

Cláudia Ribeiro de Vasconcelos
Centro Universitário Campos de Andrade
(UNIANDRADE)
profe.cv@hotmail.com

Wellington Fernando da Silva Ferreira
Universidade Federal do Paraná - (UFPR)
wellingtonferreira42@gmail.com

REFLEXÕES PARA O PSICOTERAPEUTA DIANTE DO ENLUTADO PELO SUICÍDIO

RESUMO

O luto por suicídio possui especificidades que levam os enlutados a buscar, muitas vezes, um suporte psicoterapêutico. O manejo destes enlutados exige do psicoterapeuta um olhar atento às suas demandas. Objetiva-se Refletir a especificidades do luto por suicídio e caracterizar os principais cuidados e intervenções psicoterapêuticas para os enlutados à luz da gestalt-terapia. Trata-se uma análise qualitativa, pelo método descritivo exploratório, a partir de um estudo de revisão narrativa, não sistemático, de estudos entre 2013 a 2019. A cada morte intencional autoinfligida, há um considerável contingente de comportamentos suicidas que podem ser considerados desde a ideação, até o planejamento e a tentativa de suicídio. Fatores de diversas naturezas estão associados ao risco de suicídio. Embora o luto seja um processo, ele é vivido na sua singularidade, assim como foi singular o laço afetivo do enlutado com a pessoa que se foi. Com o intuito de minimizar danos e o próprio suicídio dos sobreviventes, recomenda-se a posvenção para auxiliar no enfrentamento em relação aos efeitos traumáticos da morte e elaboração do luto. O gestalt-terapeuta auxilia o sobrevivente a ressignificar sua vida e ampliar o leque de atuação para escolhas mais saudáveis e funcionais. Portanto conclui-se que é imprescindível que o luto por suicídio seja mais bem abordado pelo meio acadêmico, com destaque aos psicólogos. O reconhecimento das variáveis de risco de suicídio é fundamental para o estabelecimento de estratégias para tratá-lo e reduzi-lo, promovendo saúde, prevenção e qualidade de vida à população.

Palavras-chave: Suicídio. Luto. Sobreviventes. Posvenção. Gestalt-terapia.

REFLECTIONS FOR THE PSYCHOTHERAPIST BEFORE THE SUFFERED MOURNER

ABSTRACT

The mourning for suicide has specificities that lead the mourners to seek, often, psychotherapeutic support. The management of these mourners requires a psychotherapist to pay close attention to their demands. The objective is to reflect the specificities of mourning for suicide and to characterize the main care and psychotherapeutic interventions for the bereaved in the light of gestalt therapy. This is a qualitative analysis, using the exploratory descriptive method, based on a non-systematic narrative review study of studies between 2013 and 2019. With each intentional self-inflicted death, there is a considerable contingent of suicidal behaviors that can be considered from ideation to planning and attempting suicide. Factors of different natures are associated with the risk of suicide. Although mourning is a process, it is experienced in its uniqueness, just as the mourning's affective bond with the person who has gone was

singular. In order to minimize damage and the survivors' own suicide, postvention is recommended to assist in coping with the traumatic effects of death and mourning. The gestalt therapist helps the survivor to reframe his life and expand the range of action for healthier and more functional choices. Therefore, it is concluded that it is essential that bereavement for suicide be better addressed by the academic environment, with emphasis on psychologists. The recognition of suicide risk variables is essential for the establishment of strategies to treat and reduce it, promoting health, prevention and quality of life for the population.

Keywords: Suicide. Mourning. Survivors. Postvention. Gestalt therapy.

1. INTRODUÇÃO

O cenário quanto ao suicídio é desolador a nível global, causando um impacto de grande magnitude na qualidade de vida das pessoas. A *World Health Organization* (WHO, 2014), em seu relatório Preventing suicide: a global imperative, revisou sistematicamente dados mundiais e evidenciou o suicídio como um grave problema de saúde pública, recomendando aos países priorizar em suas agendas a prevenção e conscientização (WHO, 2014).

A palavra suicídio origina-se do latim *suicidium*, formado por *sui*, que significa si próprio, e *caedere*, que significa bater, golpear, matar. Portanto, o suicídio “refere-se a todas as causas de morte desencadeadas por uma ação da própria vítima contra si própria, com a ciência do resultado” (SILVA, et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015).

Quando a pessoa não tem êxito na concretização da morte, considera-se como uma tentativa de suicídio, que por sua vez é motivada pela ideação suicida, ou seja, por pensamentos de morte que levaram ao planejamento da mesma (ABP, 2014).

Embora seja a própria pessoa que atente sobre a própria vida, observa-se a coexistência de antagonismos nesse ato. O suicida não deseja a morte em si, mas afastar-se das situações dos quais sente-se desadaptado. Assim, o ato torna-se, portanto, “um pedido inconsciente de socorro capaz de provocar movimentos de apoio e

reestruturação em caso de as pessoas próximas, familiares e equipes de saúde, estarem capacitadas para compreender e atender essa demanda” (SILVA et al., 2017; SALATIEL; FERREIRA; OLIVEIRA, 2019).

É fundamental que psicoterapeutas estudem o processo de crise experienciada dos sobreviventes e desenvolvam competências para lidar de forma eficaz com pessoas em sofrimento grave, promovendo acolhimento e suporte emocional, contribuindo para a não reprodução do suicídio e promovendo educação em saúde a respeito da prevenção (FUKUMITSU; SCAVACINI, 2013; SOUSA, 2014; MONTEIRO, 2018).

