

O que fazer? • Como ajudar? • O papel da prevenção • Fatores de proteção • Posvenção • O luto dos sobreviventes

# 4 | Prevenção, proteção e posvenção ao suicídio

Andrea Amaro Quesada, Carlos Henrique de Aragão Netto,  
Josianne Martins de Oliveira e Marina Saraiva Garcia



## Prevenção ao Suicídio



DISQUE  
SAÚDE  
**136**



MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
MULHER, DA FAMÍLIA E  
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## MINISTÉRIO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO GERAL

Ministro interino da Saúde

**Eduardo Pazuello**

Secretária da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**Mayra Isabel Correia Pinheiro**

Diretor do Departamento de Gestão da Educação em Saúde

**Vinícius Nunes Azevedo**

Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas, Inovações e Avaliação em Saúde

**Musa Denaise de Sousa Morais de Melo**

Equipe Técnica

**Adriana Fortaleza Rocha da Silva, Bethânia Ramos Meireles, Cidália Luna Alencar Feitosa de Oliveira, Daniele Alencar Neves Bremgartner, Janainna Nogueira da Silva, Juliana Ferreira Lima Costa, Priscila Neves Dalcin, Rosanna Rocha Amazonas e Rosany Ferreira Rios Fonseca**

## OPAS/OMS

Coordenação Geral

**Monica Padilla**

Equipe técnica

**Maria Alice B. Fortunato, Cristiane Gosch Scolari e Catarina Magalhães Dahl**

## CURSO PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Concepção e Coordenação Geral

**Cliff Villar**

Coordenação Executiva

**Ana Cristina Barros**

Coordenação Adjunta

**Patrícia Alencar**

Coordenação de Conteúdo

**Renata Nayara da Silva Figueiredo**

Coordenação Pedagógica

**Patrícia Brun**

Consultoria Técnica de Psicologia

**Carlos Henrique de Aragão Neto e Andrea Amaro Quesada**

Editorial e Revisão

**Thaís Brito Mendonça**

Projeto Gráfico

**Amaurício Cortez**

Edição de Design

**Andrea Araujo e Kamilla Damasceno**

Design e Diagramação

**Karla Saraiva**

Arte finalização

**Miqueias Mesquita**

Ilustração

**Rafael Limaverde**

Coordenação de Produção

**Gilvana Marques**

Produção

**Rebeca Saboia e Beth Lopes**

Marketing e Estratégia

**Wanessa Lugoe**

Performance Digital

**Natércia Melo, Fernando Diego e Isadora Colares**

Assessoria de Comunicação

**Joelma Leal**

Estratégia e Relacionamento

**Alexandre Medina, Adryana Joca e Juliana Menezes**

## FUNDAÇÃO DEMÓCRITO ROCHA (FDR)

Presidência

**João Dummar Neto**

Direção Administrativo-Financeira

**André Avelino de Azevedo**

Gerência Geral

**Marcos Tardin**

Gerência Editorial e de Projetos

**Raymundo Netto**

Análise de Projetos

**Aurelino Freitas, Fabrícia Gois, Emanuela Fernandes**

## UNIVERSIDADE ABERTA DO NORDESTE (UANE)

Gerência Pedagógica

**Viviane Pereira**

Coordenação de Cursos

**Marisa Ferreira**

Designer Educacional

**Joel Bruno**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Q54p Quesada, Andrea Amaro

*Prevenção, proteção e pós-venção ao suicídio / Andrea Amaro Quesada, Antônio Gilberto Ramos Nogueira, Carlos Henrique de Aragão Neto e Vagner Silva Ramos Filho. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. 15 p. : il. color.*

*(Curso Prevenção ao Suicídio; fascículo 4).*

ISBN 978-65-86094-32-9

1. Transtornos mentais e emocionais. 2. Suicídio. 3. Prevenção ao suicídio. I. Nogueira, Antônio Gilberto Ramos. II. Aragão Neto, Carlos Henrique de. III. Ramos Filho, Vagner Silva. IV. Título.

CDD 616.858445

Elaborado por Francisco Edvander Pires Santos - CRB-3/1212



Todos os direitos desta edição reservados à:

**Fundação Demócrito Rocha**

Av. Aguanambi, 282/A - Joaquim Távora

CEP: 60.055-402 - Fortaleza-Ceará

Tel.: (85) 3255.6037 - 3255.6148

fdr.org.br | fundacao@fdr.org.br

Esse fascículo é parte integrante do projeto "Ações Integradas de Educomunicação para prevenção ao Suicídio e da Automutilação" que entre si celebram a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde e a Fundação Demócrito Rocha, através da Carta Acordo nº SCON2020-00088.

