

A POSVENÇÃO EM CONTEXTO LABORAL DE LUTO POR SUICÍDIO: O PAPEL DOS GESTORES E SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Alberto Montoya Correa Palacios Junior
Cloves Antonio de Amissis Amorim

RESUMO

As relações entre a vida laboral, a saúde mental, as crises suicidas e seus respectivos lutos são de interdependência complexa. Desde pelo menos 1981, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), por intermédio da Convenção de Segurança e Saúde Ocupacional nº 155, enfatiza que a saúde dos trabalhadores abarca sua integridade física e mental. Considerando os efeitos disruptivos que as crises suicidas geram em ambientes de trabalho, potencialmente complicando os processos de luto, a OIT e a Organização Mundial da Saúde (OMS), exortam a campanhas de prevenção ao suicídio. Contudo, quando ocorre um suicídio, impõe-se a necessidade de ações de posvenção que visem não só a elaboração do luto dos sobreviventes, como os colegas de trabalho, mas também uma forma de prevenção, posto que uma morte por suicídio pode impactar pessoas vulneráveis de forma a responderem à morte de um colega com a sua própria morte, o chamado efeito de “contágio”. Diante desse desafio, elaborar políticas de posvenção e realizar estratégias e protocolos de ação consistem em medidas imperativas para restaurar o bem-estar psíquico dos sobreviventes e a funcionalidade da instituição. Nesse sentido, abordamos quais emoções frequentemente se manifestam em lutos por suicídio para, em seguida,

Alberto Montoya Correa Palacios Junior

Psicólogo, possui graduação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Graduação em Relações Internacionais pela Universidade Tuiuti do Paraná. Mestre e Doutor em Relações Internacionais pelo Programa San Tiago Dantas (UNESP-UNICAMP-PUC-SP). Membro do Instituto de Tanatologia Cloves Amorim (ITACA). Email: albertomontoya.psi@outlook.com.

Cloves Antonio de Amissis Amorim

Psicólogo formado pela UFPR. Especialista em Didática do Ensino Superior e em Bioética pela PUC-PR. Mestre e Doutor em Educação pela PUC-PR. Professor titular do curso de Psicologia da Escola de Medicina e Ciências da Vida da PUC-PR. Fundador e diretor do ITACA. Email: cloves.amorim@pucpr.br

sugerir possibilidades de protocolos e melhores práticas em posvenção em contexto laboral. Seguimos os insumos fornecidos por instituições nacionais e internacionais de excelência no tema, enfatizando o papel que gestores e equipes multidisciplinares com profissionais de saúde mental desempenham para restauração do bem-estar psíquico dos trabalhadores enlutados por suicídio.

Palavras-chave: posvenção, suicídio no trabalho, luto por suicídio

ABSTRACT

The relationships between working life, mental health, suicidal crises, and their respective grief are of complex interdependence. Since at least 1981, the International Labor Organization (ILO), through the Occupational Safety and Health Convention No. 155, has emphasized that workers' health encompasses their physical and mental integrity. Considering the disruptive effects that suicidal crises generate in work environments, potentially complicating grieving processes, the ILO and the World Health Organization (WHO) urge suicide prevention campaigns. However, when a suicide occurs, there is a need for postvention actions aimed not only at the elaboration of the grief of survivors, such as co-workers but also as a form of prevention, since a death by suicide can impact vulnerable people to respond to the death of a colleague with their own death, the so-called "contagion" effect. Faced with this challenge, developing postvention policies and carrying out strategies and action protocols are imperative measures to restore survivors' psychological well-being and the institution's functionality. In this sense, we address which emotions are often manifested in grief due to suicide and then suggest possibilities for protocols and best practices in postvention in the work context. We followed the inputs provided by national and international institutions of excellence in the subject, emphasizing the role that managers and multidisciplinary teams with mental health professionals play in restoring the psychological well-being of workers bereaved by suicide.

Keywords: postvention, suicide at workplaces, grief by suicide

A morte de entes, amigos e colegas queridos traz a dor pela ausência daqueles que amamos, cingindo os processos de luto. Quando a morte se dá por suicídio, é possível que as condições para a elaboração do luto sejam complicadas. Sendo, todavia, um tabu em diversas sociedades e por insinuar a intensa magnitude da dor psíquica que acometeu a pessoa que tirou a própria vida, é compreensível que uma avalanche de sentimentos e dores afetem os sobreviventes, ou seja, aqueles que perderam alguém

de quem gostavam e admiravam. Daí a importância de serem discutidas e realizadas estratégias de prevenção e manejo de crises suicidas, para fornecer cuidado e amparo àqueles em intensa dor psíquica para que superem a crise despontando para as possibilidades de vida (PINHEIRO; NAFFAH, 2017).

A pertinência do problema do suicídio e do luto para o campo das atividades laborais é intensa, complexa e via mútua, ou seja, as atividades laborais também impactam o campo da suicidologia e do luto. Dificilmente poderíamos considerar fortuito o fato de que o sociólogo francês Émile Durkheim (1999), reconhecido como um dos pais da Sociologia, tenha despontado e avançado nesta área do conhecimento a partir de suas pesquisas, primeiro em relação às formas e funções do trabalho e, anos depois, seguindo método semelhante em relação ao papel do suicídio. No primeiro tema, que gerou sua tese de doutoramento em 1893 "Da divisão do trabalho social", Durkheim desvendou a importância das atividades de produção e consumo em sociedades tradicionais e modernas, por exemplo, as que já estão em estágios industriais. Embora o trabalho social tenha formas e funções diferentes, em ambos os tipos de sociedade ele possui o traço comum de servir como meio por excelência para a socialização dos seres humanos e para manutenção e desenvolvimento das sociedades (DURKHEIM, 1999).

Em relação ao suicídio, no ano de 1897, partindo do método que desenvolvera sobretudo para a análise da divisão do trabalho social, Durkheim inovou as investigações acerca do suicídio por desvincular o tema de questões de cunho moral e psicopatologizante. Enfatizou como certas modalidades de suicídio pareciam se coadunar com características de funcionamento e dinâmicas próprias a cada tipo de sociedade. Chegou a criar uma tipologia das formas de suicídio que, embora emblemáticas à época, hoje caíram em relativo desuso. Não obstante as limitações de sua pesquisa, o sociólogo percebeu, principalmente na França, relações entre a dissolução de certos modos de vida, e formas de realização de trabalho, com a prevalência de certas estatísticas de suicídio.

Fenômeno que o preocupou sobremaneira, advinha do fato de que comunidades antes integradas em redes de trabalho e vida comunitária agora se fragmentavam em espaços urbanos cujas formas de trabalho eram impessoais – paralelamente, a dissolução e perda de capacidade socializadora das antigas intuições sociais, como as religiões e a família estendida, deixavam as pessoas em relativo desamparo social (DURKHEIM, 2000). Daí, para Durkheim, a solução para a manutenção saudável das relações sociais dever ser reestruturada a partir de organizações profissionais, posto que, nas sociedades modernas e industriais, é e será a profissão e as relações de trabalho as que melhor oferecem possibilidades de

amparo e sociabilidade às pessoas, possivelmente alterando as dinâmicas e frequência de certos tipos de comportamento suicida (ARON, 2003; FREYRE, 2009a).

