



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Susanne Oliveira dos Santos

Uma análise fenomenológica-hermenêutica dos impactos das políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto dos sobreviventes

Rio de Janeiro

2024

Susanne Oliveira dos Santos

Uma análise fenomenológica-hermenêutica dos impactos das políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto dos sobreviventes



Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S237 Santos, Susanne Oliveira dos
Uma análise fenomenológica-hermenêutica dos impactos das políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto dos sobreviventes / Susanne Oliveria dos Santos. – 2023.
136 f.

Orientadora: Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicologia social – Teses. 2. Suicídio – Teses. 3. Políticas públicas – Teses. I. Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de . II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

bs CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Susanne Oliveira dos Santos

Uma análise fenomenológica-hermenêutica dos impactos das políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto dos sobreviventes

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicologia Social.

Aprovado em 19 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo (Orientadora)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a Dra. Jimena de Gay Hernandez
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a Dra. Joanneliese de Lucas Freitas
Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que não podem esquecer quem amam, mesmo que já tenham partido.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Fernando (*in memorian*) e Isabel por todo carinho, sensibilidade, amor e por toda força e incentivo para construir meus sonhos e ousar tentar alcançá-los.

À minha família, em especial meus avôs Manoel e Maria (*in memorian*), a minha tia/irmã Natalia, quem admiro muito, e a minha afilhada Esther pelo carinho, amor, bom humor e por serem pacientes em minhas ausências.

Ao meu companheiro Ramon, pela compreensão, cuidado e amor.

Às amigas inabaláveis Louise e Jaynete, por me acolher, escutar e motivar quando minhas forças ameaçavam acabar e tornarem esta caminhada mais leve.

À minha orientadora e inspiração Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo, pelo apoio e generosidade em compartilhar seu conhecimento e me ensinar a pesquisar através da ciência do ver. Muito obrigada por apostar neste trabalho.

Aos colegas do *Laboratório de Fenomenologia e Estudos em Psicologia Existencial* – LAFEPE UERJ e a família do *Instituto de Psicologia Fenomenológico-Existencial do Rio de Janeiro* – IFEN pela parceria e trocas tão edificantes para a construção deste trabalho.

À Terezinha Maximo, cuja experiência e escrita crítica me inspirou a tomar em mãos a tarefa desta investigação.

Aos queridos participantes que aceitaram fazer parte desta pesquisa e confiaram a mim seus relatos. Obrigada por tanto, e principalmente por apostarem que sua contribuição pode ajudar outros sobreviventes enlutados.

Ao CNPq pelo fomento a esse estudo.

RESUMO

SANTOS, Susanne Oliveira dos. O. *Uma análise fenomenológica-hermenêutica dos impactos das políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto dos sobreviventes*. 2024. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O presente estudo tem como objetivo investigar os possíveis impactos das postulações feitas pelas atuais políticas públicas de prevenção ao suicídio nas experiências de luto dos sobreviventes a partir da perspectiva e método fenomenológico-hermenêutico. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa dividida em três etapas. Em um primeiro momento realizou-se uma revisão narrativa das cartilhas de prevenção ao suicídio produzidas pelo governo federal nos últimos cinco anos, que evidenciou como as políticas de prevenção têm compreendido este tipo de morte como sendo evitável e tem prescrito o controle, a antecipação e detecção dos sinais e de fatores de risco em um âmbito individual como estratégia de prevenção do suicídio. Além disso, as cartilhas convocam as famílias, amigos, professores e demais pessoas do círculo social a serem agentes da prevenção, situando-os como responsáveis. Neste exercício de reconstrução também buscamos nos debruçar sobre as atuais concepções acerca do luto por suicídio, que nos expôs como o luto tem sido patologizado na contemporaneidade, e que este luto por este tipo de morte é visto como sendo um processo com peculiaridades e de difícil mensuração. Em um segundo momento buscamos nos debruçar sobre as experiências de luto em entrevistas semiestruturadas com cinco sobreviventes. Os relatos colhidos evidenciaram como as experiências têm sido marcadas pela ideia de evitabilidade desta morte a partir da crença na prevenção e ilusão de controle, e diante da morte de alguém querido sentem que falharam, se sentem culpados. Em um terceiro momento, com base na análise dos relatos, buscamos pensar em um modo de compreensão do luto dos sobreviventes afinado à suas experiências de culpa e saudade. A partir das análises deste estudo, percebemos a importância de pensarmos a prevenção ao suicídio de outro modo, que não seja alicerçado no controle e tutela da vida daquele que pensa na morte voluntária, ou seja, uma proposta de prevenção comprometida com a questão dos sobreviventes.

Palavras-chave: Prevenção ao suicídio. Políticas Públicas. Sobreviventes. Luto. Fenomenologia-hermenêutica.

ABSTRACT

SANTOS, Susanne Oliveira dos. *A phenomenological-hermeneutic analysis of the impact of public suicide prevention policies on the bereavement experience of survivors*. 2024. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The aim of this study is to investigate the possible impacts of the postulations made by current public suicide prevention policies on survivors' experiences of bereavement from a phenomenological-hermeneutic perspective and method. In order to do this, a qualitative study was carried out, divided into three stages. The first stage was a narrative review of suicide prevention guides produced by the federal government over the last five years, which showed how prevention policies have understood this type of death as being preventable and have prescribed control, anticipation and detection of signs and risk factors at an individual level as a suicide prevention strategy. In addition, the manuals call on families, friends, teachers and other people in the social circle to be agents of prevention, making them responsible. In this reconstruction exercise, we also looked at the current conceptions of suicide bereavement, which showed us how bereavement has been pathologized in contemporary times, and this bereavement for this type of death is seen as a process with peculiarities and difficult to measure. The second stage was to look at the experiences of bereavement in semi-structured interviews with five survivors. The interviews showed how their experiences have been marked by the idea that this death can be avoided, based on the belief in prevention and the illusion of control, and when faced with the death of a loved one, they feel they have failed, they feel guilty. In a third stage, based on the analysis of the interviews, we tried to develop a way of understanding the survivors' bereavement in line with their experiences of guilt and longing. Based on the analysis of this study, we realized the importance of thinking about suicide prevention in a different way, one which is not based on control and guardianship of the life of the person considering voluntary death, in other words, a prevention proposal which is committed to the issue of survivors.

Keywords: Suicide prevention. Public policies. Survivors. Bereavement. Phenomenology-hermeneutics.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
1	PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS E METODOLÓGICOS	14
1.1	O método fenomenológico hermenêutico	14
1.2	O atual horizonte de sentido e suas determinações epocais	17
1.3	O <i>metà-hodós</i> desta pesquisa	19
1.3.1	Reconstrução fenomenológica.....	20
1.3.2	Destruição fenomenológica	21
1.3.2.1	Coleta de dados e participantes	22
1.3.3	Construção fenomenológica	23
2	UMA RECONSTRUÇÃO FENOMENOLÓGICA DAS POSTULAÇÕES A CERCA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E O LUTO DOS SOBREVIVENTES	25
2.1	Políticas públicas de prevenção ao suicídio: uma revisão narrativa das cartilhas nacionais	26
2.1.1.	As estratégias de prevenção do suicídio	30
2.1.2	A antecipação e evitação através dos fatores de risco sinais	41
2.1.3	Como os sobreviventes e o entorno são abordados nas estratégias de prevenção.....	49
2.1.4	Considerações sobre a lógica da prevenção e as estratégias postuladas.....	56
2.2	O luto dos sobreviventes: um processo com especificidades e difícil mensuração	60
2.2.1	A culpa e o fracasso por não evitar o inevitável	68
3	A EXPERIÊNCIA DE LUTO DOS SOBREVIVENTES	73
3.1	Descrição dos vetores internos ao fenômeno	74
3.2	Análise das unidades de significado	109
3.3	Estrutura geral da experiência	120
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	132

INTRODUÇÃO

O fenômeno da morte voluntária é indissociável da história da humanidade. Apesar disso, é na modernidade que ele é posicionado como um problema de saúde pública. Com o avanço da ciência e medicina moderna, o fenômeno ganha o título de “suicídio” entre os séculos XVII e XVIII (CFP, 2013; Lessa, 2018), e passa a ser apropriado pelo discurso científico, que o compreende não mais como um problema moral, mas sim, como uma questão biopsicossocial, tendo em vista a complexidade do fenômeno (Sbeghen, 2015; Rocha & Lima, 2019). Ao ser apropriado pelo discurso médico, o suicídio adquiriu o status de patologia e foi inscrito no campo dos chamados transtornos mentais, assim como a depressão, bipolaridade, entre outros (Oliveira & Machado, 2018). Compreender este tipo de morte como uma doença, uma patologia, estabelece, portanto, um modo de lidar com ela que segue a lógica da prevenção de outras doenças.

A morte por suicídio tem se tornado um problema de saúde pública nas últimas décadas, isto porque, estima-se que todos os anos mais de um milhão de pessoas tiram a própria vida no mundo (WHO, 2019). O suicídio consumado, ou até mesmo a tentativa, gera um impacto na vida da família e nas demais relações sociais e de trabalho da pessoa que pensa ou decidiu pôr fim à própria vida, portanto, é estimado que para cada tentativa ou morte por suicídio aproximadamente seis pessoas são impactadas, e estes são chamados de sobreviventes (CFP, 2013). Na presente pesquisa, o termo sobreviventes é utilizado para se referir aos familiares, amigos, vizinhos, colegas de turma ou de trabalho daquele que tirou a própria vida.

Tendo em vista o atual cenário, a Organização Mundial da Saúde propõe intervenções de combate ao suicídio, sendo uma delas o apoio à todas as pessoas afetadas (WHO, 2022). Além disso, a OMS ressalta a importância da atuação de psicólogos(os) na assistência aos sobreviventes enlutados e aponta que muitas famílias precisam desse suporte para trabalhar a culpa, a agressividade e a vergonha (WHO, 2008).

O luto por suicídio é compreendido como um processo que abarca diversas dimensões, pois a ação daquele que escolheu pela morte voluntária gera impacto na vida dos demais ao seu redor e pode provocar nos enlutados sobreviventes sentimentos como culpa, vergonha, choque, autoacusação, raiva, busca por lembranças, rejeição, falta de sentido, necessidade de explicações, isolamento social e dificuldade de retomada das atividades laborais (Fukumitsu & Kovács, 2016). Outra dimensão presente e que parece dificultar o processo de luto dos sobreviventes é o ato deliberativo de tirar a própria vida, que é um fator que diferencia esta

morte dos outros tipos de morte para os enlutados (Cândido, 2011). Saber que a morte foi o resultado de uma escolha parece lançar um desafio maior aos sobreviventes, torna mais difícil para os enlutados compreender e aceitar a morte de um ente querido cujo algoz foi ele(a) mesmo(a).

O luto por esta morte de difícil aceitação, que impacta e provoca sentimentos como a culpa, autoacusação e vergonha é um tema que ganha ainda mais relevância ao nos depararmos – em nossas pesquisas anteriores sobre a temática do luto dos sobreviventes¹ – com as reflexões de Terezinha Maximo, uma mãe sobrevivente, cujo relato e história impulsionam a presente pesquisa a definir o tema e objetivos de estudo.

Terezinha Maximo se tornou uma mãe sobrevivente em 2017, quando sua filha Marina de 19 anos pôs fim à própria vida. Desde então, Terezinha tem se dedicado a compartilhar sua experiência com outros sobreviventes, através de entrevistas a jornais, ou publicações de suas reflexões em seu blog intitulado *no m'oblidis*. Em uma destas publicações em seu blog, intitulada *Suicídio, prevenção e as incoerências* (Maximo, 2020), Terezinha faz esta pertinente reflexão sobre os discursos médicos de prevenção ao suicídio que são postulados em campanhas como Setembro Amarelo², discurso esse que parece prometer evitar, quase em absoluto, este tipo de morte.

Desde Março de 2017, o assunto suicídio tomou conta da minha vida e estudo o tema, e nestes anos participo de alguns projetos voltados a prevenção e a posvenção do suicídio, mas eu tenho observado algumas incoerências, principalmente na prevenção. A começar pela seguinte frase: **90% dos Suicídios poderiam ser evitados** [grifo da autora], que tornou-se praticamente um slogan e ela é usada em todos os meios de comunicação quando o assunto é prevenção do suicídio e na Campanha do Setembro Amarelo é dito à exaustão.

Mas raramente é explicado o motivo desta afirmação e para quem perdeu alguém vítima do suicídio, ouvir essa frase causa um tremendo desconforto. Desconforto, culpa e fracasso, pois se suicídios são fenômenos complexos, resultantes de um processo e são multifatoriais, ou seja, não dá para definir uma única causa ao fato mas que poderia ser evitado 90% dos casos, **então o que está sendo feito de errado?** [grifo da autora] (Maximo, 2020, n.p)

Neste excerto Terezinha denuncia como este discurso de prevenção ao suicídio lhe causa desconforto, culpa e o sentimento de fracasso; além disso, esta mãe aponta as incoerências de se pensar o suicídio como sendo uma morte evitável, e que por ser uma patologia, pode ser prevenida mediante a diagnósticos, tal como as demais patologias. Deste modo, as histórias

¹ O projeto de iniciação científica *A Clínica Psicológica em Situações de Suicídio: Atuação do Psicólogo Junto a Pais Enlutados*, orientado pela professora Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo, no qual nos dedicamos por dois anos a estudar a temática do luto por suicídio e a experiência do luto vivida pelos pais sobreviventes.

² Campanha anual de prevenção ao suicídio que visa conscientizar a população e desestigmatizar a temática. Fonte: <https://www.setembroamarelo.com/>

personais dos sobreviventes se tornam, portanto, uma exceção, uma minoria estatística que fracassou em prevenir esta morte.

Indignada com as afirmações sobre prevenção comumente disseminadas, Terezinha afirma ter ido pesquisar mais sobre o assunto. Segundo Maximo (2020), o dado que informa que 90% dos casos de suicídio são evitáveis foram retirados de uma pesquisa realizada em 1999 sobre Métodos de Prevenção de Suicídio em Adolescentes publicada no *Journal of Clinical Psychiatry*. De acordo com os resultados encontrados por Maximo (2020), a pesquisa consistia em analisar traços e comportamentos de pessoas que haviam cometido suicídio, esses dados foram colhidos através de entrevistas com parentes após o suicídio ter ocorrido, sendo assim, os dados foram determinantes para se chegar à conclusão de que 90% dos casos tinham algum transtorno mental, deste modo, se os transtornos mentais fossem tratados os suicídios não ocorreriam. Terezinha comenta:

(...) Fiquei pensativa, pois se o suicídio era devido ao transtorno não diagnosticado e se a minha filha, assim como vários outros casos, tinha um diagnóstico e estavam em tratamento, entendi que os nossos casos saíram fora da curva, mas mesmo assim não me conformei. (Maximo, 2020, n.p)

Após compreender de onde esta máxima da prevenção ao suicídio surge, Terezinha relata que ainda assim se incomodou ao escutá-la mais vezes em eventos sobre prevenção: “para quem não sabe nada, escutar a frase, parece ser muito fácil a prevenção” (Maximo, 2020, n.p). Desta forma, esta mãe buscou realizar um levantamento de dados junto aos demais sobreviventes de sua rede de apoio aos enlutados por um suicídio para tentar verificar se a afirmação da inevitabilidade do suicídio em 90% mediante a um diagnóstico de doença mental se sustentava. Em sua amostra de 44 sobreviventes enlutados, 75% dos participantes sinalizaram que seus entes queridos que tiraram a própria vida tinham um diagnóstico e realizavam acompanhamento; apenas 25% afirmaram que não possuíam diagnóstico (Maximo, 2020). Destes 75% diagnosticados, 66,7% tinham o diagnóstico de depressão, os outros 33,3% foram diagnosticados com outros transtornos. Do total de diagnosticados com algum transtorno, 57,6% faziam tratamento com medicação prescrita por psiquiatras e tinham acompanhamento psicológico, outros 33,3% utilizavam apenas medicamentos prescritos e apenas 9,1% faziam apenas terapia, somando-se 90,9% de sua amostra de pessoas diagnosticadas que faziam tratamento medicamentoso prescrito (Maximo, 2020).

Mas se os especialistas dizem que os suicídios poderiam ser evitados em 90% dos casos pois esses casos eram de pessoas com transtornos sem tratamento, como justificar então que em um grupo **75% tinham diagnóstico e estavam sendo tratados e que mesmo assim morreram?** [grifo da autora] (Maximo, 2020, n.p)

Esta reflexão tão impactante de Terezinha nos denuncia como estas postulações de prevenção ao suicídio que prometem ter êxito em evitar este tipo de morte lhe atravessa em sua experiência de luto, pois ao escutar estes discursos ela se sente fracassada por não ter conseguido evitar a morte de sua filha Marina. Ademais, o incômodo com as postulações de prevenção lhe mobiliza tanto que Terezinha busca apreender esse ideal de prevenção em dados, o que não consegue fazer. Do contrário, em sua breve pesquisa Terezinha nos mostra como que as vidas mensuradas dentro dos 10% de mortes não evitáveis representam um número alto para exceções à regra. E diante dos sentimentos provocados por esta máxima da prevenção que faz de sua experiência uma exceção, Terezinha se questiona se o fracasso então não é seu.

