



EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE PERDERAM PACIENTES POR SUICÍDIO: UM ESTUDO QUALITATIVO

EXPERIENCES OF HEALTH PROFESSIONALS WHO LOST PATIENTS TO SUICIDE: A QUALITATIVE STUDY

Monique Tassinari¹

Tonantzin Ribeiro Gonçalves²

Mary Sandra Carlotto³

Resumo: O estudo objetivou conhecer e compreender a experiência de profissionais de saúde que perderam pacientes ao longo da vida por suicídio e suas repercussões profissionais e pessoais. Foram entrevistados, em profundidade, 13 profissionais, empregando-se, posteriormente, a análise temática. Os resultados revelaram que perder um paciente por suicídio desperta emoções, como tristeza, culpa, impotência, vergonha, medo e choque. Os fatores que contribuíram para a ressignificação dessa vivência foram os seguintes entrar em contato com colegas e revisar o caso com supervisores, fazer psicoterapia, refletir sobre o ocorrido e manter contato com familiares do paciente. A falta de contato com familiares ou a rede de apoio e a inexperiência profissional foram sinalizadas como elementos que dificultaram lidar com a experiência. Sugere-se que novas políticas públicas de saúde e ações de posvenção sejam implementadas e, de fato, incorporadas aos planos nacionais de prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Prevenção terciária; Luto contido; Enlutados por suicídio; Profissionais de saúde.

Abstract: The study aimed to understand the experiences of healthcare professionals who have lost patients to suicide throughout their careers and the professional and personal repercussions of these losses. Thirteen professionals were interviewed in depth, and thematic analysis was subsequently employed. The results revealed that losing a patient to suicide arouses emotions, such as sadness, guilt, helplessness, shame, fear, and shock. The factors that contributed to reframe this experience were the following: contacting colleagues and reviewing the case with supervisors, undergoing psychotherapy, reflecting on what happened, and maintaining contact with the patient's family members. Lack of contact with family members or the support network and professional inexperience were identified as elements that made it difficult to deal with the experience. It is suggested that new public health policies and postvention actions be implemented and, in fact, incorporated into national suicide prevention plans.

Keywords: Suicide; Tertiary prevention; Disenfranchised grief; Bereaved by suicide; Health professionals.

¹ Mestre em Psicologia Clínica, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: monique.tassinari1@gmail.com

² Doutora em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tonantzin@ufcspa.edu.br

³ Doutora em Psicología Social, Universidad de Santiago de Compostela (USC, Espanha). Universidade de Brasília (UnB), Distrito Federal, Brasília, Brasil. E-mail: mary.carlotto@unb.br



1 Introdução

O suicídio está entre as principais causas de morte no mundo, sendo um problema complexo e multifatorial, assim como uma questão de saúde pública (Nie *et al.* 2021; Pontiggia *et al.* 2021). Em 2019, mais de um, em cada 100 óbitos, foram por suicídio, morrendo cerca de 703 mil pessoas no mundo, e 77% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda (World Health Organization [WHO], 2021). No Brasil, em 2019, constataram-se 13.520 casos (Brasil, 2021), o que significa cerca de 37 mortes por dia. Devido ao estigma, muitas vezes, o suicídio é notificado como uma morte por outra causa, portanto estima-se que esses números sejam ainda maiores (WHO, 2021).

Calcula-se que, para cada morte por suicídio, outras 135 pessoas são impactadas (BRASIL, 2020). Entre elas, estão familiares, amigos, conhecidos, professores, profissionais da área da saúde e outros indivíduos que tiveram contato ou alguma identificação com a pessoa que morreu (Scavacini, 2018; Silva, 2015; WHO, 2014). Para essas pessoas, é utilizada a expressão “sobreviventes enlutados por suicídio” (Cook; Jordan; Moyer, 2015).

Perder um paciente por suicídio é um risco ocupacional para profissionais da saúde mental (Malik; Gunn; Robertson, 2021), já que é uma das situações de cuidado mais desafiadoras para esses profissionais. Salienta-se que o impacto do cuidado com o suicídio afeta tanto a vida profissional quanto a pessoal desses indivíduos (Rytterström *et al.* 2020). Em relação às emoções pessoais, os profissionais de saúde relatam relações conturbadas com familiares e amigos, perda da autoestima (Erbuto *et al.* 2021), menor autoeficácia, senso de responsabilidade pela morte do paciente (Qayyum *et al.*, 2021), culpa, choque, tristeza e raiva (Sandford *et al.* 2020).

Evidências indicam que não é raro, para um profissional da saúde, vivenciar a perda de um paciente por suicídio, especialmente entre aqueles que atuam na área da saúde mental (Malik *et al.* 2021). O estudo, desenvolvido por Erbuto *et al.* (2021) com profissionais dessa área, revelou que mais de um terço dos participantes já havia vivenciado o suicídio de um paciente durante a carreira. Em outra pesquisa, realizada com 247 psiquiatras na Escócia, 67,61% relataram ter perdido um paciente por suicídio, e, entre estes, 47,37% vivenciaram mais de um suicídio (Alexander *et al.* 2000).

Os enlutados pela perda por suicídio experimentam o tabu e o estigma do julgamento da sociedade, agravando a sua dor, e podem sentir a necessidade de adotar uma atitude positiva e forte para proteger a si mesmos e aos familiares sobreviventes do



estigma social do suicídio (Goulah-Pabst, 2021). Em situações estigmatizadas, é comum ocorrer o luto não reconhecido, que se define quando um luto não pode ser expresso ou socialmente suportado (Casellato, 2015). Muitas vezes, profissionais da saúde vivenciam esse tipo de luto em casos de suicídio de pacientes, por precisarem lidar com o medo do julgamento social ou até mesmo com a sensação de culpa interpretada como um sinal de fracasso profissional e pessoal (Silva, 2015). Esses fatores levam o profissional a silenciar suas reações ao ocorrido, dificultando a vivência do luto (Guedes, 2018), e os impactos, identificados na prática profissional, incluem insegurança, cautela e defensividade na gestão do risco de suicídio (Sandford *et al.* 2020).

A morte por suicídio é, portanto, uma situação traumática e altamente emocional (Roe; Smith, 2024). Nem todos os profissionais irão sentir-se enlutados, mas todos podem experimentar uma reação de estresse de intensidade normal (Henry; Séguin; Drouin, 2004), moderada, ou até traumática (Silva, 2009). Também, o suicídio é considerado uma morte violenta (Miller *et al.* 2021), seja pela forma como o corpo é encontrado ou pela presença de socorristas, policiais, jornalistas e bombeiros, além do inquérito policial aberto para averiguar a causa da morte (Silva, 2015). Esses aspectos contribuem para o desenvolvimento do luto complicado, que implica uma diversidade de sentimentos, como tristeza, culpa, raiva, solidão, desesperança, rejeição, fracasso, autoescrutínio (Casellato, 2013; Goulah-Pabst, 2021; Malik *et al.* 2021).

