



## **“Cuidando de sobreviventes de um suicídio”**

**Ana Ferrara, 2006**

### **1 e 2 – Definir “sobreviventes”**

Vou falar a partir da experiência no Projeto ComViver

### **3- Histórico**

Afetado por fatores socioeconômicos e culturais e que exige seu enfrentamento por toda a sociedade, o suicídio é hoje considerado uma questão de saúde pública pela própria Organização Mundial de Saúde. Neste âmbito, diversas ações podem ser realizadas com impacto efetivo na redução das taxas de suicídio.

O levantamento da Organização Mundial de Saúde (2002) dos programas e estratégias de prevenção de suicídio em países da Europa demonstra que medidas como o atendimento especializado a pessoas em risco ou que tentaram o suicídio efetivamente diminuíram as taxas de suicídio naqueles países. Países bem sucedidos em programas de prevenção atribuem a redução de suas taxas à melhoria do tratamento psiquiátrico, redução de acesso aos meios utilizados para o suicídio e tratamento imediato às pessoas que tentaram o suicídio.

Considerando todos estes aspectos, o Ministério da Saúde lançou oficialmente em 18 de agosto de 2006 a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Construída por um grupo de trabalho constituído por representantes do próprio Ministério, de Universidades e do Centro de Valorização da Vida, a ENPS preconiza ações de pesquisa e de atenção ao comportamento suicida a serem implementadas em todo país.

Uma destas ações é o atendimento a sobreviventes – familiares e amigos de quem se suicida.

Por suas especificidades, o suicídio não só atinge o próprio suicida como aqueles mais próximos: familiares e amigos, muitas vezes gravemente atingidos. Por isso, quando se pensa em saúde pública neste setor pensa-se em diferentes segmentos atingidos, entre eles os familiares dos suicidas.

A OMS estima que para cada pessoa que se suicida, 5 ou 6 são afetadas por este impacto.

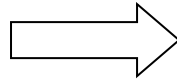
### **4 – Motivação**

Diversos estudos mostram como este é um grupo com risco aumentado de suicídio e com uma maior frequência de transtornos da saúde física e mental. (Levantamento Bibliográfico, 2006). Mais ainda, pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro em 2003 (Soares,2006) conclui que “as vítimas ocultas da violência” (entre elas, os sobreviventes de suicídio) “sofrem muito e sofrem sozinhas”. Por tudo isso, os

sobreviventes de suicídio tornaram-se um alvo privilegiado para o atendimento em saúde pública.

## 5 – Quem são os sobreviventes

- Pais, mães, filhos
- Companheiros
- Irmãos



Proximidade  
Tipo de Vínculo

- Outros: médico/ psicólogo  
família ampliada  
vizinhos  
colegas de trabalho

## 6 - ASPECTOS DA PERDA POR SUICÍDIO

### ASPECTOS GERAIS

Não é possível ficar indiferente;

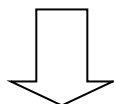
Faz pensar na própria vida – Camus;

Faz pensar no envelhecimento, no sofrimento;

Põe a sociedade, o grupo social, a família em causa

## 7 - O Luto

- Depende de muitas variáveis – características pessoais, tipo de vínculo, contexto social;
  - Características comuns:
    - culpa (ambivalência)
    - Vergonha
    - insegurança com relação à capacidade de cuidar
    - “por que?”
- +
- Contexto social de silêncio e dissimulação;
  - Clima “incomodo”



## SEGREDO

O luto por alguém que se suicida apresenta determinadas características que o diferencia do resto dos lutos. É impossível apresentar um quadro clínico típico de um sobrevivente de suicídio, mas são comuns os intensos sentimentos de perda, acompanhados de pena e tristeza, raiva por se sentir responsável, em certa medida, pelo que aconteceu, sentimentos de distanciamento, ansiedade, culpa, estigmatização, etc.

O medo é uma emoção presente em quase a totalidade dos familiares de um suicida e está referido a si mesmo, a sua possível vulnerabilidade de cometer suicídio ou padecer de uma doença mental. Esse temor se estende aos mais jovens, que podem começar a ser superprotegidos com esperança de evitar que eles também cometam um ato suicida.