Em uma entrevista à Revista Época, oito meses depois da morte de Marina, Terezinha se questiona: “Por que confiei que ela estava bem? Por que não percebi?” (Tavares, 2018). Terezinha também relembra os comentários direcionados a ela após a morte da filha: “Você não viu? Foi assim do nada? Ué, se ela tava com depressão, por que vocês não cuidaram?” (Tavares, 2018). Em outra oportunidade, Terezinha relata ao G1: “As pessoas julgam. Dizem que a mãe não cuidou, não deu amor, não percebeu. (...) A Marina deu sinais, mas eu não sabia que aquilo era sinal, só fui saber depois, porque não tinha a informação” (G1, 2018).

Ao se sentir culpada, fracassada e tomar para si a responsabilidade pela morte de sua filha, Terezinha nos desvela pistas de como a prevenção que promete evitar este tipo de morte tem se dirigido aos familiares e pessoas próximas daquele(a) que pensa ou tentou o suicídio. Isso porque, além de postular o diagnóstico de transtornos mentais como fator de inevitabilidade, os discursos de prevenção também têm propagado a ideia de que existem sinais que alguém que pensa em tirar a própria vida, supostamente, dá e devem ser observados para evitar este tipo de morte.

De acordo com algumas cartilhas recentes da política nacional de prevenção ao suicídio, muitas pessoas que tiraram a própria vida deram sinais verbais ou não verbais de suas intenções para familiares e amigos (Brasil, 2019b), deste modo, é preciso ficar atento às frases de alerta como “tenho vontade de dormir e não acordar mais; estou cansado e sem razão de viver; sou um fracasso” (Brasil, 2020, p.11), entre outras, assim como os sinais: “de isolamento da família e amigos; atitudes perigosas como dirigir perigosamente; publicações negativas em redes sociais; ausência ou abandono de planos futuros; queixas de sintomas de angústia, falta de prazer ou sentido de vida” (Brasil, 2020, p.12). Esses alertas são dirigidos, especificamente, aos familiares, amigos e pessoas próximas de alguém que pensa ou já tentou cometer suicídio.

Ao nos aproximarmos da experiência de Terezinha e suas reflexões vislumbramos como o discurso das campanhas e políticas de prevenção impactam seu luto e lhe causam culpa e

fracasso, e ainda, como essa lógica tutelar da prevenção também perpassa o senso comum, uma vez que ela afirma ter sido interrogada se não viu os sinais, se não cuidou de Marina. Tal constatação delimita o objetivo principal da presente pesquisa: investigar como as políticas públicas de prevenção ao suicídio impactam a experiência de luto dos sobreviventes.

As políticas públicas de prevenção ao suicídio são ações que visam implementar a prevenção deste tipo de morte a nível nacional, sendo a elaboração de cartilhas e boletins de prevenção um exemplo destas. Portanto, para alcançarmos pistas sobre a questão central da presente pesquisa e viabilizar uma análise minuciosa, estabelecemos um recorte dentro das diversas ações que podem configurar as políticas públicas de prevenção ao suicídio, e restringimos nossa análise as postulações feitas pelas cartilhas de prevenção ao suicídio. Assim, desdobram-se os objetivos secundários deste estudo: a) analisar, a partir de uma revisão narrativa da literatura, os trechos das cartilhas de prevenção produzidas pelas políticas públicas em que encontramos postulações de vigilância daqueles que pensam em suicídio, sendo esta uma responsabilidade dos que se encontram próximos; b) investigar, junto a sobreviventes, os efeitos das prevenções tutelares em suas experiências de luto; c) pensar um acolhimento aos sobreviventes afinado à dor dos enlutados.

Para atingir estes objetivos, a presente pesquisa se alicerça nos fundamentos filosóficos e metodológicos da fenomenologia-hermenêutica, por se tratar de uma investigação que objetiva analisar experiências singulares, ao mesmo tempo que busca compreender as determinações de sentido de nosso atual horizonte histórico que sustentam e propagam tais postulações de prevenção ao suicídio.

O primeiro capítulo deste trabalho se dedica a elucidar os pressupostos filosóficos e metodológicos que norteiam cada etapa da pesquisa. Para esta pesquisa qualitativa, tomamos como inspiração o método fenomenológico investigativo pensado por Feijoo (2021) que se divide em três momentos e, conseqüentemente, em capítulos.

O segundo capítulo é dedicado a realização de uma reconstrução fenomenológica por meio de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de retomar as atuais postulações de prevenção feitas pelas políticas públicas, assim como uma reconstrução das concepções vigentes sobre o luto dos sobreviventes. A partir desta retomada, conseguiremos nos aproximar do modo como a prevenção tem sido postulada e como esta se dirige aos sobreviventes enlutados, somente assim, poderemos suspender fenomenologicamente as verdades estabelecidas sobre a prevenção e o luto dos sobreviventes e poderemos nos aproximar das experiências dos enlutados.

No terceiro capítulo realizaremos a destruição fenomenológica das verdades estabelecidas sobre as experiências de luto, e para isso realizamos entrevistas com sobreviventes enlutados por uma morte por suicídio. A destruição visa romper com as verdades universais estabelecidas e para isso analisamos atentamente as unidades de significado encontradas nos relatos. A etapa de construção fenomenológica também acontece no terceiro capítulo, a partir da análise da estrutura geral da experiência, buscamos um outro modo de compreensão do luto por suicídio, afinado à experiência dos sobreviventes.

Neste exercício de análise e reflexão, para além do estudo do material científico e dos relatos de experiências dos sobreviventes, também recorreremos à literatura – poemas, livros e reflexões filosóficas – como instrumento que nos possibilita nos aproximarmos ainda mais das experiências e do sensível que se desvelam através das mesmas. A literatura também nos ajuda a pensarmos sobre a questão dos sobreviventes, como a culpa, a saudade e a vontade de poder ter evitado este tipo de morte pode ser compreendida de uma forma mais compreensiva com suas experiências. Afinal, o que Terezinha também denuncia é que não se sente acolhida e se sente incompreendida em sua dor pelas atuais políticas de prevenção ao suicídio.

1 PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS E METODOLÓGICOS

A presente pesquisa propõe uma investigação sobre os impactos das atuais políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto de sobreviventes por suicídio. A temática do suicídio e do luto por suicídio se apresentam como temas centrais e, por se tratar da análise de experiências singulares, recorreremos ao referencial filosófico da fenomenologia-hermenêutica. É pertinente para este estudo uma perspectiva metodológica que considere os sentidos desvelados nas experiências singulares, bem como realize uma análise dos sentidos historicamente constituídos para com os objetos desta investigação. Por tanto, o pensamento e método fenomenológico hermenêutico se apresentam como um caminho do pensamento, uma trilha, um método, a guiar-nos nesta investigação.

Este capítulo tem como objetivo explicitar o referencial filosófico e metodológico escolhido, assim como elucidar o trajeto que percorremos ao longo desta caminhada que busca alcançar as experiências dos sobreviventes enlutados por suicídio. Para isso, nos debruçamos sobre a teoria e metodologia fenomenológica-hermenêutica e seus conceitos. Ademais, descreveremos a metodologia prática desta pesquisa, os momentos metodológicos necessários e pertinentes para esta trajetória.

1.1 O método fenomenológico hermenêutico

A fenomenologia é uma das diversas vertentes teóricas da Psicologia como área do conhecimento e surge como uma crítica ao conhecimento vigente e a psicologia positivista, objetiva e experimental que acabava por ignorar a subjetividade em sua busca por um conhecimento absoluto, universalizante (Holanda, 1997). A presente abordagem teórica tem grande proximidade com a filosofia, portanto, a psicologia acaba recorrendo à fenomenologia como filosofia e método (Feijoo, 2021).

A fenomenologia enquanto método é idealizada pela filósofo Edmund Husserl, e encontra-se presente nos trabalhos dos demais filósofos da existência, como Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, e Jean Paul Sartre (Feijoo & Mattar, 2014). O método fenomenológico idealizado por Husserl possibilita uma investigação que conduz à estrutura, à dinâmica do fenômeno, isso a partir do fluxo da vida que acontece em sua cotidianidade (Feijoo & Mattar, 2014). O que propicia o surgimento da fenomenologia de Husserl é a dúvida da crença de que se pode encontrar a verdade universal por meio de uma investigação realista e idealista (Feijoo

& Mattar, 2014). Deste modo, o filósofo constrói um método investigativo que se atém ao fenômeno, a como ele se apresenta no fluxo da vida em sua experiência singular.

O método interrogativo do fenômeno de Edmund Husserl tem como máxima o intuito de ir às coisas mesmas quando se pretende investigar um fenômeno (Feijoo & Mattar, 2014). Para isso, propõe três momentos constitutivos: a redução fenomenológica; a descrição dos vetores internos ao fenômeno; e a explicitação das experiências (Feijoo & Mattar, 2014; Feijoo, 2023).

Ao longo da sua trajetória de pensamento e construção do método fenomenológico, Husserl passa a pensar na primeira etapa não somente como uma redução, mas sim uma suspensão, um movimento de “total e radical abandono de todos os pressupostos ditos hipostasiantes, passando para o acompanhamento da experiência intencional dos objetos que se abre a partir daí” (Feijoo & Goto, 2016, pp.3-4). Portanto, o primeiro passo de seu método investigativo é adotar uma atitude fenomenológica e suspender (*epoché*) em uma postura antinatural, colocando de lado, entre parênteses, os juízos, teorias, pré-conceitos e filosofias sobre determinado fenômeno, para que seja possível acessá-lo em sua integridade (Borba & Souza, 2014; Feijoo & Mattar, 2014). A *epoché* consiste na suspensão de todo posicionamento ontológico-epistemológico sobre o que se pretende investigar, sobre determinado fenômeno (Feijoo & Goto, 2016).

É somente depois de assumir esta postura antinatural, e adotarmos esta atitude fenomenológica frente ao fenômeno, que os outros momentos do método investigativo Husserliano ocorrem. Deste modo, a descrição dos vetores internos ao fenômeno acontece sob o acompanhamento do investigador ao analisar a constituição do fenômeno (Feijoo & Mattar, 2014). Segundo Feijoo (2018a), o acompanhamento destes vetores internos é importante pois evidenciam o movimento do fenômeno, e permitem ao investigador alcançar a dinâmica e estrutura do próprio fenômeno. Por fim, a explicitação da experiência acontece na descrição das vivências, onde o investigador descreve o fenômeno em seu campo de mostraçã e explicita os sentidos e significados que aparecem na própria experiência (Feijoo & Goto, 2016).

A investigação fenomenológica, portanto, preza pelo abandono de concepções e naturalizações prévias sobre o fenômeno investigado, para além, se debruça sobre a descrição da dinâmica e dos sentidos que aparecem com o fenômeno em seu campo de mostraçã. Deste modo, ao suspender as hipostasias, a investigação propicia uma disposição e abertura ao fenômeno em seu mostrar-se originário, em sua manifestação dentro do horizonte de sentido hermenêutico. De acordo com Feijoo (2018a), a hermenêutica apresenta uma compreensão, uma posição prévia sobre os fenômenos; sendo esta compreensão relacionada ao exercício da

vida social. A autora intitula de “circularidade hermenêutica” (p.331) e explicita: “Todo e qualquer modo de lidar com as coisas que nos vêm ao encontro já está previamente estabelecido pelo horizonte histórico de determinação de sentidos e significações” (Feijoo, 2018a, p. 331). A hermenêutica é um elemento que se destaca no método investigativo utilizado por Heidegger e se mostra presente em suas obras (Feijoo, 2018a, 2023).

O método fenomenológico hermenêutico pode ser compreendido pela junção dos passos primordiais em uma investigação para Husserl, com o elemento fundamental do pensamento de Heidegger. Tendo isso em vista, a fenomenologia e a hermenêutica se mostram como método, como um caminho possível de investigação uma vez que a atitude fenomenológica - *epoché*, nos permite ir ao fenômeno em seu mostrar-se, e considerando a hermenêutica, busca-se encontrar o modo de articulação existencial do fenômeno, ou seja, os sentidos que se constituem no horizonte histórico, a partir do espírito de sua época (Feijoo, 2018a).

Ao considerar a relevância de se compreender os sentidos historicamente constituídos para alcançar os sentidos e a articulação existencial do fenômeno, o método fenomenológico hermenêutico aponta para a facticidade entre a existência e o mundo onde esta se dá. Martin Heidegger (1927/2015) aponta que a facticidade é o contexto previamente colocado ao que o ser irá ser lançado, onde os vínculos e influências já estão postos. Este lugar onde o ser é lançado é o mundo. Deste modo, o ser e o mundo são coemergentes e estão intrinsecamente conectados, são mutuamente constitutivos. Isso evidencia que o modo como a existência se dá é temporal, porque envolve os sentidos, ideias de projeto que já compõem o campo existencial (Feijoo, 2018a).

A partir do conceito de facticidade do homem com o mundo, o método investigativo do fenômeno compreende que o objeto da investigação é dotado de sentidos, objetivos e determinações (espaço-tempo) que são dados nele mesmo (Feijoo & Goto, 2016). Sendo assim, não podemos analisar o fenômeno desvelado pelo ser ou mundo de forma separada, temos sempre que considerar a sua cooriginalidade, o que torna impossível ignorar o horizonte fático de sentido no qual ser e mundo estão inseridos. Desta forma, “toda compreensão dos fenômenos humanos insere-se em uma compreensão histórica.” (Feijoo & Dhein, 2014, p. 170). A hermenêutica, portanto, torna relevante para a investigação conhecer como cada momento histórico constitui o sentido do fenômeno que se investiga. Assim, o elemento hermenêutico permite que alcancemos a compreensão do *Dasein* em seu ser e o próprio fenômeno em seu mostrar-se originário (Feijoo, 2018a).

Feijoo (2018a) refere-se ao método fenomenológico hermenêutico como uma possibilidade de *metà-hodós*, e afirma que, por este ser um caminho que busca o sentido

original, tanto do ser quanto do fenômeno, é, portanto, um caminho mais original em si mesmo, pois comporta o fazer, investigar e descobrir o sentido do que se investiga. A autora retorna à concepção dos gregos antigos de *metà-hodós*, como um modo de fazer que não se distancia entre a atitude teórica e a prática, representando assim, uma unidade indissociável entre o modo de fazer e o próprio fazer (Feijoo, 2018a).

O *metà-hodós* enquanto método busca o sentido do fenômeno que se investiga, compreendendo que este sentido aparece a partir de dois movimentos que acontecem ao mesmo tempo: o mostrar-se e o retrair-se, o velar e o desvelar. Neste sentido, retoma o pensamento e modo de investigar heideggeriano que aplica o método fenomenológico a este modelo binário entre o velamento e desvelamento (Feijoo, 2018a). Para Heidegger, as investigações filosóficas aconteciam a fim de promover o velamento do ser e, conseqüentemente, o esquecimento de seu sentido. Por isso, o filósofo buscava em sua investigação encontrar, desvelar, o ser que estava velado através do pensamento meditativo (Feijoo, 2018a).

Neste caminho, onde a teoria e a prática são indissociáveis, o que se busca encontrar é o sentido mais originário, portanto, busca-se o desvelamento do sentido do fenômeno, tal como o desvelamento do ser. O caminho e o caminhar estão junto ao fenômeno, o que propicia compreender o que o fenômeno tem a mostrar em seu desvelar (Feijoo, 2018a). A fenomenologia-hermenêutica, ou *metà-hodós*, como proposto por Feijoo (2018a) propõe um método de investigação que se coloca no horizonte onde o fenômeno acontece, sem nenhuma mediação entre o investigador e o fenômeno que busca investigar.

1.2 O atual horizonte de sentido e suas determinações epocais

O conceito de cooriginalidade do ser e o mundo evidencia em si o elemento e contexto histórico, epocal, e social no qual o ser está inserido. O *Dasein* que é aí no mundo, se dá a partir das condições próprias deste contexto, sendo uma apreensão singular das condições de possibilidade circunscrita pelo horizonte histórico (Feijoo & Dhein, 2014). Assim, só é possível compreender os fenômenos da existência a partir do horizonte de sentido no qual o fenômeno está posto.

É buscando descrever e compreender as condições de possibilidade que circunscvem a existência do *Dasein* em um horizonte histórico moderno que Heidegger traz a reflexão sobre a técnica em seu ensaio intitulado *A questão da técnica* (1954/2012). O filósofo aponta para o predomínio de um tipo de pensamento e modo de relação para com as coisas que se funda com o advento da revolução científica do século XVII, e que se torna um modo que vige e vigora de

forma dominante obscurecendo outras possibilidades (Feijoo & Dhein, 2014). A técnica em um primeiro momento parece ser apenas um meio para um fim, é um instrumento, máquina e aparelhagem, é algo a ser dominado pelo ser humano a fim de dominar, manipular, controlar outras esferas, porém esta não se reduz a um mero fazer do ser humano (Heidegger, 2012). Para o filósofo, a funcionalidade e determinação da técnica diferem da sua essência, e é nesta que encontramos o desvelar, o desencobrimento da verdade, do modo de relação que compõe o mundo.