Conforme literatura, pessoas que passam pela dor de sobreviver ao suicídio têm necessidade de se expressarem livremente sobre o ocorrido. Essa comunicação ocorre, na maioria das vezes, ao perceberem que não há medo, preconceito ou julgamento quando sentem que há acolhimento, permissão e abertura para ouvir (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; SCAVACINI, 2018).

Descrever as especificidades do luto pelo suicídio e as demandas dos enlutados é parte do escopo deste estudo, com a principal preocupação de abordar formas de os sobreviventes terem o sofrimento acolhido, minimizando o impacto do suicídio, para promoção de um melhor enfrentamento da perda (ULBRICH, 2017; BARBOSA; ARAÚJO;

MENDES, 2020; RAPANOS; OLIVEIRA; FERREIRA, 2020).

Neste contexto, o suicídio caracteriza-se como fenômeno complexo, paradoxal e desafiador a diversas áreas de conhecimento, o que torna a sua abordagem imprescindível aos profissionais do cuidado (OSMARIN, 2015). Posvenção é uma alternativa que busca facilitar a elaboração do luto pelo suicídio e minimizar as sequelas causadas por este, prevenindo transtornos mentais e um novo suicídio (FUKUMITSU et al., 2015).

Até que o luto seja finalizado e a pessoa consiga pensar naquele que faleceu sem dor, ou seja, substituindo o sofrimento pela saudade, algumas tarefas deverão ser realizadas. A primeira delas consistirá em aceitar a perda e a segunda diz respeito à elaboração da dor. Na sequência, a pessoa precisará ajustar-se ao ambiente vazio e assim reposicionar o ente querido em termos emocionais, de forma que possa reinvestir suas emoções na vida e no viver. Assim, o luto pode ser entendido como uma crise existencial. Para Frederick Perls, o luto é “uma parte do processo de resignação, necessário para superar o apego ao passado” (D’ACI et al., 2012; OSMARIN, 2015; SILVA et al., 2020).

A gestalt-terapia é uma das muitas formas de se fazer psicoterapia. Foi criada pelo psiquiatra Frederick Perls na década de 50, habilitando para o processo de crescimento e desenvolvimento das potencialidades humanas. Trata-se de uma terapia do contato, dialógica, genuína, totalizadora e horizontal. Utiliza-se do arcabouço da fenomenologia, humanismo e existencialismo. É centrada no aqui e agora, responsabilização e conscientização, para que se possa ressignificar a vida, ampliar o leque de atuação e fazer escolhas mais saudáveis (FRAZÃO et al., 2013).

Isso posto, nota-se a importância do estudo sobre o fenômeno, a fim de compartilhar uma compreensão teórica ampla e multifacetada acerca do suicídio e instrumentalizar profissionais para manejar situações de crise. É fundamental que psicoterapeutas desenvolvam competências para lidar de forma eficaz com pessoas em sofrimento grave, com destaque àquelas que vivenciam o luto pelo suicídio. Portanto o presente estudo objetiva-se, refletir

acerca das especificidades do luto por suicídio e caracterização dos principais cuidados e intervenções psicoterapêuticas para os enlutados à luz da gestalt-terapia.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma análise qualitativa, pelo método descritivo exploratório hipotético-dedutivo, a partir de um estudo de revisão narrativa, não sistemático, evidenciando a intervenção do gestalt-terapeuta frente ao cliente enlutado pelo suicídio e seus aspectos adjacentes.

A pesquisa teórica foi realizada através de consultas em livros, dissertações, teses, cartilhas, anais de encontros científicos e artigos publicados em periódicos científicos.

Segundo Gil (2002), no estudo bibliográfico são utilizados materiais já elaborados sobre o tema, principalmente livros e artigos científicos, permitindo a ampliação e maior abrangência do assunto abordado.

O estudo reúne exemplos coletados no intuito de responder as seguintes questões norteadoras: Qual a atitude, ação, intervenção ou serviços que são capazes de dar suporte para a pessoa enfrentar a perda pelo suicídio? Como dar suporte a quem ficou?

Considerando a complexidade da temática tratada, alguns critérios foram adotados para a seleção do material: 1) autores e periódicos referentes na área; 2) artigos científicos nacionais e internacionais - português, inglês e espanhol - publicados na íntegra; 3) materiais que respondiam à pergunta de investigação articulando suicídio e luto com a gestalt-terapia; 4) publicações menores de 6 (seis) anos (entre 2013 e 2019).

A revisão de publicações foi feita em bases de dados como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google Acadêmico dentre outros acervos eletrônicos de produção científica. Os dados foram buscados a partir dos principais descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do assunto: “suicídio, luto e família”, “posvenção no luto”, “consequências do suicídio para os familiares”.

Posteriormente foram lidos os títulos e resumos dos artigos selecionados. Os que não cumpriram os critérios de inclusão foram

descartados e os que cumpriram foram lidos na íntegra.

Outra etapa importante foi a categorização organizada e concisa dos materiais que tinham maior relevância e coadunavam com os objetivos definidos pelo pesquisador, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Depois disso, foi estabelecido um diálogo entre os autores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O suicídio e comportamento suicida

O suicídio é considerado uma morte altamente estressora por ser violenta, repentina, envolvida em tabu e estigma social que ignora e julga os familiares. “A morte talvez finalize o sofrimento de quem se suicidou, mas o sofrimento de quem ficou, o enlutado, é iniciado” (FUKUMITSU et al., 2015; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Além da dor da perda, os sobreviventes precisarão lidar com outros conflitos e, se somado a uma ausência de intervenção assertiva por serviços de saúde, poderão se sentir ainda mais vulneráveis e desamparados, portanto, em risco de desenvolver um luto complicado e traumático, culminando na dificuldade de enfrentamento e prejuízos diversos, além de ser um importante fator de risco para um novo suicídio (NUNES et al., 2016; SILVA, 2018).