The background features a stylized sun with a jagged, starburst-like edge in shades of yellow and orange. To the right, there is a silhouette of a person's head and shoulders in a similar color palette. The overall aesthetic is warm and graphic.

# Sumário

**Introdução 4**

**1. Prevenção 5**

1.1. Intervenções preventivas 5

1.2. Fatores de risco 7

**2. Risco de suicídio 8**

2.1. Avaliação do risco de suicídio 8

2.2. Características e dinâmica do atendimento do risco de suicídio 9

2.3. Para onde encaminhar quando há risco de suicídio? 10

**3. Proteção 11**

3.1. Fatores de proteção 11

3.2. Conhecer para prevenir 12

**4. Posvenção 13**

4.1. Conceito e epidemiologia 13

4.2. Como lidar com o luto em virtude de um suicídio 13

**Referências bibliográficas 15**

## INTRODUÇÃO



suicídio é considerado pela Organização Mundial da Saúde, desde a década de 1990, como um grave problema de saúde pública (OMS, 2014). O comportamento suicida tem um forte impacto psicológico, social e financeiro, tanto

na família como na sociedade em geral.

Diante disso, o presente fascículo tem como objetivo conscientizar o leitor sobre a importância de medidas de prevenção e posvenção ao suicídio, servindo de instrumento de apoio e orientação prático-profissional.

O documento foi estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda medidas interventivas de prevenção a serem adotadas pelo Governo Federal, Estados e municípios, pelos profissionais da saúde, educação e mídia, e pela sociedade em geral. O segundo capítulo trata dos fatores de risco associados ao suicídio. No terceiro capítulo, o leitor terá acesso aos fatores de proteção, com foco na importância da informação para prevenção. E o quarto e último capítulo aborda a posvenção, ou seja, os cuidados a serem dedicados às pessoas que perdem um ente querido por suicídio.

Conheça para prevenir, pois a prevenção ao suicídio é um dever de todos.

# 1.

## PREVENÇÃO

### 1.1. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS



suicídio é um fenômeno complexo e multiterminado, sendo um grave problema de saúde pública. De acordo com Chan, “uma só vida perdida por suicídio já é demais. O caminho a seguir consiste em atuar juntos, e o momento de atuar é agora” (OMS, 2014). Trata-se de uma emergência médica e de uma tarefa para muitas mãos, devendo envolver governo, profissionais especializados, sociedade e família. Todos devem se unir para a adoção de estratégias de identificação precoce, prevenção e intervenção.

Neste sentido, é relevante um comprometimento do Estado para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção ao suicídio e para a disseminação de uma cultura de conscientização social sobre a importância do tema. Tal conscientização deve apresentar um caráter educativo e pedagógico e refletir boas práticas de enfrentamento do comportamento suicida.

Recentemente, foi instituída pela Lei Federal nº 13.819/2019 a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, normativo que prevê estratégias de prevenção à violência autoprovocada por meio de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, em regime de mútua cooperação e colaboração. Trata-se de um programa estatal

integrado que, inclusive, demanda a participação ativa da sociedade civil e de instituições privadas na sua condução (BRASIL, 2019).

**Como uma emergência de saúde mental, o comportamento suicida requer uma abordagem interdisciplinar, com intervenções técnicas e coordenadas realizadas pelos diversos profissionais envolvidos, como profissionais da saúde e da educação.** Estes profissionais devem buscar uma contínua atualização de seus conhecimentos técnicos e científicos acerca do tema, além de uma comunicação eficiente e uma postura de respeito e valorização do outro.

Na prevenção ao suicídio, **a família** deve ser protagonista por ser o pilar na formação do indivíduo, tendo influência direta na construção da identidade, nas percepções de mundo e no desenvolvimento de habilidades socioemocionais deste, diminuindo a susceptibilidade a psicopatologias. A família é um fator de proteção desde que sua dinâmica seja acolhedora, afetiva e favoreça o diálogo e aceitação do outro. Ainda em relação à família, é relevante ressaltar que o não preconceito à saúde mental representa um fator de proteção, visto que, quando um de seus membros se encontra em estado de vulnerabilidade e apresenta sinais de comportamento suicida, a família poderá recorrer com mais rapidez aos profissionais de saúde mental e aos serviços personalizados. Assim, essa forma

de atuação familiar poderá evitar que o problema se agrave.