Heidegger (2012) explicita que no horizonte histórico moderno e pós-moderno a composição - *Gestell* é o modo que vige e vigora a exploração, que é apelativa ao homem e que o faz tomar o que se encontra disponível como recurso. A palavra *Gestell*, que pode ser compreendida como composição, armação, busca exprimir o modo pelo qual a realidade se desvela como subsistência (Feijoo, 2004). Em seu desencobrimento, a essência da técnica moderna desvela seu modo de relação para com a natureza, que é o modo do controle e exploração, é o desafio, de dispor como recurso a ser extraído, transformado, processado, estocado, distribuído (Heidegger, 2012).

O modo de relação que compõe o mundo é, portanto, o do controle dos recursos a disposição por meio do sistema operativo e calculável (Heidegger, 2012). É um modo de relação que compreende não somente a natureza como recurso, mas o próprio homem como disponível. Isso resulta na percepção de que tanto a natureza como o próprio homem são recursos a serem controlados e manipulados, uma vez que estão à disposição. Heidegger (2012) aponta que, imerso na percepção de que tudo só acontece mediante a sua vontade e controle, que tudo é um feito seu, o homem perdeu-se de si mesmo e abandonou sua essência de homem livre.

A condição de possibilidade deste horizonte histórico explicita a lógica que compreende a natureza e o próprio ser humano como recurso, e institui ao homem moderno a ideia de que tudo lhe é passível de controle, que tudo estará em segurança e seguirá uma direção previamente determinada (Feijoo, 2004). Heidegger (1959/2000) aponta para o predomínio deste modo de pensar a partir da técnica, que é o pensamento que calcula, que toma tudo como passível de antecipação, como previsível, passível de controle, universal. A partir disso, é possível, então, antecipar resultados, calcular possibilidades, prevenir acontecimentos indesejáveis. Em seu esquecimento e afastamento de si, o homem é tomado como subsistência, como recurso e tem, portanto, o controle do próprio homem, do seu eu, podendo então aprimorá-lo, prever comportamentos e prevenir doenças físicas e psíquicas.

Refletir sobre as determinações epocais que circunscrevem as condições de possibilidade do *Dasein* em um mundo moderno e pós-moderno nos desvela o modo que o ser

humano se relaciona com a natureza e consigo como recurso a ser controlado e explorado. Esta constatação é relevante para o presente trabalho pois é a partir dela que podemos compreender os fenômenos que ocorrem dentro deste horizonte, que vigora a partir do controle, tal como o fenômeno do suicídio. Ao compreender que a técnica determina a relação do homem com aquilo que existe (Heidegger, 2000) podemos alcançar os impactos e reverberações deste modo de pensar que calcula em nosso cotidiano e nas tentativas de antecipação e prevenção de fenômenos como o suicídio.

A partir do recorte desta pesquisa e a temática do suicídio, podemos refletir as atuais determinações epocais que atravessam o nosso modo de lidar com o fenômeno. O pensamento que calcula perpassa a produção de estudos e discursos científicos sobre o suicídio na atualidade. Ao se debruçar sobre o tema Feijoo (2018b) evidencia que o fenômeno do suicídio está posto a partir da lógica causal, sendo comum a percepção e postulação de causas que podem ser previstas e evitadas, impedindo assim, a morte por suicídio.

É fundamentada na ideia de que os fenômenos podem ser compreendidos a partir do contexto fático de seu horizonte histórico que a presente pesquisa busca desvelar os possíveis impactos das atuais políticas públicas de prevenção ao suicídio na experiência de luto dos sobreviventes por suicídio. Ao nos debruçarmos sobre a técnica e o pensamento que calcula, desvelamos as determinações epocais que compõem (*Gestell*) a lógica da prevenção ao suicídio, para, então, pensarmos como este modo de relação pode impactar os sobreviventes enlutados por uma morte que não foi evitada.

1.3 O *metà-hodós* desta pesquisa

Ao nos apropriarmos deste caminho de investigação mais originário, que não se distancia da atitude teórica e a prática, onde o tema a ser questionado caminha junto ao próprio questionar, busca-se não somente um método, mas um modo de se aproximar do fenômeno em seu mostrar-se. Um modo de caminhar que esteja aberto ao que pode vir a desvelar-se neste caminhar. Para isso, nos inspiramos no método fenomenológico investigativo tal como o pensado por Feijoo (2021) que une as propostas metodológicas pensadas por Husserl e Heidegger. Para a autora, é possível unir os três momentos constitutivos da investigação pensados por Husserl – a redução e suspensão fenomenológica, o acompanhamento dos vetores internos ao fenômeno e a descrição e explicitação da experiência – junto às três etapas presentes na análise hermenêutica em Heidegger: a reconstrução fenomenológica, a destruição fenomenológica, e a construção fenomenológica (Feijoo, 2021, 2023).

O método fenomenológico investigativo de Feijoo (2021) inspira-se em Heidegger para nomear suas três etapas: reconstrução, destruição e construção fenomenológica. A presente pesquisa qualitativa, portanto, também se divide e seguirá os preceitos das três etapas metodológicas.

1.3.1 Reconstrução fenomenológica

Neste primeiro momento da investigação é imprescindível a suspensão fenomenológica, ou seja, a atitude antinatural que abandona as noções vigentes e a perspectiva moral daquele horizonte histórico. Feijoo (2021, 2023) ressalta que devemos suspender o julgamento e moralização sobre o fenômeno, assim como afastar-se dos preceitos diagnósticos do comportamento. Diante da dificuldade em suspender modos de pensar moralizantes que nos atravessam, uma vez que estamos inseridos neste horizonte e suas determinações, devemos recorrer ao movimento da suspensão (*epoché*), o dar um passo atrás, assim como refletir sobre as determinações do mundo sobre o fenômeno a ser investigado (Feijoo, 2021). Para isso é preciso reconstruir quais são essas noções moralizantes presentes em nosso horizonte epocal, assim, a autora propõe o levantamento dos modos vigentes de relação para com o fenômeno a ser investigado através de uma revisão narrativa da literatura.

A revisão narrativa da literatura é um movimento de reconstrução e retomada do que a ciência ou o senso comum estabelece como verdade sobre o fenômeno a ser investigado (Feijoo, 2021, 2023). Portanto, a presente pesquisa realizará nesta etapa uma reconstrução fenomenológica das atuais políticas públicas de prevenção ao suicídio e das noções vigentes sobre o luto dos sobreviventes por suicídio. Nesta oportunidade, realizaremos um levantamento a partir de uma revisão narrativa da literatura para compreender quais são as verdades estabelecidas sobre a prevenção do suicídio nos manuais, e, as postulações vigentes sobre o luto dos sobreviventes.

No segundo capítulo deste trabalho, realizamos essa reconstrução em dois momentos. No primeiro momento, a partir de um recorte de uma das expressões das políticas públicas, temos uma revisão narrativa das cartilhas nacionais de prevenção ao suicídio, reconstruindo, assim, o modo como a prevenção ao suicídio tem sido postulada e de que modo suas estratégias se dirigem aos sobreviventes enlutados. Em um segundo momento tecemos um panorama sobre a percepção vigente do luto dos sobreviventes, buscamos, assim, uma compreensão hermenêutica dos sentidos atribuídos na atualidade às experiências de luto daqueles que perderam alguém para a morte por suicídio.

Essa etapa do método e da presente pesquisa é relevante, pois é através deste levantamento que podemos reconstruir as noções vigentes em nosso horizonte histórico de sentido sobre a prevenção ao suicídio e a experiência de luto dos sobreviventes, e que podemos alcançar hermeneuticamente o modo como essas construções correspondem a solicitações presentes em nosso horizonte histórico (Feijoo, 2021). E, somente a partir desta reconstrução, poderemos suspender fenomenologicamente as verdades estabelecidas, para então desnaturalizar, dar um passo atrás em relação a esse modo de pensar que pode obscurecer outras possibilidades de sentido e, assim, conseguirmos nos aproximar do que as experiências podem nos desvelar.

1.3.2 Destruição fenomenológica

Neste segundo momento do método investigativo de Feijoo (2021) buscamos destruir fenomenologicamente com as verdades universais, com as postulações que cristalizam sentidos ao fenômeno objeto desta investigação, que é a experiência de luto dos sobreviventes. Segundo Feijoo (2021, 2023), neste momento deve-se acompanhar os vetores internos ao fenômeno a partir de uma descrição das diferentes perspectivas em que o fenômeno aparece. No acompanhamento dos vetores internos mobilizadores do fenômeno é que poderemos alcançar a dinâmica e estrutura do fenômeno (Feijoo, 2018a). Este acompanhamento fenomenológico se dá na experiência concreta, permitindo, assim, que a própria experiência desvele o que tem a dizer (Feijoo, 2018a).

Para os fins da presente pesquisa, a destruição fenomenológica visa romper com as verdades estabelecidas sobre a prevenção ao suicídio e a experiência do luto por suicídio encontradas na revisão narrativa da etapa anterior. A partir dos resultados da primeira etapa podemos, então, suspender fenomenologicamente estas verdades estabelecidas, para assim acessar e compreender outros sentidos em jogo na experiência do fenômeno. Portanto, nesta etapa da presente pesquisa, em um terceiro capítulo iremos deixar que a experiência se desvele, para isso realizaremos entrevistas com sobreviventes enlutados por suicídio.

O relato das experiências singulares é importante para este trabalho, pois nos ajuda a nos aproximarmos do que o fenômeno tem a desvelar em si, como, também, nos ajuda a compreender, de fato, a denúncia feita por Maximo (2020) mostra-se em outras experiências: se as vivências de luto dos sobreviventes são impactadas pelas políticas públicas de prevenção ao suicídio. O terceiro capítulo deste estudo, portanto, apresentará uma descrição detalhada dos vetores internos do fenômeno e uma análise das unidades de significado – as expressões

marcantes e mais frequentes – que se desvelam através dos relatos obtidos nas entrevistas (Feijoo, 2021; Feijoo & Noletto, 2022).

1.3.2.1 Coleta de dados e participantes

A presente pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UERJ, de CAAE 69444723.0.0000.5282 correspondente, elegeu uma amostra de 5 participantes a serem entrevistados.

Os critérios de inclusão dos participantes se deram mediante aos seguintes requisitos: 1) ser um sobrevivente enlutado por suicídio – sendo consideradas as pessoas que perderam alguém para a morte por suicídio e se sentiram impactadas de alguma forma pelo acontecido; 2) sobreviventes que estejam vivenciando o luto por uma morte por suicídio acontecida há mais de 6 meses.

Os critérios de exclusão para a presente amostra são: 1) participantes que tenham sofrido esta perda por uma morte por suicídio há menos de 6 meses; 2) participantes com diagnóstico prévio de luto complicado³. O período de 6 meses foi estipulado por ser o tempo delimitado no CID-11 (WHO, 2023) para a diferenciação entre o diagnóstico de luto descomplicado e luto complicado, sendo as respostas ao luto vivenciadas até 6 meses consideradas para o diagnóstico de luto descomplicado, e as respostas ao luto que se estendem por mais de 6 meses consideradas para o diagnóstico de luto complicado.

Os participantes foram selecionados a partir da parceria estabelecida entre a presente pesquisa e o Laboratório de Fenomenologia e Estudos em Psicologia Existencial (LAFEPE) do Instituto de Psicologia da UERJ que realiza um trabalho de pesquisa e atendimento clínico às pessoas sobreviventes enlutadas por um suicídio através de seu projeto de extensão. Deste modo, os participantes – que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão – foram selecionados e convidados a participar da presente pesquisa a partir da lista de pessoas já atendidas pelo LAFEPE nos últimos anos. No total foram contactadas 8 pessoas e apenas 5 aceitaram o convite.

Tendo em vista o compromisso ético da presente pesquisa, os participantes foram informados dos possíveis riscos que a participação na coleta de dados poderia causar, como:

³ Ainda que o presente estudo teça críticas a patologização do luto, por considerar os aspectos éticos que devem nortear uma pesquisa que envolve seres humanos, elegemos o diagnóstico de luto complicado como critério de exclusão de participantes por nos preocuparmos com o bem-estar dos participantes e assumirmos o dever ético de evitar qualquer desconforto ou danos aos participantes.

desconforto e/ou abalo emocional por trazer à lembrança a morte de um ente querido. Desta forma, asseguramos assistência imediata, integral e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa. Do mesmo modo, informamos aos participantes dos possíveis benefícios de proveito indireto de sua participação, tais como: a) falar sobre o suicídio pode surtir efeitos como alívio em poder falar abertamente sobre o assunto (OMS, 2000); b) propicia um espaço de acolhimento clínico ao sobrevivente; c) configura uma atividade de posvenção, atenuando, deste modo, o abalo da perda por suicídio (Flexhaug & Yazganoglu, 2008); d) enquanto atividade de posvenção tem como objetivo dar lugar a externalização e a reflexão acerca dos sentimentos que surgem no luto (Fukumitsu et al., 2015; Fukumitsu & Kovács, 2016).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa que visa analisar experiências singulares de luto por suicídio, elegemos como instrumento de pesquisa a entrevista fenomenológica, instrumento que permite a narração e descrição das vivências (Ranieri & Barreira, 2010). Assim, realizamos uma entrevista semi-estruturada dividida em dois momentos: 1) breve coleta de informações como idade, grau de proximidade com aquele que tirou a própria vida, a causa da morte e o tempo do ocorrido. Essas informações estão disponíveis mais à frente no terceiro capítulo na Figura 1 onde apresentamos os participantes e seus nomes fictícios. 2) A entrevista inicia a partir da pergunta disparadora: *Como foi a sua experiência de luto por alguém que cometeu suicídio?* Para o encerramento da entrevista foram incluídas mais duas perguntas com o objetivo de certificar se os participantes estavam confortáveis e se a experiência do relato tinha lhes acarretado algum desconforto: *Você deseja acrescentar mais alguma coisa ao seu relato? Como foi pra você acessar essas memórias, contar a sua experiência?*

1.3.3 Construção fenomenológica

A terceira e última etapa do método é a construção de um outro modo possível de se relacionar com o fenômeno investigado (Feijoo, 2021). Para a autora, este momento da investigação só é possível após a explicitação da experiência em seus diferentes sentidos, com o acompanhar do desvelamento do fenômeno em seu campo de mostração (Feijoo, 2021, 2023). Nesta pesquisa, esta construção se dá a partir da análise dos relatos descritivos produzidos pela pesquisadora.

Portanto, para os fins do presente trabalho, para que possamos realizar a construção fenomenológica de uma outra compreensão sobre o fenômeno da experiência de luto dos sobreviventes, realizaremos ainda no terceiro e último capítulo uma síntese e análise dos

resultados das entrevistas. A análise dos relatos obtidos em entrevistas ocorrerá tal como proposto por Feijoo (2021) de modo a destacar as unidades de sentido que ali se desvelam. Para isso dividiremos em três momentos: a) uma leitura atenta da transcrição das entrevistas; b) a partir da compreensão geral do discurso, realizar uma análise fenomenológica das expressões que apareceram no decorrer da entrevista para compreender as unidades de significado que se desvelam no relato; c) destacar, por meio de uma análise hermenêutica, os sentidos presentes na experiência relatadas, e atribuir-lhes uma denominação (Feijoo, 2021). É somente a partir desta análise que será possível construir uma compreensão afinada à experiência de luto dos sobreviventes.

2 UMA RECONSTRUÇÃO FENOMENOLÓGICA DAS POSTULAÇÕES A CERCA DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO E O LUTO DOS SOBREVIVENTES

Não conhecemos nossa própria alma, quanto mais a alma dos outros. Os seres humanos não andam de mãos dadas por toda a extensão do caminho. Em cada um existe uma floresta virgem, emaranhada e sem trilhas; um campo nevado onde até as marcas dos pés dos passarinhos sumiram. Aqui nós vamos sozinhos, e achamos até melhor. Contar sempre com solidariedade, estar sempre acompanhado, sempre ser compreendido seria intolerável. Mas com saúde o jovial fingimento deve ser mantido e o esforço renovado – comunicar, civilizar, compartilhar, cultivar o deserto, instruir o nativo, trabalhar juntos de dia e divertir-se à noite. Na doença esse faz de conta acaba

*Virginia Woolf*⁴

O ato de tirar a própria vida tem se mostrado um desafio na contemporaneidade, isso por ser um ato drástico, irreversível (Oliveira & Machado, 2018), e que atinge a todas as idades, sexos e regiões do mundo (WHO, 2019). O suicídio é, então, inscrito no campo dos transtornos mentais, alcançando o status de patologia, sendo assim, é frequentemente associado a sentimentos de vazio, sofrimento, saúde mental, entre outros (Lessa, 2018; Oliveira & Machado, 2018).

O suicídio e a saúde mental parecem intrinsecamente ligados pela produção científica contemporânea, visto que, em uma breve busca pela palavra “suicídio” no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (APA, 2014), encontramos o ato de pôr fim a vida listado como um fator de risco para inúmeros transtornos mentais e diretamente ligado aos transtornos depressivos, principalmente ao transtorno depressivo maior. Em seu estudo, Botti et al. (2018) explicita os transtornos mentais como um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio e afirma que 90% das pessoas que cometeram suicídio apresentam algum transtorno mental; afirmação problematizada por Terezinha (2020) e que nos desvela através de sua experiência que a atual lógica de prevenção ao suicídio acaba por atravessar sua experiência de luto.

