução à Psicologia**. 10a ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 184–188, 2011.

FREITAS, A. *et al.* Impacto familiar do suicídio. *In*: DAMIANO, R. F. *et al.* (eds.) **Compreendendo o suicídio**. Santana do Parnaíba: Manole, 2021, p. 116-120.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J.M. **A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FUKUMITSU, K. O. **Luto por suicídio e posvenção: a outra margem**. São Paulo: Summus Editorial, 2023.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. **Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio**. *Psico*, [S. l.], v. 47, n. 1, p. 3–12, 2016. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.1.19651. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/19651> Acesso em: 14 maio 2024.

GILBERT, P.; SIMOS, G. (Orgs). **Terapia focada na compaixão: aplicações e prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2024.

GOETHE, J. W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Hedra, 2006.

KHOURY, M. G. P. O luto no Brasil no final do século XX. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 593–612, set./dez. 2014.

KNAPP, P. Princípios Fundamentais da terapia cognitiva. *In*: KNAPP, P. *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. São Paulo: Artmed Editora, 2004.

LOBO, B. O. M.; NEUFELD, C. B. **Terapia focada na compaixão (TFC): o que é, objetivos e eficácia**. *Blog do Secad*, 25 jul. 2023. Disponível em: <https://artmed.com.br/artigos/terapia-focada-na-compaixao-tfc-o-que-e-objetivos-e-eficacia>. Acesso em: 8 set. 2025.

MACEDO, M. M. K.; PETERSEN, C.; KOLLER, S. H. **Estudos de resiliência em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2017.

NEUFELD, C. B. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

PENSO, M. A., SENA, D. P. A. **A desesperança do jovem e o suicídio como solução**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/rLfXhwgd7qgpBzMSrjwFXmj>. Acesso em: 17 maio 2025.

RANGÉ, B.; NARDI, A. E.; SILVA, A. C. O. Terapia cognitivo-comportamental para luto. In: RANGÉ, B. (org.). **Terapias cognitivas comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANGÉ, B.; PEREIRA, M. E. **Manual de terapia cognitivo-comportamental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2011.

REIS, J. J. **A morte é uma festa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

RIBEIRO, A.; SILVA, J.; ALVES, M. Avaliação psicopatológica. In: MOURA, C. (Org.). **Instrumentos de psicodiagnóstico e avaliação clínica – IPQ**. São Paulo: Atlas, 2021. cap. 35, p. 512–530.

SURVIVORS OF SUICIDE LOSS TASK FORCE. **Responding to grief, trauma, and distress after a suicide**: U.S. National Guidelines. Oklahoma: Education Development Center, 2015. Disponível em: <https://sprc.org/online-library/responding-grief-trauma-and-distress-after-suicide-us-national-guidelines/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

VIDEIRA, L. S. M. **A eficácia da Terapia Focada na Compaixão em grupo no transtorno de estresse pós-traumático**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06112018-134730/publico/LinaSueMatsumotoVideira.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

VIEIRA, C.; MOUADEB, R. Intervenções cognitivas no manejo do suicídio. In: BECK, J. S. (Org.). **Terapia cognitiva e o tratamento para suicídio**. São Paulo: Artmed, 2021.

WERLANG, B. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. 1ª ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: how to start a survivor’s group**. Geneva: WHO, IASP, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44801>. Acesso em: 2 março 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicídio**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 28 set 2025.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto**: um manual para profissionais da saúde mental. Tradução Adriana Zilberman, Leticia Bertuzzi, Susie Smidt. - São Paulo: Roca, 2013.

WRIGHT, H.J. *et al.* **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ZWIELEWSKI, G.; SANT'ANA, V. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s.l.], 2016, p. 27–34.