Vivenciar a perda de um paciente por suicídio, entretanto, pode ser um fator importante de aprendizagem, gerando uma maior atenção e rigor dos profissionais na avaliação do risco e na intervenção com pacientes que apresentam o comportamento suicida (Malik *et al.* 2021). Ações, como, por exemplo, revisão do tratamento e investimento em formação especializada, podem contribuir para a avaliação da experiência como algo positivo e construtivo ao invés de somente trágico (Rothes; Henriques; Correia, 2013; Spiers *et al.* 2024).

A fim de que os profissionais ressignifiquem suas emoções e previnam os efeitos negativos de longo prazo, é importante que sejam beneficiados os sistemas formais e informais de apoio (Gulfi *et al.* 2016; Inostroza *et al.* 2024). Essas são as chamadas “estratégias de posvenção” (Pontiggia *et al.* 2021), caracterizadas por toda e qualquer intervenção que ocorre após o suicídio, cujo propósito é atenuar o seu impacto nos enlutados (Fukumitsu *et al.* 2015), uma vez que o luto por suicídio pode ter um impacto psicossocial duradouro e significativo nos indivíduos enlutados, sendo necessários tratamentos psicossociais (Pontiggia *et al.* 2021).



Nesse contexto, em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a posvenção como uma estratégia também de prevenção do suicídio, compreendendo a relevância de cuidados e o auxílio para os enlutados por suicídio (WHO, 2014). Contudo, os estudos de posvenção são reduzidos (Scavacini; Meleiro, 2018), e, ainda, visto que serem poucos os que estão focados nos profissionais psicólogos, psiquiatras e em outros profissionais da saúde que trabalharam com pacientes que morreram por suicídio (Cruz-Gaitán, 2020). Pelo exposto, o presente estudo tem como objetivo conhecer e compreender a experiência de profissionais de saúde que perderam pacientes ao longo da vida por suicídio e as repercussões desse acontecimento na sua vida profissional e pessoal.

2 Método

2.1 Delineamento e participantes

O estudo caracteriza-se por ser exploratório, com uma abordagem qualitativa. Participaram 13 profissionais da saúde, selecionados por conveniência, os quais deviam ser maiores de 18 anos e ter perdido pacientes por suicídio ao longo da sua prática profissional. O Quadro 1 mostra as características dos participantes, que tinham entre 27 e 88 anos, e a maioria era mulher. Percebe-se, no quadro, uma diversidade de profissões, com maior representação de médicos e psicólogos, sendo que a maior parte perdeu mais de um paciente por suicídio. Os profissionais trabalhavam em instituições públicas ou privadas de nível secundário ou terciário em áreas ligadas diretamente à saúde mental (por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial ou unidades de internações psiquiátricas) ou em outras áreas da saúde (por exemplo, em unidades de internação clínica ou setores especializados, como na pneumologia), sendo que dois, naquele momento, exerciam atividade autônoma em consultórios particulares.

Quadro 1: Caracterização dos participantes

Participantes	Idade	Gênero	Profissão	Regime de trabalho	Pacientes que morreram por suicídio (n)	Última perda de paciente por suicídio (ano)
1FPsic	35	F	Psicóloga	Prof. Autônomo	1	2021
2MPsic	41	M	Psicólogo	Func. Público	1	2007
3FPsic	27	F	Psicóloga	Func. Público	2	2021
4MMed	88	M	Médico Psiquiatra	Privado	3	1990
5FEnf	34	F	Enfermeira	Func. Público e	5 ou mais	2019



				Privado		
6MMed	32	M	Médico Psiquiatra	Func. Público	1	2020
7FPsic	34	F	Psicóloga	Prof. Autônomo	1	2021
8FPsic	37	F	Psicóloga	Func. Público	1	2015
9FEnf	56	F	Enfermeira	Func. Público e Privado	5 ou mais	2010
10FPsic	42	F	Psicóloga	Func. Público	4	2019
11FMed	30	F	Médica Psiquiatra	Privado	1	2021
12MProf	44	M	Educador Físico	Func. Público	5 ou mais	2015
13FTEnf	40	F	Téc. Enfermagem	Func. Público	5 ou mais	2021

Nota. F = Feminino, M = Masculino

Fonte: dados da pesquisa

2.2 Instrumento

Como instrumento de pesquisa, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, com um roteiro previamente testado e aprimorado por dois profissionais da saúde mental. A referida entrevista contemplava questões acerca da prática profissional, da experiência de ter perdido paciente por suicídio, do conhecimento sobre posvenção e da atuação durante a pandemia da COVID-19.

2.3 Procedimentos de coleta de dados

O convite para a pesquisa foi realizado por meio de redes sociais, utilizando-se a técnica bola de neve, em que os participantes indicavam outros sujeitos possíveis para participar do estudo (Vinuto, 2014). Cinquenta interessados responderam a um questionário *online*, desenvolvido pelas autoras, cujo objetivo era verificar os critérios de inclusão, caracterizar os participantes e sua experiência profissional. O instrumento era respondido em 10 minutos, em média, e levantava dados de contato para o envio do convite para a segunda etapa, por meio de *WhatsApp* e *e-mail*. Destes participantes, 39 preencheram os critérios de inclusão e 13 aceitaram participar das entrevistas.

As entrevistas ocorreram entre setembro e novembro de 2021, de modo *online*, por meio de uma plataforma eletrônica, e foram gravadas para posterior transcrição e análise. A entrevistadora estava em local reservado durante a condução das entrevistas, e foi solicitado que os participantes estivessem em um ambiente nas mesmas condições. Foi garantido o anonimato aos participantes, e os arquivos de áudio foram manejados



apenas pela primeira autora. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram conduzidas pela primeira autora, que é psicóloga, com especialização e experiência na área clínica e na temática do suicídio e autolesões. Nesse estágio da pesquisa, não houve desistências ou recusas à participação. Após essa etapa, foi enviada, por *e-mail*, aos participantes a cartilha de posvenção do Instituto Vita Alere, com informações sobre o conceito, sentimentos comuns ao período de enlutamento, onde buscar ajuda e orientações gerais ao enlutado por suicídio (Scavacini *et al.*, 2020).

2.4 Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa [nome ocultado para preservar a avaliação às cegas]. Antes das entrevistas, os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha as informações sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios do estudo, bem como o direito de receber atendimento.