Desta forma, para iniciarmos nossa investigação, que tem como objetivo pesquisar os possíveis impactos que as políticas públicas de prevenção ao suicídio têm nas experiências de

⁴ Trecho do ensaio *Sobre estar doente* (2014, p. 137)

luto dos sobreviventes, buscamos realizar neste capítulo uma reconstrução fenomenológica das duas temáticas centrais deste estudo: a) uma retomada das atuais postulações das políticas públicas de prevenção ao suicídio; b) um levantamento das noções vigentes sobre o luto dos sobreviventes por uma morte por suicídio.

Portanto, a presente pesquisa com base no método pensado por Feijoo (2021), busca realizar este levantamento a partir de uma revisão narrativa da literatura dividida em dois momentos: primeiramente, uma revisão narrativa das cartilhas nacionais de prevenção ao suicídio publicadas entre o ano de 2019 e janeiro de 2023, para compreendermos como estas postulações tem sido feitas e como estas tem se dirigido aos sobreviventes enlutados; em seguida, um levantamento das compreensões vigentes acerca do luto dos sobreviventes, em um panorama sobre os sentidos que os estudiosos do tema tem atribuído à essas experiências.

Neste exercício de reconstrução nos interessa alcançar como a prevenção ao suicídio tem se articulado aos sobreviventes, uma vez que Terezinha (Tavares, 2018; G1, 2018; Maximo 2020) denuncia sentir-se responsável e desejar ter visto os sinais e percebido que Marina não estava bem, e por não ter conseguido evitar a morte da filha, se sente fracassada. Também interessa saber como o luto dos sobreviventes tem sido compreendido pela Psicologia, e se esta é uma compreensão afinada à experiência dos que perderam alguém para a morte voluntária.

2.1 Políticas públicas de prevenção ao suicídio: uma revisão narrativa das cartilhas nacionais

As políticas públicas configuram um conjunto de ações e planos do governo que visa solucionar problemas e promover o bem-estar da sociedade e o interesse público (Caldas, 2008). As ações pensadas pelo governo como políticas públicas podem objetivar a implementação e garantia de direitos já previstos, assim como podem buscar atender a demandas sociais. Isto posto, compreende-se como políticas públicas de prevenção ao suicídio os programas governamentais que buscam implementar planos de ação a nível nacional voltados a prevenção da morte voluntária. Considerando que as produções decorrentes das políticas públicas podem ser diversas, tendo como uma das suas possíveis produções a construção de cartilhas, e buscando eleger um material analisável, o presente trabalho estabelece como recorte a análise das cartilhas de prevenção elaboradas a partir da Lei Nacional de Prevenção ao Suicídio.

A política de prevenção ao suicídio no Brasil é relativamente recente, segundo Lessa (2020) o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio é criado em 2011 pelo Ministério da Saúde.

E é somente em 2019 que temos instituída a Lei 13.819 (2019) de prevenção a automutilação e do suicídio. É a partir deste marco que esta revisão se debruça.

A Lei que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio como estratégia permanente do poder público, enfatiza seu caráter preventivo do mesmo modo que se consolida, também, como estratégia para o tratamento dos condicionantes a eles associados (2019, Art.2). Deste modo, a presente lei objetiva prevenir a automutilação e o suicídio pela via da promoção a saúde mental e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde mental (2019, Art.3, I e III), assim como enfatiza a garantia do acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento, especialmente aqueles com histórico de ideação suicida e tentativa de suicídio (2019, Art. 3, IV).

Observa-se que, enquanto um problema associado à saúde mental e seus fatores determinantes e condicionantes, o suicídio está instituído por esta lei no campo da patologia. De mesmo modo, o fenômeno do suicídio também é estabelecido como um ato de violência autoprovocada e é associado diretamente à automutilação, como o próprio enunciado da lei demonstra. A partir disso, temos a elaboração de cartilhas que abarcam as duas temáticas, como o material intitulado “Cartilha de prevenção da automutilação e do suicídio” (Quesada et al., 2020a) a exemplo.

A Lei 13.819 (2019) abarca, também, a questão dos sobreviventes, embora não se refira a este grupo pela forma com que é habitualmente reconhecido na literatura, incluindo a própria OMS (2008). A lei sancionada também objetiva abordar adequadamente os familiares e pessoas próximas das vítimas de suicídio, garantindo-lhes assistência psicossocial (2019, Art.3, V). Em síntese, a lei prevê não somente os meios para a prevenção, mas acena de algum modo para a prática da posvenção, por mais que não a cite diretamente. No entanto, para esta pesquisa, salta aos olhos a intenção de abordar adequadamente as famílias. De que modo isso está sendo feito? Abordá-los para informar e conscientizar? De que maneira?

Neste capítulo objetivamos analisar as cartilhas nacionais produzidas pelo governo federal a partir da implementação da lei 13.819 (2019), considerando os materiais como folhetins, agendas, e cartilhas sobre prevenção ao suicídio materiais que evidenciam as ações das políticas públicas de saúde que visam prevenir a morte voluntária. Assim, nos debruçamos sobre as cartilhas nacionais de prevenção ao suicídio em uma revisão narrativa deste material, pois objetivamos compreender quais tem sido as estratégias de prevenção postuladas e de que modo essas recomendações se dirigem aos sobreviventes, familiares, amigos, e demais pessoas no entorno daquele(a) que tirou a própria vida.

Para isso, a presente pesquisa se ateve aos seguintes critérios de inclusão previamente definidos: selecionar materiais que configurassem como cartilhas, boletins, e estratégias de ações que versassem sobre a prevenção ao suicídio e que tivessem sido publicados entre 2019 e janeiro de 2023. Os fatores de exclusão previamente definidos desta análise se restringiram a eliminar as demais categorias encontradas como: artigos publicados em revistas, dissertações e teses, uma vez que estes não se configuram enquanto um plano de ação nacional de prevenção ao suicídio, mas sim, postulações científicas sobre o tema. Foram utilizados apenas os descritores “prevenção” e “suicídio” nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde e no site do Governo Federal, na plataforma GOV.

Em nossas buscas na base de dados da BVS, ao utilizarmos os descritores “prevenção” e “suicídio” e filtrarmos pela base de dados do Ministério da Saúde e Coleção SUS, obtivemos 49 resultados. A partir deste resultado preliminar, os títulos foram analisados e foram selecionadas publicações que atendiam aos critérios de inclusão, ao todo 5 publicações estavam de acordo com os critérios e se encaixavam no recorte temporal dos últimos cinco anos. Foi incluído apenas um folheto que foge do recorte de tempo definido, porque este configura uma agenda de ações e estratégias que são elaboradas em 2017 e se estendem até o ano de 2020, ano que está dentro do recorte da presente pesquisa.

Já em nossa busca na plataforma GOV dentro da pasta do Ministério da Saúde, encontramos em um primeiro momento 363 resultados para o descritor “suicídio”, uma vez que o descritor “prevenção” apresentava outros planos de estratégia de prevenção do ministério para diversas doenças. Após a leitura preliminar dos títulos das publicações não foram selecionadas publicações que atendessem aos critérios previamente delimitados. Foram excluídos os materiais que se duplicavam, pois já tinham sido selecionados a partir da base de dados da BVS; boletins epidemiológicos estatísticos sobre as mortes por suicídio; notícias e notas publicadas no portal sobre a temática do suicídio; atas de reuniões sobre prevenção ao suicídio.

A partir do insucesso desta busca, iniciamos uma nova, desta vez pelas razões que culminaram neste resultado, a primeira delas é a hipótese de que a plataforma da BVS seja a mais otimizada para a realização de pesquisas bibliográficas, e por isso, os resultados que obtínhamos na plataforma GOV eram imediatamente excluídos por serem duplicados; outra possível razão é o fato de que, como meta para o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio e à Automutilação o governo federal lançou a campanha Acolha a Vida⁵ e as cartilhas e estudos de prevenção elaborados por esta campanha não aparecem na pasta do Ministério da Saúde.

5 <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/politicas-de-prevencao>

O governo do então presidente Jair Messias Bolsonaro iniciado em janeiro de 2019 elegeu como uma de suas metas prioritárias para os 100 dias de gestão a criação da campanha Acolha a vida, sendo esta uma campanha de iniciativa da Secretaria Nacional da Família do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos – MMFDH (Políticas de Prevenção, 2019). É importante ressaltar que, a pasta do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos esteve em vigor até o ano de 2022, com a troca de governo, o aglomerado de pastas se dissolveu e agora a campanha Acolha a Vida configura como parte do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania.

A temática da prevenção ao suicídio parece ter sido abarcada por esta pasta no governo anterior, uma vez que:

Todos os estudos sobre as temáticas enfatizam o caráter multideterminado e a necessidade de ação intersetorial em casos de suicídio e autolesão sem intenção suicida. O Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH) reconhece o valor primordial de tais ações e se dispõe a envidar esforços na formação de uma rede de colaboração constituída por diferentes setores da sociedade e do poder público, por profissionais que atuam nas áreas da saúde e da educação, por familiares e amigos de crianças, adolescentes e jovens que, por qualquer motivo, precisem de apoio para reconhecer que vale a pena acolher a vida (Políticas de Prevenção, 2019).

Em vista disso, a campanha Acolha a Vida faz parte de um conjunto de ações programáticas integradas e continuadas que objetiva “promover a qualidade de vida das famílias brasileiras a fim de ativar a rede interna e o suporte social para garantir proteção ao desenvolvimento de crianças e jovens e, conseqüentemente, reduzir os índices de suicídio e autolesão sem intenção suicida” (Políticas de Prevenção, 2019).

Deste modo, iniciamos uma nova pesquisa. Em uma segunda tentativa, restringimos a busca à sessão dentro do portal GOV denominada “Acolha a Vida”, que com o fim do governo Bolsonaro passou a fazer parte da pasta do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Neste momento não utilizamos um método de busca ativa por nenhum descritor, apenas verificamos pelos títulos das publicações listadas o que poderia se encaixar dentro de nosso tema. A plataforma GOV não informa quantas publicações existem no total dentro da sessão “Acolha a Vida”, mas os resultados se estendem por 4 páginas. Foram excluídos materiais de divulgação de campanhas de *Setembro Amarelo*; vídeos informativos e de discussão sobre suicídio. Deste modo foram selecionados apenas 2 materiais, um estudo informativo, e uma cartilha de orientação às famílias, ambos elaborados pelo Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos em parceria com o Ministério da Saúde, sendo uma do ano de 2019 e outra de 2020.

Isto posto, foram selecionadas ao todo 7 cartilhas para a análise descrita a seguir. O resultado da análise foi dividido em três subtópicos para que possamos aprofundar a discussão sobre o que cada cartilha apresenta, e um quarto tópico para reflexões gerais sobre o que foi encontrado nos materiais de prevenção das políticas públicas em saúde.

2.1.1. As estratégias de prevenção do suicídio

A *Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil* (Brasil, 2017) foi incluída nesta análise por estabelecer uma lista de ações relacionadas à qualificação da vigilância e promoção de saúde, como a prevenção do suicídio, a atenção às vítimas de tentativas de suicídio e seus familiares, sendo elencadas ações previstas para implementação até o ano de 2020. Diferentemente das demais cartilhas publicadas a partir do ano de 2019, esta não possui no título a menção à automutilação.

As estratégias de ação para a prevenção do suicídio são justificadas uma vez que o suicídio está posto como um grave problema de saúde pública “que envolve questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais” (Brasil, 2017, p.9). Por se tratar de um fenômeno reconhecido por ser complexo e de múltiplas determinações, a cartilha objetiva mobilizar outros setores governamentais e a sociedade civil para atuarem no combate aos determinantes sociais relacionados ao suicídio. Aqui se destaca uma visão ampla de ação estratégica de prevenção que abarca estes outros determinantes sociais, tais como, “socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, étnico-raciais, de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, e outros” (Brasil, 2017, p.11).

Esta agenda faz proposições diretas e enfatiza a importância da qualificação do monitoramento dos dados e o fomento a pesquisas e estudos para levantar dados, assim como ressaltam a importância da articulação intersetorial e intrasetorial dentro dos setores da saúde com os demais setores governamentais e a sociedade civil, e evidenciam que esta articulação precisa ser feita a nível nacional, estadual e municipal (Brasil, 2017). Ainda dentro da perspectiva da promoção a saúde, a cartilha destaca a importância da comunicação e informação nas ações de mobilização e sensibilização em relação a temática do suicídio. Entre as estratégias consta:

Promover comunicação de massa e material informativo para ampliar a compreensão sobre o fenômeno do suicídio e disseminar orientações para sua prevenção, incluindo materiais focados na diversidade sexual, identidade e igualdade racial e de gênero, evidenciando a interface entre discriminação e o fenômeno do suicídio (Brasil, 2017, p,18).

A agenda também enfatiza a importância do papel das Redes de Atenção à saúde locais e postula o fomento de projetos a serem implementados dentro das diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio, tal como a orientação de secretarias de saúde para a identificação e apoio aos sobreviventes de uma tentativa de suicídio, seus familiares e pessoas próximas, e a articulação e inserção da temática da prevenção do suicídio nos núcleos de educação permanente regionais e municipais em saúde, entre outras ações (Brasil, 2017).

Observa-se que a agenda de ações estratégicas (Brasil, 2017) preza por postular práticas de prevenção a nível nacional com enfoque coletivo, uma vez que ressalta a importância das articulações entre os diversos setores governamentais e setores da sociedade civil, tanto para a promoção da prevenção ao suicídio e promoção a saúde, quanto para o fomento e disseminação de pesquisas sobre a temática do suicídio. O enfoque das ações propostas é direcionado às políticas públicas de saúde e de monitoramento de dados.

A cartilha *Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas* (Brasil, 2019a) nos apresenta, também, uma lista de ações programáticas a serem implementadas em territórios indígenas; ademais, o material traz um panorama do fenômeno do suicídio em territórios indígenas, buscando sensibilizar e informar o leitor e as equipes de saúde que atuam neste território. O documento se intitula um material didático para a orientação das equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e tem como objetivo qualificar os profissionais para acolherem pessoas que tentaram suicídio ou que sejam parentes de alguém que morreu por suicídio, assim como apontar diretrizes gerais para a produção de linhas de cuidado locais para a prevenção. As estratégias se fazem necessárias uma vez que os povos indígenas fazem parte dos grupos que apresentam maiores taxas de mortalidade por suicídio, e segundo dados do Ministério da Saúde: “os indígenas são os que mais cometem suicídio (15,2 óbitos/100 mil habitantes), quando comparados com brancos (5,9/100 mil habitantes) e negros (4,7/100 mil habitantes)” (Brasil, 2019a, p.9).

A prevenção do suicídio de povos indígenas deve considerar alguns aspectos que parecem ser peculiares a estas vivências para a formulação de qualquer estratégia de prevenção. Segundo a cartilha, cada povo indígena possui uma concepção de sofrer e morrer diferente, e isto media as explicações tradicionais para o óbito por suicídio (Brasil, 2019a). Além disso, as mortes por suicídio dos povos indígenas, aparecem relacionadas, em algumas publicações científicas, com o “contato discriminatório e violento com a sociedade envolvente, à dificuldade de acesso à terra, e a mudança nas relações familiares, especialmente, concernentes às mudanças nas regras de casamento” (Brasil, 2019a, pp. 11-12). Deste modo, as estratégias de prevenção devem considerar estas questões, tais como: questões relacionais, que podem abarcar

os conflitos geracionais e conjugais, e a passagem para a vida adulta; questões socioculturais, que abarcam o contexto de violência – física ou simbólica –, o envolvimento com a sociedade envolvente, a dificuldade de inserção socioeconômica e discriminação; e a perspectivas indígenas, que consideram os espíritos da floresta, memória do morto e feitiço (Brasil, 2019a).

É considerando essas questões relacionais, culturais e as perspectivas indígenas, que a cartilha propõe um plano de ação de cuidado integral de prevenção ao suicídio entre indígenas que parece ser dividido entre os planos de ações e cuidados coletivos, de competência das equipes de saúde que atuam nestes territórios, e, também, de cuidados de prevenção diretos à própria comunidade indígena.

Essas ações coordenadas se dedicam a identificar pessoas em risco e qualificar cuidados a famílias e grupos que sofrem as consequências das perdas de entes queridos por causa do suicídio. Tais ações ainda preveem atribuições de profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena e de profissionais do campo da saúde mental na oferta de atenção psicossocial (Brasil, 2019a, pp. 16-17).