A centralidade do trabalho para o desenvolvimento dos seres humanos não ficou restrita apenas à Sociologia, é o fenômeno e conceito fundante da corrente de Psicologia Social Crítica, no Brasil, desenvolvida por Silva Lane (1989). Nessa linha, é a capacidade de ação social, ou melhor, de *atividade*, que movimenta a estrutura dialético-molecular que abrange os sujeitos, os objetos do mundo material e as instâncias intermediadoras entre esses polos, por exemplo, as técnicas de produção e trabalho, de linguagem, as representações sociais e as ideologias. Entender os seres humanos como “produtos e produtores” de seus contextos sociais e individuais nos oferece uma perspectiva dinâmica pela qual eles se desenvolvem pela incorporação e superação das contradições dialéticas no devir da historicidade (BOCK, 2007, p. 17; LANE, 1989, p. 15).

Nesse ponto, surge uma indagação: por que são os aspectos sociais tomados como ponto de partida por esta Psicologia Social? A resposta não é arbitrária, mas advém da primazia ontológica do contexto social para o desabrochar das faculdades psíquicas superiores dos indivíduos. Conforme Leontiev (2004) tratou de mostrar, as faculdades psíquicas superiores do ser humano dependem das relações sociais, sobretudo da divisão social do trabalho. Nas sociedades ditas “primitivas ou pré-históricas”, caracterizadas pelo modo de subsistência baseado na caça-pesca-coleta, o problema concreto do trabalho colaborativo se impôs para potencializar a capacidade de sobrevivência do grupo e dos seus indivíduos.

À medida que novas ferramentas e técnicas eram desenvolvidas, e compartilhadas, a atividade de trabalho e a sua divisão aumentaram a complexidade dos modos de produção. Ora, foi das necessidades decorrentes da complexificação da atividade social em trabalho é que surgiu a necessidade de se complexificar a própria linguagem humana. Inicialmente diferenciada apenas no que concerne aos substantivos e nomes que indicavam objetos concretos, a linguagem acompanhou a complexidade dos meios de produção permitindo seu ulterior emprego para usos simbólicos, abstrato e literário que, por sua vez, potencializaram a complexificação dos modos de produção. Ela deixou de ser mera técnica para ação coletiva e individual do ser humano sobre o ambiente natural, sendo empregada progressivamente para operar mudanças no próprio contexto social humano.

Portanto, sem interações sociais progressivamente complexas, muitas vezes impostas por necessidades decorrentes de fatores ambientais e climáticos (secas, enchentes, escassez de fontes de caça e coleta), a linguagem, ferramenta de socialização e individualização do ser humano por excelência, não poderia ser desenvolvida. Lembremos que, além de atuar no plano social, a “linguagem é mediação para a

internalização da objetividade, permitindo a construção de sentidos pessoais que constituem a subjetividade” (BOCK, 2007, p. 23).

Foi pelo advento da linguagem complexa e simbólica, máxima criação do trabalho social, que o ser humano se diferenciara dos demais animais, sendo por esta via que a *consciência* despontou no horizonte ontológico da existência propriamente humana (LEONTIEV, 2004, p. 106–108). Portanto, a consciência, a subjetividade, a capacidade de ação e o bem-estar psíquico dos seres humanos são inextricáveis de suas relações com o mundo do trabalho (FREYRE, 2009b).

Reconhecendo a interdependência complexa entre o mundo do trabalho e o da saúde mental, a Organização Mundial do Trabalho (OIT) lançou, em 1981, a *Occupational Safety and Health Convention C.155* (Convenção de Saúde e Segurança Ocupacional C.155). No artigo 3º dessa convenção, é elucidado que nela entende-se que o “o termo saúde, em relação ao trabalho, indica não apenas a ausência de doenças ou enfermidades; mas também inclui os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e que são diretamente relacionados à segurança e higiene no trabalho” (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 1981). Adiante, no artigo 5º, enfatiza que os aspectos físicos e mentais se interrelacionam e a segurança e o bem-estar das pessoas nos ambientes e atividades laborais (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 1981). Nesse sentido, situações como as promovidas pela Síndrome de Burnout (AMORIM *et al.*, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2023; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019), Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade, dentre outros, que podem se manifestar em correlação às condições de trabalho adversas, impactam negativamente a saúde mental dos trabalhadores e podem, por seu turno, desencadear crises suicidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023; DALGALARRONDO, 2019).

Por isso, a OIT, em conjunção com a Organização Mundial da Saúde (OMS), e a colaboração de regimes internacionais regionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), exortam a que governos, empresas e a sociedade civil colaborem no desenvolvimento e aplicação de políticas de prevenção ao suicídio (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2022; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2023).

As formas de prevenção e manejo das crises suicidas incluem as estratégias elaboradas e as ações realizadas após a ocorrência de uma morte por suicídio. Estima-se que quando uma pessoa morre por suicídio, entre cinco e dez pessoas são afetadas diretamente por esse evento, sendo que até cento e trinta e cinco podem ser afetadas em diferentes formas e intensidades, como colegas de trabalho, de escola e membros da comunidade estendida. A amplitude social dos impactos psicológicos indica a necessidade de oferecer cuidados especiais para a elaboração dos respectivos lutos das pessoas e grupos afetados pelo suicídio. Nesse contexto, temos o campo da

chamada posvenção (CLARK, 2007).

Este termo, cunhado pelo psicólogo norte-americano Edwin Shneidman, reputado como o pai da suicidologia, foi empregado em suas pesquisas a partir de 1969 para designar as ações e cuidados pertinentes, realizados após um suicídio, com o intuito amparar pessoas e grupos enlutados (VANDENBOS, 2015). Embora o termo traga consigo o prefixo pós, que indica uma temporalidade ulterior ao suicídio, convém destacar que a posvenção deve ser considerada como estratégia de prevenção quando da perda de alguém por suicídio. Isso porque, há fatores psicossociais e sociológicos que podem influenciar o desencadeamento de efeitos “contagiantes” que fomentem outras pessoas a terem pensamentos ou tentativas suicidas (CAUSER *et al.*, 2022). Portanto, a posvenção é, como veremos, ao mesmo tempo cuidado para a elaboração dos lutos e prevenção de novos casos de ideação ou tentativas de suicídio (SCAVACINI, 2022).

Em linhas gerais, é certo que a posvenção envolve profissionais da Saúde e, sobretudo, da Saúde Mental, mas de forma alguma deve ser restrita apenas aos profissionais dessa área (ROTHERS, 2014). As ações e cuidados de posvenção podem e devem ser realizados em diferentes âmbitos nos quais as pessoas e grupos enlutados vivem, por exemplo, nos ambientes laborais, nas instituições de educação e ensino, em instituições religiosas, de esporte, lazer e cultura e o poder público. Esse aspecto de ramificação é fundamental, porque com frequência pouca ênfase é dada à posvenção. Parte do motivo se deve aos fatos de que o suicídio é considerado um tabu em muitas sociedades, ou ainda por ser rondado por certos “mitos”, dentre os quais está o de que falar a respeito desse tema com os sobreviventes ou a comunidade incentivará ideais ou tentativas suicidas (SANTOS; TAVARES, 2014).