2.5 Procedimentos de análise de dados

Inicialmente, foi realizada a transcrição dos áudios, e, na sequência, foi enviada a transcrição da entrevista aos participantes, para que verificassem se o entendimento das transcrições estava correto e, se necessário, poderiam acrescentar informações adicionais, caso desejasse. Posteriormente, as entrevistas foram analisadas de acordo com a análise temática de conteúdo (Bardin, 2015). Na primeira etapa, a primeira autora realizou a leitura flutuante para a identificação das ideias centrais que foram distribuídas em grandes temas, os quais foram observados de modo recorrente entre as entrevistas. Essa primeira organização foi extensivamente discutida com a segunda autora. Na sequência, foram feitas novas leituras das entrevistas e do material codificado, visando a refinar as categorias e subcategorias, redistribuir as citações, incluir novas discussões e leituras realizadas em conjunto com a segunda autora. A terceira autora foi consultada em caso de discordâncias e para consolidar a organização final das categorias. A análise foi realizada com o apoio do software NVivo versão 10 e se baseou na discussão de estudiosos e teóricos da suicidologia nacional e internacional (Gulfi *et al.*, 2016; Scavacini, 2018; Silva, 2015), além de ter priorizado a abordagem reflexiva na interpretação dos dados, em que as pesquisadoras levaram em conta, criticamente, as próprias perspectivas (Braun; Clarke, 2022).



3 Resultados e discussão

A partir das entrevistas, foi possível compreender a experiência de profissionais de saúde que perderam pacientes ao longo da vida por suicídio e as repercussões desse acontecimento na sua vida profissional e pessoal. O Quadro 2 apresenta as categorias e subcategorias geradas, bem como os trechos que ilustram os eixos centrais.

Quadro 2: Categorias, subcategorias e vinhetas

Categorias	Vinheta ilustrativa	Subcategorias
1. Sentimentos frente a experiência e suas repercussões	“Acho que o primeiro impacto é aquela avalanche de sentimentos, né? De tristeza, de querer entender o que que aconteceu, tentar revisitar se teve algum sinal que a gente não percebeu, de talvez ficar um pouco mais preocupada com os outros pacientes que a gente atende também” (#8FPsic).	1.1. Impacto na conduta profissional 1.2. Incertezas e dúvidas se poderiam ter feito algo diferente 1.3. Sentimentos 1.4. Impacto na vida pessoal
2. Estratégias de enfrentamento da vivência	“Pra mim, essas duas coisas foram fundamentais, primeiro eu ter assim uma mente que me barrou, tipo assim ‘calma, tu não podes ser culpado disso, sabe?’; e segundo a rede de apoio. Bah, as pessoas naquele momento abrirem a empatia delas, abrirem as suas histórias de vida, né? E serem altamente empáticas comigo” (#2MPsic).	2.1. O que ajudou a lidar com a experiência? 2.2. O que atrapalhou a lidar com a experiência? 2.3. Pensou em desistir da área ou da profissão?

Fonte: dados da pesquisa

3.1 Sentimentos frente a experiência e suas repercussões

Perder paciente por suicídio é uma experiência marcante na vida do profissional e causa sentimentos desagradáveis, além de mudanças na prática clínica (Gulfi *et al.* 2016; Lyra *et al.* 2021; Rothes *et al.* 2013; Taib *et al.* 2024). Percebe-se que os entrevistados relataram diversos impactos e sentimentos apresentados após a perda do paciente, com repercussões que influenciaram não somente a vida pessoal como ainda a vida profissional.

Em diversas falas, pôde-se perceber que houve um impacto nas condutas profissionais após a perda do paciente, tanto de modo positivo como negativo. Tais achados corroboram com os estudos de Baldissera *et al.* (2018), de que, apesar de a morte fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, principalmente na área emergencial e de cuidados críticos, cada profissional irá lidar de uma forma diferente com a perda do paciente.



Dentre as repercuções, foi relatada uma atenção maior na avaliação dos pacientes, pois ficaram mais cautelosos com as melhorias súbitas e se percebiam mais atentos, o que foi considerado por alguns como um ponto positivo: “Acho que eu fiquei mais temerosa, acho que eu fiquei mais cuidadosa. Acho que, por um lado, isso tem um lado positivo assim, né? De eu ficar mais atenta assim, né?” (#7FPsic). A literatura vai ao encontro dessa ideia, visto que, após a morte, haveria uma intensificação na avaliação do risco e no aumento do interesse nas questões relacionadas ao suicídio, como um registro e comunicação mais detalhada das sessões, uma abordagem mais cautelosa de pacientes em risco e uma tendência maior para indicar hospitalizações e consultas colegiadas (Erbuto *et al.* 2021).

Uma das participantes (#7FPsic) acreditava que, ao atender muitos casos graves, o profissional tendia a se habituar com essa situação, e que isso poderia contribuir para baixar o estado de alerta, sendo que, ao perder um paciente por suicídio, o profissional voltaria a ficar mais atento. Nessa avaliação mais cautelosa, o contato com a equipe e outras áreas específicas da saúde mental é uma estratégia importante quando se identifica qualquer sinal de risco. Nesse sentido, os participantes que trabalhavam na área da saúde, em geral, relataram acionar os profissionais da saúde mental para realizar uma avaliação mais acurada do paciente. Além disso, levavam mais casos para serem avaliados nas reuniões de equipe, sem tomar nenhuma decisão sozinhos.

Logo após a morte do paciente, os profissionais perceberam dificuldades em organizar as questões burocráticas do consultório, como o prontuário do paciente que faleceu e o espaço vazio deixado na agenda. Ao mesmo tempo, tentavam entender o que aconteceu e rememorar suas próprias condutas, como elucidado no trecho:

A obsessão com revisar prontuários, revisar o que eu fiz, revisar passo a passo, revisar o que eu falei, o que eu deixei de falar, até será que eu fiz uma cara boa quando falei isso? A gente fica meio assim, sabe? Meu Deus, é se sentindo responsável, como que eu deixei isso passar batido? Qual foi o sinal que ele deu que eu não percebi? (#11FMed).

Os profissionais relataram ter ficado mais disponíveis para os seus pacientes, com medo de que algo pudesse ocorrer. Em relação aos pacientes novos, colocaram condições para o atendimento de perfis parecidos, entre elas, a realização de atendimento psiquiátrico presencial para o caso de necessidade de internação local. Isso trouxe maior segurança aos profissionais que decidiram seguir atendendo pacientes com comportamento suicida. Em contraponto, alguns entrevistados da área da enfermagem e da medicina não perceberam claramente os impactos na sua conduta: “Eu já estava



analisado, e, por ter me analisado novamente, nesse sentido, não fez impacto nenhum sobre o meu trabalho, fez impacto sobre mim pessoalmente” (#4MMed).