Para isso, a cartilha elenca oito passos a serem seguidos como uma linha de cuidado integral em ocorrência de suicídio. O primeiro é a notificação da tentativa ou óbito por suicídio à equipe de saúde; o segundo é a recomendação de cautela na abordagem da família e da comunidade enlutada, devendo-se considerar e conhecer quais são os rituais funerários daquela etnia e o melhor período para realizar o passo seguinte; a investigação do óbito é o terceiro passo, e recomenda que esta investigação seja feita junto à família de maneira humanizada e cuidadosa; o quarto passo complementa o anterior, é o momento onde os profissionais da saúde mental devem oferecer escuta qualificada e acolher o sofrimento da família, uma vez que:

A escuta dos modelos explicativos indígenas sobre o fenômeno do suicídio é o componente mais importante nessa fase, já que é a partir da perspectiva do grupo familiar sobre o que está ocorrendo com ele é que será possível encontrar alternativas potentes e protetoras da vida (Brasil, 2019a, p.18)

O quinto passo da linha de cuidado integral é focado nos sobreviventes, embora não se refira a eles utilizando esta nomenclatura. Neste momento, é indicada a identificação dos familiares em risco de tentativas de suicídio, considerando que “a ocorrência de um óbito por essa causa desperta ideação suicida em familiares próximos e amigos” (Brasil, 2019a, p.18), deste modo, é sugerido que esse mapeamento seja feito pela equipe de saúde e que se utilize de representações gráficas, como em um genograma/diagrama, que segundo a cartilha, possibilita uma abordagem eficaz das dinâmicas familiares. O mapeamento deve ser feito por psicólogos e por profissionais da equipe de saúde de modo a incluir o grau de parentesco, vínculo com a pessoa que tirou a própria vida, tal como a idade, sexo, e situação conjugal (Brasil, 2019a).

O sexto passo é implementado a partir da identificação dos vínculos afetados por uma morte por suicídio, nesta etapa, deve-se considerar os principais fatores de risco para novas tentativas de suicídio “para uma posterior identificação dos sujeitos com maior probabilidade de virem a tentar suicídio” (Brasil, 2019a, p.19). A equipe deve atentar-se e oferecer um cuidado diferenciado ao sujeito que: Tenha histórico de outras mortes por suicídio na família; tenha tentativas de suicídio no histórico pessoal; faixa etária entre 12 e 25 anos de idade; faça uso prejudicial de álcool; tenha conflitos geracionais com pais e/ou avós; tenha conflitos afetivos com namorada(o) ou cônjuge; tenha conflitos relacionados ao exercício da sexualidade (Brasil, 2019a). Deste modo, “qualquer pessoa desenhada no genograma que apresente pelo menos um desses fatores de risco elencados acima deve ser destacado no mapeamento” (Brasil, 2019a, p.19).

O sétimo passo constitui as ações de cuidado a serem ofertadas à essas pessoas identificadas como em risco de suicídio pelo genograma, portanto, a cartilha indica que neste momento é necessário que a equipe de saúde de referência construa um projeto terapêutico singular para cada sujeito ou família. A cartilha ressalta que este plano singular precisa ter duas principais estratégias: a primeira é a articulação com um cuidador tradicional indígena, para auxiliar nos cuidados do grupo familiar e integrar as práticas de cuidado e os saberes tradicionais; a segunda estratégia é a construção de uma rede protetora para a pessoa ou família em risco de suicídio, esta rede pode ser identificada a partir de um outro genograma, para mapear os pontos de apoio e suporte pessoal e social da pessoa, os vínculos que possui e os elementos de proteção e cuidado (Brasil, 2019a).

O oitavo e último passo indica a ativação deste suporte identificado, desta rede de cuidado e apoio da pessoa ou da família, neste momento sendo “tarefa da equipe e do profissional de saúde mental solicitarem colaboração dessas pessoas identificadas” (Brasil, 2019a, p.21). A cartilha enfatiza como sendo estratégias efetivas o acompanhamento psicossocial individual ou em grupo, visitas domiciliares semanais, e a manutenção da rede de cuidados (Brasil, 2019a).

Embora a cartilha evidencie as estratégias de prevenção no âmbito da família e da comunidade indígena, ela também ressalta a necessidade de construir estratégias de promoção a saúde e prevenção ao suicídio que envolva a população indígena em sua construção em articulação com as demais políticas públicas, em diferentes campos, como a cultura, a proteção territorial, assistência social, esporte, lazer; estas estratégias devem ter participação comunitária e intersetoriais, e devem promover a saúde, a valorização sociocultural e a prevenção ao suicídio (Brasil, 2019a). Deste modo, a cartilha parece ampliar sua proposta de ações e estratégias de

prevenção ao suicídio, ainda que se direcione na maior parte às equipes de saúde e como estes devem atuar na prevenção ao suicídio de forma próxima às famílias e à comunidade.

A *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio - 15 a 18 anos* (Quesada et al., 2020a), é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Demócrito Rocha. Neste material são apresentados estudos, informações, conceitos e instruções elaboradas pelos autores em relação a prevenção da automutilação e suicídio. O informativo se dirige ao público adolescente, uma vez que enfatiza que seu conteúdo ajudará o leitor a compreender melhor o que é violência autoprovocada, autolesão e o suicídio, assim, “será possível reconhecer quando alguém — inclusive você — necessita ser ajudado.” (Quesada et al., 2020a, p.12). Ao explicitarem o conceito de violência autoprovocada e citarem a tentativa de suicídio e a morte por suicídio como sendo um tipo de violência autoprovocada, os autores enfatizam:

Em todos os casos esses comportamentos podem ser evitados, pois a intenção dessas pessoas não é causar o sofrimento ou a própria morte, mas pedir ajuda a alguém. Geralmente, quem tem esses comportamentos está em profundo sofrimento e necessita de ajuda. Essas situações podem ser superadas quando a pessoa tem o tratamento devido (Quesada et al., 2020a, p.6).

Nesta cartilha elaborada aos adolescentes, as estratégias de prevenção parecem ser dirigidas às competências individuais, ou seja, ao que cada pessoa pode fazer para ajudar alguém que pensa ou tenta suicídio, identificando os fatores de risco, os sinais e ajudando esta pessoa a encontrar ajuda especializada. A complexidade do fenômeno do suicídio é ressaltada, ainda assim, as causas são elencadas e traduzidas como fatores de risco, que, segundo os autores, são responsáveis por desencadear os pensamentos suicidas (Quesada et al., 2020a). A estratégia de prevenção indicada é a detecção e monitoramento destes fatores de risco, como: “isolamento social; uso ou abuso de álcool e outras drogas; ser vítima de *bullying*; crescer em uma família disfuncional; ter depressão e/ou outros transtornos mentais” (Quesada et al., 2020a, p.17). O suicídio, portanto, aparece ligado à uma patologia, uma vez que “a maioria dos suicídios está relacionada a um transtorno mental que altera, de forma radical, a percepção da realidade e interfere no livre arbítrio do indivíduo” (Quesada et al., 2020a, p.21). Deste modo, ao identificar os fatores de risco e perceber os sinais, o adolescente deve ajudar esta pessoa a encontrar ajuda.

A parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Demócrito Rocha produziu outra cartilha encontrada nesta revisão, a *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio. Orientações para educadores e profissionais da saúde* (Quesada et al., 2020b). Este informativo possui um público-alvo diferente do anterior, e tem como objetivo orientar a população, especialmente grupos de pessoas que lidam com jovens, como educadores e

profissionais da saúde, e busca fornecer ferramentas para o enfrentamento dos comportamentos autolesivos que constituem um problema de saúde pública, como a automutilação e o suicídio (Quesada et al., 2020b). Essas ferramentas de enfrentamento são importantes, pois, “A identificação de jovens em risco poderá ajudar no acolhimento, na prevenção e, se necessário, na intervenção nestes casos” (Quesada et al., 2020b, p.10). Deste modo, a estratégia apresentada na cartilha parece ser a da identificação e do monitoramento dos jovens em risco de suicídio, assim, após a identificação a intervenção poderá acontecer, e com isso a morte por suicídio será evitada.

A estratégia elaborada pelos autores nesta cartilha se direciona e se restringe ao ambiente educacional, e os autores justificam:

Deve-se direcionar os esforços de prevenção aos ambientes educacionais, como escolas e faculdades. A razão mais evidente é o fato de serem espaços que concentram, em boa parte do tempo, crianças, adolescentes e adultos jovens. Uma das principais formas de prevenção nas escolas é a capacitação da equipe escolar, que poderá atuar com mais efetividade para identificar, acolher e encaminhar os casos de comportamentos autolesivos (Quesada et al., 2020b, p.20).

Nesta cartilha os autores também ressaltam os transtornos mentais como um fator de risco, tal como fizeram no material informativo anterior; porém, diferente da cartilha dirigida ao público adolescente, os autores esclarecem que: “Nem todas as pessoas que tentam ou que se suicidam têm um transtorno mental. Muitas pessoas com transtornos mentais nunca pensarão ou terão comportamentos suicidas” (Quesada et al., 2020b, p.27). Os autores reservaram um espaço na cartilha para explicitar e debater sobre os estigmas que pessoas com transtornos mentais sofrem em nossa sociedade, e enfatizam que esses estigmas, estereótipos, preconceitos e discriminações podem impedir que uma pessoa com transtornos mentais busque ajuda, tenha dificuldade de conseguir bons empregos e boa moradia, deste modo, “as estratégias que buscam minimizar o estigma podem ser de grande valia para o auxílio aos transtornos mentais e para a redução de comportamentos autolesivos” (Quesada et al., 2020b, p.32). Os autores ressaltam, então, algumas ações efetivas que podem reduzir os estigmas, como a informação da população e desmistificação desses estereótipos e preconceitos, tal como oferecer contato com o grupo estigmatizado, tendo como aliado os veículos de comunicação que podem ajudar a modificar falsas percepções e incentivar as pessoas a procurar ajuda (Quesada et al., 2020b).

Os autores também elencam algumas estratégias específicas, de intervenção e de prevenção que visam reduzir o risco e a frequência dos comportamentos autolesivos, como o suicídio. Ao elencar as estratégias, destacam: a) Apoio e fortalecimento das relações familiares, sendo o profissional da educação ou saúde o responsável por “Fornecer dicas aos pais e/ou

responsáveis sobre como lidar com o estresse. Ensinar a respeitar e a valorizar seus filhos, utilizando uma comunicação clara e acolhedora, sempre reforçando os comportamentos positivos dos seus filhos” (Quesada et al., 2020b, p.72); b) Fortalecer o vínculo entre estudantes e escola, uma vez que crianças e jovens com vínculos fortes não se sentem vulneráveis a praticar ou sofrer bullying ou ter comportamento autolesivo; c) Tornar as comunidades seguras e acolhedoras para crianças e jovens; d) Promover o envolvimento da criança e do adolescente em programas extracurriculares de alta qualidade; e) Promover o desenvolvimento de relações sólidas com os cuidadores, tendo em vista que “programas e atividades desenvolvidas no ambiente familiar e escolar são relevantes para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.” (Quesada et al., 2020b, p.74); f) Oferecer oportunidade para que crianças e adolescentes desenvolvam competências sociais e emocionais; g) Proporcionar às crianças e aos adolescentes uma educação de alta qualidade desde a primeira infância.

Para além de elencar estratégias de prevenção específicas e direcionadas aos profissionais da educação e da saúde, a cartilha também aponta para alguns fatores de proteção e prevenção do suicídio em esferas mais amplas, em um âmbito social – e mencionam a redução da pobreza, o acesso a serviços de saúde mental; ao mesmo tempo, enumera os fatores de proteção individuais, psicossociais, e as razões para viver. Deste modo, concluímos que, por mais que os autores apontem para a importância dos fatores de prevenção ao suicídio em uma esfera social, ao longo do material informativo, são enumeradas e discutidas estratégias efetivas de prevenção em um nível individual, uma vez que o material objetiva capacitar os trabalhadores de ambientes educacionais, para que estas pessoas possam detectar os fatores de risco e sinais, para que possam direcionar o jovem à uma intervenção apropriada. Embora esta estratégia pareça ampla aos ambientes educacionais, ela também se mostra individual por ser dirigida a um grupo de profissionais específico, e ao propor a detecção, vigilância e intervenção em um âmbito individual, sendo o profissional da educação ou saúde o agente responsável principal pela ação de prevenção.

O *Boletim temático da biblioteca da saúde: prevenção ao suicídio* (Brasil, 2021) foi incluído nesta análise, porém, o material reúne uma breve apresentação do tema, e elenca alguns sinais de alerta a serem reparados, assim como traz breves diretrizes sobre o que fazer caso alguém próximo pense ou tente suicídio, como:

Converse: encontre um momento apropriado e um lugar calmo para conversar

Acompanhe: fique em contato para acompanhar como a pessoa está se sentindo

Busque ajuda profissional: Incentive a pessoa a procurar ajuda profissional

Proteja: se há perigo imediato, não a deixe sozinha e assegure-se de que a pessoa não tenha acesso a meios para provocar a própria morte (Brasil, 2021, pág. 3 [grifos do autor]).

O boletim ressalta que diante da relevância do tema do suicídio, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diversas ações de prevenção, vigilância, promoção de saúde e de cuidados (Brasil, 2021), mas não aponta nenhuma estratégia específica. Além disso, o material reúne links de acesso para outras diversas cartilhas e materiais publicados pelo ministério da saúde como recomendação de leitura. Neste compilado de cartilhas encontramos algumas já selecionadas na presente pesquisa e análise, e outras que não foram selecionadas pois não se encaixam no recorte de tempo estabelecido para essa revisão.

A cartilha elaborada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em parceria com o Ministério da Saúde, intitulada *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida* (Brasil, 2019b) faz uma breve síntese em seu resumo e nos introduz ao seu propósito:

Esse estudo visa levantar as bases fundamentais do suicídio e da automutilação, dando ênfase aos casos entre os jovens, buscando uma avaliação do problema sob a perspectiva familiar e da valorização do sentido da vida. Tais bases consistem em conceitos, dados estatísticos, características das vítimas e ações de prevenção, trazendo à tona questões que podem contribuir com a adequação das políticas públicas sobre a problemática aqui abordada. (Brasil, 2019b, pág. 6).

Segundo os autores, a cartilha traz um estudo inovador ao pensar a questão do suicídio e da automutilação sob a perspectiva da família, uma vez que esta tem um papel central nos cuidados como a escuta e o acolhimento (Brasil, 2019b). Deste modo, este estudo com enfoque na família e a publicação da cartilha se justificam pela necessidade de se levantar dados estatísticos para uma imersão no assunto, pois:

Faz-se necessário também analisar os números sob a perspectiva da família, pois as estatísticas apontam que grande parte dos casos ocorre em um ambiente familiar que merece atenção, motivo pelo qual políticas públicas acerca do tema devem promover a valorização dos laços familiares, pauta defendida precipuamente pela Secretaria Nacional da Família deste Ministério (Brasil, 2019b, pág.9).

O estudo traz um panorama do fenômeno do suicídio, como números e estatísticas no Brasil e no mundo, chamam a atenção para os indícios e alguns fatores. O material destaca a importância da família para a construção psíquica, e reserva um subtópico do material para dissertar sobre a criação dos filhos, e outro para ressaltar o papel da logoterapia, da família, e do sentido da vida na prevenção ao suicídio. A cartilha enfatiza que aliar a família à prevenção,

e a perspectiva da logoterapia e do sentido de vida podem contribuir para as políticas públicas de prevenção ao suicídio:

Grande parte das políticas públicas de enfrentamento ao suicídio e autolesão dá grande ênfase a aspectos psíquicos e de saúde física e mental dos pacientes, analisando, muitas vezes, a causa recente do fato. Embora não se negue a importância dessa abordagem, muitos especialistas alertam para a especial relevância da busca pelo sentido da vida como elemento chave para o contorno da problemática. É fato que as ações públicas têm começado a se preocupar com essa perspectiva, planejando e promovendo ações de valorização da vida nas escolas e em alguns outros meios; no entanto, tais ações ainda são, de certa forma, incipientes, exigindo novas abordagens que garantam a integralidade e, portanto, a maior efetividade da política pública de prevenção (Brasil, 2019b, p.9).

Embora a cartilha se refira às políticas públicas em certos momentos, sua proposta de ações preventivas destaca o potencial papel da logoterapia e das famílias na prevenção ao suicídio, o que faz parecer que dirige suas estratégias à um âmbito individual, uma vez que a família se torna o agente da ação da prevenção da morte por suicídio de um(a) filho(a) ou familiar próximo, tal como a busca e o reconhecimento de um sentido de vida individual e subjetivo pode fazer com que a pessoa não pense mais em suicídio. O material reserva uma subseção para explicitar como a logoterapia e a família podem atuar na prevenção ao suicídio e destacam o conceito de sentido de vida para a logoterapia:

Assim, a Logoterapia propõe abordar integralmente o ser humano com base na perspectiva de que o transtorno psíquico se instaura em decorrência do sofrimento sem sentido que leva ao desespero. Esta técnica se mostra eficaz na prevenção ao suicídio, pois enfoca um aspecto central do conjunto de comportamentos que o antecede: a perda do gosto de viver (Brasil, 2019b, p.29).

O estudo ressalta que do ponto de vista da logoterapia, o suicídio é motivado pela dificuldade de encontrar o sentido da vida e pela dificuldade de responder à essa necessidade de encontrá-lo de modo livre, deste modo, o “impasse possui implicações diretas sobre o indivíduo e a família que, ao lado dos determinantes sociais e epidemiológicos, impactam diretamente sobre os índices de suicídio” (Brasil, 2019b, p.30). Ao trazer a perspectiva da abordagem de Viktor Frankl, a cartilha aponta que, para o psicólogo, se a pessoa não encontra um motivo pelo qual viver, ou realiza algo, o vazio e a angústia existencial podem a afetar, abrindo espaço para problemas e transtornos psíquicos (Brasil, 2019b). Deste modo, a cartilha se diferencia das demais ao não associar diretamente o suicídio ao campo dos transtornos mentais enquanto fatores de risco, porém, afirma que a não descoberta do sentido de vida pode ser condição de possibilidade para os transtornos mentais e o suicídio.

