

Sobreviventes enlutados por suicídio e as possibilidades para posvenção no contexto da saúde pública brasileira

Survivors bereaved by suicide and the possibilities of postvention within Brazilian public health

Eder Samuel Oliveira Dantas^a

 <https://orcid.org/0000-0002-6595-6105>
Email: edersamuel_rm@hotmail.com

Juliana Bredemeier^b

 <https://orcid.org/0000-0002-9153-8660>
E-mail: juliana.bredemeier@gmail.com

Karla Patricia Cardoso Amorim^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4047-6073>
E-mail: amorimkarla@yahoo.com.br

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, Brasil.

^bInstituto de Terapia Cognitivo Comportamental. Núcleo de Prática Baseada em Evidências. Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Após um suicídio, diversas pessoas são afetadas negativamente. Muitos dos denominados sobreviventes enlutados, em algum momento, precisarão de cuidados e apoio, a conhecida posvenção do suicídio. O objetivo deste estudo é discutir as suas possibilidades no contexto da saúde pública brasileira. Metodologicamente, o texto configura-se como um ensaio teórico apoiado na literatura da área, assim como em documentos institucionais e marcos legais. No cenário internacional, a posvenção do suicídio está mais bem estruturada do que no Brasil que, atualmente, tem o enfoque em grupos de apoio aos sobreviventes enlutados centrados em organizações não governamentais. É preciso lançar o olhar para os serviços de saúde de base territorial e comunitária, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial, e vislumbrar ações de posvenção acessíveis e resolutivas, como as linhas telefônicas gratuitas de acolhimento, as visitas domiciliares precoces, as escutas terapêuticas e o aconselhamento para o luto. **Palavras-chave:** Suicídio; Luto; Saúde Pública; Integralidade em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Correspondência

Eder Samuel Oliveira Dantas

Hospital Universitário Onofre Lopes. Av. Nilo Peçanha, 620, 4º andar.
Petrópolis, Natal, RN, Brasil. CEP: 59012-300.

Abstract

Death by suicide leaves many people negatively affected in its wake. Many so-called bereaved survivors will at some point need care and support, known as suicide postvention. This theoretical essay, based on the corresponding literature, institutional documents, and legal frameworks, seeks to discuss possibilities for suicide postvention within Brazilian public health. Suicide postvention is better structured internationally than in Brazil, which currently focuses on support groups for bereaved survivors centered in non-governmental organizations. We must look to territorial and community-based health services, like the Psychosocial Care Centers, and envisage affordable and resolute postvention actions, such as free prevention lines, early home visits, therapeutic listening and grief counseling.

Keywords: Suicide; Bereavement; Public Health; Integrality in Health; Brazilian National Health System.

Introdução

O suicídio é um problema de saúde pública global e, notadamente, um fenômeno social complexo, multidimensional e multideterminado que envolve aspectos psicológicos, sociais, biológicos, ambientais, políticos e culturais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019) estima que pelo menos 703.000 pessoas morrem todos os anos por suicídio no mundo, representando uma taxa global média de 9 óbitos por 100.000 habitantes, dos quais 77% acontecem em países de baixa e média renda.

O Brasil figura entre os dez países com os maiores números absolutos de suicídios no mundo. No ano de 2020, ocorreram mais de 13.000, resultando em uma taxa nacional de 6,6 mortes por 100.000 habitantes. No período de 2010 a 2019, os suicídios aumentaram em ambos os sexos e as taxas mais elevadas foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Piauí, respectivamente (Brasil, 2021).

A cada morte por suicídio, estima-se que a vida de outras cinco a dez pessoas sejam diretamente impactadas de maneira negativa (WHO, 2008). As pessoas que experienciam tal perda de alguém próximo são denominados sobreviventes enlutados, e podem ser membros da família, amigos, professores, colegas de escola ou universidade, colegas de trabalho, ou seja, a rede de sujeitos com algum tipo de vínculo ou relação com o indivíduo que se matou (Shneidman, 1973).

Destaca-se que o luto por suicídio apresenta especificidades por relacionar-se a uma morte violenta e estigmatizada. Nesta perspectiva, existem impactos causados na vida dos sobreviventes enlutados que passam por questões sociais, econômicas, físicas e emocionais. Pode-se listar mudanças bruscas na dinâmica familiar, dificuldades financeiras, ruptura de laços conjugais e afetivos, aumento do risco de transtorno de ansiedade, perda de sono, depressão, intensificação do risco suicida, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, além de outros fenômenos que podem variar de acordo com a cultura, a localidade geográfica, o momento político e histórico (Wilson; Clark; 2005; Cerel; Jordan; Duberstein, 2008; Fukumitsu; Kovacs, 2016).