**A escola** é outra instituição que deve ser protagonista no desenvolvimento e implementação de estratégias acerca da prevenção ao suicídio. Programas voltados ao desenvolvimento de habilidades socioemocionais e valorização da vida devem ser incluídos nas matrizes curriculares desde o início da vida escolar. Além disso, precisam ser implementados nas escolas protocolos de prevenção de comportamentos autolesivos e/ou suicidas, baseados em evidências e trabalhos voltados à educação sobre o referido tema. Outro fator fundamental é o treinamento da equipe escolar para a identificação e acolhimento dos alunos em risco, visando a realização oportuna de encaminhamentos, caso necessário (ARAGÃO NETO, 2014).

**O envolvimento de toda a sociedade é fundamental para que as estratégias de prevenção ao suicídio tenham sucesso.** A atuação da escola e da família deve ser somada ao protagonismo de cada indivíduo, de cada instituição, formando uma verdadeira rede social de apoio, cujo objetivo é valorizar a vida e minimizar os comportamentos de risco (ABREU, 2010).

Um dos grandes obstáculos ao tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos e/ou com ideação suicida é o estigma. Portanto, reduzir os estigmas e mitos sobre os transtornos mentais e suicídio é fundamental. Nesse contexto, os meios de comunicação devem ser aliados, fornecendo informações corretas, ajudando a modificar percepções errôneas e incentivando as pessoas a procurar ajuda (SILVA, 2020).

Portanto, a prevenção deve ser interdisciplinar, com foco na informação adequada, na minimização de fatores de risco e no fortalecimento dos fatores de proteção, como suporte social, dinâmica familiar afetiva e acolhedora, valorização da vida, sono regular, alimentação rica em micronutrientes e prática regular de exercícios físicos. As estratégias de intervenção devem ser voltadas para o indivíduo com comportamento suicida e para a sua família.

## 1.2. FATORES DE RISCO

Há diversas classificações de fatores de risco. O presente fascículo foca na classificação feita pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), encontrada na

cartilha *Suicídio: informando para prevenir*, lançada em 2014. Segundo esta classificação, os fatores de riscos são divididos em doenças mentais, aspectos sociais, aspectos psicológicos e condição de saúde limitante. O leitor pode encontrá-los no Quadro 1:

Quadro 1. Fatores de risco de suicídio, de acordo com a ABP e o CFM

<b>DOENÇAS MENTAIS</b>	<b>ASPECTOS SOCIAIS</b>
Depressão;	Sexo masculino;
Transtorno bipolar;	Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos;
Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias;	Sem filhos;
Transtornos de personalidade;	Moradores de áreas urbanas;
Esquizofrenia;	Desempregados ou aposentados;
Associação de doenças mentais (aumento do risco) – Exemplo: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência.	Isolamento social;
	Solteiros, separados ou viúvos;
	Populações especiais: indígenas, adolescentes e pessoas em situação de rua.
<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS</b>	<b>CONDIÇÃO DE SAÚDE LIMITANTE</b>
Perdas recentes de parentes e/ou amigos;	Doenças orgânicas incapacitantes;
Pouca resiliência;	Dor crônica;
Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável;	Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington);
Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância;	Trauma medular;
Desesperança, desespero e desamparo.	Tumores malignos;
	AIDS.

**Suicidabilidade: ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram ou ter ideias e/ou planos de suicídio.**

Fonte: Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria (2014).

Importante observar que os dois principais fatores de risco, segundo a CFM e ABP (2014), são: a tentativa prévia de suicídio e as doenças mentais. Contudo, a OMS (2014) inclui ainda o histórico familiar. Seguem algumas especificidades dos dois principais fatores destacados pelo CFM e ABP, 2014:

**• Tentativa prévia de suicídio:**

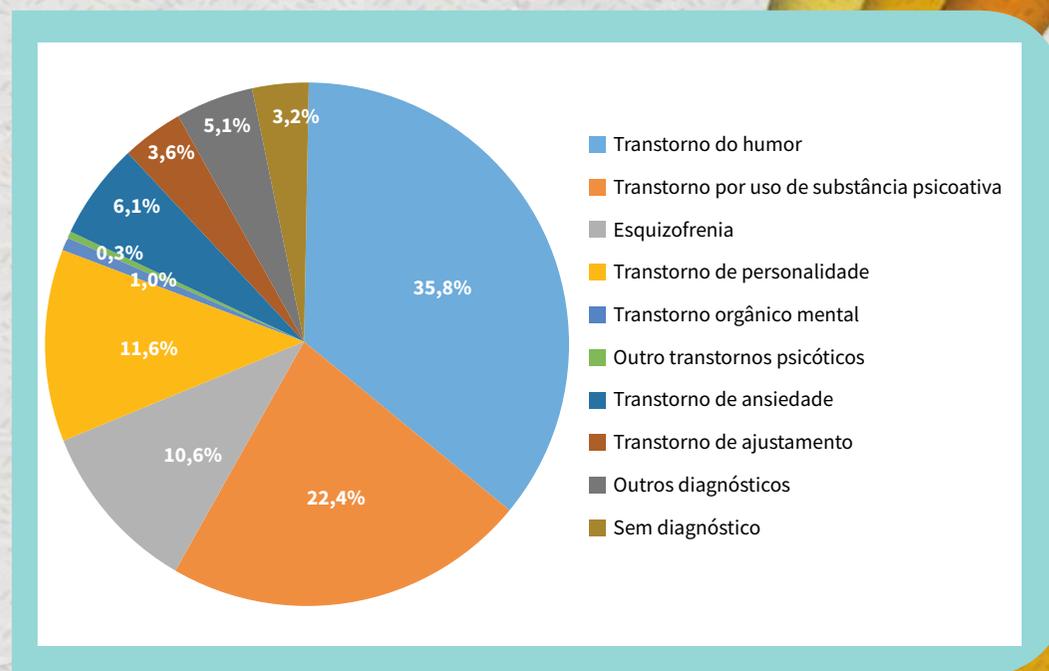
Indivíduos que já tentaram suicídio possuem de cinco a seis vezes mais chances de realizar o ato novamente (ABP, 2009). Em 50% dos suicídios, houve uma tentativa prévia (CFM; ABP, 2014). Frisa-se que, isoladamente, esse é o fator de risco mais relevante (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

**• Doença mental:**

Dentre as pessoas que morreram por suicídio, a maioria possuía um transtorno mental, mas raramente essa doença havia sido diagnosticada. E quando diagnosticada, não havia sido tratada ou havia sido tratada de forma inadequada (CFM; ABP, 2014). A Figura 1 ilustra a porcentagem de suicídio em função do tipo de doença mental associada.

Percebe-se, desse modo, que os transtornos de humor e os transtornos por uso de substância psicoativa são os principais responsáveis pelos altos índices de suicídio.

Figura 1. Risco de suicídio de acordo com as doenças mentais.



Fonte: Comportamento suicida: conhecer para prevenir. Brasília: ABP, 2009.

## 2. RISCO DE SUICÍDIO

### 2.1. AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

**A**

s pessoas que apresentam ideação suicida devem passar por uma avaliação médica (STOVAL; DOMINO, 2003). O diagnóstico e o tratamento em casos de transtornos mentais são uma importante ferramenta (NORRIS; CLARK, 2012). Isto porque a maioria dos casos de suicídio estão também associados a



estes transtornos. Além disso, é importante compreender os aspectos envolvidos no comportamento suicida, bem como avaliar o risco da consumação do ato.

Quando há evidências de alto risco de suicídio, ou seja, possibilidade de morte iminente, a pessoa deve ser encaminhada para a emergência médica com rapidez, sendo necessária a intervenção de equipes de suporte e, em alguns casos, até mesmo a internação. Casos de risco moderado requerem atendimento em urgência. Considera-se risco moderado quando há risco de morte,

mas este não é iminente. Já os casos de baixo risco requerem avaliação médica com brevidade, em regime ambulatorial, e a manutenção da pessoa em vigilância até o atendimento. Em todos os casos, é importante evitar o acesso do indivíduo aos meios letais. Um ambiente protetivo, acolhedor e desprovido de julgamentos é fundamental nesse momento.

## 2.2. CARACTERÍSTICAS E DINÂMICA DO ATENDIMENTO DO RISCO DE SUICÍDIO

A pessoa com ideação suicida geralmente apresenta distorções cognitivas a respeito de si e do seu contexto. A alteração do pensamento traz à tona medos e outras emoções de forma exagerada e irracional. Além disso, os problemas são vistos como de difícil solução.

**Nesse contexto, oferecer uma escuta acolhedora, não julgar e mostrar-se presente são ferramentas efetivas na prevenção ao suicídio. Frases como “estou aqui com você” e “você não está só” devem ser pronunciadas nesse momento. Se houver relatos de vivências traumáticas, deixe o indivíduo falar livremente, sem interrompê-lo e sem estimulá-lo a aprofundar no assunto. Incentive-o a procurar um profissional de saúde especializado (psiquiatra e/ou psicólogo). Estes são habilitados para a realização de intervenções adequadas.**

O encaminhamento do indivíduo ao serviço de saúde pode ser facilitado pelo uso de expressões como **“eu entendo você, estou aqui para ajudar, mas você precisa de um apoio maior e especializado”, “conte comigo” e “você tem uma pessoa em que você confie para nos acompanhar?”**. Posteriormente, leve-o para o atendimento médico. Quando não for possível chegar ao atendimento de emergência por meios próprios, deve-se solicitar apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio do número 192. Quando a pessoa em risco de suicídio estiver em situação que represente também risco para terceiros, portando uma arma, por exemplo, deve-se solicitar apoio da polícia discando 190, para que este risco seja controlado e a pessoa seja socorrida.