Em síntese, a cartilha propõe algumas iniciativas que podem ser abordadas pelas políticas públicas e que visem promover condições sociais propícias para o sentido da vida, e

que possa reduzir os índices de suicídio, tais como: a) A dimensão social que abarca a valorização da família, uma vez que “Diversos foram os dados listados nesse estudo, que enfatizam a importância do fortalecimento dos vínculos familiares. A Política Pública nesse caso se valeria da promoção de cultura de valorização da família” (Brasil, 2019b, p.34); Trabalho voluntário, tendo em vista estudos publicados indicam que “as pessoas que prestam serviço voluntário com o fim de ajudar aos outros tem 20% menos de propensão à depressão” (Brasil, 2019b, p.34), deste modo: “A política pública aqui consistiria em fornecer meios de acesso ao trabalho voluntário e até mesmo, realizar parceria com Clínicas de Atendimento Psiquiátrico para facilitar as ações desse tipo” (Brasil, 2019b, p.34); facilitação de acesso ao trabalho, tendo em vista a importância social do trabalho, “nesse caso, a política pública de facilitação de acesso ao emprego e aos estudos” (Brasil, 2019b, p.34).

Outras dimensões são apontadas, como: b) a dimensão espiritual, indicando a parceria com instituições religiosas, uma vez que, “As mais diversas instituições religiosas podem ser grandes aliados na luta contra o suicídio e a automutilação, pensar em política públicas que levem em considerações essas parcerias podem ter valia na diminuição dos números” (Brasil, 2019b, p.34); c) a dimensão biológica, tendo em vista políticas públicas de promoção de ações esportivas, e melhorias dos serviços de saúde, uma vez que, “Especialistas acreditam que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e de acesso a esses serviços pode também ser um fator de diminuição das taxas de suicídio e automutilação” (Brasil, 2019b, p.34); d) a dimensão psicológica, que propõe o apoio às ações realizadas pelo Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que propõe, também, uma sugestão: “Há um estudo sobre a notificação dos casos de suicídio e automutilação, fator que pode ser analisado sob o viés da criação de um sistema que integre a perspectiva da família para esse fim, o que poderia agilizar os serviços de levantamento de dados” (Brasil, 2019b, p.34), e por último, recomenda a criação de um observatório de dados de violência autoprovocada, uma vez que a análise dos dados estatísticos pode ajudar a definir políticas públicas eficazes e efetivas (Brasil, 2019b).

A cartilha também propõe a logoterapia como política pública, tendo em vista os estudos encontrados pelos autores que parecem demonstrar a eficácia da logoterapia na redução de índices de depressão. O estudo explicita que esta conclusão se baseia nos resultados de um estudo com estudantes Iranianos com altos índices de depressão: “Constata-se grandes resultados obtidos com a aplicação do tratamento por meio da logoterapia, no qual percebe-se o aumento dos índices de identificação do sentido da vida e diminuição dos índices de depressão” (Brasil, 2019b, p.33).

Em sua conclusão o estudo afirma que a qualidade de vida está relacionada à prevenção dos casos de automutilação e suicídio, portanto, a atuação nas dimensões humanas, como a busca pelo sentido da vida, o papel da família como vínculo importante para a prevenção, acaba por auxiliar nas resoluções de conflito das pessoas. E ressalta: “Atuar com trabalhos voluntários, por exemplo, pode ser uma ação sob a dimensão social, que pode ajudar jovens a entender que podem oferecer algo à vida, e que existem outras pessoas precisando de ajuda” (Brasil, 2019b, p.35). Deste modo, a estratégia de prevenção ao suicídio proposta pelo estudo é direcionada à potencialização das diversas dimensões subjetivas que podem ajudar quem pensa em suicídio a encontrar um sentido de vida, sendo as políticas públicas responsáveis por fomentarem – de maneira vaga e não explicitada – essas possibilidades, vínculos e a valorização destas dimensões. Assim, se as políticas públicas de prevenção ao suicídio conseguirem fomentar e potencializar as dimensões subjetivas para que as pessoas encontrem um sentido de vida, a possibilidade do suicídio diminuiria.

A cartilha intitulada *Porque a vida vale a pena! Orientações para famílias sobre automutilação e suicídio* (Brasil, 2020), elaborada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em parceria com o Ministério da Saúde, também faz parte da campanha *Acolha a Vida*, e tem como objetivo informar e capacitar famílias e pessoas que tem interesse na prevenção ao suicídio e da automutilação, deste modo, o informativo visa esclarecer as famílias “como identificar o sofrimento emocional de algum de seus membros e como proceder nesses casos” (Brasil, 2020, p.6). Deste modo, o informativo ressalta a importância do fortalecimento dos vínculos familiares e a conscientização da importância da família como a base de promoção da saúde mental, assim como na prevenção de problemas e transtornos mentais (Brasil, 2020), e tendo em vista o título da cartilha, a família, portanto, também tem relevância na promoção e ação de prevenção ao suicídio.

De acordo com a perspectiva dos autores deste informativo, o suicídio pode estar associado a alguns acontecimentos da vida cotidiana:

Sabe-se que tanto a autolesão, assim como o suicídio podem estar associados a uma profunda dor que pode estar relacionada a perdas vivenciadas junto ao ambiente familiar ou decorrente de outras relações afetivas, mudanças abruptas de vida como perda do trabalho, doença ou por condições sociais adversas (Brasil, 2020, p.5).

Ademais, outras questões podem estar associadas como estresse, sofrimento emocional, distúrbios da regulação dos afetos, como não sentir prazer, sentimentos recorrentes de tristeza e raiva, isolamento social (Brasil, 2020). E por mais que considere que algumas condições sociais adversas possam ser associadas ao suicídio, a cartilha ressalta a importância da família

na prevenção da automutilação e suicídio, uma vez que “é na família que devemos encontrar Amor – Aproximação – Confiança – Força – Apoio” (Brasil, 2020, p.11). E para que a família possa desempenhar este papel na prevenção, a cartilha elenca as frases de alerta, os sinais que alguém com ideação suicida dá, tal como enumera os fatores de risco e de proteção no ambiente familiar.

Em síntese, a cartilha propõe como estratégia de prevenção a detecção e monitoramento dos fatores de risco, das frases de alerta como forma de antecipar e evitar a morte por suicídio. Deste modo, a estratégia de prevenção se mostra individual, uma vez que os integrantes da família são os agentes da prevenção, são as pessoas responsáveis por detectar e monitorar. O material, também estabelece o suicídio como um fenômeno ligado as doenças mentais, portanto, a prevenção do acontecimento se dá a partir da intervenção destas doenças, e mediante ao fortalecimento dos laços familiares.

2.1.2 A antecipação e evitação através dos fatores de risco e sinais

A *Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil* (Brasil, 2017) enfatiza em suas postulações quem são as populações consideradas grupos em situação de maior vulnerabilidade para o risco de suicídio como sendo: pessoas que já tentaram suicídio; pessoas em sofrimento psíquico, a exemplo da depressão; usuários de álcool e drogas; populações em privação de liberdade e/ou residentes e internadas em instituições específicas; adolescentes e jovens; pessoas que sofrem discriminação; vítimas de violência e abusos; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; povos indígenas, população LGBT, pessoas idosas do sexo masculino, entre outros (Brasil, 2017). Ademais, ressalta os fatores não individuais que podem estar relacionados ao fenômeno do suicídio, como, os fatores socioeconômicos, ambientais, violência e discriminação étnico-racial, discriminação de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, entre outros (Brasil, 2017). Deste modo, a compreensão de antecipação e evitação dos fatores de risco se dá de forma social e a partir das políticas públicas, e não somente em um âmbito individual.

A cartilha de *Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas* (Brasil, 2019a) enfatiza a importância da vigilância epidemiológica no campo da saúde mental, pois esta tem “possibilitado a identificação de casos de suicídio de modo precoce e em lugares onde não se conhecia esse agravo como incidente” (Brasil, 2019a, p.9). Tendo isto em consideração, a cartilha enfatiza a ideia de mapeamento das pessoas em risco de suicídio e propõe estratégias de prevenção. Devido ao recorte populacional específico, a cartilha debate alguns aspectos

determinantes e fatores de risco para o suicídio, e ressalta que todos os fatores estão ligados ao contexto social e cultural das populações em que ocorrem; deste modo, “existem evidências suficientes demonstrando que as situações sociais precárias de diversas comunidades indígenas decorrentes do contato histórico com os não indígenas têm relação com o aumento das taxas de suicídio nestas comunidades” (Brasil, 2019a, p.13). Assim, temos uma conjuntura complexa, onde os fatores de risco atuam simultaneamente, e por isto, não se pode estabelecer relações diretas de causa-efeito (Brasil, 2019a).

Segundo a cartilha (Brasil, 2019a), ao pensarmos na prevenção do suicídio em comunidades indígenas, é preciso considerar alguns aspectos determinantes e fatores de risco específicos deste território, tais como: a) impossibilidade de recuo ou mudança no espaço geográfico, sem possibilidade de viver enquanto povo com identidade própria, o que os restringe a reservas minúsculas; b) contexto social de pobreza e violência física ou simbólica, em situações de limitação ao acesso de formas de trabalho, produção, cultivo, caça e outros; c) terra enfraquecida, sociedade enfraquecida, uma vez que existe uma relação fundamental no cosmo indígena entre a natureza e a cultura e todos os seres, vegetais ou animais. Se a relação com a terra é enfraquecida, se não há terra, logo o corpo também é enfraquecido e fica subjugado à forças que povoam o mundo, e, a propósito, o ato movido por um ou mais espíritos sobre um corpo e que conduz à morte é interpretado pelos povos indígenas como homicídio; d) conflito geracional e familiar, uma vez que a família é o núcleo educativo de promoção moral específica à etnia, entretanto o acesso à educação formal e a incorporação de novas referências e normas da sociedade envolvente acabam por chocar os interesses dos jovens com os interesses da família; e) a passagem para a vida adulta é marcada por uma pressão crítica e moral feita pelos mais velhos; f) relações com a sociedade envolvente parecem impactar nos modos de viver das comunidades, sejam as que foram capturadas pela cidade, e que podem sofrer com a falta de inserção ocupacional e a garantia de sobrevivência, assim como, o patrimônio material e cultural das comunidades mais afastadas e que são ameaçadas constantemente pelas condições de pobreza que são submetidas pela intrusão de suas terras por usinas hidrelétricas, garimpos, etc. (Brasil, 2019a).

Em contraponto aos fatores determinantes e de risco para o suicídio dos povos indígenas, que parecem ser múltiplos e socioculturais, as demais cartilhas selecionadas e analisadas nesta oportunidade, não destacam os fatores de vulnerabilidade socioculturais tal como feito pelas cartilhas analisadas até aqui. A partir do ano de 2019, com exceção desta última cartilha e o Boletim temático (Brasil, 2021), as cartilhas parecem evidenciar cada vez mais os fatores de risco singulares, individuais e ligados aos transtornos mentais.

A *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio - 15 a 18 anos* (Quesada et al., 2020a), dirigida ao público adolescente, e que objetiva informar, desmistificar e direcionar instruções para a prevenção da automutilação e suicídio, elenca alguns fatores de risco e sinais de alerta e indicam os cuidados que devem ser tomados quando estes fatores e sinais são percebidos. Na adolescência, os principais fatores de risco citados pelos autores são: a) tentativa prévia de suicídio, como sendo o mais importante uma vez que “o adolescente que já tentou o suicídio tem muito mais chances de fazer outra tentativa em comparação com aquele que nunca tentou” (Quesada et al., 2020a, p.49); b) transtornos mentais, como um dos principais fatores, sendo a depressão elencada como destaque; c) histórico familiar e genético, uma vez que o risco aumenta se o adolescente têm algum membro da família com comportamento suicida; d) agressividade familiar, a exemplo de maus-tratos, abuso físico e sexual, assim como outras agressões cometidas pelos familiares contribuem para o comportamento autolesivo; e) *bullying* e *cyberbullying*, por ser um comportamento comum entre adolescentes e que pode provocar danos à saúde mental; f) fatores sociais, como os laços e interações; g) impulsividade; h) fatores estressores crônicos e recentes, a exemplo da separação dos pais, perda de um ente querido, *bullying* escolar, e até mesmo abuso, sexual, emocional ou físico (Quesada et al., 2020a).

Para além de elencar os fatores de risco para o suicídio na adolescência, a cartilha também elenca os sinais de alerta que podem ser percebidos pelo leitor em si mesmo ou em amigos, tais como: ansiedade e tristeza intensas; mudanças bruscas de comportamento; tédio frequente; alteração de peso e do padrão de sono; piora no rendimento escolar, entre outros (Quesada et al., 2020a). São elencadas também as frases de alerta, como: “não aguento mais”; “sou um peso na vida dos outros”; “a minha vida não tem mais sentido”; “sinto um grande vazio”; “queria dormir para sempre”, entre outras. (Quesada et al., 2020a, p.42).

Os fatores de risco e sinais são ressaltados pelos autores da cartilha como sendo fundamentais na prevenção de atos de violência autoprovocada, uma vez que, “a maioria dos suicídios é precedida de sinais comportamentais ou verbais. É importante ressaltar que nem sempre esses sinais são fáceis de detectar.” (Quesada et al., 2020a, p.22); deste modo, o informativo aponta que “a melhor forma de descobrir se o adolescente se machuca, pensa em se machucar, pretende ou pensa em se matar ainda é perguntando isso diretamente a ele” (Quesada et al., 2020a, p. 43). Os autores indicam algumas habilidades fundamentais ao realizarem esta abordagem, como: saber como e o que perguntar, e em qual momento perguntar; e elenca algumas sugestões de perguntas indiretas e diretas, e momentos oportunos para que as perguntas sejam feitas. Deste modo, a cartilha dirigida aos adolescentes acaba por direcionar um modo de atuação preventiva focado na vigilância e detecção dos fatores de risco atrelados

à patologia, às circunstâncias sociais que rondam o ambiente escolar e familiar, assim como, os sinais de alerta, e indica que o adolescente deve agir de modo a ajudar na prevenção, ao ressaltar:

Se seu amigo demonstrar algum sinal de alerta, você não deve prometer nem guardar segredo. Conte para um adulto em que você confie. Caso esse adulto não possa ajudar, procure outro. Além disso, convença o seu amigo a buscar uma consulta médica e se ofereça para ir com ele. (Quesada et al., 2020a, p.47)

A antecipação dos fatores de risco e dos sinais como uma estratégia de prevenção aparece em outra cartilha produzida pelos autores em parceria com o Ministério da Saúde. A *Cartilha para prevenção e automutilação e do suicídio. Orientações para educadores e profissionais da saúde* (Quesada et al., 2020b) tem o objetivo de orientar, capacitar e fornece ferramentas aos profissionais que atuam em ambientes educacionais para o enfrentamento e prevenção dos comportamentos autolesivos, dentre eles, o suicídio. E como estratégia de prevenção explicitam os fatores de risco e sinais que devem ser monitorados e antecipados.

Nesta oportunidade, os autores apontam que “São diversos os fatores que levam um indivíduo a cogitar a automutilação e/ou o suicídio” (Quesada et al., 2020b, p.36), ainda assim, destacam os três principais: a) Tentativa prévia de suicídio; b) Histórico genético e familiar; c) Transtornos mentais (Quesada et al., 2020b, p.37). Embora os autores não tenham enumerado muitos fatores, como no material anterior, ressaltam: “lembre-se: a identificação precoce de fatores de risco é uma importante estratégia de prevenção” (Quesada et al., 2020b, p.38). Para além desses fatores de risco, os autores ressaltam os fatores “epigenéticos, características sociodemográficas, características de personalidade, ambiente familiar caótico, traumas, abuso sexual, físico e/ou emocional, estresse e relações interpessoais disfuncionais” (Quesada et al., 2020b, p.36).

O material informativo destaca a ligação entre o suicídio e os transtornos mentais, a exemplo de trechos que buscam enfatizar a antecipação, monitoramento e intervenção dos fatores de risco e sinais, tais como: “Dentre as pessoas que morrem por suicídio, a maioria sofre de algum transtorno mental, sendo, às vezes, não diagnosticado, não tratado adequadamente ou não tratado” (Quesada et al., 2020b, p.39); “Sempre que houver sinais de que algo não vai bem com crianças e adolescentes, faz-se importante a avaliação médica e psicológica” (Quesada et al., 2020b, p.40); os autores enumeram alguns transtornos mentais associados ao comportamento suicida: “(1) transtorno depressivo; (2) transtorno bipolar (TB); (3) transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); (4) transtorno de ansiedade; (5) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e (6) transtorno alimentar”

(Quesada et al., 2020b, p.40). Além disso, o protagonismo dos transtornos mentais assegura a estes uma subdivisão da cartilha, dentro dos fatores de risco, com mais informações e elucidações para todos os seis anteriormente listados.