A culpa é outra manifestação freqüente entre os familiares de alguém que morre por suicídio e se explica pela impossibilidade de evitar a morte de seu ente querido, por não ter detectado oportunamente os sinais que indicavam o que ocorreria, por não ter atendido os chamados de atenção do sujeito, que consistem normalmente de ameaças, gestos ou prévias intenções suicidas, assim como não haver conseguido obter a confiança do sujeito para que ele manifestasse as suas idéias suicidas. Outras vezes, a culpa está associada a não haver tomado uma medida a tempo, apesar de ter reconhecido as manifestações da deterioração da saúde mental que poderiam terminar em um ato suicida. Quando a culpa é insuportável, o familiar também pode cometer um ato suicida para extirpá-la.

O suicídio de um integrante de uma família pode virar um segredo em função da vergonha, da culpa (gerada pela ambivalência) e do receio de se romper a imagem idealizada da família.

Mais ainda, se os acontecimentos ficam como “segredo tornam-se ‘inconfessáveis’, na geração seguinte passam a ser ‘inomináveis’, já que não puderam ser objeto de uma representação verbal. Embora seu conteúdo seja ignorado, pode ser pressentida a existência de algo cuidadosamente guardado. Assim, as conseqüências patológicas podem se limitar a transtornos (...) ou se transformar em outras perturbações mais complexas. O acontecimento pode alcançar a categoria de ‘impensável’, tornando as patologias ainda mais graves em função das perturbações presentes na transmissão psíquica. O portador do segredo perceberá em si emoções e sensações estranhas, às

quais não consegue dar um sentido a partir de sua própria história ou da história de seu grupo familiar.” (CORREA, 2000)

Assim, não é difícil concluir que, a um suicídio num grupo familiar, outros podem se seguir. Num processo de identificação que não se torna consciente, sem possibilidade de acesso a alternativas de subjetivação e discriminação, a história pode se repetir.

## 8 – ASPECTOS DO ATENDIMENTO

### **A procura de Rede de Apoio/Tratamento**

- Nem todos precisam de atendimento especializado;
- Nem todos querem atendimento imediatamente;
- Nem todos querem atendimento psicoterápico
- **Existe uma demanda consistente**

A condição de sobrevivente de suicídio não necessariamente implica em atendimento psicoterápico. Luto não é psicopatologia.

Sobreviventes de suicídio podem não buscar ajuda.

Os motivos para que isto ocorra são vários:

Vergonha, medo do estigma podem tornar difícil o pedido de ajuda. Também um estado de “desorganização” inicial leva a pessoa a se fechar e não suportar contato com mais nada nem ninguém.

Sobreviventes relatam que passam a ser identificados como a “mãe do suicida”, a “filha do suicida”. Suas identidades ficam fragilizadas e é comum o retraimento, o isolamento social.

Sentimentos de raiva e vergonha surgem, dificultando tanto o processo de elaboração do luto, quanto a busca de contato e ajuda, mesmo nos grupos em que usualmente participava.

As pessoas já fragilizadas ficam ainda mais debilitadas pelo isolamento social.

Romper este círculo vicioso é o desafio que o atendimento a sobreviventes de suicídio nos propõe.

Alguns autores sugerem uma “busca ativa” do sobrevivente, já que se sabe que muitas vezes é extremamente difícil buscar ajuda.

Mas é fundamental considerar que alguns precisam de um tempo maior para começar a falar do acontecido. Outros procuram ajuda um ou dois meses depois do acontecido. Uns tentam retomar a vida, o trabalho e só procuram mais tarde.

Mais ainda, o sobrevivente pode procurar um especialista, um grupo de auto-ajuda, com outros em situações semelhantes ou pode escolher conversar com um religioso, por exemplo.

Quando a perda de alguém próximo não é elaborada em um processo de luto, quando não se conta com uma rede social ou uma rede de serviços de saúde de apoio para este processo, a existência de grupos e serviços que ofereçam um acolhimento, uma escuta e um acompanhamento específico para estas pessoas é uma alternativa importante.