A estatística do suicídio a nível global é alarmante e estima-se que, a cada morte intencional autoinfligida, há um considerável contingente de comportamentos suicidas que podem ser considerados desde a ideação, até o planejamento e a tentativa de suicídio. Constatase, em estudos, que o suicídio é responsável por mais de 800 mil mortes por ano, correspondendo a mais de duas mil mortes diárias ou uma morte a cada 40 segundos (ABP, 2014; WHO, 2014).

Outros autores apontam que as tentativas, que podem resultar ou não em uma complicação clínica, podem ser até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. Para cada tentativa é possível que existem outras quatro que não foram documentadas. Em maior número, encontram-se pessoas que pensam e/ou

planejam tirar a própria vida (VIDAL et al., 2013; ABP, 2014).

Em uma pesquisa realizada pela Universidade de Campinas, constatou-se que 17% das pessoas pensou, em algum momento, em tirar a própria vida; 5% planejou o suicídio; 3% tentou o suicídio, sendo 1% atendido em pronto socorro. A prevalência tanto da ideação, como do plano e da tentativa foi constatada entre as mulheres. O suicídio predomina em homens e as tentativas ocorrem mais em mulheres. Quanto à faixa etária, as maiores taxas de suicídio são habitualmente encontradas entre os idosos e de tentativas entre os jovens, porém com padrão variável em determinados países e regiões. Os meios empregados variam segundo a idade, gênero, cultura e acesso a que se tem a eles (BOTEGA, 2015).

De acordo com uma análise epidemiológica do suicídio feita no Brasil entre 1980 e 2006, as residências e os hospitais são os locais onde predomina o ato suicida e os meios mais utilizados para tirar a própria vida são autointoxicação e lesão autoprovocada (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; SOUSA, 2014; SILVA, et al., 2014; ULBRICH, 2017).

Quanto às tentativas, as mulheres tendem a utilizar métodos menos violentos (autoenvenenamento e ingestão de medicamentos) se comparada aos homens. Apesar de não precipitar a morte, tentativas acabam causando prejuízos diversos “pelo efeito psicológico e social do comportamento sobre o indivíduo e seus familiares, além do ônus decorrente da incapacitação de longa duração que pode ser ocasionada pelo ato suicida”. A tentativa é considerada um dos principais fatores de risco para o suicídio (SOUSA, 2014; BOTEGA, 2015).

Fatores de diversas naturezas estão associados ao risco de suicídio, caracterizando-se como importantes sinalizadores. Destacam-se, além da tentativa prévia, o sofrimento psíquico associados a transtornos mentais não tratados ou tratados de forma inadequada, tais como depressão (tanto a unipolar quanto a bipolar), transtorno de personalidade (especialmente borderline), esquizofrenia e dependência química (ABP, 2014; GAWRON et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017; FERREIRA; VASCONCELOS;

DUTRA, 2017; SOUZA; CORTES; PINHO, 2018; LUCENA et al., 2018; POLLIS et al., 2019).

São outros fatores de risco: ideação e plano suicida; história familiar e genética; eventos adversos na infância e adolescência; traço de personalidade impulsivo, agressivo e instável; pouca resiliência; doenças clínicas incapacitantes; ausência de apoio; viver sozinho; não ter filhos; perdas recentes; problemas financeiros; desemprego; aposentadoria; situação de rua; adultos jovens e idosos (ABP, 2014).

Complementa Botega (2015), que o suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores predisponentes e precipitantes que se combinam. Fatores predisponentes são os acontecimentos do passado distante (como abuso na infância) ou a predisposição (suicídio na família). Fatores precipitantes são os acontecimentos doloridos recentes, um estressor agudo, como uma desilusão amorosa ou uma perda significativa; perder um ente querido por suicídio, conforme temática deste estudo.

O tratamento mais adequado dependerá da singularidade de cada paciente que esteja em risco de suicídio. Quanto à avaliação e manejo dos pacientes em risco de suicídio, preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), que haja uma estratificação de risco, ou seja, que os pacientes sejam classificados em baixo, médio e alto risco para o suicídio (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

O risco baixo é compreendido por pensamentos suicidas ocasionais e sem nenhum plano de ação. O risco médio é caracterizado pela apresentação tanto dos pensamentos quanto do planejamento, porém, sem caráter imediato. O risco alto inclui pensamentos e planos definidos com meios de execução e caráter imediato (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Recomenda-se, aos pacientes de risco baixo, encaminhamento a um profissional da saúde mental ou médico para que inicie o tratamento regular. Aos pacientes de risco moderado, recomenda-se que o agendamento psiquiátrico seja o mais breve possível e familiares devem ser contatados. Já os pacientes de risco alto devem ser encaminhados para hospitalização imediata. A família deve ser avisada e o paciente deve ser assistido até que o

internamento seja providenciado (QUEVEDO; CARVALHO, 2014; SOUSA, 2014; SILVA, et al., 2017).