Os entrevistados também perceberam mudanças na relação com a equipe após a perda, percebendo-se mais irritados e sem paciência com os colegas. Outros participantes não sentiam mais motivados para o trabalho ou estudar a temática do suicídio logo depois do ocorrido: “Eu fiquei umas duas semanas sem atender, não vi ninguém” (#11FMed); “Eu não sei se é fuga, se é negação, mas eu não tenho coragem de entrar nisso, de estudar isso” (#1FPsic).

Por outro lado, alguns se engajaram em estudar mais a temática, em buscar respostas de manejo e autoconhecimento e em se apropriar mais para falar a respeito do tema. Somando-se a isso, foi mencionado um investimento maior por parte dos gestores dos locais de trabalho em capacitações e treinamentos, além do aumento das reuniões de equipe, com espaços para conversas. O despreparo e a ausência de capacitações de educação continuada para trabalhar com suicídio são abordados na literatura como uma dificuldade (Skehan *et al.*, 2024; Zamineli de Lima *et al.*, 2023). Nesse contexto, é importante observar que os profissionais da saúde necessitam de capacitações continuadas que contribuam para o desenvolvimento e a manutenção de ações de prevenção e intervenção ao suicídio. Isso pode auxiliá-los a identificar pacientes em risco, desenvolver atitudes e competências emocionais e aumentar a confiança para o trabalho com pacientes com comportamento suicida (Piccinini; Martins, 2021).

Grande parte dos participantes (9) mencionou incertezas e dúvidas sobre a possibilidade de terem feito algo de diferente, reavaliando suas condutas, o que corrobora com a literatura (Fukumitsu; Kovács, 2016): “A gente se questiona se foi dada a notícia da melhor maneira para eles, o que a gente podia ter feito de diferente ou que abordagens poderia também ter feito de diferente para esses pacientes” (#5FEnf). Mais da metade dos participantes (7) não estava certa se a conduta escolhida contribuiu para o suicídio do paciente. Por exemplo, #12MProf participou da transferência de unidade de um paciente antes de sua tentativa de suicídio e ficou em dúvida como seria se essa decisão não tivesse sido tomada.–Outros se questionaram se uma possível internação involuntária teria sido mais adequada ou se a escuta mais atenta e intervenção com a família teriam possibilitado um resultado diferente

Então, eu fiquei pensando isso, mas, por outro lado, eu fiquei pensando que se eu não tivesse internado? E ele tivesse se matado mesmo assim? Tivesse cometido o suicídio mesmo assim, é, talvez, eu me sentiria pior, então eu acho que... que a internação foi um mal necessário nessa situação (#6MMed).



O suicídio é visto como um ato prevenível, causando essa incerteza quanto à adequação da conduta e, frequentemente, gera a busca por um “culpado” (Rothes *et al.* 2013), o que tende a dificultar o enfrentamento do luto. Ao mesmo tempo, os profissionais da saúde, em geral, não possuem formação e preparo para lidar com o suicídio (Scavacini; Meleiro, 2018), sendo considerada uma falha terapêutica quando o paciente morre por este motivo (Silva, 2015). Porém, o que pode ser avaliado é se há ideação e intencionalidade, mas não é possível prever se o paciente irá tirar a sua vida. Assim, quando o profissional entendia que não houve relação direta entre o suicídio e a sua conduta, isso diminuía a sensação de culpa e desconforto: “Quando a pessoa está decidida a cometer suicídio pode ter medicação, pode ter psicólogo, ela pode estar até internada, supervisão vinte e quatro horas, ela quer, então...” (#1FPsic). Cinco entrevistados compreendiam ter feito o que era possível dentro do contexto apresentado e que era necessário, nesses casos, lidar com o sentimento de impotência, como exemplifica #2MPsic: “Eu penso assim: ‘olha, eu não cometí uma negligência’, entendeu?” (#2MPsic).

Sentimentos negativos têm sido avaliados em grandes estudos sobre o impacto do suicídio em enlutados (Kovács, 2010, 2011; Kreuz; Antoniassi, 2020; Rothes *et al.* 2013). Nessa perspectiva, os profissionais revelaram diversos sentimentos que foram vivenciados logo após a morte do paciente por suicídio, tais como impotência, vergonha, medo, choque, culpa, tristeza e saudade: “Quando veio a notícia de que ele tinha se enforcado, assim a gente fica bastante chateado” (#10FPsic); “O medo ainda é assustador, eu ainda tenho medo todos os dias e acho que eu vou ter o resto da vida” (#7FPsic). Especialmente, , diferentes participantes trouxeram a sensação de impotência como algo internalizado, resultado da experiência: “É um lugar muito ruim porque o suicídio, ele te deixa num limbo de impotência, ele leva todas as respostas” (#1FPsic); “Às vezes eu tenho o mesmo sentimento de impotência aqui, que eu tive na época” (#5FEnf). Os participantes falaram sobre a sensação de luto e saudade, sinalizando que era um luto pouco validado e que não falar sobre isso era doloroso. Uma das participantes também sinalizou a sensação “de bagunça”, de desorganização e vazio por ver o horário do paciente e ter contato com a família:

Eu senti tanta coisa, eu acho que ver o nome na agenda, como eu tinha dois horários por semana para cada pessoa, aqueles horários ficaram vazios durante um tempo. Daí tinha as conversas no celular, falar com o irmão, contar o que estava acontecendo, então mexer com tudo isso foi... Eu tive que ser forte, muito tempo, para não transparecer tudo o que eu sentia. Mas às vezes, dá um pouco de saudade, fica tudo meio bagunçado (#3FPsic).



Tais achados estão alinhados com a visão de Kovács (2010) sobre a dificuldade do profissional da saúde de lidar com o sofrimento da perda e de que é mais doloroso elaborá-la quando há um vínculo mais intenso com o indivíduo. Nesse momento, o profissional precisa enfrentar a sensação de fracasso e impotência, vivenciando um luto que não pode ser compartilhado, o que contribui para o luto não reconhecido.

A vivência desses sentimentos se relaciona a pensamentos dos entrevistados, como a ideia de que ficariam sem pacientes se as pessoas soubessem do que ocorreu, de que seriam vistos como incompetentes ou menos admirados, ou ainda de não serem compreendidos por aqueles não passaram pela mesma experiência. Os profissionais também se sentiram mais deprimidos, desesperançados e se questionavam sobre seguir atendendo pacientes com comportamento suicida. Essas ideias vão ao encontro de outros estudos, como os de Alexander *et al.* 2000 e Rothes *et al.* 2013.