As ações, estratégias e intervenções voltadas aos sobreviventes enlutados fazem parte do que

se conceitua de posvenção do suicídio, tradução do termo *postvention*, cunhado pelo psicólogo e precursor da suicidologia Edwin Shneidman, em 1968, na primeira conferência da Associação Americana de Suicidologia. Além dos cuidados direcionados aos sobreviventes, é também tarefa da posvenção desestigmatizar o suicídio e servir como esforço secundário de prevenção para minimizar o risco subsequente deste tipo de óbito na comunidade (Shneidman 1996; Erlich et al., 2015).

Em alguns países, como Austrália, Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia e Estados Unidos (EUA), programas ou iniciativas comunitárias de posvenção do suicídio estão mais bem estruturados do que no Brasil. Verifica-se também que as pesquisas que tratam de evidências científicas das intervenções relacionadas à posvenção se concentram nestes países (Andriessen, 2014).

O Brasil, apesar de apresentar tendência temporal ascendente de suicídio na maioria das faixas etárias e regiões (Rodrigues; Rodrigues; Konstantyner, 2015) e, por conseguinte, elevado número de pessoas que necessitam de cuidados de posvenção do suicídio, não aborda com clareza e robustez tal temática na principal política pública sobre o tema, a Lei federal nº13.819 de 2019 que “institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, [...] implementada pela União, em cooperação com os estados, o Distrito Federal e os municípios” (Brasil, 2019).

Além disso, há escassez de publicações científicas no país que aprofundem o conhecimento teórico e reflitam acerca de estratégias de cuidado em posvenção do suicídio (Ruckert; Frizzo; Rigoli, 2019). Portanto, este texto parte da premissa de que não se pode negligenciar a saúde e o percurso de vida dos sobreviventes enlutados, ademais, o campo de produções da saúde coletiva e o escopo teórico-prático da saúde pública também devem se preocupar com temáticas biopsicossociais historicamente estigmatizadas. Assim, este ensaio objetiva discutir possibilidades da posvenção do suicídio no Brasil.

Metodologicamente, o texto configura-se como um ensaio teórico e fundamenta-se na literatura da área, assim como em documentos institucionais e marcos legais. São abordados temas que enfocam

a perspectiva dos sujeitos enlutados, análise da posvenção no contexto internacional e brasileiro, além de discussão de propostas de intervenção.

Para isso, este estudo (1) relata as principais características conceituais relacionadas ao termo “sobreviventes enlutados” e as experiências do luto por suicídio; (2) descreve o cenário (inter) nacional em relação à posvenção do suicídio; e (3) elenca possíveis intervenções no campo da saúde pública voltadas aos sobreviventes enlutados por suicídio no Brasil.

(Sobre)viver após um suicídio: o luto

Conceitualmente, o termo em inglês *survivor*, cunhado por Edwin Shneidman, diz respeito a todos aqueles sujeitos que experienciam a morte por suicídio de alguém próximo e são negativamente afetados por ela. No Brasil, têm-se utilizado a tradução literal “sobrevivente”, ou “sobrevivente enlutado”, principalmente no intuito de distinguir estes das pessoas que sobreviveram após uma tentativa própria de suicídio.

Além disso, pontua-se que há distinção entre ser “sobrevivente enlutado” e ter sido “exposto ao suicídio”. De acordo com Andriessen (2014), o primeiro conceito se refere aos enlutados que tiveram relacionamento pessoal e próximo com o falecido, a exemplo de amigos e familiares. O segundo se aplica às pessoas que não conheciam pessoalmente aquele que morreu, mas que, de alguma maneira, foram expostas negativamente ao ato fatal, por exemplo, um suicídio com grande repercussão midiática e/ou com testemunhas no local do ato suicida (bombeiros, policiais e transeuntes).

Portanto, neste texto, os termos “sobrevivente” e “sobrevivente enlutado” serão utilizados conforme a definição dada pelos autores supracitados, pois se enfatiza a necessidade de delimitação conceitual, inclusive para proposição das ações e de cuidados no âmbito da saúde pública direcionados a esses indivíduos.

Ao longo dos anos, alguns autores realizaram levantamentos sobre quantas pessoas seriam diretamente afetadas por uma morte por suicídio. No fim da década de 1960 e início da década de 1970, Shneidman (1996) estimou que uma média de seis

sobreviventes seriam enlutados a cada morte. No entanto, Wroblewski (2002) considera que haveria 10 sobreviventes após um suicídio. De toda a forma, tanto Shneidman quanto Wroblewski estavam em consonância com publicação posterior da OMS (WHO, 2008), na qual são apontadas entre cinco e dez pessoas diretamente afetadas. De forma complementar e crítica, Berman (2011) alerta que as estimativas a respeito do número de indivíduos são variáveis, dependendo do relacionamento, da frequência do contato entre o falecido e o enlutado, da idade da pessoa que morreu, entre outros.