Sobre caracterização, manejo e encaminhamento, segundo a ABP (2014): Risco baixo: (Caracterizar) a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, mas não fez nenhum plano; (Manejar) escuta acolhedora para compreensão e amenização de sofrimento; facilitar a vinculação do sujeito ao suporte e ajuda possível ao seu redor – social e institucional; tratamento de possível transtorno psiquiátrico; (Encaminhar) caso não haja melhora, encaminhe para profissional especializado; esclareça ao paciente os motivos do encaminhamento; certifique-se do atendimento e agilize ao máximo, tendo em vista a excepcionalidade do caso; tente obter uma contrarreferência do atendimento.

Quanto aos Risco médio: (Caracterizar) a pessoa tem pensamentos e planos, mas não pretende cometer suicídio imediatamente; (Manejar) total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento; escuta terapêutica que o possibilite falar e clarificar para si sua situação de crise e sofrimento; realização de contrato terapêutico de não suicídio; investimento nos possíveis fatores protetivos do suicídio; faça da família e amigos do paciente os verdadeiros parceiros no acompanhamento do mesmo; (Encaminhar) encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação e conduta ou agendar uma consulta o mais breve possível; peça autorização para entrar em contato com a família, os amigos e/ou colegas e explique a situação sem alarmar ou colocar panos quentes, informando o necessário e preservando o sigilo de outras informações sobre particularidades do indivíduo; oriente sobre medidas de prevenção, como: esconder armas; facas; cordas; deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso etc (ABP, 2014).

Referente ao Risco alto: (Caracterizar) pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente; tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à uma nova tentativa; tentou várias vezes em um curto espaço de tempo. (Manejar) estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha; total cuidado

com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento; realização de contrato de “não suicídio”; informar a família da forma já sugerida; (Encaminhar) encaminhar para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação. Caso não seja possível, considere o caso como emergência e entre em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Providencie uma ambulância e encaminhe a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico, de preferência (ABP, 2014).

Quanto aos fatores protetores do suicídio, destacam-se aqueles que conduzem a uma vida saudável e produtiva. De modo geral, relacionam-se à personalidade, estrutura familiar e fatores socioculturais: personalidade e estilo cognitivo; flexibilidade, capacidade para avaliar a realidade e pedir ajuda, habilidade para se comunicar e resolver problemas; bom relacionamento interpessoal, responsabilidade familiar, crianças pequenas em casa, pais atenciosos e consistentes, suporte familiar nas adversidades; integração e bons relacionamentos grupais, adesão a normas sociais, práticas religiosas e coletivas, rede social de apoio, estar empregado, disponibilidade de serviços de saúde mental. A compreensão sobre fatores de risco e dos fatores protetores para o suicídio é fundamental para que se possa estabelecer um correto diagnóstico e estratégias de prevenção, tratamento e cuidados (BOTEGA, 2015).

Contudo, é possível prevenir o suicídio, desde que haja um engajamento das equipes de saúde, gestores e sociedade em geral, na defesa pela vida. Não é possível prever precisamente quem, como e quando ocorrerá um suicídio, porém, é possível delimitar populações predispostas ao ato. É mito afirmar que falar sobre suicídio aumenta o risco para o mesmo, muito pelo contrário, dar a oportunidade de a pessoa falar sobre a sua condição pode minimizar a sua dor. A prevenção vai mais além das ações dos profissionais da saúde mental, ganhando potência quando há uma conscientização e responsabilização de toda a sociedade, por meio de uma rede que possibilite acolhimento do sofrimento e encaminhamentos assertivos (ABP, 2014).

Após um suicídio

Morrer é o cessar das atividades necessárias à manutenção do organismo, sinalizada pelo desaparecimento dos sinais vitais. É natural do ponto de vista biológico e a única certeza absoluta compreendida pelo ser humano.

Segundo Heidegger, desde seu nascimento, o homem já é suficientemente velho para morrer.

Apesar do reconhecimento da vida enquanto finita, persiste no ser humano a impotência frente ao desconhecido (VASCONCELOS et al., 2013).

Aceitar a morte de entes queridos é um processo complexo. Luto é o termo que se utiliza para a dolorida reação frente à morte de alguém com quem se estabeleceu laços afetivos. A teoria do apego de Bowlby explica que a dor sentida pela perda pode ser compreendida pelo vínculo desenvolvido entre pessoas ao longo da vida.

Seres humanos tem necessidade existencial de formar elos para que se sintam seguros e protegidos (OSMARIN, 2015).

Esses laços são direcionados a algumas pessoas específicas e quando o contato é ameaçado e/ou rompido, desencadeiam-se sofrimentos subjetivos. A perda de uma pessoa é considerada traumática e o enlutado precisará de tempo para que retorne ao estado de equilíbrio (OSMARIN, 2015).

Considerando aspectos da gestalt-terapia, compreende-se o luto como um processo que envolve a compreensão da qualidade das relações campo - organismo - meio ambiente, entrelaçando existencialmente vida e morte. Neste período, o enlutado precisará assimilar a nova situação, elaborando a ausência do outro, além da falta de significados (SOUZA, 2001; LUZ et al., 2017).

Para D'arci et al. (2012), a ausência desse significado evoca a persistência, ou seja, com a morte, uma situação inacabada é aberta e a Gestalt torna-se incompleta. Tal persistência, inibe as emoções da perda e mantém a pessoa presente em fantasia. A pessoa morreu, mas as vivências permanecem e são estas que são a realidade do enlutado e a realidade é o aqui e agora. A morte do outro evoca a desconstrução do espaço do nós, isto é, quando o outro morre, é preciso encontrar forças para continuar tendo em

vista que partes de si é morta com a morte do outro.