Se existir condição para notificar o Conselho Tutelar, o órgão deve ser informado. O Conselho Tutelar também pode oferecer grande apoio em casos de violência doméstica. Situações de violência contra crianças e adolescentes também podem ser denunciadas no Disque 100.

### 2.3. PARA ONDE ENCAMINHAR QUANDO HÁ RISCO DE SUICÍDIO?

O quadro ao lado traz orientações sobre para qual serviço de saúde encaminhar pessoas com risco de suicídio.

Nos casos de lesões moderadas a graves por tentativa de suicídio ou automutilação, a avaliação psiquiátrica deve ser necessariamente feita de forma emergencial após retomada da estabilidade clínica.

Quadro 2. Orientação de encaminhamento para serviços de saúde, segundo o risco estimado.

ESTIMATIVA DE DANO OU RISCO EM VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	SERVIÇO DE SAÚDE PARA O QUAL A PESSOA DEVE SER ENCAMINHADA
Lesões de moderadas a graves ou intoxicações com intenção suicida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);</li> <li>2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto-socorro (se não houver risco de conduzir a pessoa até o serviço de emergência);</li> <li>3. Hospital geral (se não houver risco de conduzir a pessoa até o serviço de emergência).</li> </ol>
Risco alto de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pronto atendimento psiquiátrico;</li> <li>2. UPA, pronto-socorro ou hospital geral;</li> <li>3. SAMU (se não for possível conduzir a pessoa por meios próprios).</li> </ol>
Risco moderado de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pronto atendimento psiquiátrico;</li> <li>2. UPA, pronto-socorro ou hospital geral;</li> <li>3. SAMU (se não for possível conduzir a pessoa por meios próprios).</li> </ol>
Risco leve de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulatório especializado em psiquiatria;</li> <li>2. Atendimento por psiquiatra em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);</li> <li>3. Unidade Básica de Saúde.</li> </ol>
Prática de automutilação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulatório especializado em psiquiatria;</li> <li>2. Atendimento por psiquiatra em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);</li> <li>3. Unidade Básica de Saúde.</li> </ol>

# 3. PROTEÇÃO

## 3.1. FATORES DE PROTEÇÃO

Os fatores de proteção são aqueles que diminuem o risco de suicídio. Alguns exemplos de fatores de proteção podem ser encontrados no Quadro 3.

Quadro 3. Fatores de proteção ao suicídio

- Inserção e integração social.
- Suporte familiar.
- Gestação e paternidade.
- Crença religiosa, cultural ou étnica.
- Estilo saudável de vida: bons hábitos alimentares, não usar álcool ou drogas, prática de atividades físicas, dentre outros.
- Autoestima elevada.
- Ausência de doença mental.
- Acesso a serviços e cuidados de saúde mental.
- Relação terapêutica positiva.
- Ter emprego.
- Gravidez (desejada e planejada).
- Boa capacidade de resolução de problemas.
- Resiliência.
- Informação e conhecimento adequados sobre o tema.

Fontes: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (2019) e Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria (2014).

Os fatores de proteção são fundamentais para a prevenção ao suicídio. Podem amenizar ou até mesmo impedir os efeitos negativos de eventos estressores, uma vez que a autoeficácia, a autoestima, o suporte social e a resiliência, por exemplo, fornecem mais recursos e subsídios para o indivíduo lidar com situações-problema ou conflitos internos.

### 3.2. CONHECER PARA PREVENIR

O acesso às informações corretas é um ponto chave para a prevenção. A divulgação de informações de forma responsável e a conscientização social sobre a temática são fundamentais para o sucesso dos programas de prevenção e minimização do comportamento suicida.

Neste contexto, a qualidade da informação é relevante, uma vez que pode ser um fator de proteção ou de risco. Por exemplo, uma reportagem que atende os critérios estabelecidos pela OMS e ABP pode ajudar pessoas em risco a compreender aspectos sobre suicídio e a procurar ajuda em setores de saúde. Por outro lado, uma reportagem de má qualidade e sensacionalista pode influenciar negativamente pessoas vulneráveis, aumentando o risco de suicídio (ABP, 2009).