Para além da certeza do número estimado de sobreviventes enlutados, há a necessidade de reconhecer e cuidar dessas pessoas. Ao pensar na extensão territorial e populacional do Brasil, na inexistência de políticas e estratégias afirmativas no campo da saúde que se prestem a essa parcela da população e nos prejuízos biopsicossociais decorrentes das mortes por suicídio, consegue-se entender a urgência de tratá-la com a importância que lhe é devida, considerando-a como problema de saúde pública.

O luto é uma resposta natural à morte de alguém com quem se tinha alguma relação e a maioria das pessoas irão vivenciá-lo em algum momento da vida. Porém, é um fenômeno estressante, difícil e doloroso de ser vivido. Durante esse processo, vivencia-se emoções e reações diversas, como desespero, desesperança, medo, tristeza profunda, raiva, revolta, entre outros. Em alguns casos, pode evoluir ainda mais desfavoravelmente, afetando a saúde mental e física e toda a dinâmica sociofamiliar dos enlutados (Nunes et al., 2016).

As pessoas enlutadas por suicídio podem experimentar mais choque ou traumas nessa experiência do que em outras categorias de morte, devido à natureza inesperada, violenta e sem justificativas imediatas do ato suicida. Além disso, alguns dos sobreviventes podem ser as pessoas que encontram o corpo após o óbito, tendo que lidar com a cena e as memórias que reverberam.

É importante ressaltar que, após um suicídio, imediatamente passa-se a enfrentar perguntas sem explicação e especulações sobre a vida daquele que se matou. Concomitantemente, os sobreviventes têm histórias de vida que precisam continuar,

ou seja, precisam prosseguir com o luto e para além dele. Adicionalmente, no transcorrer desta dita sobrevivência, surgem, com certa frequência, diversos sentimentos: acusação, culpa, raiva e revolta, vergonha e medo. Em suma, são múltiplas as questões que permeiam a vida dos enlutados e podem reverberar negativamente na saúde mental e física destes (Fukumitsu, 2019).

Observa-se também que o luto por suicídio traz, para o sobrevivente enlutado, inevitavelmente, uma busca incessante pelo sentido desse ato extremo e do valor da própria vida, bem como um árduo processo na tentativa de compreender como não conseguiu perceber ou valorizar o risco de suicídio da pessoa querida em tempo de alguma intervenção (Duarte; Tassinari, 2019).

Na verdade, o suicídio é multicausal e inclui uma infinidade de questões e causas que tornam impossíveis explicações simplistas. Embora existam fatores de risco evidenciados na literatura (transtornos mentais graves, uso abusivo de substâncias psicoativas, tentativas prévias de suicídio, isolamento social, histórias de vidas marcadas por violências, abandono na infância etc.), sempre haverá questionamentos que atravessam a vida dos enlutados e, talvez, este seja um dos pontos que diferenciam este tipo de luto do que é associado a outras causas de morte (Fukumitsu, 2019).

A despeito do avanço de teorias e estudos sobre o comportamento suicida em todo o mundo, é sempre uma tarefa difícil saber contundentemente por que seres humanos tiram a própria vida. Frequentemente, nem mesmo a pessoa que o faz conhece os complicados motivos para a autodestruição (Shneidman, 1996). E, neste processo de dúvidas capazes de aumentar o estigma em torno do suicídio, os sobreviventes enlutados podem relutar em confidenciar que a morte foi de fato autoinfligida, causando ainda mais isolamento da comunidade e até de familiares que poderiam dar suporte e apoio.

Enfatiza-se, ainda, que o modo dos sujeitos lidarem com a morte por suicídio depende também de questões individuais e coletivas, pois são dependentes da subjetividade inerente a cada um (personalidade, percepção de mundo e resiliência psicológica), das inter-relações e dos ajustamentos que a pessoa possa realizar conforme a interação com a sociedade, a cultura e o ambiente

(religião, comunidade, suporte familiar e acesso a serviço de saúde) (Fukumitsu, 2019).

Outrossim, Shneidman (1985) argumentava desde a década de 1980 que o maior problema de saúde pública em relação ao suicídio não era a prevenção nem o manejo clínico de tentativas, mas cuidar dos efeitos negativos gerados por uma morte por suicídio nos sobreviventes enlutados. Pois essas vidas são alteradas para sempre e, por diversos motivos, as pessoas enfrentam esta problemática sem o apoio que merecem e que precisam.