Destarte, as possibilidades de posvenção e seus conteúdos acabam por serem silenciados, mitigando sua eficácia e capilaridade psicossocial e clínica. Vale destacar que conversar sobre suicídio e elaborar os afetos e sentimentos ligados a esse tipo luto não gerará incentivos, ao contrário, quando feita de maneira ética e cuidadosa, são o meio apropriado e por excelência para que pessoas em sofrimento psíquico compartilhem sua dor e busquem ajuda – desarmando justamente aqueles resquícios de fatores psicossociais e sociológicos da morte por suicídio que poderiam operar subrepticiamente, sob o manto do silêncio, influenciando outras pessoas às ideações e tentativas suicidas - daí o caráter sumamente preventivo da posvenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018)¹.

1 Neste ponto, destacamos o parecer do psiquiatra Neury Botega (2023) no que concerne às campanhas de prevenção e posvenção em contexto escolar infantil. De acordo com o médico, nas escolas infantis não é apropriado falar diretamente acerca do que é suicídio, mas enfatizar conteúdos positivos sobre o que é bem-estar psíquico e como promover formas saudáveis de socialização e redes de apoio afetivo.

AFETOS E SENTIMENTOS ASSOCIADOS AO LUTO POR SUICÍDIO

As perdas e mortes acarretam avalanches de afetos e sentimentos que são vividos por pessoas e grupos durante seus processos de luto (FREUD, 2010; KAUFMANN, 1996; LAMBOTTE, 1996). Quando tratamos de luto por suicídio, o mapeamento e manejo dos afetos e sentimentos são imperativos para a eficácia das estratégias e ações de posvenção, pelo que é a partir deles que a elaboração dos lutos pode avançar rumo ao enlace com a vida (AGUIAR, 2019). Por vezes, essas mortes acontecem de forma abrupta e causam choque ante a notícia inesperada, porém, quando ela foi anunciada ou pressagiada, gera angústias e preocupações nas pessoas que conviviam com o ente ou amigo em crise suicida. Tampouco é raro que pessoas da rede de relacionamentos do falecido, após o choque do recebimento da notícia, nutram sentimentos de culpabilidade ou responsabilidade pelo desfecho trágico que acometeu a pessoa que amavam. Neste bojo de sentimentos e afetos, vividos de forma ambivalente, entremisturada e intensa, é comum que os enlutados se sintam desorientados e padeçam também de intenso sofrimento. Desenvolver estratégias e ações de cuidado e amparo durante a posvenção para organizar esses afetos e sentimentos nas pessoas e grupos enlutados serve como facilitador para o decurso do processo do luto e também oferece rede de apoio àqueles que sintam ou venham a desenvolver sentimentos e afetos de desesperança e desamparo impedindo-os de fomentar ideações e tentativas suicidas (FEIJOO, 2021; FRANCO, 2018; ROSA; DIAS; FARIA, 2020).

Embora não seja uma lista exaustiva, o psiquiatra brasileiro Neury Botega (2023) enfatizou seis afetos e sentimentos que se manifestam frequentemente nesses casos de luto, sendo eles: choque, culpa, raiva, desamparo, agitação e tragédia silenciosa. A seguir, acompanharemos as contribuições desse autor acerca do tema.

O choque faz referência ao espanto a que somos acometidos quando recebemos a notícia de morte por suicídio e, sobretudo, quando familiares e amigos encontram o corpo da pessoa falecida. Como em muitos casos os fatores de risco suicida passaram despercebidos, o estado de choque pode levar a que haja descrença em relação ao suicídio ou que a morte seja explicada por outras causas. Àqueles que se depararam com uma cena de suicídio ou com o corpo do falecido, a experiência traumática pode gerar memórias dolorosas que retornam à mente como *flashbacks*, sonhos ou pesadelos recorrentes por longo período.

A culpa com frequência é correlata às rumações e autorrecriações,

.....

são severas indagações de “Como eu não percebi?”, “Por que não fiz algo para evitar?” que martirizam os sobreviventes e lhes geram intensa angústia que distende o estado de luto. Vale destacar que alguns suicídios ocorrem sem que haja sinais manifestos, pelo que sentenciar que sempre se emitem sinais de comportamento suicida potencializa a culpabilidade em familiares, amigos e colegas. Fator que potencializa a culpa é quando a pessoa enlutada tinha conflitos ou diferenças não solucionados com o falecido.

A raiva pode ter como origem um sentimento de culpa ambivalente que pode ser vivenciado de forma velada ou manifesta contra terceiros, como em busca de culpados por não impedirem o suicídio. Esse sentimento pode ser direcionado aos profissionais da saúde, como o psiquiatra e o psicoterapeuta. Daí a importância desses profissionais manterem boa comunicação com as famílias durante os tratamentos e, caso o paciente venha a falecer, prestar solidariedade e disponibilidade aos enlutados.

O desamparo enfoca a tristeza, o vazio e o sentimento de abandono sentidos por quem perdeu uma pessoa por suicídio. Questionamentos como “Ele(a) não pensou em mim, em nossos filhos antes de fazer isso?” são feitos como forma de significar o suicídio e seu impacto na vida de uma pessoa, família ou grupo. Este é um ponto delicado e que precisa ser manejado de forma sensível para que a memória da pessoa falecida não seja classificada apenas como a de uma pessoa egoísta, daí a necessidade de ponderar por quais dores psíquicas imensuráveis ela passava para que, em confluência com a constrição cognitiva, ou seja, certa “rigidez de pensamento”, a pessoa em crise suicida encarasse a passagem ao ato como sua última alternativa para se livrar da dor. Trabalhar esse sentimento de desamparo é imperativo para os enlutados integrarem a morte por suicídio à ideia que tinham da pessoa ainda viva e com a própria condição humana delas. Isso porque, desesperança e desamparo muitas vezes são sentimentos referidos por aqueles que tem ideações suicidas ou que afortunadamente sobreviveram a alguma tentativa.

Por intermédio da agitação, alguns enlutados expressam em comportamentos suas dificuldades em lidar com a tristeza e vazio avassaladores. Assim, esses sentimentos são substituídos por uma necessidade de fazer alguma coisa, manter-se ocupado como tentativa de manter um controle sobre o mundo externo. É uma forma reativa de ansiedade, pela qual realizam trabalhos ou serviços domésticos que as mantenham ocupadas, podendo até mesmo partir em levantamento de provas com o fito de incriminar alguém como responsável pelo suicídio. Enquanto se mantêm ocupadas e agitadas, afastam as dores pertinentes à árdua tarefa de elaboração desse tipo de luto, de modo que quando esse período de agitação fenece, podem ser acometidos por depressão. Segue-se a necessidade de se oferecer cuidados e espaço para que possam falar sobre seus sentimentos e pensamentos a respeito de sua perda.

Outro ponto importante é a tragédia silenciosa, esta pode acometer as pessoas que não se sentem à vontade para conversar sobre suas perdas e processo de luto, optando por se calarem. Fatores como vergonha e estigma social podem influenciar ou potencializar um isolamento e afastamento social, indicando o suicídio como uma dor por elas impartilhável – símbolo de uma tragédia pessoal e social a ser mantida em silêncio. Crianças, adolescentes, adultos e idosos podem reagir de maneiras diversas ao processo de luto, seu silêncio pode almiscarar ou encobrir redes de afetos que seriam mais bem elaborados, por exemplo, com cuidados psicoterapêuticos. De outra parte, o silêncio também é uma forma de denotar o modo pelo qual a pessoa está severamente afetada pela perda.