Mas assim, ó, é bem pessoal [...] achei que eu ia até precisar ajustar alguma coisa, tomar algum remédio de antidepressivo, alguma coisa assim, porque eu fiquei bem deprê, mesmo, umas três semanas bem deprê mesmo, bem (#11FMed).

Eu me lembro que eu comecei a ficar, eu comecei a deprimir, mas eu comecei a ficar mal, sabe? Ficar triste, a ficar ruim, a me sentir desesperançoso, e esse evento foi um desses, além de vários outros (#2MPsic).

Essa difícil vivência emocional repercutiu na vida pessoal dos participantes, assim como acreditam Malik *et al.* (2021), ao apontarem que essa experiência impacta significativamente a vida dos profissionais. As participantes que vivenciaram o luto sentiram o impacto da perda na rotina pessoal, deixando de fazer diversas atividades, como ir à academia, por exemplo. Para alguns participantes, a perda do paciente por suicídio, em conjunto com outros eventos estressores, afetou, mesmo que de modo transitório, sua qualidade de vida:

Foi talvez um fator estressor a mais, junto com outros que já estavam acontecendo, que me deixou assim, eu fiquei, eu passei um período em que eu estava bastante ansioso, até uma dificuldade para dormir. Mas eu acho que está mais até associado a outras questões que estavam em jogo, ali, naquela situação (#6MMed).

A maioria dos participantes relatou ter ficado mais pensativa por alguns dias após a morte, na busca de uma explicação pelo ocorrido: “Pensava o tempo inteiro nisso. Eu fiquei o tempo inteiro pensando nisso. O tempo inteiro. Pensava nisso, mas eu não queria pensar, mas eu era meio que uma coisa obsessiva” (#11FMed). Esses relatos indicam as repercussões da perda na vida pessoal dos participantes que, ao entrarem em contato com histórias de sofrimento, se mobilizaram e sofreram pelo próprio paciente e sua família. Por outro lado, os entrevistados puderam refletir a respeito de suas próprias vidas e



procurar novos sentidos, pensar sobre as suas relações e o que gostariam de fazer para que sua vida valesse a pena:

Automaticamente, eu acabei refletindo um tanto sobre a vida dela. Por que ela teve o que... que faltou, se foi falta de mãe, falta de relacionamentos? Eu acho que o fato é também me tornar mais disponível, mais atenta também às pessoas que estão ao meu redor [...]. Acabei pegando um pouco mais leve, eu vi que até na minha agenda acabei diminuindo, um tanto da minha carga horária porque não dava conta. Estava muito sobrecarregada mesmo (#1FPsic).

Tal movimento foi acompanhado de mudanças de comportamentos, como maior valorização da família, da vida e do trabalho para alguns participantes, mas distanciamento e solidão para outros: “Eu acho que esse foi o impacto, eu era mais família antes, agora eu estou mais separada, mais solitária, mais no meu canto, quieta. Tipo assim, não gosto de incomodar, [...] prefiro ficar sozinha” (#9FEnf).

3. 2 Estratégias de enfrentamento da vivência

De modo geral, os participantes relataram diversas estratégias de enfrentamento e aspectos que consideraram ter contribuído ou dificultado para lidar com aspectos da sua vida profissional e pessoal após a perda do paciente por suicídio. Da mesma forma, discorreram sobre o pensamento em desistir da profissão, devido ao ocorrido e a outros desafios da área da saúde mental.

Dentre os aspectos que ajudaram a lidar com a experiência, nove participantes mencionaram compartilhar a situação com colegas que também tiveram a experiência, perceber uma postura de não julgamento das outras pessoas e revisar o caso com supervisores. A revisão crítica do fato está descrita na literatura como um fator que ajuda a compreender melhor a responsabilidade do profissional e a enfrentar as sensações e os impactos da experiência (Henry *et al.* 2004). A busca por apoio, tanto entre colegas como na família, em conjunto com a revisão do caso, foram os recursos mais úteis utilizados por profissionais de um estudo português (Rothes *et al.* 2013). Os participantes se sentiram muito acolhidos quando os colegas também lhes contavam suas histórias de suicídio de pacientes, além dos familiares que reconheciam o luto do profissional. Esse vínculo e recebimento da empatia do outro validaram as emoções dos profissionais e contribuíram para que lidassem melhor com a perda, conforme conta #2MPsic: “A gente conversou em grupo, né? Várias pessoas contaram para mim, no CAPS, que também tinham perdido e que era normal a gente se sentir culpado, [...] foi uma coisa legal porque a gente conversou com vários profissionais”.



A perda de um paciente por suicídio causa consequências profissionais e pessoais, sendo importante o apoio dos colegas. Esse contato com colegas, juntamente com as análises profissionais do caso, contribui para reduzir as reações inadequadas ao suicídio e prevenir efeitos de longo prazo sobre a prática ou o tratamento de outros pacientes (Alexander *et al.* 2000; Gulfi *et al.* 2016). Falar sobre o suicídio diminui o tabu ao redor do tema e ajuda na recuperação emocional (Cruz-Gaitán, 2020). Os participantes sinalizaram ainda a importância da psicoterapia para a ressignificar a perda e manter a estabilidade emocional, resultado também identificado no estudo de Kershaw *et al.* (2024). Os profissionais consideravam esse tratamento como um ambiente livre de julgamento:

Eu acredito que quem cuida tem que estar sendo cuidado. A gente não pode também querer ajeitar a vida das pessoas se a nossa tiver uma bagunça, então é... é, eu acho que isso foi fundamental. É o terapeuta estar tratado. Estar em acompanhamento, porque a gente está lidando com isso o tempo inteiro (#11FMed).

A reflexão sobre o que aconteceu e a identificação de dados mais gerais sobre os transtornos foram as estratégias citadas por oito participantes. Nesse sentido, os profissionais expressaram buscar não se martirizar, mas, sim, compreender que trabalhar com pacientes em risco é se predispor à possibilidade de perder um paciente, em especial aqueles que atuavam na área da saúde mental: “Eu evito também não ficar me martirizando por alguma coisa que infelizmente a gente não tem controle” (#5FEnf)

A gente sabe que está suscetível a isso. E acho que uma coisa que funciona é pensar nos casos que a gente conseguiu salvar, que são um número muito maior, que eu acho que a motivação é essa. A gente sabe que pode eventualmente não conseguir dissuadir a pessoa da ideia, mas a gente também sabe que, em muitos casos de sucesso, digamos assim, de pessoas que realmente melhoraram (#8FPsic).