Posvenção do suicídio no mundo e no Brasil: o que se tem?

A posvenção objetiva apoiar, assistir e instrumentalizar as pessoas afetadas após uma perda por suicídio, mediante informação e acolhimento, atuando frente às complicações biopsicossociais que surgem durante o processo de luto. Ainda, busca minimizar impactos negativos em lugares comunitários como escolas, igrejas, universidades e locais de trabalho (Shneidman, 1996; Andriessen, 2014).

Desde 2014, pelo relatório *Preventing Suicide: a global imperative*, a OMS (2014) reconheceu que a posvenção deveria entrar na agenda de ações estruturais relacionadas ao suicídio. Neste documento, pondera-se que as comunidades devem prestar apoio aos sobreviventes enlutados e ofertar intervenções psicossociais. Além disso, os países devem incluir nos programas nacionais de prevenção do suicídio as questões relacionadas ao cuidado com os sobreviventes.

Algumas estratégias internacionais têm apresentado resultados exitosos, demonstrando eficácia tanto em ações individuais e coletivas quanto nas macropolíticas públicas de saúde. Ao longo dos anos, os serviços de apoio aos sobreviventes foram se organizando, principalmente em países europeus e na América do Norte. Porém, existem dificuldades na realização de pesquisas científicas que utilizam essas intervenções, o que gera baixos níveis de evidências em relação ao que é realizado mundo afora (Andriessen et al., 2019).

As principais dificuldades nas pesquisas científicas com intervenções de posvenção relacionam-se à seleção e continuidade da presença dos participantes. Aponta-se a quase inexistência

de estudos que tratem de intervenções dirigidas a crianças, adolescentes e idosos. Além disso, a maioria das pesquisas centra-se na psicoterapia para o luto, tornando raras as evidências sobre atividades efetivas na comunidade, no ambiente escolar ou na própria casa dos participantes (Linde et al., 2017; Andriessen et al., 2019).

Em relação aos programas nacionais direcionados aos enlutados, em contexto global, dos 52 países membros da Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP), apenas 14 apresentam tais programas. Em países como Noruega, Nova Zelândia, Irlanda e Bélgica, a posvenção do suicídio tem sido realizada de maneira sistemática, com serviços direcionados ao cuidado com os sobreviventes e fortalecimento de estratégias de formação para profissionais de saúde no atendimento aos enlutados. Na maioria desses países, essas ações são apoiadas e articuladas pelo governo (Andriessen, 2014; Myfanwy; Vita; Sharon, 2019).

Na Austrália, o StandBy Response Service é um programa de prevenção ativa que oferece atendimento e ações globais para pessoas enlutadas pelo suicídio que, além de melhorar a capacidade da comunidade para gerir e responder de forma adequada e eficaz ao óbito, aprimora a qualidade da infraestrutura dos serviços de saúde e das redes de parcerias, além de incentivar mais estudos relacionados à posvenção no país (Andriessen, 2014).

Os EUA possuem diversas estratégias de posvenção do suicídio; algumas delas constam em seu plano nacional, outras são ações de organizações sociais. Além disso, existem diferentes associações comunitárias de sobreviventes que atuam prestando suporte a outros enlutados. Há, ainda, em alguns estados norte-americanos, treinamento de líderes da comunidade para realizar aconselhamento acerca de questões pertinentes ao momento do luto por suicídio (Scavacini, 2018).

No Reino Unido, existem linhas telefônicas de apoio para sobreviventes e suporte on-line por e-mail e *chats*, além de programas psicoeducativos para crianças e adolescentes em ambiente escolar. E, assim como nos EUA, na Austrália e na Bélgica, um dia nacional de sobrevivência é mantido para os enlutados, dando visibilidade a esse fenômeno (Andriessen, 2014).

A Nova Zelândia possui, no plano de ação nacional de prevenção do suicídio, ações direcionadas aos sobreviventes, como assistência imediata de saúde para familiares após o suicídio, psicoeducação sobre perda e tristeza para comunidade e aconselhamento sobre questões legais que envolvem a polícia e entes jurídicos. Oferece, ainda, atendimento especializado com profissionais de saúde mental (psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais). O trabalho de base comunitária é realizado por pelo menos um ano após o suicídio, para monitorar e assistir os sobreviventes, seja na perspectiva individual ou institucional (Ministry of Health, 2011).