## **9 - O Atendimento**

A proposta de acolhimento em grupo e escuta de pessoas que perderam entes queridos por suicídio pode ser entendida como um contraponto a característica da sociedade atual tão bem descrita pelo já citado **Norbert Elias**: “Muitas vezes, as pessoas hoje se vêem como indivíduos isolados, totalmente independentes dos outros. Perseguir os próprios interesses – vistos isoladamente – parece então a coisa mais sensata e gratificante que uma pessoa poderia fazer. Nesse caso, a tarefa mais importante da vida parece ser a busca de sentido apenas para si mesmo, independente das outras pessoas. Não é de surpreender que as pessoas que procuram essa espécie de sentido achem absurdas suas vidas. Raramente, e com dificuldade, as pessoas podem ver a si mesmas, em sua dependência dos outros – uma dependência que pode ser mútua –, como elos limitados na cadeia das gerações, como quem carrega uma tocha numa corrida de revezamento, que por fim a passará ao seguinte. (ELIAS, 1999)

Quando a perda de alguém próximo não é elaborada em um processo de luto, quando não se conta com uma rede social de apoio para este processo, a existência de grupos e serviços que ofereçam um acolhimento, uma escuta e um acompanhamento específico para estas pessoas é uma alternativa importante.

Estes grupos passam a se constituir num espaço/tempo de continência de angústias e fantasias terríveis que terão chance de serem vivenciadas e integradas. Um lugar para se falar de modo mais espontâneo a respeito destas perdas tão dolorosas.

- **Contato inicial**    **telefone**

### **Grupo de recepção**

- **Entrevistas iniciais – individuais, família ou casal**

Em primeiro lugar, não somos um serviço 24 horas, uma emergência. É um atendimento agendado.

Pessoas que moram longe de onde atendemos – às vezes é melhor encaminhar para algum serviço mais próximo de casa ou do trabalho.

Neste primeiro contato, marcamos uma entrevista (individual, com o casal ou com a família). E, a partir daí vamos definindo com a pessoa atendida se o trabalho vai ser individual ou grupal. Tem pessoas que pedem um tempo pra entrar no grupo; outras, ao contrário, querem estar com outros que passam por situação semelhante.

- **Atendimento psicoterápico – individual ou em grupo**

- **Grupo aberto- Porque “grupo” e porque “aberto”**

**Por que atender em grupo?** A experiência de grupo pode ser uma oportunidade de diminuir a sensação de solidão, de estar com outros que passam por situação semelhante, de compartilhar sentimentos, falar sobre o que em certo momento pareceu “impensável”, impossível de conversar com alguém. O apoio mútuo, no grupo e até mesmo fora do grupo, pode ajudar na recuperação da auto-estima. Uma das conseqüências da perda de alguém próximo por suicídio é sentir-se incapaz, insuficiente, inadequado. Ajudar um companheiro transforma-se na oportunidade de tentar mais uma vez elaborar estes sentimentos. Poder falar de sentimentos “horríveis” e de sintomas como distúrbios do sono, dificuldade de passar por certos locais, vontade de ficar isolado. Ouvir outros falando disso ou de coisas semelhantes faz as pessoas viverem esse processo como “normal”, facilitando sua elaboração e integração.

**Grupo aberto** – para viabilizar logo o funcionamento de um grupo; maior flexibilidade para entrar e sair do grupo; os novos no grupo, ao conviver com outros que estão lá há mais tempo, podem constatar que é possível continuar a viver, mesmo quando se passa por situação tão traumática como a perda de alguém por suicídio.

- **Duração do atendimento**
- **Rede    profissionais de saúde**  
**Sobreviventes**

A construção por parte dos profissionais de um ambiente de suporte e apoio para

si mesmos e para a equipe é fator fundamental para que possam enfrentar e superar dificuldades e tensões da vida profissional, ajudando-os a cuidar de seus pacientes.

Um grupo de acolhimento e apoio a sobreviventes de suicídio tem essas características. Ele por si só pode se constituir num espaço/tempo de suporte social que dá ao indivíduo um sentimento de proteção e ajuda capaz de propiciar, através da interação com outros em situação semelhante, a oportunidade para elaborar os sofrimentos e conflitos.

A vida pode perder o sentido para os sobreviventes. Uma forma de ter motivos para viver são os vínculos afetivos duradouros que garantem e produzem um sentimento de pertencer, de ter um lugar e uma importância para sua vida na relação com outros.

Mas uma característica destes grupos chama a atenção: a experiência já existente mostra que é comum aparecer a ideia de “fazer alguma coisa por alguém”, já que não se conseguiu evitar o suicídio da pessoa próxima.