Desta forma, sugere-se que as reportagens sejam discretas e cuidadosas com os enlutados e atendam aos critérios científicos estabelecidos pelas instituições especializadas na área (ABP e OMS): não divulgar os métodos, imagens e o local onde o suicídio ocorreu; não tratar o suicídio de forma simplista, associando a morte a uma única causa; não se deve enaltecer nem mostrar o suicídio como um ato de coragem e heroísmo; não atribuir um valor positivo ou solucionador; evitar depoimentos e explicações logo após o suicídio; sempre incluir nas reportagens que o suicídio é passível de prevenção; citar características dos principais transtornos mentais relacionados ao suicídio, informar sobre a possibilidade de tratamento eficaz e seu impacto sobre as pessoas; divulgar endereços onde é possível buscar ajuda especializada.

Seguindo essas orientações, as reportagens ajudarão em uma maior compreensão dos aspectos envolvidos no suicídio, na busca de tratamento pelas pessoas em risco e, conseqüentemente, na prevenção.

Além dos cuidados com as reportagens, a psicoeducação é fundamental, pois pro-

picia o acesso à informação correta sobre fatores de risco, a importância das habilidades socioemocionais e do estilo de vida saudável para prevenção do comportamento suicida. Auxilia também na desmitificação de algumas ideias errôneas, como: as pessoas que falam sobre suicídio só querem chamar atenção; o suicídio é sempre hereditário, dentre outros. Aliás, esses mitos são empecilhos à prevenção do suicídio. Trata-se de um retrocesso cultural que se contrapõe à valorização e preservação da vida. Ademais, falar sobre superação de adversidades pode ajudar a prevenir.

É importante frisar que discernir entre qual ajuda é necessária em uma situação de risco não é um dever isolado do profissional responsável pelo tratamento, mas envolve também a família e o Estado, que deve promover os cuidados de saúde e desenvolver e implementar políticas públicas sobre o tema, sendo um dos objetivos a divulgação de informações claras e verídicas, principalmente oriundas de resultados científicos.



#### **IMPORTANTE:**

##### **Antes de iniciar a matéria:**

- Por que divulgar? É relevante?
- Que tipo de impacto a reportagem poderá ter?

##### **Ao montar a matéria:**

- Ponha-se no lugar do outro, ou seja:
- Daqueles que enfrentam o luto por alguém que se matou (aproximadamente 7% da população por ano).
- Daqueles que estão vulneráveis, pensando em tirar a própria vida.
- Considere a inclusão de algumas sugestões deste manual, como colocar na matéria de que maneira o suicídio pode ser evitado.

Fonte: Comportamento suicida: conhecer para prevenir. Brasília: ABP, 2009.

# 4.

## POSVENÇÃO

### 4.1. CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA



O termo posvenção se refere aos cuidados que devem ser dedicados aos enlutados por suicídio, também conhecidos como sobreviventes. De acordo com Scavacini (2019), no mínimo 100 pessoas são impactadas a cada caso

de suicídio, principalmente pessoas mais próximas, como familiares, amigos, colegas de escola e de trabalho. Estima-se que 72 mil pessoas sejam afetadas pelo suicídio anualmente no Brasil. Tais dados ressaltam a necessidade da implementação das medidas de posvenção. (SCAVACINI; CORNEJO; CESCÓN, 2019)

Além de um processo de intervenção, a posvenção é também uma forma de prevenção, pois parte das pessoas enlutadas estão mais suscetíveis a apresentar comportamentos suicida em determinado momento do processo de luto. O processo de luto subsequente a uma morte por suicídio é um dos principais eventos estressantes (ANDRIESEN; KRYSINSKA; GRAD, 2017).

Segundo Beutrais (2004) e Scavacini (2011), a posvenção é ação que objetiva:

1. Aliviar o sofrimento e outras consequências negativas relacionadas à perda de uma pessoa querida por suicídio;
2. Prevenir o adoecimento de pessoas enlutadas;
3. Reduzir o risco de comportamento suicida nos sobreviventes;
4. Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e estimular a resiliência em enlutados.

### 4.2. COMO LIDAR COM O LUTO EM VIRTUDE DE UM SUICÍDIO

Sabe-se que um suicídio desestrutura, fragiliza e abala emocionalmente a família e todo um conjunto de pessoas próximas ao indivíduo, principalmente para aqueles que presenciam o evento. Trata-se de um processo disruptivo, doloroso e difícil. Dentre as emoções e sentimentos mais comuns apresentados pelos enlutados por suicídio, pode-se citar: negação, raiva, solidão, impotência, ansiedade, culpa, vergonha, rejeição e tristeza (KREUZ; ANTONNIASI, 2020). Essas emoções e sentimentos, por sua vez, não devem ser negligenciados ou negados, pois isso representa um fator de risco para outro suicídio na família. Portanto, é importante

um olhar atento da família, de profissionais da saúde e educação, bem como da sociedade em geral. Inclusive, uma ansiedade exacerbada, por exemplo, pode ser indício de um transtorno mental, aumentando ainda mais o risco de comportamentos suicidas. A qualquer indício, é preciso buscar ajuda do médico psiquiatra.