As ações e estratégias de posvenção do suicídio no Brasil não são desenvolvidas com base em plano nacional, tampouco com articulação do governo federal. Nos últimos quatro anos, alguns municípios e estados incluíram a posvenção nos planos de prevenção do suicídio, a exemplo do Piauí (2017), Maringá (2017) e Fortaleza (2019). Na esfera pública, ao analisar os três planos supramencionados, observa-se enfoque das ações de posvenção na formação dos profissionais, por meio de eventos sobre a temática e disponibilização de materiais instrutivos como cartilhas e manuais.

Ao analisar o cenário brasileiro de maneira mais abrangente, percebe-se que as intervenções de posvenção estão concentradas nas Organizações Não Governamentais (ONG), principalmente, nas atividades de grupos de apoio aos sobreviventes enlutados. Esses grupos são pautados no apoio mútuo, no resgate de vínculos e na diminuição do estigma envolto no suicídio.

Os Grupos de Apoio aos Sobreviventes de Suicídio do Centro de Valorização da Vida (CVV), que funcionam em São Paulo (SP), Porto Alegre (RS), Novo Hamburgo (RS), Curitiba (PR) e Cuiabá (MT), contam com atendimentos por diferentes meios, como telefone, *chat*, e-mail e presencial (em 80 postos de atendimento). Em São Paulo, também existem ações de posvenção por meio do Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, que desenvolve grupos de apoio aos sobreviventes enlutados presencialmente e on-line (Ruckert; Frizzo; Rigoli, 2019; Scavacini; Cornejo; Cescon, 2019).

Isso posto, é inegável que as intervenções disponibilizadas por ONG representam exercício de

acolhimento, comunicação, apoio mútuo e suporte coletivo para os enlutados. Porém, é preciso reconhecer que quando determinadas ações não são institucionalizadas por meio de políticas públicas, o seu alcance torna-se limitado. Ou seja, a questão não pode depender somente da “vontade e solidariedade” pontuais ou isoladas, deve ser, sobretudo, tratada como política do Estado.

Pontua-se que, através da campanha do Setembro Amarelo - mês voltado para conscientização sobre o suicídio - criada em 2015, o Brasil tem debatido a temática do suicídio de maneira mais ampliada. O Ministério da Saúde (MS) passou a divulgar boletins epidemiológicos sobre tentativas e óbitos por suicídio a partir de 2017, com última versão em 2021. Também existem manuais do MS direcionados à atuação de profissionais da saúde, da educação e da mídia frente ao comportamento suicida.

No entanto, a política de prevenção do suicídio do país, estabelecida pela Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, parece não ter repercutido ainda de forma efetiva no desenvolvimento de programas e ações concretas para os sobreviventes enlutados. De toda forma, é estabelecido no artigo 3º, inciso V, da referida Lei: “abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial” (Brasil, 2019).

Muito embora a jovem política de prevenção ao suicídio do Brasil represente avanço sem precedentes, o texto é genérico no tocante à assistência, aos cuidados e à atenção voltada aos enlutados por suicídio. Além disso, a política apresenta-se frágil por não sugerir de forma direta nenhum programa e/ou serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que possa ser implementado ou aperfeiçoado, no tocante à posvenção e prevenção do suicídio (Dantas, 2019).

Possibilidades de ações e intervenções de posvenção do suicídio no Brasil

As ações e intervenções de posvenção são desenvolvidas, após um suicídio, no intuito de minimizar os resultados negativos na saúde e facilitar a recuperação entre os enlutados. No campo da saúde pública, a aplicação da posvenção deve ir além da psicoterapia e não focar apenas na progressão individual em relação

às dificuldades de adaptação à perda (especialmente no luto complicado). Em outras palavras, ela não se restringe aos campos clínico e psicopatológico (Andriessen et al., 2019; Andriessen, 2014).

Os serviços de saúde que se propõem a realizar atividades de posvenção podem ter perspectiva individual ou coletiva, focando nas necessidades psicossociais dos sobreviventes e podendo ser operacionalizados mediante diferentes atividades: aconselhamento, psicoterapia para luto, suporte e apoio em grupos, intensificação da conscientização do tema para população em geral, criação de campanhas socioeducativas e desenvolvimento das práticas de promoção da saúde mental em ações assistenciais (Scavacini, 2018).

As ações e intervenções de posvenção disponibilizadas nos serviços podem ter característica de modelo mais tradicional (passiva), quando aguardam a procura dos sobreviventes enlutados. Ou adotar o modelo que pretende ser uma extensão do serviço (ativo), para fornecer apoio e recursos o mais rápido possível, portanto, os profissionais procurariam os sobreviventes na comunidade (Survivors of Suicide Loss Task Force, 2015).