Winnicott fala do surgimento natural e espontâneo de um sentimento ético e de construtividade social quando o indivíduo é acolhido num ambiente “suficientemente bom”. Desta forma, um bom acolhimento de sujeito gera como efeito sentimento de compromisso com o outro, de concernimento. Quem foi apoiado pode então oferecer apoio para outros. A confiança mútua gera a possibilidade para a solidariedade horizontal, o sentimento de pertencimento ao grupo social mais próximo (família, por exemplo) e ao mais distante (associações de bairros, sindicatos, partidos políticos).

Ao se contribuir para o desenvolvimento e suporte de outras pessoas, recebe-se de volta o sentimento de sua vida ser importante, de ter um sentido, de valer a pena ser vivida apesar de todas as dores.

Um grupo de acolhimento pode ser ocasião para superação do isolamento e para o surgimento de sentimentos de concernimento que podem gerar ações de apoio aos mais próximos, de cuidado de si próprio e também de movimento em direção a trabalhos com grupos e instituições que atendem a populações com necessidades específicas.

A interdependência pode ser vivida de maneira produtiva e agradável. O envolvimento com um trabalho significativo com outras pessoas aumenta a confiança em si mesmo, na vida e na possibilidade de interferir em problemas de maneira solidária e criativa.

## 10 - “A vida continua”

- Novos temas;
- Novos interesses;
- Novos relacionamentos;
- **Lembrança amorosa daquele que se foi:**

Para finalizar, diante de uma perda tão dolorosa como esta, será possível emergir, viver razoavelmente bem?

Nossa experiência tem dito que sim: uma mulher que perdeu o filho se reaproximou do marido e estão se ajudando e acompanhando; outra já fala em namorar novamente; outra retomou o tratamento médico que precisa fazer e havia abandonado, e assim por diante. Através da aceitação e da elaboração da ambivalência afetiva com relação a quem se suicidou pode ressurgir a capacidade de amar e se relacionar. A compreensão e a tolerância diante do outro e de si mesmo se ampliam. Quando o sobrevivente passa a ser capaz de conviver com o ataque violento que é o suicídio de alguém afetivamente próximo e suportá-lo, a sensação de impotência, de inutilidade ou a desesperança nos relacionamentos são superadas.

Práticas de cuidado de si e de outros podem ser instauradas ou retomadas num movimento de fazer por outros e por si o que talvez não tenha sido possível viver com a pessoa que se suicidou.

Realizar ações que visem a saúde e o bem-estar de si mesmo e de outras pessoas são caminhos de retomada da potência e da possibilidade de interferir construtivamente no mundo.

A tristeza surge em muitos momentos, mas novos sentidos para a vida são criados e o ente querido pode ser lembrado com sentimentos amorosos.

A equipe do Projeto ComViver tem apoiado e acompanhado alguns sobreviventes de suicídio, concorrendo para um processo de luto bem elaborado, enriquecendo e proporcionando a construção de novos modos de se relacionar.



## Referências

- Correa, O.R. O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica. Rio de Janeiro, Contracapa, 2000.
- Roudinesco, E. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
- Soares, G.A.D. As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006
- Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Portaria n° 1.876 do Ministério da Saúde, 14 de agosto de 2006. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925)
- Suicide Prevention in Europe -The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programs and strategies World Health Organization – 2002
- Freud, S. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. Rio de Janeiro, Imago, vol XI (1910) 1976
- Freud, S. Luto e Melancolia. Rio de Janeiro, Imago, vol XIV (1917) 1976
- Après le suicide d'un proche. Disponível em: <http://www.preventionsuicide.be/texte/dewil.htm>. Acesso em: nov. 2006.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: Nov. 2006.
- CHOR, D.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cadernos de Saúde Pública, jul./ago. 2001, vol. 17, n° 4.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, p. 300-314.
- DURKHEIM, E. O Suicídio – um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

- GASPARI, V. P. P.; BOTEGA, N. J. Rede de apoio social e tentativa de suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 233-240, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. A auto violência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. In *Cadernos de Saúde Pública*, abr./jun. 1998, vol. 14, n° 2.
- MINOIS, G. *História do Suicídio*. Lisboa:Editorial Teorema,1998
- WERTHEIMER,A. *A Special Scar- The Experience of People Bereaved by Suicide*. 2<sup>nd</sup> edition .London: Routledge,2001

### **COMO CITAR ESTE MATERIAL:**

**FERRARA, A.,** CUIDANDO DE SOBREVIVENTES DE UM SUICÍDIO. PROJETO COM VIVER, MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS, 2006.

Disponível em <https://www.abeps.org.br/biblioteca>