Outro aspecto a ser destacado foi a necessidade de analisar as estatísticas de pacientes com transtorno que morrem por suicídio para identificar e entender as características específicas do paciente, bem como reconhecer que as pessoas que atuam com pacientes mais graves inevitavelmente enfrentarão a perda de pacientes em risco em algum momento. Ter esse entendimento contribuiu para diminuir a sensação de culpa. O tempo de vínculo com o paciente também foi um ponto avaliado pelos profissionais, e conclui-se que, quanto menor o vínculo, menor a mobilização que o paciente causava.

Outras estratégias, como fazer exercício físico, ler, fazer orações e ter fé, apareceram no discurso de diversos participantes, como aspectos que ajudaram a lidar com a perda e diminuir o estresse. Por outro lado, estratégias evitativas igualmente foram



citadas, tais como não pensar no que aconteceu e dedicar um tempo de férias para se afastar da rotina de trabalho. Esses participantes compreendiam que lidar com a morte era algo difícil e que não pensar a respeito disso poderia ser protetivo naquele momento, contribuindo para que a dor diminuisse a longo prazo.

Outras estratégias utilizadas foram falar com a família do paciente, ficar em silêncio e refletir sobre a situação. Os participantes relataram ter se colocado à disposição, caso os familiares sentissem necessidade de entrar em contato, e, embora alguns tenham disponibilizado esse espaço, este não fora utilizado: “Eu sempre me coloco à disposição e fico esperando, deixo a porta aberta” (#9FEnf). Uma participante não viu a familiar, pois não eram da mesma cidade. No entanto, mencionou que gostaria de ver a mãe do paciente, quando esta estivesse na cidade deles, por se sentir muito acolhida por ela no momento da notícia, acreditando ter sido este um fator de apoio para lidar com a situação. Para uma das participantes, o paciente deixou uma carta, o que a tranquilizou e deu uma sensação de fechamento

Teve uma mensagem que o paciente deixou para mim, que foi um agradecimento, palavras muito bonitas, acho que isso foi o que me ajudou, acho que foi muito, é... é, acho que foi uma das coisas mais importantes, para te falar a verdade. E a família também me tratou muito bem (#11FMed).

Alguns dos participantes foram ao velório do paciente, fato que é reiterado por Campbell e Fahy (2002, p. 46), quando referem que “os psiquiatras também devem considerar seriamente comparecer ao funeral do paciente. O funeral pode ser uma oportunidade importante para sofrer em um ambiente de grupo”. Uma das participantes que foi ao velório relata que esta ação pode ser uma estratégia para vivenciar o luto: “Nesse tempo, eu chorei bastante, eu cheguei a ir ao velório, conversar com a família, então tive esse luto meu” (#3FPsic).

Quanto aos aspectos que prejudicaram o enfrentamento da perda, três participantes citaram que o contato com os familiares do paciente que morreu por suicídio dificultou esse processo, os aproximando de notícias e repercuções dolorosas do ocorrido. Contudo, um dos participantes considerava que não ter tido mais contato com a família do paciente atrapalhou o seu processo de lidar com a perda, porque ele havia se colocado à disposição para receber a mãe do paciente, como uma forma de buscar alguma reparação, mas acabou não sendo procurado. Para o entrevistado (#6MMed), o fato de não ter podido compartilhar e acolher a angústia da mãe do paciente dificultou o fechamento da experiência. Esse sentimento segue a mesma ideia de Fukumitsu e



Kovács (2016) sobre a necessidade de se interessar e compartilhar a história de outros enlutados por suicídio.

O fato de não poder dividir a experiência com alguém que passou pela situação semelhante também foi sinalizado por outros participantes em relação aos colegas e à equipe. Somando-se a isso, a cobrança e o julgamento de parte dos colegas, quando presente, foram vividos como aspectos que tornaram ainda mais difícil lidar com a experiência de perda: “Então, eu tive um pouco de compreensão dos colegas, no dia que a pessoa faleceu, mas depois eu tive muita cobrança. [...] Julgamentos (suspiro longo). [...] Isso é complicado” (#3FPsic). Em especial, essa participante precisou fazer o laudo de morte da paciente por suicídio, e ela destacou ter sido muito difícil, pois não é uma atividade habitual realizada por psicólogos, além de ter o seu nome registrado nesse documento.

Experiências pessoais com suicídio, perdas e luto podem igualmente influir no modo como o profissional vai lidar com a perda do paciente (Kovács, 2010), como ilustra uma participante:

O meu pai teve tentativa de suicídio, e foi por arma de fogo, mas a gente conseguiu ver antes. O que é muito difícil porque, quando eu, sendo psicóloga, me culpava. ‘Por que eu não percebi que meu pai não estava bem?’ Eu sabia que alguma coisa não estava legal, eu tentei procurar ajuda, mas ele não aceitava. [...] Então, a questão do suicídio batia muito nisso. [...] A gente se vê um pouco ali. Acho que os primeiros [casos de suicídio de paciente] que a gente diz que foram os mais difíceis (#10FPsic).

A inexperiência profissional na época da perda também foi pontuada e se apresentou como um fator que dificultou o enfrentamento. Uma das participantes lembra que, no início, tinha mais medo de mandar para casa um paciente que precisasse de internação, mas que hoje se sente mais segura, o que também foi corroborado por outros dois participantes que relataram a diminuição da ansiedade com o aumento da experiência. Alguns participantes enfatizaram que, no início da carreira, tem-se uma pretensão maior de querer “salvar o mundo” (#5FEnf) e que, com o passar do tempo, vão compreendendo que isso não é possível. Assim, a maior experiência profissional facilitaria lidar com a perda e a aceitação das limitações da sua atuação.

Por fim, a necessidade de seguir atendendo após o suicídio exigiu um grande esforço por parte dos profissionais, e, em algumas situações, isto foi dificultado pela impossibilidade de se afastar do trabalho nos primeiros dias: “O que tornou mais difícil? Porque, embora eu não quisesse atender ninguém, eu ainda fui obrigada. Embora eu não



quisesse, eu quisesse um tempo para digerir tudo aquilo, eu fui obrigada a continuar atendendo” (#11FMed).

Não ter um espaço de escuta e apoio específico no local de trabalho após a morte de um paciente por suicídio são fatores que dificultam lidar com a perda. O fato de o suicídio ser muito estigmatizado e avaliado como resultado de fracasso clínico pode contribuir para que os profissionais não busquem ajuda e que não sejam criadas ações adequadas de posvenção (Rothes *et al.* 2013). O estigma do fracasso faz com que os profissionais não consigam aproveitar a experiência para futura aprendizagem (Spiers *et al.* 2024).