Dentre as doenças mentais listadas, a explanação dos autores sobre o transtorno bipolar chama a atenção, uma vez que eles destacam no material uma lista de possíveis sintomas do transtorno bipolar na adolescência, tal como os sinais de alerta para ideação suicida em adolescentes com transtorno bipolar. Alguns dos sinais são: Humor deprimido; Queda do rendimento escolar; Isolamento social; Preocupação com temas relacionados à morte; Aumento da irritabilidade, crises intensas de raiva; Uso de expressões melancólicas e autodestrutivas, como “a vida não tem mais sentido” e “quero sumir”; entre outros (Quesada et al., 2020b, p.44). A cartilha ainda alerta: “O diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem reduzir os prejuízos causados pelo transtorno” (Quesada et al., 2020b, p.45). A partir da relação direta estabelecida pelos autores entre o transtorno bipolar e o suicídio, subentende-se que o suicídio é um dos prejuízos causados pelo transtorno e que pode ser reduzido, ou evitado com um diagnóstico precoce.

Os autores, então, dividem os fatores de risco para automutilação e suicídio em três esferas: a) Fatores de risco individuais, que são histórias prévias de tentativa de suicídio, histórico de transtornos mentais, comportamento impulsivo, entre outros; b) Fatores de risco sociais, como história familiar de suicídio, desemprego, bullying, baixo nível socioeconômico, entre outros; c) Fatores de risco ambientais, como acesso a meios letais, mídias, dificuldade de acesso a tratamento de saúde mental. (Quesada et al., 2020b, p. 62).

Deste modo, a cartilha também divide os fatores de proteção a prevenção ao suicídio em esferas, podendo ser de ordem intrapessoal ou interpessoal, divididos em quatro esferas: 1) Fatores de proteção societários, como a redução da pobreza, o acesso a serviços de saúde mental. 2) Fatores de proteção individuais, como habilidade de resolução de problemas e regulação de comportamentos, pensamento e emoções; elevada autoeficácia; exercício físico; esperança; identificação de razões para viver, entre outros. 3) Fatores de proteção psicossocial, como suporte familiar e social; participação dos pais na vida dos filhos; pais com efetivas estratégias de enfrentamento; ambiente escolar que ofereça acolhimento e apoio para indivíduos em estado de vulnerabilidade, com transtornos mentais e/ou com comportamentos autolesivos. 4) Razões para viver: autoestima elevada; tratamento médico; relações pessoais positivas; espiritualidade; e boas práticas em busca de qualidade de vida. (Quesada et al., 2020b, p.66).

A antecipação dos sinais também é posicionada como uma estratégia de prevenção, segundo os autores, “É importante saber reconhecer mudanças que indicam um comportamento

de risco” (Quesada et al., 2020b, p.68), para isso, são listados os sinais que podem identificar o comportamento autolesivo e a intenção suicida: Ansiedade e/ou tristeza intensas; Apatia/indiferença em relação às pessoas; Mudanças no comportamento; Frases de alerta, como “Preferia estar morto”, “Não aguento mais”, “Sou um peso na vida dos outros”, “Os outros serão mais felizes sem mim”, “A minha vida não tem mais sentido”, “Só sinto um grande vazio”, “Eu queria dormir para sempre”; Achar que, se morrer, ninguém vai sentir sua falta ou notar alguma diferença; Achar que ninguém pode ajudar com o seu problema; Achar que os seus problemas não têm solução; Queda no rendimento escolar; Demonstrar desesperança com o futuro; entre outros (Quesada et al., 2020b, pp.69-70). Ainda assim, os autores ressaltam novamente que “embora os alertas citados sejam de grande relevância para identificar e prevenir os atos de violência autoprovocada, a melhor forma de descobrir se o adolescente pensa em se machucar ou pretende tirar a própria vida é perguntando isso diretamente a ele” (Quesada et al., 2020b, p.68).

O folheto também traz orientações de como o profissional da educação ou da saúde podem abordar o adolescente, ou jovem para identificar ou confirmar os sinais indicadores de comportamento autolesivo. E assim como no outro material produzido pelos autores, também destacam as três habilidades fundamentais: saber como e o que perguntar, e em qual momento perguntar (Quesada et al., 2020b). Além disso, os autores também elencam algumas possíveis perguntas que podem ser feitas nesta abordagem.

O *Boletim temático da biblioteca da saúde: prevenção ao suicídio* (Brasil, 2021) ressalta que o Ministério da Saúde tem desenvolvido diversas ações de prevenção, vigilância, promoção de saúde e de cuidados; em seguida elenca alguns sinais de alerta que parecem ajudar nessas ações de vigilância mencionada. Alguns sinais a serem reparados são: O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestação verbais durante pelo menos duas semanas; Preocupação com a própria morte ou falta de esperança; Expressão de ideias ou de intenções suicidas; Isolamento (Brasil, 2021, pág. 3). Neste informativo, a ênfase da antecipação não está ligada a fatores de risco específicos, uma vez que a própria cartilha sinaliza as múltiplas determinações que cercam o fenômeno do suicídio, e ressaltam que este acontecimento envolve questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais.

A cartilha intitulada *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida* (Brasil, 2019b), parece não pensar a prevenção ao suicídio do mesmo modo que os demais estudos, ou seja, pela lógica da antecipação e evitação dos fatores de risco e monitoramento dos sinais. Diferentemente dos outros informativos, o suicídio não é

diretamente atrelado às doenças mentais, ou a fatores de risco, ainda assim, o estudo aborda alguns aspectos que parecem fazer a diferença em termos de prevenção ao suicídio.

O fortalecimento dos laços familiares parece ser fundamental para a perspectiva do estudo, tal como a criação dos filhos e a influência das novas tecnologias. A partir da perspectiva da logoterapia, o estudo aponta que a criança e o adolescente devem ter um desenvolvimento adequado para que este tenha suporte e saiba lidar frente às tensões da vida, ao adoecimento psíquico, ou frente às mudanças vivenciadas na adolescência, afinal, “Nesse contexto, o jovem pode ficar mais vulnerável às tensões da vida, ao adoecimento psíquico e lidar de maneira extremada com seus sentimentos, buscando substâncias de abuso, se machucando ou mesmo pensando que a vida não vale a pena” (Brasil, 2019b, p.8). O estudo também aponta para o impacto e a possível influência do uso das novas tecnologias, que podem estabelecer modos de vida menos preparados para a frustração ligada à espera, o silêncio e a solidão, esferas que são suplantadas pelos recursos tecnológicos. A partir disso, a cartilha faz recomendações às famílias sobre o uso de tecnologias, como: Evite deixar crianças a sós na frente da TV; escolha programas de qualidade; mantenha os quartos, refeições e brincadeiras longe de dispositivos eletrônicos; entre outros (Brasil, 2019b).

Outros pontos destacados pelo estudo que parecem se relacionar de alguma forma com a prevenção do suicídio, são a falta de sentido de vida e o estilo de vida individualista e consumista. De acordo com a cartilha, para a perspectiva da logoterapia, as noções modernas de subjetividade e individualidade parecem ameaçar as relações e laços sociais, o que provoca uma crise permanente causada pela fluidez das relações, espetacularização da violência, tendo como principal catalisador o sentimento de pequenez ao qual o sujeito se depara frente à um império do consumo, onde se constrói a ideia de que a felicidade é acessada pela aquisição de bens e serviços. Deste modo, o estudo relaciona esta percepção de felicidade pela via do consumo como algo relacionado ao suicídio, justificando que os altos índices de suicídio decorrem “da dissonância entre o modelo veiculado de felicidade para todos através do consumo e do dado de fato de que poucos podem consumir e entre os que o fazem, poucos se contentam com os produtos que consomem” (Brasil, 2019b, p.31). A crítica feita pelo estudo aponta que, o rancor e exaltação de sentimentos como desilusão e traição, por não conseguirem ter êxito neste modo de vida do consumo, ou o sentimento de não satisfação mesmo quando se consegue consumir, mas não se obtém felicidade, são fatores que parecem estar em jogo para as vivências modernas e que isso acaba por culminar na falta de sentido da vida e o suicídio. A atmosfera individualista, de acordo com o estudo, acaba por fornecer respostas individuais e não coletivas para os questionamentos do porquê vale a pena viver, deste modo, as respostas

individuais são limitadas à vontade e sentimentos do sujeito, ou seja, são respostas instáveis que podem mudar conforme a opinião, o desejo ou afeto (Brasil, 2019b). O estudo conclui que sem uma hipótese ou resposta sobre o sentido da vida e o motivo pelo qual viver, o vazio, a angústia podem abrir espaço para os transtornos psíquicos e o suicídio.

Deste modo, a cartilha ressalta que com o fortalecimento dos laços familiares, assim como uma criação dos filhos saudável e com o uso moderado das novas tecnologias, tal como a criação de crianças, adolescentes e jovens que tenham estilos de vida menos individualistas e consumistas, e que, mediante a sua criação e vínculo familiar, esses jovens encontraram um sentido de vida, sendo estes fatores que diminuem os riscos para o suicídio.

A cartilha *Porque a vida vale a pena! Orientações para famílias sobre automutilação e suicídio* (Brasil, 2020), aposta na detecção e monitoramento dos fatores de risco e sinais como estratégia de prevenção ao suicídio, de modo que a antecipação destes e a intervenção adequada, evitará o suicídio.

Em seu subtítulo “Recado às famílias”, a cartilha orienta as famílias sobre alguns aspectos a serem observados, para isso, elenca as frases de alerta que pessoas com ideação suicida costumam dizer, tais como: “Tenho vontade de dormir e não acordar mais”; “Sou um peso para as outras pessoas”; “Estou cansado e sem razão de viver”; “Essa é a última chance”; “Não sou amado ou querido por ninguém”; entre outras (Brasil, 2020, p.11). Outro aspecto apontado como importante de ser observado pelas famílias, são os sinais que pessoas em sofrimento emocional costumam transmitir e que demandam atenção, a exemplo: Isolamento e distanciamento da família, dos amigos e dos grupos sociais, particularmente importante se a pessoa apresentava uma vida social ativa; Atitudes perigosas que não necessariamente podem estar associadas ao desejo de morte e atitudes para-suicidas (dirigir perigosamente, beber descontroladamente, brigas constantes, agressividade, impulsividade, etc.); Queixas contínuas de sintomas como desconforto, angústia, falta de prazer ou sentido de vida; Qualquer doença psiquiátrica não tratada (quadros psicóticos, transtornos alimentares e os transtornos afetivos de humor), entre outros (Brasil, 2020, p. 12). Os fatores de risco também são destacados no informativo, e os autores ressaltam:

Muitos são os fatores de riscos que podem desencadear um comportamento suicida, que variam de acordo com o modo de vida de cada indivíduo e com os traços hereditários ou congênitos. Esses fatores estão atrelados a uma condição de saúde que deve ser prevenida. (Brasil, 2020, p.19).

Ainda assim, a cartilha cita alguns fatores e situações de risco, a exemplo: separação de pessoas queridas, quando o término de um namoro ou afastamento de amizades podem gerar sofrimento emocional; a perda de um familiar querido, seja por morte ou por separação podem provocar tristeza profunda e luto; *bullying*; e a presença de transtorno mental, como transtorno de humor, esquizofrenia, são colocados como risco de suicídio, entre outros (Brasil, 2020).

Os fatores de proteção também se destacam, porém, a cartilha ressalta os fatores de proteção que podem fortalecer os vínculos familiares e que contribuem para tornar a família um espaço de proteção (Brasil, 2020), e exemplo: ser um ambiente de respeito mútuo, em relação a opiniões diversas, ideologias políticas, partidárias e religiosas; vínculos fortalecidos, uma vez que isso “mostra ao sujeito em sofrimento que a família lhe oferece um lugar de segurança e que lhe sirva de abrigo, refúgio e apoio” (Brasil, 2020, p.17); ambiente participativo, tendo em vista a importância de todos participarem das decisões familiares, para que se sintam pertencentes; o uso moderado das tecnologias é apontado como algo a ser priorizado pela família, uma vez que é preciso estar atento aos comportamentos que demonstrem um uso abusivo e perigoso das tecnologias, pois, “Talvez essa pessoa já esteja precisando de alguma intervenção profissional” (Brasil, 2020, p.17); acolhimento e apoio familiar, que incentiva as famílias a procurarem ajuda especializada “Se você realmente quer resolver a situação, a ajuda deve vir de uma fonte preparada para isso” (Brasil, 2020, p.18), entre outras.

2.1.3 Como os sobreviventes e o entorno são abordados nas estratégias de prevenção

A *Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil* (Brasil, 2017) ao elencar suas estratégias de promoção da saúde enfatiza a importância de articulações diversas entre os setores governamentais e da sociedade civil. E a partir desta ideia de articulação, a cartilha enfatiza a importância de que trabalhar a prevenção do suicídio em articulação com o Ministério da Educação (MEC), em ações, materiais e conteúdo de promoção da saúde e prevenção do suicídio. De acordo com a cartilha, o fortalecimento e disseminação dessas ações em conjunto com o MEC podem ajudar na promoção da cultura da paz, prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, prevenção do suicídio e desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais para estudantes, professores, demais profissionais da escola, familiares e comunidade (Brasil, 2017).

Outro ponto destacado no informativo é a estratégia de sensibilizar e capacitar as lideranças comunitárias que estão em contato direto com as pessoas em maior vulnerabilidade, tais como: pessoas em sofrimento psíquico, usuários de álcool e drogas; populações em

privação de liberdade, pessoas que sofrem discriminação, vítimas de violência e abusos, povos indígenas, população LGBT, entre outros (Brasil, 2017). Desta forma, essas lideranças comunitárias capacitadas, ao conhecerem os fatores de risco e proteção, poderão atuar como “sentinelas” (Brasil, 2017, p.18). Deste modo, os familiares, os profissionais da escola e líderes comunitários, que são o entorno, formam essa rede que precisa receber informação e se sensibilizar em relação a temática do suicídio e sua prevenção, para que possam atuar como sentinelas.

A cartilha de *Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas* (Brasil, 2019a) acaba por abordar a família sob dois aspectos diferentes. Em um primeiro momento, a família é colocada como um grupo em risco de suicídio, sendo, portanto, o alvo da atenção e do cuidado, pois sendo esta a família de alguém que tentou ou cometeu suicídio, ela se enquadra nos fatores de risco, afinal, é recomendado que a equipe ofereça atenção e cuidado ao sujeito que “Tenha histórico de outras mortes por suicídio na família” (Brasil, 2019a, p.19). Deste modo, a família aparece como alvo da investigação dos fatores de risco de uma maior probabilidade de risco de suicídio. Em um segundo momento, a cartilha se dirige à família como integrante da rede protetora, pois podem proporcionar suporte pessoal e social à pessoa, e representam em si os vínculos de proteção e cuidado.

A família é também listada como um recurso da comunidade, e, segundo a cartilha, é dever da equipe de saúde mental solicitar e acionar a família enquanto rede de cuidado e proteção. Em uma sessão intitulada *Como obter estes recursos*, o informativo lista algumas ações a serem tomadas, como: conseguir a permissão da pessoa em risco de suicídio para recrutar pessoas que possam ajudá-la; ainda que a pessoa não dê permissão, tente localizar alguém que possa ser compreensivo com a pessoa; fale com a pessoa, de apoio sem acusá-la, sem provocar sentimentos de culpa; fique atento, também, às necessidades da pessoa que se propôs a ajudar (Brasil, 2019a).

A *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio - 15 a 18 anos* (Quesada et al., 2020a), dirigida ao público adolescente, que informa e sugere ações de prevenção do suicídio, acaba por ressaltar que a tarefa da detecção dos fatores de risco e sinais de alerta para o suicídio são da competência dos adolescentes em monitorar o seu entorno, seus amigos e colegas de escola. Por diversos momentos o material informativo ressalta que essa identificação pode ser feita pelo próprio leitor em si mesmo ou em amigos do leitor, e após essa identificação, cabe ao adolescente buscar ajuda para o(a) amigo(a).

Cabe aos amigos, aos familiares e à comunidade, de uma forma geral, identificar sinais de alerta, mas nem sempre esses sinais são fáceis de perceber. SEMPRE que houver

suspeitas de risco de comportamento autolesivo, a família deve ser comunicada, e o adolescente deve ser encaminhado para tratamento especializado.

Se seu amigo demonstrar algum sinal de alerta, você não deve prometer nem guardar segredo. Conte para um adulto em que você confie. Caso esse adulto não possa ajudar, procure outro. Além disso, convença o seu amigo a buscar uma consulta médica e se ofereça para ir com ele. (Quesada et al., 2020a, p.47)

A família e os amigos aparecem na lista de fatores de proteção contra o suicídio, ao lado de outros fatores como: vida social e lazer; senso de responsabilidade com a família; laços sociais estabelecidos; bom suporte familiar; habilidade para se comunicar; disponibilidade de serviços de saúde mental, entre outros. (Quesada et al., 2020a). Deste modo, a família e os amigos, que configuram o grupo denominado de sobreviventes, são convocados à tarefa da prevenção não apenas no monitoramento e detecção dos fatores de risco e sinais de alerta, mas também ao serem posicionados como agentes da proteção a partir das relações de vínculo que estabelecem com a pessoa que pensa ou tenta tirar a própria vida. A cartilha enfatiza ao leitor: “busque fortalecer os fatores de proteção. Isso vai trazer conforto e bem-estar” (Quesada et al., 2020a, p. 70). Assim, ao valorar o suporte familiar como “bom” e apontar os laços sociais estabelecidos, a cartilha evidencia o protagonismo dos tipos de relações e a qualidade que essas relações estabelecidas precisam ter, para trazer conforto e proporcionar bem-estar àquele que pensa ou tenta o suicídio.