ÂMBITOS DE REALIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE POSVENÇÃO E SEUS PRINCÍPIOS BÁSICOS

As estratégias e ações de posvenção podem ser realizadas em âmbitos grupal e pessoal. No primeiro, ela auxilia a restaurar o senso de “equilíbrio e funcionamento” grupal. No segundo, ela auxilia a “promover formas saudáveis de luto e a identificar quais são as pessoas mais necessitadas de apoio, provê amparo aos angustiados, minimiza resultados pessoais adversos, reduzindo assim os riscos de suicídio por imitação ou ‘contágio’” (FAIRFAX COUNTY NEIGHBORHOOD AND COMMUNITY SERVICES PREVENTION UNIT, 2020). Conforme mencionamos anteriormente, o papel dos profissionais em Saúde Mental é importantíssimo em qualquer etapa das políticas de prevenção e combate ao suicídio, porém, isso não significa que as estratégias e ações fiquem restritas a eles (ROTHES, 2014). Ao contrário, a capilaridade e participação da sociedade e comunidade, quando feita de forma efetiva e acolhedora, potencializam e elevam a eficácia desses programas.

No Brasil, desde 1962, o Centro de Valorização da Vida (CVV) participa ativamente da elaboração de campanhas de prevenção ao suicídio, posvenção, debates acerca de políticas públicas e, principalmente, serviços de cuidado - como a linha 188 (em telefone, chat ou pessoalmente) - para pessoas em crises suicidas e que precisam conversar com alguém acerca de suas dores e sofrimentos. Durante a sua trajetória, o CVV investe em parcerias e atuação com pessoas e instituições locais para o preparo e ampliação das redes de apoio comunitárias de prevenção e posvenção ao suicídio (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2024). Outro marco no país foi a criação da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção ao Suicídio (ABEPS) no ano de 2015. Essa associação, aprofundou e ampliou as pesquisas e melhores práticas acerca do tema, oferecendo à comunidade insumos preciosos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS

E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO, 2024). Ainda no Brasil, institutos como o Quatro Estações, em São Paulo, e o Instituto de Tanatologia Cloves Amorim (ITACA), em Curitiba, albergam profissionais de saúde mental que atuam em temas de elaboração de lutos, inclusive aqueles por morte suicida (INSTITUTO DE TANATOLOGIA CLOVES AMORIM, 2024).

No Reino Unido, em 2013, um grupo de especialistas em posvenção em suicídio criou uma organização chamada *Support after Suicide Partnership* - SASP (Parceria para apoio pós-Suicídio), cujos principais objetivos são a elaboração, revisão e realização das melhores práticas em posvenção ao suicídio. Ao longo da última década, a organização ampliou sua rede de parcerias, envolvendo profissionais da Saúde, Universidades, organizações religiosas de diversas matrizes (cristãs, islâmicas, dentre outras), forças policiais comunitárias, instituições de crédito bancário, e outras. O desenvolvimento da SASP é um interessante exemplo de capilaridade e esforço multisetorial nas práticas da posvenção. A propósito do tema que aqui abordamos, ela lançou uma cartilha para gerenciamento de crises em eventos de suicídio, material que traz importantes contributos à área e que merecem destaque.

A cartilha exorta a que as instituições elaborem medidas de prevenção e posvenção mesmo antes da ocorrência do primeiro caso de suicídio. Embora inexistam regras ou leis de como devem ser os protocolos de posvenção, é oportuno que um conjunto de seis princípios básicos sejam desenvolvidos no seio da instituição para que sirvam de alicerce aos protocolos ulteriores, sendo eles: (a) ser empático, (b) escutar, (c) ser flexível, (d) ser cooperante/prestativo, (e) ser apoiador e (f) ser sensível. Ao seguir esses valores, incorporando-os à cultura da instituição, pode-se discutir a possibilidade de criação de um comitê de posvenção com equipes multidisciplinares que desenhem e realizem os protocolos quando da ocorrência de uma morte por suicídio (THE PRINCE'S RESPONSIBLE BUSINESS NETWORK; BUSINESS IN THE COMMUNITY; PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2017).

De outra parte, o município de Fairfax, no estado da Virgínia, nos Estados Unidos, em parceria com centros religiosos e serviços comunitários, enfatiza que a efetividade da posvenção em instituições parte de quatro componentes básicos:

1. Comunicar a perda na instituição/comunidade observando as melhores práticas para a promoção de segurança e acesso aos serviços e recursos de apoio e suporte.
2. Fornecer cuidado e auxílio àqueles mais impactados pela morte e ajudá-los a se conectarem com os recursos e serviços de apoio.
3. Homenagear a memória do falecido em observância às melhores práticas (ou seja, não glamourizar ou condenar o suicídio) para promover segurança e manter uma mensagem consistente.

Manter uma mensagem consistente que aponte que os problemas de saúde mental são tratáveis e disponibilizar e facilitar o acesso aos serviços e recursos de apoio (FAIRFAX COUNTY NEIGHBORHOOD AND COMMUNITY SERVICES PREVENTION UNIT, 2020).

O PAPEL DOS GESTORES E SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS E AÇÕES EM POSVENÇÃO

No que concerne a posvenção em ambientes laborais e a relevância do papel dos gestores como responsáveis pelo gerenciamento de crises, a *American Association of Suicidology* (Associação Americana de Suicidologia) e a *Workplace Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention* (Força Tarefa da Aliança da Ação Nacional para a Prevenção ao Suicídio em Locais de Trabalho) elaboram, desde 2013, um oportuno guia de dez etapas de posvenção para que gestores planejem e lidem de forma célere, coordenada e apropriada quando surjam crises suicidas em suas instituições. A seguir, adaptamos e sintetizamos os principais aspectos desse guia (AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY; NATIONAL ACTION ALIANCE FOR SUICIDE PREVENTION, 2013).

Aos gestores, são indicados cinco princípios de ação que devem permear suas atividades em todas as etapas da posvenção, quais sejam:

1. Os gestores precisam abordar a situação com compaixão pelos enlutados. Os comunicados públicos precisam ser respeitosos, empáticos e fornecer apoio e acessibilidade para que as pessoas busquem ajuda.

Os gestores precisam ouvir cuidadosamente as necessidades dos vários empregados e colaboradores, pois as demandas deles podem diferir em cada caso. Alguns trabalhadores mais distanciados do falecido talvez estejam dispostos a retornar às atividades em prazo menor, outros, próximos, podem vivenciar torrentes emocionais – como as que mencionamos no tópico anterior, motivo pelo qual outras estratégias como as sessões grupais estruturadas com profissionais de Saúde Mental podem ser facilitadoras da restauração grupal (DALL'AGNESE; SEGER, 2022; KLAUS; ZANATTA; FERRARI, 2022).

Os gestores devem liderar e aplicar as políticas e ações de Recursos Humanos institucionais e legais para auxiliar os familiares sobreviventes em matérias e desafios práticos que enfrentam.