Elisabeth Kübler-Ross (1998) fala do enfrentamento da morte e do morrer enquanto estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Negação: A pessoa, quando confrontada com a notícia da perda, reage negando. Essa negação funciona como um mecanismo de defesa temporário e útil, concedendo tempo para que se possa mobilizar energia emocional para confrontar a realidade e se transforme em aceitação parcial. O pensamento que traduz o estágio: “Não é verdade”. Raiva: A raiva é observada por atitudes de revolta, fúria e ressentimento que podem ser dirigidas a familiares, amigos, Deus, líder religioso e cuidadores. Questionamento característico: “Por que?”. Barganha: Na barganha, é comum o estabelecimento de estratégias de negociação. A pessoa pode começar a ir à igreja, se apegar a uma religião, fazer promessas ou novenas. Depressão: Na depressão, pode haver um rebaixamento do humor, período de silêncio, isolamento, desesperança, retardo psicomotor, além de perturbações no sono e alimentação. “Para dar lugar à aceitação será necessário viver a dor e chorar a perda pelo o que não pode ser mudado”. Aceitação: A aceitação será identificada através da elaboração do conflito, levando a pessoa a reorganizar a sua vida com a concordância da sua realidade.

Vários fatores relacionados ao luto podem influenciar na forma como o enlutado vai lidar com sua situação de perda, tais como a personalidade do enlutado e a forma como lida com estressores, sua história de vida e sua condição de saúde física e mental atual, a existência ou não de uma rede de apoio social, as mudanças que a pessoa terá de fazer mediante a perda. O luto é influenciado também pelo vínculo do enlutado com a pessoa que morreu, ou seja, a representação da pessoa na vida do enlutado, os sentimentos envolvidos, conflitos, situações inacabadas, raiva, culpa, dependência (SOUSA et al., 2016).

O luto após um suicídio facilita complicações difíceis de serem enfrentadas e superadas. Em 2016, pesquisadores da área da psicologia e da enfermagem, publicaram uma

revisão integrativa de literatura sobre as evidências científicas apresentadas nos últimos cinco anos, quanto ao impacto do suicídio entre os familiares sobreviventes. De acordo com esses autores, os artigos encontrados apontam que o fenômeno do suicídio entre os familiares é o reflexo ou até mesmo cópia de um suicídio já cometido anteriormente por um familiar muito próximo (NUNES et al., 2016; LUZ et al., 2017).

Reforçam os autores, que intervenções para os sobreviventes tanto de acolhimento quanto de tratamento são essenciais para a não repetição do ato suicida. O luto por suicídio é um tipo de luto especial pois, diante de um ato tão agressivo e inesperado, algumas reações específicas podem ser desencadeadas. Os sobreviventes ficam mais suscetíveis a desenvolverem problemas psicológicos e mudanças nos relacionamentos interpessoais, dentre outros prejuízos (MELO; BARROS, 2017; OLIVEIRA et al., 2017; ULBRICH, 2017).

Após o suicídio, o enlutado, além da dor da perda, poderá experimentar o preconceito social existente na relação a este tema e poderá se isolar por se sentir constrangido. Algumas pessoas podem manifestar raiva por se sentirem abandonadas, outras se sentem culpadas por não terem prevenido a morte. A família pode tentar buscar explicações para tal atitude, o que desencadeia angústia, frustração e tristeza (MELO; BARROS, 2017).

Quanto aos riscos de suicídio dos sobreviventes, o Conselho Federal de Psicologia afirma: O impacto de ser sobrevivente é tão significativo que ter se relacionado com alguém que se matou é um dos principais indicadores de risco futuro de suicídio. Ou seja, colegas, amigos e familiares de pessoas que se mataram estão em maior risco do que a maioria das pessoas (TAVARES, 2013).

Posvenção e gestalt-terapia

As pessoas de forma geral enfrentam lutos sem a necessidade de ajuda de um profissional da saúde mental, porém os enlutados por suicídio, por passarem por um luto peculiar, muitas vezes buscam serviços especializados em saúde mental pelo grande impacto na dinâmica familiar e pela “intensidade, estigma, duração e

aumento de sintomas depressivos” (SCAVACINI, 2018; MONTEIRO, 2018).

Com o intuito de minimizar esses danos e o próprio suicídio em pessoas enlutadas pelo suicídio, recomenda-se a posvenção, ou seja, “medidas que favoreçam a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e a elaboração do luto” (BOTEGA, 2015; LUZ et al., 2017).

O termo *postvention* foi citado pela primeira vez por Edwin Shneidman (pai da suicidologia) no livro *On the nature of suicide* (1969), que o definiu como “qualquer ato apropriado e de ajuda que aconteça após o suicídio, com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não houvesse esse auxílio”. O autor, além de criar o termo, o relacionou com a “prevenção, manejo e intervenções do e para o suicídio”. Para Shneidman, a posvenção é a “prevenção para futuras gerações” (SCAVACINI, 2018).

O movimento de apoio aos sobreviventes iniciou em 1970, com a fundação do primeiro grupo de apoio nos Estados Unidos. Desde então, estudos sobre a temática começaram a ser realizados em outros países. No Brasil, o termo posvenção foi introduzido em 2011 pela psicóloga Karen Scavacini em sua tese de mestrado *Suicide Survivors Support Services and Postvention Activities - The availability of services and an interventions plan in Brazil* (SCAVACINI, 2011 BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; SOUSA, 2014; ULBRICH, 2017; MONTEIRO, 2018).