Todavia, ao se pensar em atividades de posvenção no Brasil, no tocante às potencialidades e aos desafios desse Sistema de Saúde e no contexto do SUS, algumas considerações importantes devem ser pautadas. Inicialmente, destaca-se que as ações estruturantes da posvenção precisam ser desenvolvidas com base no princípio da integralidade. É ela que orienta, no âmbito dos serviços de saúde a ação dos profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade e que considere as múltiplas dimensões e complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas, com visão pluridimensional da saúde individual e coletiva (Tesser; Luz, 2008).

Por conseguinte, enfatiza-se a grande potência da Atenção Básica à Saúde (AB) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, nos fazeres plurais em saúde e na ordenação do cuidado. A primeira, regida atualmente pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, caracteriza-se por um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Brasil, 2017).

Esse papel exercido pela AB, que tem na Saúde da Família a ferramenta prioritária, pode contribuir substancialmente com as estratégias de posvenção do suicídio, particularmente pelo caráter de base territorial e comunitária. Considera-se a existência das equipes multiprofissionais, com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a inclusão da comunidade na organização dos serviços, como fortes ferramentas de articulação de ações em saúde na AB (Sousa et al., 2019).

Apesar da Atenção Básica concentrar a maior parte das demandas de saúde da população, a RAPS, instituída no Brasil por meio da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e que tem no Centro de Atenção Psicossocial o balizador estratégico de atuação, é quem atende e acolhe as situações mais complexas referentes à saúde mental (Brasil, 2011). Desta maneira, é imperioso que a RAPS tenha potencial técnico e estrutural para atender questões referentes à posvenção do suicídio.

A RAPS foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país. Seu objetivo era a integração do cuidado de forma ordenada, a partir da articulação de serviços de base territorial, nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS. A implementação da RAPS, no Brasil, demonstrou avanços substanciais, em uma lógica que investe recursos na expansão dos serviços comunitários, no desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras e na participação ativa dos usuários (Sampaio; Bispo, 2021).

Entretanto, apesar dos avanços da RAPS e das conquistas da população brasileira advindas da Atenção Básica, é necessário pensar a posvenção do suicídio também com os enormes desafios impostos ao SUS e alguns retrocessos, especialmente relacionados ao desmonte estrutural que vem enfrentando na última década e que se exacerbaram após 2016. Sobre isto, pode-se destacar o incentivo financeiro prioritário que a “nova política de Saúde Mental” de 2019 direciona às Comunidades Terapêuticas e ao aumento desses valores para internações em leitos psiquiátricos, satisfazendo o paradigma manicomial e asilar que circunscreve a psiquiatria (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

No contexto de retrocessos, enfatiza-se, ainda, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016,

que congelou os investimentos em saúde por um período de 20 anos, atingindo a qualidade e a suficiência da oferta de serviços de saúde em todo o país (Brasil, 2016). Mais recentemente, em 2019, houve o enfraquecimento da Atenção Básica e de alguns de seus dispositivos, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), excluídos dos programas que teriam custeio garantido pelo governo federal por meio da Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Castro et al., 2019).

Outrossim, diante do contexto sanitário atual, para que a posvenção do suicídio aconteça de forma sistematizada no Brasil e como política de Estado, *é possível* pensar que as ações ocorram no âmbito dos serviços e programas de saúde já existentes. No intuito de colaborar com esse desenvolvimento no futuro, apresentam-se a seguir propostas de ações e intervenções de posvenção do suicídio, a serem consideradas no contexto da saúde pública:

(1) Aconselhamento para o luto - promover apoio e suporte no enfrentamento às questões intrínsecas ao processo de luto por suicídio, preferencialmente realizado na comunidade onde os enlutados estão inseridos. Esta intervenção pode ser realizada por profissionais da equipe de Saúde da Família treinados, como os técnicos de enfermagem, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e médicos, ou por profissionais do NASF;

(2) Atendimento individual/coletivo por profissional de Saúde Mental - disponibilizar atendimento aos sobreviventes enlutados por profissional de saúde mental (enfermeiro especialista, psicólogo, psiquiatra, entre outros). Deve-se priorizar o acolhimento das demandas dos indivíduos, da família e dos grupos, a escuta terapêutica e a formação de vínculo. Essa ação precisa estar inserida nas atividades da RAPS. Considerar, sempre que possível, estratégias criativas que utilizem expressões artísticas;

(3) Grupos de apoio a sobreviventes enlutados - formar grupos de suporte e apoio mútuo aos sobreviventes enlutados, conduzidos por profissionais de saúde treinados para tal atividade, priorizando o compartilhamento das vivências e experiências dos sobreviventes e obtendo apoio mútuo. Podem ser conduzidos pelo NASF, desenvolvidos na AB ou em outros serviços da RAPS, podendo, inclusive, estar articulados ao trabalho de ONG;