Os gestores devem reconhecer seu papel exclusivo e importante, ao mesmo tempo, eles mesmos podem ser impactados pela perda trágica e necessitam de cuidados. Ademais, podem vir a ser alvo de raiva e culpabilização por parte de outros trabalhadores – reação por vezes frequentes em estados emocionais e afetivos de raiva (conforme abordamos no tópico anterior).

Por último, os gestores devem ser sensíveis e atentos a aniversários, efemérides, eventos notáveis (programas, ações e realizações bem-sucedidas das quais o colega participava e gostava) que corroborarem reações e lembranças nos colegas, momentos nos quais é apropriado comunicar e reconhecer novamente a importância da pessoa perdida para a memória grupal (AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY; NATIONAL ACTION ALIANCE FOR SUICIDE PREVENTION, 2013).

Partindo desses cinco princípios, as dez etapas são divididas em três tempos de realização, sendo eles: imediato (fase aguda), curto-prazo (fase de recuperação) e longo-prazo (fase de reconstrução).

A fase **imediate/aguda** é composta por:

Coordenar: é a contenção da crise. Essa fase é crítica e as ações aqui tomadas darão a tonalidade de todas as demais. Caso o suicídio tenha ocorrido em local de trabalho, o cenário deverá ser tratado como uma cena de crime, sendo isolada às pessoas não autorizadas, para que as autoridades legais (como as equipes policiais) acessem o local e iniciem as investigações. Um representante da instituição pode acompanhar o profissional legal, (policial, médico ou advogado, por exemplo) e que será responsável por transmitir a notícia a familiares do falecido. Preceitos de tratamento digno, respeitoso e profissionalismo devem ser observados, o que não impede que o representante manifeste seus sentimentos e emoções de forma apropriada. É mister evitar detalhes desnecessários e possivelmente traumatizantes sobre a morte (ROUSSEAU-DUJARDIN, 1996). Quando a morte ocorre fora do local de trabalho, o gestor pode ser notificado por familiares, amigos ou serviços de segurança pública. Por vezes, os familiares e amigos desconhecem detalhes ou solicitam que a causa da morte não seja divulgada. As lideranças institucionais devem discutir o tema com a equipe de Recursos Humanos para averiguar os procedimentos cabíveis e devem não emitir comunicados até que a morte seja confirmada por autoridades legais e familiares imediatos que acompanharam o caso. Nessa etapa, é importante ainda:

a. Identificar ou nomear uma pessoa e equipe para coordenar os esforços e comunicações de posvenção.

b. Contratar, caso seja necessário, equipes de limpeza profissional após a conclusão das investigações.

c. Contratar os serviços de assistência à vítima e familiares.

1. **Notificar:** Protegendo o respeito à privacidade do trabalhador falecido e de seus entes queridos durante a comunicação. Quando os familiares pedem para que a causa não seja divulgada, é possível que por diversos motivos os gestores não consigam sigilo acerca do ocorrido. Por vezes, as informações se proliferaram por canais não oficiais e, caso os gestores não se posicionem e abordem institucionalmente o tema,

incorrerão no risco de parecerem insensíveis ou displicentes quanto ao bem-estar de suas equipes. Mesmo quando digam apenas que “as causas da morte estão sendo mantidas e averiguadas pela família”, já é uma forma de prestar alguma informação pública e reconhecimento institucional da perda, pelo que essa informação por vezes consta em outros documentos legais ou notas de imprensa. Mesmo assim, é interessante que os gestores expliquem aos familiares que, a despeito de a notícia poder ocorrer por vias informais, estarão solidários e empenhados em evitar boatos e manter o sigilo. Novamente, o contato com as equipes de Recursos Humanos pode auxiliar os gestores a manejarem essas situações.

a. É oportuno distribuir uma nota de pesar aos colegas e trabalhadores.

2. **Comunicar:** para dissipar rumores e reduzir o risco de contágio. Após uma morte por suicídio, outras pessoas vulneráveis no local de trabalho podem estar em risco de responder à tragédia do suicídio com o seu próprio suicídio. É o que se chama de “efeito contagiante” do suicídio, pelo que uma morte por suicídio pode disparar naqueles que já estão vulneráveis ideias e sentimentos suicidas, aumentando assim o seu risco de imitação de comportamento. As razões para esse efeito de contágio são múltiplas e passam por fatores sociológicos, psicossociais e pessoais que se conjugam em cada caso particular. A comunicação efetiva, sensível e cuidadosa na posvenção pode prevenir que rumores, boatos e notícias sensacionalistas atinjam pessoas vulneráveis, impedindo assim um efeito dominó na instituição. As comunicações efetivas reconhecem a importância da pessoa falecida sem glamourizar o ato suicida e sem detalhar os meios de morte. Quando a morte ocorre em local de trabalho e colegas e outros trabalhadores são testemunhas, é mister trabalhar com eles oferecendo amparo e instruindo em como manter sigilo ou comunicar o que vivenciaram de forma sensível e ética, concatenando com os comunicados institucionais e respeito à família.

Revisar os documentos e parâmetros para a comunicação externa e interna de casos de morte por suicídio, por exemplo, aqueles desenvolvidos por profissionais de Saúde Mental e a imprensa (BTESHE, 2018).

Elaborar um plano de comunicação interna enfatizando o que se sabe ou não é sabido a respeito do que dizer se a família preferir que a causa da morte não seja revelada.

Elaborar um plano de comunicação externa, designar um porta-voz e esboço de declaração a ser enviado à mídia, clientes, fornecedores e parceiros, caso seja necessário.

3. **Apoiar:** oferecendo assistência prática à família. Frequentemente, logo após um suicídio as pessoas afetadas precisam assistência prática para lidar com problemas do cotidiano que vão desde acesso a refeições, realização dos procedimentos

legais e ritos fúnebres a serem dispensados ao falecido. As mesmas necessidades podem se manifestar com colegas próximos ao falecido.

a. Oferecer refeições nutritivas e fáceis de preparar/aquecer para a família enlutada.

b. Oferecer assistência à família para organizar e entregar os pertences do falecido que ficaram no local de trabalho, averiguando antecipadamente o desejo e disponibilidade da família em receber esses itens.

c. Perguntar à família enlutada o que pode ser feito para ajudá-la e, quando possível, providenciar as ações de ajuda. Nesta etapa, ajudas comuns e pertinentes são: (i) criar uma lista de pessoas para realizar telefonemas, visitas de apoio, entregas de comida e itens necessários, (ii) organizar as correspondências, por exemplo, contas a vencer, cartões de condolências e notícias na imprensa, (iii) oferecer ajuda para realizar telefonemas para pessoas que queiram notificar, (iv) oferecer ajuda em afazeres domésticos, por exemplo, cuidados com as crianças, idosos e animais de estimação, cuidados com a casa em tarefas como limpeza.