Em 2008, a OMS apresentou juntamente com a *International Association for Suicide Prevention*, o livro *Prevenindo o suicídio: como começar um grupo de sobreviventes*. O Dia Internacional de Sobreviventes Enlutados pelo suicídio é feito no terceiro sábado do mês de novembro, onde acontecem atividades a nível global. No Brasil, desde 2015, os encontros são realizados no Instituto Vita Alegre em parceria com a *American Foundation for Suicide Prevention* (INSTITUTO VITA ALERE, 2019).

Segundo Botega (2015), grupos de autoajuda formados por sobreviventes têm sido reconhecidos como positivos na posvenção, por terem a característica de auxiliar emocionalmente

tanto os familiares, quanto os amigos daquele que faleceu. Alguns grupos são mantidos pelo governo, instituições não governamentais, doações ou pelos próprios integrantes.

Desde 2013, o Centro de Valorização da Vida (CVV) oferece, por meio do CVV Comunidade, grupos presenciais de apoio gratuitos e confidenciais aos enlutados – Grupo de Apoio aos Sobreviventes do Suicídio (GASS). A experiência surgiu no Rio Grande do Sul e atualmente está presente em vários pontos no país. O CVV deixa claro que as reuniões de apoio não substituem a assistência profissional e que o objetivo é partilhar emoções e sentimentos e acalmar os corações, criando laços de amizade (CVV, 2019).

Scavancini (2018), em sua tese de doutorado diz que o suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio, afirma que a posvenção é uma “ferramenta reconhecida mundialmente como um componente importante no cuidado da saúde mental dessas pessoas” enlutadas pelo suicídio e deve ser mais estudada pelos profissionais envolvidos nos atendimentos desta clientela para que estejam capacitados para intervir de forma promissora nesses casos.

Para Tavares (2013), de forma geral, as habilidades para enfrentar adversidades deve ser trabalhada desde muito cedo nas pessoas em vários ambientes. No que tange à formação profissional, deve-se investir em uma educação para morte e o morrer. Complementa Scavacini (2018), que é preciso capacitar os profissionais a lidar com o tema suicídio de forma que tenham competência para usar o conhecimento para realizar o trabalho com os seus clientes e se conectar com a comunidade para unir forças na divulgação do conhecimento da temática.

O tabu, o estigma, o preconceito e a discriminação estão presentes no tema suicídio e suas adjacentes. Esses elementos são fatores de risco para o agravamento do sofrimento psíquico dos sobreviventes, inclusive interferindo na prevenção do suicídio. Para Durkheim, a consciência coletiva influencia na formação da consciência individual e orienta o comportamento social das pessoas. Assim, uma forma de diminuir o estigma que envolve o suicídio é promover estratégias coletivas para o

aumento da conscientização (*awareness*) e responsabilização, compreendendo o suicídio como um problema de todos. É fundamental campanhas, programas e utilização de veículos de comunicação para a divulgação do conhecimento científico em detrimento ao senso comum, com educação em saúde que contribua na prevenção e tratamento precoce, diminuindo agravos. Com informações úteis, pessoas podem identificar riscos em si ou em pessoas próximas e buscar ajuda no local certo (SCAVACINI, 2018).

Quanto aos serviços especializados, os profissionais da saúde mental têm papel importante tanto no público, em seus vários níveis de atenção, quanto no privado, acolhendo esse tipo de sofrimento e oferecendo cuidados assertivos para auxílio na elaboração do luto. No atendimento em consultório de psicologia, algumas intervenções psicológicas são recomendadas em caso de luto de morte por suicídio. Além do luto propriamente dito, o impacto de ser sobrevivente deve ser trabalhado para que este possa ressignificar a vida. A atenção deve ser acolhedora, promovendo um espaço para que possa compartilhar pensamentos e sentimentos. Para Osmarim (2016), é fundamental que os enlutados experimentem um ambiente seguro e empático em que sintam que não serão julgados.

O gestalt-terapeuta considera o seu cliente conforme as premissas de sua abordagem. Isso posto, compreende-se que o profissional auxilia os sobreviventes na tomada de consciência sobre quem é, o que faz, para que faz, como faz, o que quer, facilitando o contato direto com o que está acontecendo no aqui e agora. Facilita a identificação sobre o que faz mal, o óbvio, abrindo os olhos e ouvidos para o que está fazendo em sua vida, capacitando para integrar as partes e construir uma realidade mais funcional. Lidar com questões existenciais implica na reflexão sobre o funcionamento saudável para que se possa encontrar o suporte necessário para a reabilitação. O caminho para a saúde está centrado na integração harmoniosa do self. A psicoterapia foca na ampliação da *awareness* e autorregulação orgânica. O conflito é olhado como um distúrbio do campo que irá caminhar em direção ao equilíbrio e boa

forma (FUKUMITSU; SCAVACINI, 2013; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Quando surge uma demanda, como o luto, surge uma gestalt. Enquanto não é solucionada, acumula situações inacabadas (gestaltes abertas), capazes de prejudicar a homeostasia e adoecer organismo. A psicoterapia permite o fechamento das gestalts da forma mais funcional possível (FRAZÃO et al., 2013).