(4) Elaboração de manuais e cartilhas sobre posvenção do suicídio nos serviços de saúde - instrumentalizar profissionais de saúde para o atendimento integral das demandas dos sobreviventes. Os manuais precisam estar em consonância com as melhores práticas realizadas no mundo e considerar os aspectos culturais, históricos, políticos e econômicos para estarem atualizados;

(5) Linha telefônica e chat de cobertura nacional gratuita - oferecer aos sobreviventes informações e orientações adequadas sobre onde buscar ajuda na comunidade, além de realizar escutas emergenciais de maneira sigilosa, focando no acolhimento. Esta estratégia de posvenção pode ser implementada pelo Governo Federal para garantir um maior nível de abrangência;

(6) Orientações sobre questões sociais e legais relacionadas a direitos decorrentes da morte por suicídio - dispor de orientações imediatas após a morte por suicídio, relacionados às questões jurídica e legal, a exemplo da necessidade de preservação da cena do óbito, da necessidade de realização de necrópsia, da causa do óbito, do curso da investigação necessária para descartar outro tipo de morte violenta e sobre a preservação da intimidade familiar e da imagem da pessoa que morreu. Estas ações orientativas podem fazer parte da dinâmica dos assistentes sociais de qualquer serviço de saúde. Profissionais de outras áreas do conhecimento precisam estar atentos para prestar iguais esclarecimentos quando necessário e pensar na possibilidade de formular materiais informativos e educativos para a população em geral;

(7) Psicoterapia para luto - ofertar psicoterapia para o luto, no âmbito da RAPS. Esta intervenção pode ser realizada de maneira individual ou coletiva e precisa buscar desenvolver a autonomia dos sujeitos. A ênfase deve ser dada àqueles casos em que a AB ou serviço de saúde mental da RAPS identificou como situações mais complexas e com evolução desfavorável relacionadas ao luto, independentemente de quanto tempo tenha passado após o suicídio da pessoa próxima;

(8) Trabalho educativo com a temática do luto por suicídio - atuar de maneira educativa em programas de saúde universitários e/ou escolares, como o Programa de Saúde na Escola (PSE). Além disso,

as atividades de educação podem ser direcionadas aos programas de saúde do trabalhador, no âmbito de municípios e estados. O principal intuito das estratégias educativas nesses programas é o de:

- auxiliar escolas, universidades e ambientes laborais a desenvolverem estratégias de acolhimento, após ocorrência de suicídios de algum dos membros;
- prevenir suicídios subsequentes e favorecer a diminuição do estigma;

(9) Visita domiciliar por profissional/equipe de saúde - garantir à pessoa e/ou à família enlutada por suicídio pelo menos uma visita domiciliar, de posvenção, que deve ser realizada pela equipe de Saúde da Família a qual a pessoa enlutada é adscrita. A visita precisa estar previamente agendada com a(s) pessoa(s) enlutadas e deve priorizar: a) escuta precoce; b) avaliação sobre necessidade de apoio em outras estratégias de posvenção; c) articulação dos sobreviventes à RAPS ou a serviços da rede intersetorial, quando necessário.

Apesar das intervenções/ações terem sido demonstradas didaticamente de forma separada, estimula-se que estas sejam utilizadas o mais articuladas possível entre si e de maneira combinada, quando possível e/ou necessário, conforme os recursos disponíveis (humanos e estruturais).

Reitera-se que as ações supramencionadas tratam de possibilidades de posvenção no campo da saúde pública que consideraram, especialmente, os serviços de saúde de base territorial e comunitária do SUS. Deste modo, não se esgotam as discussões nem as alternativas de atividades de posvenção no campo de atuação proposto que, no que lhe concerne, é amplo e abrangente.

Considerações Finais

Este texto discute as possibilidades de posvenção do suicídio no Brasil, no espectro da saúde pública, com base na difícil vivência dos sobreviventes enlutados e no cenário internacional. Observa-se que, em alguns países, a posvenção do suicídio é tratada com mais robustez, organização e planejamento político do que no território brasileiro. Neste, as ações de posvenção do suicídio ainda se concentram em grandes centros e estão focadas nos grupos de apoio aos sobreviventes enlutados, sendo ofertadas, principalmente, a partir de ONG.

Pontua-se que, apesar dos inúmeros desafios atuais enfrentados pelo SUS, apresentaram-se possibilidades de ações de posvenção voltadas para os sobreviventes enlutados utilizando-se do potencial da AB e da RAPS, principalmente no que concerne ao alcance e poder de resolutividade nos fazeres plurais dos serviços de base territorial e comunitária.