A fase de curto-prazo/recuperação é composta pelos seguintes passos:

Conectar: Identificar e conectar trabalhadores afetados com os recursos e centros de apoio e saúde mental. Enquanto realizam as primeiras etapas de posvenção, os gestores precisam identificar aqueles grupos de pessoas vulneráveis e potencialmente em risco de lutos complicados, reações traumáticas, ideação e mesmo tentativas suicidas. Um comitê de aconselhamento e crise com serviços e profissionais de saúde mental é interessante, por exemplo, para a organização de atividades em grupo que envolvam as pessoas vulneráveis. Enquanto alguns serão voluntários a fazer parte dessas atividades, outros podem se mostrar reticentes. Inexistindo uma fórmula que seja apropriada a todos, impõe-se o trabalho de escuta para mapear as demandas e elaborar ações que se adequem às necessidades específicas de cada grupo e indivíduo afetado. Durante as conversas, questionamentos de “Por que e como isso aconteceu?” podem ser suscitadas. As respostas às interrogantes são multifatoriais e envolvem diversos elementos, culturais, sociais, espirituais e biográficos, portanto, recomenda-se evitar oferecer respostas, sobretudo pela proximidade temporal do evento, que possivelmente não serão fidedignas. Ademais, é o momento de convidar profissionais em saúde mental para trabalhar com as pessoas afetadas (CRUZ; VALADARES, 2021). Nesse contexto, os gestores podem:

d. Consultar e apoiar a gestão das equipes e grupos de forma fluida e colaborativa.

e. Desempenhar um papel positivo na comunicação com os trabalhadores em relação aos desafios enfrentados e a disponibilidade de serviços e recursos de

apoio para normalização de reações, elaboração do luto, psicoeducação, autocuidado e recuperação.

f. Encontrar e conversar individualmente ou em pequenos grupos com trabalhadores, a depender da situação e local de trabalho, para facilitar a resiliência e recuperação individual e grupal.

Encorajar aqueles em sofrimento por luto complicado ou reações traumáticas a buscarem os serviços internos e externos à instituição para bem-estar e saúde-mental, indicando como podem fazer isso (AMORIM; SANTOS; GROTT, 2022).

Estar disponível para triagem de necessidades específicas dos trabalhadores mais afetados.

Confortar: apoiando e promovendo o luto saudável. O luto é uma experiência complexa pelas quais os seres humanos lidam com a morte e perda de pessoas amadas, é parte da condição humana e é observada em diferentes culturas e épocas, de acordo com suas especificidades (HERTZ, 1990). Quando uma morte é repentina ou ocorre de modo potencialmente traumático, avalanches de sentimentos ambivalentes podem se manifestar em grupos e pessoas. Nesse sentido, conhecer quais são as melhores práticas de elaboração de luto em cada comunidade pode ajudar a evitar posições estigmatizantes que não facilitarão o processo de luto (KOVÁCS, 1992). Os gestores não precisam ser experts em luto, mas é interessante que tenham alguma familiaridade sobre nuances culturais e individuais que estão presentes em suas instituições e comunidades. Para além das diferentes formas de elaboração do luto, pessoas diferentes terão temporalidades diferentes. Reuniões para honrar a memória e importância do falecido podem ser oportunas para saudavelmente expressar as saudades e celebrar as realizações em vida do colega. Como em mortes por suicídio as respostas emocionais são amplificadas, a colaboração com profissionais em saúde mental pode facilitar o manejo do processo. Adicionalmente, os gestores podem:

g. Identificar os tipos de concessões na produtividade laboral a serem dispensadas logo nos primeiros dias, por exemplo, tempo de folga, responsabilidades e metas atenuadas, dispensas para comparecimento nos ritos fúnebres etc.

h. Gerenciar circulando pela instituição, para ser visto, conversar e estar disponível para os trabalhadores.

i. Ajudar a celebrar e a honrar o falecido, sem, contudo, rememorar o drama da morte ou a glorificá-la.

j. Buscar ser um exemplo de luto saudável, se possível. É aceitável mostrar que também os gestores foram afetados pela perda, que buscaram auxílio de serviços de apoio e que podem compartilhar suas práticas com os demais.

k. Participar das atividades de luto, como os ritos fúnebres, serviços

memoriais, práticas religiosas etc.

1. Ao invés de criar “santuários” no posto de trabalho do falecido ou em outros lugares, incentivar aos colegas a criarem um álbum ou painel de memória para a família enlutada, ou fazer doações à família ou grupo de caridade que era apreciada pelo falecido e a sua família.

4. **Restaurar:** para restabelecer o equilíbrio no ambiente laboral e funcionamento apropriado. Os gestores precisam reconhecer a importância do papel que desempenham para equilibrar e restaurar o ambiente laboral. A meta é que as coisas se reaproximem da normalidade de forma natural e saudável, mesmo que isso signifique criar padrões de normalidade. É oportuno repensar e colocar na balança a capacidade produtiva e a disposição afetiva das equipes e as necessidades de entregas aos clientes. Neste ponto, os próprios gestores podem estar sobrecarregados e sentindo efeitos de traumas, momento no qual precisam assegurar-se de que estão cuidando de seu próprio bem-estar e saúde mental, com apoio profissional. Por isso, é importante que os gestores não fiquem isolados, que mantenham contato com profissionais de recursos humanos e outros serviços externos para manifestar suas próprias necessidades e sentimentos.

a. Esboçar um cronograma de retorno ao trabalho àqueles mais profundamente impactados.

b. Realizar supervisão com outros gestores para avaliar o andamento dos processos de posvenção.

Liderar: para reforçar e construir a confiança nas lideranças organizacionais. As situações de crise, embora difíceis, quando bem solucionadas podem reforçar a confiança dos trabalhadores e *stakeholders* na qualidade das lideranças. Trabalhadores podem renovar as suas energias ao sentirem que trabalham com superiores que estão atentos ao seu bem-estar e de suas famílias. Sentir-se amparado e cuidado logo após a ocorrência de um evento traumático é chave para que haja confiança, mas isso não quer dizer que outras ações subsequentes possam ser negligenciadas. Ademais, manifestar como a tragédia impactou individualmente a cada gestor ajuda a mostrar que são pessoas sensíveis às necessidades de suas equipes e que não estão desconectados de suas realidades e afetos (FUKUMITSU, 2018).

c. Um processo estruturado em três pontos pode ser interessante para o processo transicional da instituição, na sigla em inglês, o chamado processo ACT: *Acknowledge*, que é o reconhecimento do trauma e como os líderes e gestores foram por eles afetados; *Communicate*, para comunicar os temas com compaixão e competência, e, *Transition*, para criação de forças-tarefa para passar da fase de recuperação e resiliência rumo à nova normalidade com políticas e ações preventivas aprimoradas.

Por fim, na fase de longo-prazo/reconstrução, as etapas sugeridas são:

5. **Honrar:** preparar-se para reações e manifestações em datas como aniversários, eventos e outras de cunho simbólico. Essas datas são importantes para as pessoas mais sensíveis e que foram mais profundamente afetadas pelo suicídio, ademais, outros trabalhadores ainda podem estar lidando com resquícios ou processos de luto complicado. Para ambos, nessas datas, as recordações traumáticas e seus efeitos desorganizadores podem vir à tona. Identificar as pessoas que seguem vulneráveis e lhes oferecer oportunidades institucionais de honrarem o colega de forma saudável pode ser uma boa opção, novamente, evitando glamourizar ou romancear a morte do colega e amigo.

a. Reunir um grupo das pessoas mais afetadas e, com equipes de recursos humanos e de saúde mental, elaborar formas saudáveis de honrar e lembrar o falecido.