O diagnóstico é realizado de forma particular, a fim de entender quais as reações singulares foram desencadeadas mediante o luto, ou seja, como é para cada pessoa estar sobrevivente, com terapeuta e cliente trabalhando juntos. A partir de então, a culpa, raiva, responsabilização pelo ato suicida, um agravo ou possível risco de suicídio são trabalhados, incluindo “suporte, aconselhamento e psicoterapia” (OSMARIN, 2015; LUZ et al., 2017).

A compreensão diagnóstica aponta ao gestalt-terapeuta os pontos de interrupção e as funções bloqueadas de contato, as percepções distorcidas, as figuras pouco nítidas para que, diante disso, possa identificar as intervenções possíveis. O diagnóstico dá-se através de uma metodologia fenomenológica de investigação, sob o ponto de vista processual, sendo o fio condutor a relação cliente-terapeuta. O diagnóstico para a gestalt trata-se de um reconhecimento sistemático útil para uma tarefa, mas não é a colocação de pessoas em caixas. Como um processo, acompanha continuamente a psicoterapia e necessita que o cliente seja visto de forma singular em seu funcionamento, entendendo sua história passada e presente e suas interações com os acontecimentos e sistemas que são intercomunicantes. Além do que é falado, o cliente é olhado de forma ampla, como está, como o seu tom de voz, postura corporal, percepções, reações, o que aparece e o que ele omite (SOUZA, 2001).

4. CONCLUSÕES

Considerando estudos sobre suicídio, constatou-se que existem diferenças entre o luto do suicídio das demais mortes. Trata-se de um luto que apresenta especificidades por ser repentina, violenta, estigmatizada e carregada de

emoções e sentimentos contraditórios e confusos como a raiva, culpa, frustração e fracasso. Embora o luto seja um processo, ele é vivido na sua singularidade, assim como foi singular o laço afetivo do enlutado com a pessoa que se foi. Cada pessoa irá expressar, sentir, comunicar e entender seu luto a sua maneira.

O luto após um suicídio facilita complicações difíceis de serem enfrentadas e superadas e intervenções para os sobreviventes tanto de acolhimento quanto de tratamento são essenciais para prevenir grande sofrimento emocional, transtornos mentais e a não repetição do ato suicida. Com o intuito de minimizar danos e o próprio suicídio dos sobreviventes, recomenda-se a posvenção para auxiliar no enfrentamento em relação aos efeitos traumáticos da morte e elaboração do luto.

Na clínica, especificamente, o gestalt-terapeuta atua globalmente na ampliação da awareness, isto é, na atenção ao momento presente, na percepção das próprias reações diante do luto. Na interação terapeuta-cliente, são expressadas emoções e trabalhadas a elaboração dos sentimentos para novas possibilidades de ações. Diante deste desafio, será buscada a melhor forma por meio da autorregulação saudável e funcional, fluindo para uma configuração harmoniosa.

É preciso capacitar profissionais da psicologia para que tenham competência para tratar os seus clientes enlutados e em risco de suicídio e também tenham comprometimento com a saúde mental da comunidade. Acredita-se que este estudo gestáltico contribua para a compreensão da posvenção em solo brasileiro e sirva para fomento de pesquisa, contribuindo para reflexões acerca de intervenções assertivas acerca da psicologia clínica.

5. AGRADECIMENTOS

Agradecimento pela colaboração da tutoria da excelentíssima Prof. Mariana da Silva Pereira Reis, pelos e orientações iniciais no curso de Especialização em Gestalt-Terapia, da Faculdade Unyleya.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA (ABP). Suicídio: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/upload>. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

BARBOSA, Stefanny Carvalho; DE ARAÚJO, Andrey Hudson Interaminense Mendes; MENDES, Mariana Idnês de Oliveira Interaminense. Assistência de enfermagem ao paciente com transtorno de personalidade borderline: uma revisão da literatura. Revista JRG De Estudos Acadêmicos, v. 3, n. 7, p. 647-656, 2020.

BOTEGA, Neury Jose. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, Artmed, 2015.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínicos, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). Um Grupo para Falar de Suicídio. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/um-grupo-para-falar-de-suicidio>. Acesso em: 26 de julho de 2019.

D'ACI, Gladys.; LIMA, Patricia.; ORGLER, Sheila. (Orgs.). Dicionário Gestalt-Terapia. 2 ed. São Paulo: Summus, 2012.

FERREIRA, Wellington Fernando da Silva; DE VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro; DE ALMEIDA DUTRA, Denecir. Burnout: fatores de riscos em uma unidade militar. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 6, n. 1, 2017.

FRAZÃO, Lilian Meyer et al. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. Gestalt-terapia-Fundamentos Epistemológicos e Influências Filosóficas, v. 1, p. 11-23, 2013.

FUKUMITSU, Karina Okajima et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. Revista Brasileira de Psicologia, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Júlia. Especificidades sobre el proceso de duelo hacia adelante al suicidio. Psico, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016.