Espera-se que a reflexão, ora empreendida, possa incitar o necessário e urgente diálogo crítico entre diversos atores sociais e instituições, no contexto brasileiro. Por fim, embora este texto tenha se voltado para a saúde pública, é de suma importância a intersetorialidade do trabalho com temáticas complexas como o suicídio, envolvendo, especialmente neste caso, a educação, assistência social e o direito, que podem contribuir, de maneira ainda mais significativa, na vida das pessoas enlutadas por suicídio, no Brasil.

Referências

- ANDRIESSEN, K. Postvention in Major Suicidology Journals. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Washington, DC, v. 35, n. 5, p. 338-348, 2014.
- ANDRIESSEN, K. et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC psychiatry*, Nova York, v. 19, n. 49, p. 1-15, 2019. DOI: 10.1186/s12888-019-2020-z
- BERMAN, A. L. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Washington, DC, v. 41, n. 1, p. 110-116, 2011. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 23 maio 2022.
- BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da

- Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2019. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 23 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 23 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 52, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf>. Acesso em: 1 out 2021.
- CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, Amsterdã, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7
- CEREL, J.; JORDAN, J. R.; DUBERSTEIN, P. R. The impact of suicide on the family. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Washington, DC, v. 29, n. 1, p. 38-44, 2008. DOI 10.1027/0227-5910.29.1.38
- CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-solo0285
- DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?. *Physia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290303, 2049. DOI: 10.1590/S0103-73312019290303
- DUARTE, V.; TASSINARI, M. *Vida: 5 passos para vencer mais um dia*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.
- ERLICH, M. D. et al. Why We Need to Enhance Suicide Postvention: Evaluating a Survey of Psychiatrists' Behaviors after the Suicide of a Patient. *The Journal of nervous and mental disease*, Chicago, v. 205, n. 7, p. 507-511, 2015. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000682
- FUKUMITSU, K. O. *Sobreviventes Enlutados por Suicídio: cuidados e intervenções*. São Paulo: Summus, 2019.
- FUKUMITSU, K. J.; KOVACS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.1.19651
- LINDE, K. et al. Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. *Plos One*, São Francisco, v. 12, n. 6, p. 1-20, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0179496
- MINISTRY OF HEALTH. *New Zealand suicide prevention action plan 2008-2012: second progress report*. Wellington: Ministry of Health, 2011. Disponível em: <<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-suicide-prevention-action-plan-2008-2012-second-progress-report-may12.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2022.
- MYFANWY, M.; VITA, P.; SHARON, M. D. Progress in Postvention a Call to a Focused Future to Support Those Exposed to Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Washington, DC, v. 40, n. 6, p. 379-382, 2019. DOI: 10.1027/0227-5910/a000620

- NUNES, F. D. D. et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, v. 15, p. 17-22, 2016. DOI: 10.19131/rpesm.0127
- RODRIGUES, C. D.; RODRIGUES, H. M.; KONSTANTYNER, T. C. R. O. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 380-388, 2019. DOI: 10.1590/1516-4446-2018-0230
- RUCKERT, M. L. T.; FRIZZO, R. F.; RIGOLI, M. M. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 85-91, 2019. DOI: 10.5935/1808-5687.20190013
- SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00042620, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00042620
- SCAVACINI, K. *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. 2018. 271 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- SCAVACINI, K.; CORNEJO, E.L.; CESCION, L.F. Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Revista M*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 201-214, 2019. DOI: 10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214
- SOUSA, M. F. et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe.5, p. 82-93, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>
- 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/sites/default/files/migrate/library/RespondingAfterSuicideNationalGuidelines.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2021.
- SHNEIDMAN, E. *Deaths of Man*. New York: Quadrangle, 1973.
- SHNEIDMAN, E. *Definition of suicide*. New York: John Wiley, 1985.
- SHNEIDMAN, E. *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. D. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 195-206, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000100024
- 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: 24 maio 2022.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>>. Acesso em: 24 maio 2022.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: WHO, 2021.
- WILSON, A.; CLARK, S. *South Australian Suicide Postvention Project. Report to Mental Health Services*. Adelaide: University of Adelaide, 2005.
- WROBLESKI, A. *Suicide Survivors: a guide for those left behind*. Minneapolis: SAVE, 2002.

Contribuição dos autores

Dantas foi responsável pela concepção do estudo e redação do artigo. Bredemeier e Amorim foram responsáveis pela revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Recebido: 18/01/2022

Reapresentado: 05/10/2021; 18/01/2022

Aprovado: 04/03/2022