6. **Sustentar:** para promover a transição da posvenção para a prevenção. Por último, as etapas de posvenção realizadas podem indicar situações críticas, grupos e pessoas vulneráveis que podem receber cuidados preventivos direcionados às suas especificidades. Outrossim, avaliar a eficácia das ações de posvenção realizadas, quais ajustes e melhores práticas foram realizadas, auxiliará o desenvolvimento da política preventiva, bem como, a criação de protocolos de ação caso ocorra situação análoga. É o momento também de formalizar parcerias entre setores da instituição com agentes externos, por exemplo, oferecendo programas de educação e apoio aos trabalhadores e suas famílias ante riscos de suicídio. Nesse quesito, recomenda-se que:

Seja feita a revisão das abordagens e melhores práticas de prevenção ao suicídio (BEIRAM; DAMIANO; ZANETTI, 2024).

Averiguar os esforços públicos regionais e locais em campanhas de prevenção e, se possível, buscar oportunidades de voluntariado e cooperação nesses esforços.

As etapas acima adaptadas e sintetizadas do guia elaborado pela *American Association of Suicidology* oferecem insumos interessantes para discussão e elaboração de estratégias e ações de posvenção em instituições públicas e privadas. Eles não são regras ou leis rígidas a serem seguidas, até porque, a viabilidade e pertinência das sugestões depende de adaptações a contextos socioculturais diversos, seja das comunidades ou das instituições, bem como do tamanho e operacionalidade de suas estruturas (ARMSTRONG; VIJAYAKUMAR, 2018; STONE; JONES; MACK, 2021). Para tanto, equipes de aconselhamento envolvendo profissionais de assistência social ou de pesquisa em sociologia, antropologia, psicologia, saúde mental e outros, podem trazer importantes contributos para a adequação das estratégias de posvenção (NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS OF NEW YORK CITY (NAMI-NYC), 2024).. Pode-se ainda,

incluir passos adicionais em cada etapa, a fim de o processo ocorrer de forma mais bem matizada de acordo com as especificidades socioculturais das comunidades e das atividades produtivas das instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto do suicídio nos parentes, amigos e colegas de trabalho do falecido por suicídio tem recebido pouca atenção dos estudiosos (FUKUMITSU, 2019, 2023; MILEIRO, 2021). Provavelmente, isso ocorra em função do tabu do tema do suicídio, mas também porque os estudos no Brasil são recentes. O termo posvenção foi introduzido em nosso país, em 2011, pela doutora Karen Scavacini após I Curso de Prevenção e Posvenção do Suicídio, realizado no Instituto Gestalt, de São Paulo. Para essa pesquisadora, pioneira, o objetivo da posvenção é auxiliar os sobreviventes a lidarem com efeitos traumáticos da morte de seus entes queridos durante os processos de luto (Scavacini, 2022, p. 64-65).

Três foram as posturas e atitudes em relação ao suicídio na cultura ocidental. De acordo com Botega (2023), na antiguidade Greco-romana, o suicídio era tolerado, exercício de um ato de liberdade, vedado a escravos e era um comportamento honroso. Na Idade Média, o suicídio passou a ser condenado, entendido como possessão demoníaca que demandava exorcismo. Por último, na Idade Moderna, a concepção passa a ser de um dilema, que demanda abordagem científica para sua compreensão e intervenção, tornando-se um problema de saúde pública. Nessa perspectiva, da saúde pública, Scavacini (2022) propõe um entendimento do suicídio como um problema de todos e nos coloca do desafio de aumentar a consciência pública na prevenção e na posvenção.

Conforme abordamos na presente pesquisa, as relações entre o trabalho, a saúde mental e risco de suicídio são de interdependência complexa, ou seja, abordagens simplistas ou monistas dificilmente abarcam os principais fatores de conexão. Incorrem, por vezes, em reducionismos e preconceitos. Reconhecer a interdependência entre esses fenômenos demanda elaborar políticas de posvenção e realizar estratégias de ação com o objetivo de restaurar o bem-estar psíquico dos sobreviventes, quer seja em âmbito pessoal ou grupal. Essas ações poderão promover mudanças de atitude e, conforme Scavacini (2022 p.18) frisou “afinal para muitos o suicídio continua sendo uma ficção, até que ele acontece”. Quando eventos dessa natureza (comportamento suicida) ocorrem nos ambientes laborais, os gestores são convocados a interferir no contexto, cuidando dos sobreviventes, utilizando metodologias científicas ou baseadas em evidências, para realizar o restabelecimento do bem-estar psíquico dos sobreviventes, a funcionalidade

da instituição e, principalmente, a prevenção de novos suicídios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. F. S. de A. Emoções e Sentimentos: Uma perspectiva fisiológica. **17º Congresso de Iniciação Científica da FASB**, 2019.

AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY; NATIONAL ACTION ALIANCE FOR SUICIDE PREVENTION. **A Manager's Guide to Suicide Postvention in the Workplace** Oklahoma. The Suicide Prevention Resource Center at the University of Oklahoma Health Sciences Center, 2013. Disponível em: <<https://theactionalliance.org/sites/default/files/managers-guidebook-to-suicide-postvention-web.pdf>>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - Texto Revisado: DSM-5-TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

AMORIM, C. A. de A.; SANTOS, V. R. dos; GROTT, F. C. Patologias do cuidado. *In*: CALDEIRA, S.; ESPERANDIO, M. R. G. **Espiritualidade e saúde: Fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira**. Curitiba: PUCPRESS, 2022.

AMORIM, C. A. de A.; SIQUEIRA, A. S.; DONATH, C. F.; HOLZMANN, C. S.; KUCH, I. E. Estresse, comportamentos de risco e conduta suicida em universitários. *In*: WANDERBROOKE, A. C.; DIAS, M. S. DE L. **Suicídio: abordagens psicossociais para a prevenção**. Curitiba: Juruá, 2019.

ARMSTRONG, G.; VIJAYAKUMAR, L. Suicide in India: a complex public health tragedy in need of a plan. **The Lancet**, v. 3, n. October, 2018. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2818%2930142-7>>.

ARON, R. **As Etapas Do Pensamento Sociológico**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. **Associação Brasileira de Estudos e Prevenção ao Suicídio (ABEPS)**. Disponível em: <<https://abeps.org.br/>>. Acesso em: 14 set. 2024.

BEIRAM, L.; DAMIANO, R. F.; ZANETTI, M. V. **Cansei de viver, e agora?:** Guia prático para compreender o suicídio. Santana de Parnaíba: Manole, 2024.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. *In:* BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. DA G. M. **A psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida : avaliação e manejo.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BTESHE, M. O suicídio na mídia: reflexões para o cuidado em saúde mental. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (RECIIS)**, v. 12, n. 3, p. 252-7, 2018.

CAUSER, H.; SPIERS, J.; EFSTATHIOU, N.; ASTON, S.; CHEW-GRAHAM, C. A.; GOPFERT, A.; GRAYLING, K.; MABEN, J.; HOVE, M. van; RILEY, R. The Impact of Colleague Suicide and the Current State of Postvention Guidance for Affected Co-Workers: A Critical Integrative Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 18, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9517643/>>.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Centro de Valorização da Vida (CVV).** Disponível em: <<https://cvv.org.br/o-cvv/>>. Acesso em: 14 set. 2024.