- FUKUMITSU, Karina Okajima; SCAVACINI, Karen. Suicídio e Manejo Psicoterapêutico em Situações de Crise: Um a Abordagem Gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, v. 19, n. 2, p. 198-204, 2013.
- GAWRON, Marisa Ferraz Gavronski et al. Fatores desencadeantes da depressão pós-parto: revisão narrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 8, n. 4, p. 52-59, 2016.
- GIL, Antônio Carlos. Como delinear um levantamento. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo–SP. Atlas S'. A. 4ª edição, 2002.
- GONÇALVES, Raphael Eduardo Marques; DE CARVALHO PONCE, Júlio; LEYTON, Vilma. Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 20, n. 1, p. 9-14, 2015.
- INSTITUTO VITA ALERE. O que é posvenção? Posvenção, afinal o que é?. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/sobre-o-suicidio/posvencao/o-que-e-posvencao>. Acesso em: 26 de julho de 2019.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. A roda da vida. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.
- LUCENA, Cristiane Gislaiane et al. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o transtorno afetivo bipolar. *Rev. Ciência. Desenvol fainor [internet]*, v. 11, n. 2, p. 400-19, 2018.
- LUZ, Lia. et al. Suporte Psicológico a Pais Enlutados por Suicídio. Projeto Desenvolvido no Curso de Especialização e Aprimoramento Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto, 2017. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes>. Acesso em: 30 de julho de 2019.
- MELO, Brunna Stella Da Silva Carvalho; BARROS, Jorge De Carvalho Leite Fernando. Consequências do Suicídio para as Relações Sócioafetivas dos Familiares na Posvenção. *Revista FSA*, v. 14, n. 2, 2017.
- MONTEIRO, Aline Hygino Carvalho. Categoria II – Enlutados pelo suicídio. Ouço gritos de silêncio. In: SCAVACINI, K. (Org.). *Histórias de Sobreviventes do Suicídio*. São Paulo: Instituto Vita Alere, Benjamin Editorial, 2018.
- NUNES, Fernanda Daniela Dornelas et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 15, p. 17-22, 2016.
- OLIVEIRA, Samara et al. O enfrentamento da equipe de enfermagem em atendimentos a pacientes em crise psicótica. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 15, n. 53, p. 50-56, 2017.
- OSMARIN, Vanessa Maria. Suicídio: o luto dos sobreviventes. *Conselho Federal De Psicologia*, p. 45-58, 2015.
- POLLIS, Ariane Alves et al. Transtorno de personalidade borderline e assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 20, n. 1, p. 15-36, 2019.
- QUEVEDO, João; CARVALHO, André. *Emergências Psiquiátricas*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- RAPANOS, Bruna Mara; DE OLIVEIRA, Edina Correia; DA SILVA FERREIRA, Wellington Fernando. Percepções e conflitos dos acadêmicos de enfermagem sobre cuidados paliativos. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 18, n. 65, 2020.
- SALATIEL, Ketely Vitoria; DA SILVA FERREIRA, Wellington Fernando; OLIVEIRA, Edina Correia de. Intervenções De Enfermagem Frente Às Principais Intercorrência Durante O Procedimento De Hemodiálise. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 12, n. 13, p. 58-83, 2019.
- SCAVACINI, Karen. O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.
- SCAVACINI, Karen. Suicide survivors support services and postvention activities: The availability of services and an interventions plan in Brazil. Dissertation Master Program in Public Health. Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm. 2011.
- SILVA, Angélica Xavier da et al. Imagen construida por el enfermero de la estrategia de salud de la familia sobre la persona con trastorno

mental. Revista Cubana de Enfermería, v. 36, n. 2, p. 1-14, 2020.

SILVA, Elaine Amanda de Oliveira et al. Atitudes dos profissionais da enfermagem frente ao risco de suicídio na emergência hospitalar. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 11, n. 7, p. 215-228, 2017.

SILVA, Marcia Rodrigues; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; MENDES, Walkiria Carvalho. Revisão sistemática: um caminho para evidências na produção científica de enfermagem/systematic review: a way for evidence in scientific production of nursing. Saúde em Foco, v. 1, n. 1, p. 72-81, 2014.

SILVA, Mariana do Nascimento. Psicologia e Posvenção ao Suicídio em São Luís – MA. Monografia Apresentada ao Curso de Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís – MA, 2018. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/3088/1/MARIANA-SILVA.pdf>. Acesso em 30 de julho de 2019.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos et al. Suicidal ideation and associated factors among adolescents in northeastern Brazil. The Scientific World Journal, v. 2014, 2014.

SOUSA, Girliani Silva de et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 389-402, 2014.

SOUSA, Luiza Eridan Elmiro Martins de. O processo de luto na abordagem gestáltica: contato e afastamento, destruição e assimilação. IGT na Rede, v. 13, n. 25, p. 253-272, 2016.

SOUZA, Alana dos Santos de; CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi. Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: Uma revisão narrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 20, p. 72-80, 2018.

SOUZA, Janice Ornieski et al. O Diagnóstico pela Lente da Gestalt-Terapia. Revista de Gestalt, n. 10, 2001.

TAVARES, Marcelo da Silva Araujo. Capítulo IV. In: Conselho Federal De Psicologia. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília: CFP, 2013. p. 45-58. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

ULBRICH, Gislaiane Dias Siqueira et al. Suicidal ideation and auto aggression in teens. Adolescência e saúde, v. 14, n. 2, p. 40-46, 2017.

VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro de; DUTRA, Denecir de Almeida; OLIVEIRA, Elia Machado de. A iminência da morte em idosos e o modelo Kübler-Ross de enfrentamento. Revista UNIANDRADE, v. 13, n. 3, p. 194-209, 2013.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cadernos Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

Cláudia Ribeiro de Vasconcelos

Psicóloga e Enfermeira, Especialista em Ciência Política, Saúde Mental, e Gestalt-terapia. Docente Titular do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Profissional Anísio Pedrussi (CEAP), e Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE). Curitiba - Paraná.

Wellington Fernando da Silva Ferreira

Enfermeiro, Especialista em Saúde do Idoso e Gerontologia, Mestre em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Paraná - (UFPR). Curitiba - Paraná.