Para Vedana (2019), é essencial que o profissional escute sem julgamentos, censuras ou preconceitos, realizando uma abordagem que favoreça a expressão de emoções e sentimentos, que trabalhe o sentimento de culpa, comum nestes casos, além de propiciar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, amenizando assim o sofrimento dos sobreviventes. Aliás, com relação à culpa, os enlutados inicialmente apresentam dificuldades em compreender que essa culpa é irreal, sendo criada e imaginada (CLARK, 2007).

O CFM e a ABP (2014) ressaltam, diante desse contexto, a importância do olhar atento e acompanhamento mais próximo dos enlutados.

**O acompanhamento mais próximo desses “sobreviventes do suicídio” com um processo adequado de luto pode ser benéfico. Estratégias com foco no suporte aos familiares parecem ser as mais promissoras, tanto por meio de recrutamento ativo dos familiares “sobreviventes do suicídio”, como por meio de abordagens de grupos de apoio ao luto, conduzidas por facilitadores treinados. Tais ações mostraram aumento do uso de serviços projetados para ajudar no processo de luto e redução em curto prazo do sofrimento psíquico associado ao luto (CMF; ABP, 2014, p. 45).**

Dentre as modalidades de intervenção na posvenção, pode-se citar: autópsia psicológica, grupos de apoio mútuo, psico-

terapia individual, psicoeducação, dentre outras. Além da formação de psicólogos e psiquiatras especializados em posvenção, é importante também o treinamento e suporte a equipes locais, responsáveis pela intervenção logo após o suicídio, como é o caso de bombeiros, socorristas e outros profissionais que atuam em situações de crise. Todas as modalidades de intervenção citadas acima têm mostrado resultados efetivos para o tratamento dos enlutados. Nesse ponto, é importante ressaltar os benefícios dos grupos de apoio. Tais grupos possibilitam a escuta ativa de um conteúdo cerceado pelo tabu e estigmas, além de trocas de experiências sem julgamento e de forma empática. Além disso, possibilitam um cenário propício para compartilhamento e resignificação da culpa, da dor, de outros sentimentos e emoções, sendo uma ferramenta efetiva para o fortalecimento do suporte social e autoestima (SCAVACINI; CORNEJO; CESCION, 2019; KREUZ; ANTONNIASI, 2020).

Também é importante notar que:

**Ressignificar envolve juntar os fragmentos retirando-os de lugares escondidos, rompendo os silêncios e segredos, mantendo o olhar para si mesmo e para as relações, permitindo que o grupo se aproxime e auxilie na construção ou fortalecimento dos vínculos e sirva de rede de apoio neste momento tão delicado (KREUZ; ANTONNIASI, 2020, p. 12).**

Contudo, ainda há poucos destes grupos no Brasil. Isso porque ainda há lacunas a serem preenchidas quanto à conscientização e disseminação da cultura de posvenção.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K. P. A et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.195-200, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

ANDRIESSEN, K., KRYSINSKA, K., GRAD, O.T. Current understandings of suicide bereavement, in postvention in action: In ANDRIESSEN, K., KRYSINSKA, K., GRAD, O. **The International Handbook of Suicide Bereavement Support**, Göttingen/Boston: Hogrefe, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Comportamento suicida: conhecer para prevenir**. Brasília: ABP, 2009. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

BEAUTRAIS, A. L. **Suicide Postvention: Support for families, Whanau and significant others after a suicide - A Literature review and synthesis of evidence**. In: PROJECT, C. S. (ed.). Wellington, 2004.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. **Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective**, 2002.

CLARK, S. **Depois do suicídio: apoio às pessoas em luto**. Trad. Marcello Borges. São Paulo: Ed. Gaia, 2007. 136p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>>. Acesso em: 23 mai. 2020.

KREUZ, G., ANTONIASSI, R. P. N. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. **Psicologia em estudo**, v.25, p. 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.4025>.

NORRIS, D.; CLARCK, M.S. Evaluation and treatment of the suicidal patient. **Am Fam Physician**, v.85, n.6, p. 85, 602-605, 2012.

SCAVACINI, K.; CORNEJO, E. R.; CESCÓN, L. F. Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. **Revista M, estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 201-214, 2019. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8981>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

SCAVACINI, K. **Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities - The availability of services and an interventions plan in Brazil**. 50f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Karolinska Institutet, Stockholm, 2011.