CLARK, S. **Depois do suicídio:** apoio às pessoas em luto. São Paulo: Gaia, 2007.

CRUZ, D.; VALADARES, S. Sobreviver ao Suicídio: Diferentes expressões de luto e intervenção psicológica. *In:* GABRIEL, S.; PAULINO, M.; BAPTISTA, T. M. **Luto: Manual de Intervenção Psicológica.** Lisboa: Pactor, 2021.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DALL'AGNESE, A. M.; SEGER, Â. P. Grupo de enlutados: Promovendo a escuta e o acolhimento para seguir em frente. *In:* ZILBERMANN, A. B.; KROEFF, R. F. D. S.; GAITÁN, J. I. **O processo psicológico do luto:** Teoria e práticas. Curitiba: CRV, 2022.

DURKHEIM, É. **Da Divisão do Trabalho Social.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

DURKHEIM, É. **O Suicídio**: Estudo de Sociologia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FAIRFAX COUNTY NEIGHBORHOOD AND COMMUNITY SERVICES PREVENTION UNIT. **Suicide Postvention Toolkit**: Resources to Help Organizations Support their Communities After a LossFairfax. 2020. Disponível em: <[https://www.fairfaxcounty.gov/neighborhood-community-services/sites/neighborhood-community-services/files/assets/documents/prevention/partners in prevention/suicide postvention toolkit - 9-20.pdf](https://www.fairfaxcounty.gov/neighborhood-community-services/sites/neighborhood-community-services/files/assets/documents/prevention/partners%20in%20prevention/suicide%20postvention%20toolkit%20-%209-20.pdf)>.

FEIJOO, A. M. L. C. de. **Suicídio & luto**: da investigação fenomenológico-hermenêutica às práticas clínicas fenomenológicas-existências. Rio de Janeiro: IFEN, 2021.

FRANCO, R. M. B. **Comprensión del duelo en siglo XXI**: nuevas perspectivas. Málaga: Rubeo, 2018.

FREUD, S. Luto e Melancolia. *In*: **Obras completas volume 12 Introdução ao narcisismo, Ensaios de metapsicologia e Outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREYRE, G. Sociologia: Introdução Ao Estudo Dos Seus Princípios. *In*: São Paulo: É Realizações, 2009a.

FREYRE, G. **Sociologia da Medicina**. São Paulo: É Realizações, 2009b.

FUKUMITSU, K. O. Suicídio, luto e posvenção. *In*: FUKUMITSU, K. O. **Vida, morte e luto**. [s.l.] Summus, 2018.

FUKUMITSU, K. O. **Sobreviventes enlutados por suicídio**: Cuidados e intervenções. São Paulo: Summus, 2019.

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

HERTZ, R. **La muerte y la mano derecha**. Madrid: Alianza Editorial, 1990.

INSTITUTO DE TANATOLOGIA CLOVES AMORIM. **Instituto de Tanatologia Cloves Amorim (ITACA)**. Disponível em: <<https://itacacuritiba.com.br/>>. Acesso em: 14 set.

2024.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Occupational Safety and Health Convention, 1981** (No. 155). 1981. Disponível em: <https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155>.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **WHO and ILO call for new measures to tackle mental health issues at work**. Disponível em: <<https://www.ilo.org/resource/news/who-and-ilo-call-new-measures-tackle-mental-health-issues-work-0>>. Acesso em: 14 set. 2024.

KAUFMANN, P. Luto. *In*: KAUFMANN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanalise: O legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KLAUS, R. T.; ZANATTA, M. D.; FERRARI, B. R. Intervenção em situações de luto com equipe terapêutica. *In*: ZILBERMAN, A. B.; KROEFF, R. F. DA S.; GAITÁN, J. I. C. **O processo psicológico do luto: Teoria e práticas**. Curitiba: CRV, 2022.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LAMBOTTE, M.-C. Melancolia. *In*: KAUFMANN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanalise: O legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LANE, S. T. M. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. *In*: LANE, S.; CODO, W. **Psicologia Social: O Homem em Movimento**. 8. ed. [s.l: s.n.]

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. São Paulo: Centauro, 2004.

MILEIRO, A. M. A. da S. As múltiplas faces do suicídio. *In*: DAMIANO, R. F.; LUCIANO, A. C.; CRUZ, I. D. G. DA; TAVARES, H. **Compreendendo o suicídio**. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Síndrome de Burnout**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>>. Acesso em: 23 set. 2023.

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS OF NEW YORK CITY (NAMI-NYC). Saving Lives At Work: How Employers Can Lead In Suicide Postvention As Prevention. **Forbes Magazine**, set. 2024. Disponível em: <<https://www.forbes.com/sites/forbeseq/2024/09/06/saving-lives-at-work-how-employers-can-lead-in-suicide-postvention-as-prevention/>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CID:** burnout é um fenômeno ocupacional. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>>. Acesso em: 22 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A prevenção ao suicídio deve ser uma prioridade:** diretor da OPAS, Jarbas Barbosa. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/8-9-2023-prevencao-ao-suicidio-deve-ser-uma-prioridade-diretor-da-opas>>. Acesso em: 14 set. 2024.

PINHEIRO, G.; NAFFAH, A. N. A problemática de suicídio, numa visão winnicottiana: relato de um caso clínico e sua supervisão. **Revista Natureza Humana**, v. 19, n. 2, p. 197-212, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v19n2/v19n2a12.pdf>>.

ROSA, C. D.; DIAS, E. O.; FARIA, F. D. M. **A questão do suicídio na teoria de D.W. Winnicott** Brasil. Winnicot Urgente: Youtube, 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=0KHLTZ9PmFg>>.

ROTHES, I. A. Impacto do suicídio de pacientes nos técnicos de saúde. *In:* SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. **Suicídio e Comportamentos Autolesivos:** dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel, 2014.

ROUSSEAU-DUJARDIN, J. Trauma. *In:* **Dicionário Enciclopédico de Psicanalise:** O legado de Freud e Lacan. Rio De Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

SANTOS, S.; TAVARES, S. Sobreviventes. *In:* **Suicídio e Comportamentos Autolesivos:** dos conceitos à prática clínica. [s.l: s.n.]

SCAVACINI, K. **Suicídio - um problema de todos:** como aumentar a consciência pública na prevenção e na posvenção. Nova Hamburgo: Sinopsis, 2022.

STONE, D. M.; JONES, C. M.; MACK, K. A. Changes in Suicide Rates — United States, 2018–2019. **Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report**, n. February, 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7008a1.htm#print>>.

THE PRINCE'S RESPONSIBLE BUSINESS NETWORK; BUSINESS IN THE COMMUNITY; PUBLIC HEALTH ENGLAND. **Crisis management in the event of a suicide: a postvention toolkit for employers** London. 2017. Disponível em: <https://supportaftersuicide.org.uk/wp-content/uploads/2019/05/business_in_the_community_crisis_management_in_the_event_of_a_suicide_toolkit.pdf>.

VANDENBOS, G. R. **APA Dictionary of Psychology**. 2. ed. Washington: American Psychological Association, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a community engagement toolkit**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf?sequence=1>>.