A desistência de atender pacientes com risco de suicídio ou até mesmo da profissão é um aspecto ainda pouco estudado. Gulfi *et al.* (2016) consideram essa tendência como algo menos frequente. Já um estudo com 167 profissionais que perderam paciente por suicídio encontrou que 15% dos participantes consideraram a aposentadoria antecipada (Alexander *et al.* 2000). Em outro estudo com 141 profissionais em Quebec, 29% dos profissionais recusaram tratar temporariamente pacientes suicidas, e 22% consideraram abandono da profissão, devido ao falecimento de seu paciente (Henry *et al.*, 2004). Tais achados corroboram os de Cruz-Gaitán (2020), ao indicarem que os profissionais optam por somente atender pacientes sem risco de suicídio ou até mesmo trocam de profissão por não se sentirem competentes.

Neste estudo, quando questionados, nenhum dos participantes declarou ter pensado em desistir da profissão após a perda de um paciente. Porém, ao longo da entrevista, alguns mencionaram ter vivido esse questionamento após a perda, em especial, se seguiriam atendendo pacientes com esse risco. Um dos participantes relatou ter parado de aceitar novos pacientes com essa demanda, e outras três criaram regras para aceitar o atendimento. A dúvida sobre seguir ou não atendendo pacientes com risco de suicídio era constante para uma das participantes e ela pensava, anteriormente, que se acontecesse uma perda, iria desistir da profissão:

Eu vivia falando ‘se um dia alguém morrer na minha mão, eu acho que eu vou largar minha profissão’. [...] Até a gente entender que a gente não é Deus. E que, se a pessoa tiver que ir, ela vai, mas o importante é que você esteja muito seguro das suas condutas para que não se sinta culpado. [...] Desistir acho que é ruim, e não, você vai melhorar e saber que muitos você ajudou e muitos você ainda pode ajudar, estudando cada vez mais, dedicando cada vez mais para que a gente tenha essa confiança (#11FMed).



Como se pode depreender do relato dessa participante, a experiência de perda ressignificou a ideia de abandono da profissão como forma de enfrentamento, indicando que o engajamento ativo e reflexivo na vivência integra um novo sentido de propósito.

4 Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo conhecer e compreender a experiência de profissionais de saúde que perderam pacientes ao longo da vida por suicídio e as repercussões desse acontecimento na sua vida profissional e pessoal. Os relatos analisados revelaram que essa vivência causa impactos significativos tanto ocupacionais quanto emocionais, evidenciando a necessidade de novas políticas públicas de saúde e a efetiva implementação das ações de posvenção, previstas nos planos nacionais.

É fundamental discutir e incorporar estratégias de posvenção não somente no âmbito individual como ainda no coletivo nos serviços de saúde, nas práticas cotidianas das equipes ou como parte de diretrizes de formação e políticas institucionais. No âmbito coletivo, foram identificadas lacunas importantes na formação e no preparo dos profissionais para lidar com situações de risco e com o luto por suicídio. Tais achados reforçam a importância da inclusão da temática da suicidologia na formação profissional, buscando ampliar o preparo técnico desses profissionais e reduzir o estigma associado ao tema.

Os achados, discutidos no presente artigo de natureza exploratória, se limitam ao contexto regional contemplado pelos participantes, na sua maioria mulheres, e selecionados por conveniência. Futuras pesquisas poderiam aprofundar e ampliar as reflexões sobre a posvenção entre profissionais de saúde, ao investigarem como esses processos se dão em diferentes cenários de cuidado por meio de estudo que conjugue observações estendidas e entrevistas.

Concluímos, ressaltando que reconhecer o impacto da perda por suicídio na saúde dos profissionais é também uma forma de cuidar da saúde coletiva. Fortalecer redes de apoio, reduzir o estigma e investir em formação qualificada são caminhos importantes para construir práticas mais humanas e sustentáveis. Da mesma forma, é imprescindível que políticas públicas e ações de posvenção sejam efetivamente incorporadas nos planos de prevenção, superando a lacuna ainda existente entre diretrizes e sua efetiva implementação no Brasil.



Referências

- ALEXANDER, D.; KLEIN, S.; GRAY, N. M.; DEWAR, I. G.; EAGLES, J. M. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. **BMJ Clinical Research**, London, v. 320, n. 7249, p. 1571–1574, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1571>.
- BALDISSERA, A. E.; BELLINI, L. C.; FERRER, A. L. M.; BARRETO, M. da S.; COIMBRA, J. A. H.; MARCON, S. S. Perspectiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 5, p. 317-1324, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018>.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Datasus, 2021. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde & Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19**: suicídio na pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41420/2/Cartilha_PrevencaoSuicidioPandemia.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. **International Journal of Transgender Health**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 1–6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>.
- CAMPBELL, C.; FAHY, T. The role of the doctor when a patient commits suicide. **Psychiatric Bulletin**, London, v. 26, n. 2, p. 44-49, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1192/pb.26.2.44>.
- CASELLATO, G. **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Polo Books, 2013.
- CASELLATO, G. **O resgate da empatia**: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial, 2015.
- COOK, F.; JORDAN, J. R.; MOYER, K. Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: survivors of suicide loss task force: U.S. national guidelines. **Suicide Prevention Resource Center**, 2015. Disponível em: <https://www.sprc.org/resources-programs/responding-grief-trauma-and-distress-after-suicide-us-national-guidelines>. Acesso em: 25 fev. 2023.
- CORNEJO, E. R. S. P. U. Impactos do suicídio testemunhado no centro da metrópole de São Paulo: uma etnografia no hotspot Viaduto do Chá. 2019. 128 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.
- CRUZ-GAITÁN, J. I. Un modelo de posvención en la práctica clínica. In REYES ORTEGA, M. A.; STROSAHL, K. (eds.). **Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida**. Ciudad de México: Manual Moderno, 2020. p. 272-292.
- ERBUTO, D.; BERARDELLI, I.; SARUBBI, S.; ROGANTE, E.; SPARAGNA, A.; NIGRELLI, G.; LESTER, D.; INNAMORATI, M.; POMPILI, M. Suicide-related knowledge and attitudes among a sample of mental health professionals. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v.18, n.16, p. 8296, 2021.



FUKUMITSU, K. O.; ABÍLIO, C.C.C.; LIMA, C. F.; GENNARI, D.M.; PELLEGRINO, J.P.; PEREIRA, T. L. Posvenção uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/view/1840/457>. Acesso em: 25 fev. 2023.

FUKUMITSU, K. O.; ABÍLIO, C. C. C.; LIMA, C. F. S.; GENNARI, D. M.; PELLEGRINO, J. P.; PEREIRA, T. L. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>.

GOULAH-PABST, D. M. Suicide loss survivors: Navigating social stigma and threats to social bonds. **Omega – Journal of Death and Dying**, [S.I.], v. 87, n. 03, p. 1-24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/00302228211026513>.