SCAVACINI, K. **Histórias de sobreviventes do suicídio: vol.2**. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2019.

SILVA, A. G. et al. (2020). The impact of mental illness stigma on psychiatric emergencies. **Front. Psychiatry**, v.11, 573. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00573. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00573>. Acesso em 20 jun. 2020.

STOVALL, J.; DOMINO, F. Approaching the suicidal patient. **Am. Fam Physician**, v.68, n.9, p.1814-1818, 2003.

VEDANA, K. G. G. **Lidando com o Luto por Suicídio**. Centro de Educação de Prevenção e Posvenção do Suicídio. São Paulo: PRCEU USP, 2019.



## AUTORES

### Andrea Amaro Quesada

PhD em Neurociências e Cognição pela Ruhr-Universität Bochum. Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Curso de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora do curso de Especialização em Neurociências e Reabilitação (UNIFOR). Professora do curso de pós-graduação em Neuropsicologia e Terapia Cognitiva Comportamental na Unichristus. Trabalhos apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais (Alemanha, EUA, Japão, Argentina). Artigos publicados nos periódicos internacionais Psychoneuroendocrinology, Stress. Pesquisadora nas áreas de estresse, maus-tratos, Síndrome Congênita do Zika vírus e Fenilcetonúria (PKU). Autora do livro infanto-juvenil *A Caixa Mágica e a Busca do Tesouro Escondido*.

### Carlos Henrique de Aragão Neto

Psicólogo e Psicoterapeuta; Especialista em Tanatologia; Formação em Estudos do Luto; Mestre em Antropologia (UFPI) com a dissertação “Os Aspectos Socioantropológicos da Tentativa de Suicídio”; Doutor em Psicologia Clínica e Cultura (UnB) com a tese “A Relação entre Autolesão sem Intenção Suicida e Ideação Suicida”; Membro da Associação Brasileira para Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS). Membro da International Society for the Study of Self-Injury (ISSS). Membro da International Association for Suicide Prevention (IASP).

### Marina Saraiva Garcia

Psicóloga, formação em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Beck Institute (EUA), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), neuropsicóloga, Mestre em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF) na gestão 2016-2019 e vice-presidente no período de 2017 a 2019. Diretora Secretária da Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) desde 2016. Atua como psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) desde 2005 e trabalha no Centro de Referência, Pesquisa e Capacitação e Atenção ao Adolescente em Família (Adolescento) desde 2006. Atua na rede privada em Marina Saraiva - Clínica de Psicologia.

### Josianne Martins de Oliveira

Médica formada pela Universidade Federal de Goiás. Psiquiatra Titular da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e Residência Médica em Psiquiatria pela Pax Clínica – Instituto de Neurociência. Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital São Vicente de Paulo. Diretora Secretária Adjunta da Associação Psiquiátrica de Brasília no período de 2017 a 2019, quando atuou como Coordenadora Regional da Campanha de Prevenção ao Suicídio do Setembro Amarelo. Trabalhou no Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (Hospital da Criança de Brasília José Alencar) no período de 2016 a 2018, atuando como médica psiquiatra assistente e preceptora voluntária na Residência Médica de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica. Trabalhou na Saúde BRB Caixa de Assistência, atuando como médica psiquiatra assistente no período de 2014 a 2020 e como coordenadora da equipe médica e da psiquiatria no período de 2018 a 2019. Atualmente, é membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), Diretora-Tesoureira da Associação Psiquiátrica de Brasília e atua na rede privada como médica psiquiatra assistente e diretora técnica médica da Clínica EKIP – Emil Kraepelin Instituto de Psiquiatria.

## ILUSTRADOR

### Rafael Limaverde

Nascido em Belém/PA, naturalizado cearense, formado em Artes Visuais pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE), é xilogravurista e ilustrador. Possui mais de 40 livros ilustrados em diversas editoras do País. É um dos organizadores do “Festival de Ilustração de Fortaleza”, evento realizado dentro da Bienal do Livro do Ceará. É curador das seguintes exposições: “Eco Barroco”, no Centro Cultural Banco do Nordeste – Fortaleza/CE (2011); “Bestiário Nordestino”, na Multigaleria do Centro de Arte e Cultura Dragão do Mar – Fortaleza/CE (2016); “III Festival de Ilustração de Fortaleza”, que ocorreu durante a XII Bienal Internacional do Livro no Centro de Eventos do Ceará (2017).



DISQUE  
SAÚDE  
136

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA  
MULHER, DA FAMÍLIA E  
DOS DIREITOS HUMANOS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