GUEDES, I. A de A. Quando o cliente tira a própria vida: o luto do psicólogo frente à perda por suicídio. In: SCAVACINI, K. (ed.). **Histórias de sobreviventes do suicídio**. 1. Ed. São Paulo: Benjamin Editorial, 2018. p. 87-96.

GULFI, A.; CASTELLI DRANSART, D. A.; HEEB, J. L.; GUTJAHR, E. The impact of patient suicide on the professional practice of Swiss psychiatrists and psychologists. **Academic Psychiatry**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 13-22, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0267-8>.

HENRY, M.; SÉGUIN, M.; DROUIN, M-S. Les réactions des professionnels en snaté mentale au décès par suicide d'un patient. **Revue Québécoise de Psychologie**, Montreal, v. 25, n. 3, p. 241-257, 2004. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2005-01294-013>. Acesso em: 16 jun. 2025.

KERSHAW, S. R. **Exploring suicide loss survivorship and postvention support during the coronavirus 2019 pandemic**. 2024. 248 p. Dissertation (Doctor of Philosophy) - University of Northern Colorado, Greeley, CO, 2024.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf. Acesso em: 15 fev. 2022.

KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>.

KREUZ, G.; ANTONIASSI, R. P. N. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 25, p. e42427, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.42427>.

INOSTROZA, C.; RUBIO-RAMIREZ, F.; BUSTOS, C.; QUIJADA, Y.; FERNÁNDEZ, D.; BÜHRING, V.; VARGAS, B.; RIQUELME, A.; ARAYA, M. P. Peer-support groups for suicide loss survivors: a systematic review. **Social Work with Groups**, Londres, v. 47, n. 3, p. 234-250, jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/01609513.2023.2249053>.

LIMA, G. Z.; MORAES, M. A. A. Cuidado às pessoas que tentam suicídio atendidas em emergência hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 11, n. 27, p. 543-560, 2024. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.27.574>.



LYRA, R. L.; MCKENZIE, S. K.; EVERY-PALMER, S.; JENKIN, G. Occupational exposure to suicide: A review of research on the experiences of mental health professionals and first responders. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 16, n. 4, e0251038, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251038>

MALIK, S.; GUNN, S.; ROBERTSON, N. The impact of patient suicide on doctors and nurses: a critical interpretive meta-synthesis. **Archives of Suicide Research**, Londres, v. 26, n. 3, p. 1266-1285, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1885533>

MILLER, G. F.; LYONS, B. H.; PETERSON, A. B.; RICE, K. L.; HOLLAND, K. M. Reported history of traumatic brain injury among suicide decedents: national violent death reporting system, 2003-2017. **American Journal of Preventive Medicine**, Amsterdã, v. 61, n. 4, p. 501-508, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.04.034>

NIE, J.; O'NEIL, A.; LIAO, B.; LU, C.; AUNE, D.; WANG, Y. Risk factors for completed suicide in the general population: A prospective cohort study of 242, 952 people. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdã, v. 282, n. 1, p. 707-711, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.132>

PICCININI, B. D. B. de O.; MARTINS, I. Percepções de médicos e enfermeiros a respeito da própria formação acadêmica e profissional para abordar o comportamento suicida: uma revisão. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 10, p. 1134-1164, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2653>

PONTIGGIA, M.; DI PIERRRO, R.; MADEDDU, F.; CALATI, R. Sopravvivere al suicidio di una persona cara: impatto e interventi di supporto per i sopravvissuti (postvention). **Recenti Progressi in Medicina**, Roma, v. 112, n. 11, p. 28-741. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1701/3696.36851>

QAYYUM, Z.; AHNALLEN, C. G.; VAN SCHALKWYK, G. I.; LUUFF, D. You really never forget it! psychiatry trainee supervision needs and supervisor experiences following the suicide of a patient. **Academic Psychiatry**, Nova York, v. 45, n. 3, p. 279-287, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01394-8>.

ROE, E.; SMITH, B. Practical strategies for care of individuals impacted by suicide in the emergency department: A narrative review. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 74, p. 101444, jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101444>.

ROTHES, I. A.; HENRIQUES, M. R.; CORREIA, R. S. Suicídio de um paciente: A experiência de médicos e psicólogos portugueses. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 168-178, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087090251300031X>. Acesso em: 25 mar. 2022.

RYTTERSTRÖM, P.; LINDH, J.; HÖGBERG, H.; SÖDERBERG, S. Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 29, n. 5, p. 982-991. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12738>.

SANDFORD, D.; KIRTLEY, O. J.; THWAITES, R.; O'CONNOR, R. C. The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, Hoboken, v. 28, n. 2, p. 261-294, mar/abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2515>.



SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos:** a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. 2018. 742 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2018.

SCAVACINI, K.; MELEIRO, A. M. A. S. **Posvenção:** orientações para o cuidado ao luto por suicídio. São Paulo: Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, 2020. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Cartilha-Posvencao-e-Cuidado-ao-Luto-por-Suicidio-Vita-Alere.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SCAVACINI, K.; MELEIRO, A. M. A. S. Posvenção: Sobreviventes do suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. da S. (ed.). **Psiquiatria:** Estudos Fundamentais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p.671-676.

SKEHAN, J.; THORNTON, L.; TYNAN, R.; FITZPATRICK, S. A qualitative assessment of community needs and views about discussing suicide. **Advances in Mental Health**, Melbourne, v. 23, n. 2, p. 143-157, jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/18387357.2024.2369133>.

SILVA, D. R. **E a vida continua...o processo de luto dos pais após o suicídio de um filho.** 2009. 240f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2009.

SILVA, D. R. Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In: CASELLATO, G. (org.). **O resgate da empatia:** suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial, 2015. p. 111-128.

SPIERS, J.; HARRISON, J.; HARDY, G.; HOPKINS, J.; WILLIAMS, S. Negotiating the postvention situation: A grounded theory of NHS staff experiences when supporting their coworkers following a colleague's suicide. **Death Studies**, Oxford, v. 48, n.3, p. 185-196, mar. 2024.

TAIB, N. I. A.; LATIF, M. H. A.; ISMAIL, N.; KHAMIS, J. B.; PANIRSELVAM, R. R.; DAUD, T. I. M.; ZAHARI, A. H. A psychiatrist's grief – The neglected suicide survivor: A brief article. **Malaysian Journal of Psychiatry**, Kuala Lumpur, v. 33, n. 1, p. 40-45, Jan-Jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.4103/mjp.mjp_20_23.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, jan./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.1097>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide:** A global imperative. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019:** Global health estimates. Genebra: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 16 nov. 2022.

Recebido em: 13 de março de 2025.

Aceito em: 20 de julho de 2025.