Os familiares, colegas de turma, coordenadores de ambientes educacionais parecem ganhar certo protagonismo na *Cartilha para prevenção e automutilação e do suicídio. Orientações para educadores e profissionais da saúde* (Quesada et al., 2020b). O material informativo objetiva orientar, capacitar e fornece ferramentas para os profissionais da educação e de saúde e destacam o seu papel nas estratégias de prevenção enquanto possíveis *gatekeepers*, ou guardiões da vida:

Nos estudos sobre prevenção ao suicídio, *gatekeeper* se refere a um indivíduo que tem contato com um grande número de membros da comunidade e que pode ser treinado para identificar pessoas com sintomas de doenças mentais, sob risco de automutilação e/ou suicídio, direcionando estas pessoas para o tratamento ou para os serviços apropriados (Quesada et al., 2020b, p.21).

O conceito de *gatekeepers* apresentado pelos autores acaba por se referir ao entorno da pessoa que pensa ou tenta pôr fim à própria vida, ou seja, aos possíveis sobreviventes. A cartilha continua:

Sendo assim, é possível definir diversos membros da comunidade como *gatekeepers*: professores ou coordenadores de escolas, líderes das igrejas ou de outros cultos religiosos, policiais ou membros militares, bombeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde da atenção básica ou de emergências, entre outros membros da comunidade.

Para atuar como guardiões da vida, os membros da comunidade devem passar por um treinamento sobre como identificar, abordar e encaminhar pessoas sob risco de automutilação e suicídio. Os programas de treinamentos buscam desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades que propiciam a identificação dos alunos que exibem sinais e sintomas de doenças mentais, incluindo depressão, ansiedade, uso/abuso de substâncias e pensamentos suicidas. Eles também devem ser orientados sobre a melhor maneira de abordar os alunos para discutir suas preocupações, motivando-os a procurar ajuda e, quando necessário, encaminhar para o serviço médico, sem cometer enganos ou cair em armadilhas, tais como tentar diagnosticar o problema ou dar conselhos que possam agravar o quadro. (Quesada et al., 2020b, p.21).

Nesta cartilha, os familiares não são diretamente convocados à missão de *gatekeepers*, ainda assim, enquanto sobreviventes, são referenciados dentro dos fatores de risco listado, uma vez que o histórico genético e familiar aumentam o risco para automutilação e suicídio, pois “Isso ocorrer, em parte, devido à herança de traços de personalidade, como a impulsividade, assim como à transmissão de padrões de comportamentos disfuncionais aprendidos na infância e na adolescência” (Quesada et al., 2020b, p.37). Ainda assim, os familiares são listados como fator de proteção psicossocial, e enfatizam a participação dos pais na vida dos filhos e que estes tenham efetivas estratégias de enfrentamento (Quesada et al., 2020b).

O *Boletim temático da biblioteca da saúde: prevenção ao suicídio* (Brasil, 2021) embora selecionado para esta análise, não se refere aos familiares, ou demais sobreviventes. O informativo lista alguns links de outras cartilhas já publicadas pelo Ministério da Saúde, e dentre estes materiais recomendados encontramos uma cartilha que propõe linhas de cuidados de atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, ainda assim, o material não se dirige à temática do suicídio e não se enquadra nos critérios de inclusão da presente revisão.

A cartilha intitulada *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida* (Brasil, 2019b), tem como enfoque, desde o título, a família e propõe que estes devem atuar como aliados na prevenção ao suicídio. Embora o estudo não se refira a termos como fatores de risco e de proteção, a família se destaca no material como um elemento importante e, até, fundamental para a resolução de questões que parecem propiciar o surgimento de problemas psíquicos e o suicídio, como a falta de sentido da vida e o enfraquecimento dos laços afetivos.

Ao trazer a perspectiva da família, o estudo se direciona aos familiares sobreviventes de modo a destacar o papel destes na criação dos filhos, e destacam dicas e sugestões de como essa criação e relação entre a família e as crianças e adolescentes deve acontecer. Os autores do estudo destacam a importância da família na constituição psíquica do ser humano, uma vez que estes são os responsáveis pelo desenvolvimento inicial de habilidades socioemocionais como a

empatia, o altruísmo, a percepção dos desejos, pensamentos e necessidade do outro, por isso, “Preservar as relações íntimas iniciais, as relações nucleares familiares, é garantir a humanização e, conseqüentemente, um mundo melhor” (Brasil, 2019b, p.8). O estudo parece apontar para o papel fundamental da família no desenvolvimento e suporte das crianças e adolescentes pois estes irão se ver frente a tensões próprias da vida, e nesses momentos a família tem o papel central nos cuidados, escuta e acolhimentos dos jovens que podem lidar de forma extremada com seus sentimentos, podem fazer uso abusivo de substâncias, e podem vir a pensar que a vida não vale mais a pena (Brasil, 2019b). Deste modo, ao desempenhar de forma satisfatória seu papel fundamental no desenvolvimento das crianças e adolescentes, a família parece diminuir ou evitar que estes tirem a própria vida.

Estudiosos de diferentes correntes compartilham a perspectiva de que a família é central para o enfrentamento das temáticas do suicídio e automutilação, assim como entendem que processos de risco relacionados ao contexto familiar se destacam entre os fatores que predispõem a ocorrência de ambos. Grande parte dos adolescentes vítimas do suicídio enfrentavam algum problema familiar ou sofriam por necessitar de proteção ou de algum tipo de apoio psicossocial (Brasil, 2019b, p.25).

Ao mesmo tempo, o estudo também acena para a questão da família enquanto sobreviventes, enquanto pessoas em risco de suicídio e que precisam de cuidados. Ainda assim, a família parece ser o alvo do cuidado apenas após uma morte por suicídio, enquanto isso não ocorre, a família é a agente principal do cuidado.

Por outro lado, embora não seja plausível tratar da família de casos em abstrato, é certo que a família de vítimas de suicídio precisa de atenção, o que passa por orientação e cuidado, inclusive em vista da prevenção de novos casos (BOTEGA, 2015). Uma das principais estratégias para a prevenção do suicídio e da autolesão é a elaboração da dor por meio do discurso. Nesse ponto, o diálogo, a escuta e a acolhida tornam-se centrais, por permitir que a pessoa expresse e compreenda a extensão do problema. Há relatos de casos de abordagem familiar em que o tratamento é altamente eficaz (GONÇALVES, SILVA; FERREIRA, 2015). (Brasil, 2019b, p.25).

O protagonismo da família neste estudo se evidencia ainda mais quando a cartilha reserva um tópico apenas para dissertar sobre a criação dos filhos, isto porque:

Criar filhos no mundo atual é um desafio cada vez maior para os pais. As novas tecnologias trouxeram ainda um novo complicador nesse cenário, inserindo novas variáveis na educação que não existiam anteriormente. Diversos benefícios também são advindos das novas tecnologias, mas desde que usadas de maneira correta. Tratar questões de educação desde a mais tenra idade, dentro do contexto familiar, é uma condição sine qua non para a sociedade, e é inclusive um trabalho preventivo ao suicídio e a automutilação (Brasil, 2019b, p.27).

Deste modo, a cartilha elenca algumas orientações aos pais sobre a criação dos filhos, uma vez que esta criação parece preventiva ao suicídio. O estudo afirma a existência de uma

grave crise na sociedade contemporânea que diminui a autoridade da família, assim, os efeitos dessa crise são graves para a sociedade. Alguns efeitos são listados, a exemplo: Desqualificação do papel da instituição familiar como núcleo básico da organização social; Prejuízos à formação de crianças e jovens para a vida adulta proveitosa; Formação de jovens incapazes de educar a geração seguinte, reduzindo progressivamente a qualidade das relações sociais (Brasil, 2019b, p.27).

O estudo também lista algumas sugestões e ponderações para uma educação saudável, são elas: Não há educação sem autoridade; Pais precisam traçar limites claros para seus filhos; Os pais são os responsáveis pela educação dos filhos, tarefa de responsabilidade do pai e da mãe, e não de um só; É preciso ser firme nas ordens e flexível ao dialogar com os filhos; Seja prudente nos castigos; Carinho, calma e firmeza na comunicação; Ensine os filhos a lidarem com as frustrações; Ensine seu filho a enfrentar preconceitos e dificuldades, os grandes serem humanos da história não se acovardaram com isso e se tornaram grandes exemplos; Incentive o silêncio de forma gradual, os filhos podem aprender a ter um tempo para refletir e aprender a serem amigos de si mesmo ao invés de atacarem o silêncio com dispositivos eletrônicos; entre outros (Brasil, 2019b, p.28).

A cartilha também reserva um espaço para dissertar sobre a vida familiar e o sentido de vida, o que se destaca para a presente análise, pois o estudo relaciona o suicídio à falta de sentido de vida, e também posiciona a família como agente de cuidado e que pode ajudar na busca pelo sentido de vida.

A família integra a rede psicossocial de suporte das pessoas e pode ser um recurso para a prevenção do suicídio na perspectiva da Logoterapia. A experiência da pessoa na família representa um desafio aos modelos mais recentes que demarcam/restringem o problema do sentido da vida ao sujeito (Brasil, 2019b, p.32).

O estudo com bases na logoterapia explicita que a vida é imprevisível e provisória, e que compreender isso não significa não encontrar um sentido de vida; ademais, alerta para que a família se atenha às crianças e jovens, uma vez que estes podem não encontrar um sentido de vida, ter uma falta de referência ou interesse frente a provisoriedade da vida (Brasil, 2019b). A cartilha, então, reforça que a família pode ajudar a encontrar este sentido, e que “As políticas públicas podem atuar para fortalecer os agentes que oferecem respostas a esses questionamentos.” (Brasil, 2019b, p.32). A cartilha conclui que:

Diversas são as ações que podem ser abordadas frente ao grande desafio de reduzir suicídio e automutilação no Brasil, mas em todas elas se faz indispensável o apoio familiar à vítima. A grande maioria de jovens vítimas dessas situações, são filhos de famílias em que há vulnerabilidades, questão muitas vezes não abordada diretamente pelas estatísticas, que em geral, avaliam os casos concretos com uma visão mais

pontual sintomática, nos casos recentemente ocorridos, isto é, se avalia a condição psicológica dos jovens e as ocasiões recentes que podem ter interferido para o fato, entretanto, muitas vezes a causa está em algo anterior. O fato é que a complexidade do ser humano não nos permite sistematizar as causas e fornecer soluções únicas, globais e eficazes a todos os casos, cada pessoa tem seu contexto particular, e não há causa, nem solução únicas (Brasil, 2019b, p.35).

Ainda que se reconheça a complexidade do ser humano e a impossibilidade de se encontrar soluções únicas, o estudo parece reforçar o papel da família e a criação das crianças e adolescentes enquanto solução fundamental para o sentido da vida e a diminuição dos casos de suicídio. A cartilha ressalta:

É preciso de fato uma atuação junto às famílias com o fim de conscientizar da importância das ações dos pais com seus filhos, principalmente no que tange à saúde mental deles. Tais ações devem ser realizadas desde a mais tenra idade com o fim de criar laços fortes que fomentem uma inteligência emocional, atuando preventivamente em questões de depressão, baixa autoestima, dificuldade de relacionamentos, dentre outros. É preciso inclusive ter uma educação tecnológica saudável, na qual os pais, bem informados, auxiliem seus filhos no uso das tecnologias modernas, evitando diversas doenças inclusive psíquicas (Brasil, 2019b, p.35).

Deste modo, a antecipação e prevenção das fragilidades emocionais que levam ao suicídio, podem ser feitas a partir de uma criação saudável, que possibilite a descoberta de um sentido de vida, com laços familiares fortes. A família exerce, portanto, um papel fundamental, nas bases da criação de pessoas que precisam ter inteligência emocional e sentido de vida, para que assim, o suicídio não apareça como possibilidade.

A cartilha intitulada *Porque a vida vale a pena! Orientações para famílias sobre automutilação e suicídio* (Brasil, 2020), apresenta como estratégia principal a detecção e monitoramento dos fatores de risco e sinais que alguém em sofrimento emocional supostamente dá. Deste modo, a família sobrevivente é convocada a atuar na prevenção de modo a se ater a esses sinais e fatores, para que sua intervenção seja feita a tempo de antecipar e impedir esta morte.

O informativo ressalta por diversas vezes a importância do estreitamento dos laços familiares, e como eles podem ajudar na prevenção ao suicídio. Logo, a cartilha também elenca algumas dicas de como iniciar um diálogo sobre os sentimentos da pessoa em sofrimento, tal como: aproxime-se, iniciando a conversa de forma afetuosa e sem cobranças; dialogue, entendendo que falar sobre dores e angústias não é algo fácil; converse, não deixem de conversar assim que o problema for percebido pois, “O tempo será crucial para evitar algo que poderia ser evitável” (Brasil, 2020, p.13); escute, pois “sua função será a de ‘escutar’ as angústias do outro” (Brasil, 2020, p.13), recomendam ouvir mais do que falar e evitar julgamentos, lição de moral; não julgue, “Julgar a experiência da pessoa em sofrimento a partir

dos seus parâmetros pode ser contraproducente.” (Brasil, 2020, p.13); ajude, afinal o papel da família é o de ajuda e apoio, ofereça acolhimento e procure estar disponível; seja proativo, deste modo, a pessoa ao perceber o problema deve buscar ajuda, marcar a consulta acompanhar a pessoa e garantir que o tratamento siga adiante (Brasil, 2020).

Esta cartilha, por se dirigir aos familiares, acaba por posicionar os sobreviventes em um papel central na prevenção, uma vez que estes devem seguir as dicas para evitar o evitável. Como responsáveis por detectar os sinais e monitorá-los e providenciar a intervenção adequada, a família parece também ser responsável pelo fracasso quando seus cuidados e escuta não impedem que um(a) filho(a) ou familiar tire a própria vida.

2.1.4 Considerações sobre a lógica da prevenção e as estratégias postuladas

Na presente análise das cartilhas produzidas pela política de prevenção ao suicídio nos últimos cinco anos, notamos uma diferença gradativa no modo como as estratégias de prevenção são postuladas. Esta mudança se destaca de imediato a partir dos títulos, que em 2019 passam a incluir a automutilação a temática do suicídio nas campanhas de prevenção, o que confere às políticas públicas de prevenção uma abrangência, também, da prevenção às violências autoprovocadas. Outra mudança notada nas estratégias e ações coletivas de prevenção, a partir do ano de 2019, é a gradativa transição entre as ações de prevenção postuladas visando o social e que se tornam diretas à um núcleo de agentes de prevenção específicos, como aos profissionais da educação e saúde (Quesada et al., 2020b), aos adolescentes colegas de turma e amigos (Quesada et al., 2020a), e às famílias (Brasil, 2019b; 2020). Este período também parece marcar o fim da produção de cartilhas de prevenção pelo Ministério da Saúde. Neste ano e nos anos seguintes, temos a elaboração e produção de cartilhas por outros órgãos, como o então Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e materiais resultantes de parcerias, como as cartilhas da Fundação Demócrito Rocha, ainda assim, todas foram publicadas com o selo de parceria e apoio do Ministério da Saúde.

Esta abertura a elaboração de materiais informativos e estudos sobre a prevenção do suicídio por outras pastas, que não somente o Ministério da Saúde, parece oportunizar uma ampliação das estratégias de prevenção, em um movimento de discussão e diálogo entre outros setores governamentais, o que poderia acrescer os olhares e discussões sobre a temática do suicídio. Porém, a partir das leituras, encontramos evidências de que essa expansão das discussões e elaboração de estratégias de prevenção nos últimos cinco anos acabou por ser dividida apenas entre a pasta do Ministério da Saúde com a pasta do Ministério da Mulher, da

Família e dos Direitos Humanos, e que como resultado visto nesta revisão, percebemos que esta apropriação da prevenção ao suicídio por esta outra pasta acabou por produzir e reproduzir conceitos, discussões e recomendações de estratégias moralistas e que se dirigem às famílias, os posicionando como agentes responsáveis pela prevenção e antecipação do suicídio.

Algumas pistas como o próprio título da campanha Acolha a Vida, tal como o título da cartilha *Porque a vida vale a pena! Orientações para famílias sobre automutilação e suicídio* (Brasil, 2020), nos indicam que a vida é colocada como algo a ser estimado com valor, algo a ser acolhido e defendido. Outra pista é a conexão que se estabeleceu no estudo *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida* (Brasil, 2019b), entre o suicídio e a falta de sentido de vida. De modo que em ambos os materiais as famílias são colocadas como parte fundamental da prevenção por terem o potencial de detectar e monitorar os fatores de risco e sinais, de modo a serem os agentes da prevenção desta vida que vale a pena ser acolhida.

Embora a *Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil* (Brasil, 2017), tenha proposto que as estratégias de prevenção do suicídio tivessem uma articulação entre setores da saúde, outros setores governamentais e a sociedade civil, a proposta de promoção de prevenção e de saúde parecia se atentar a outras determinações sociais que devem ser abarcadas pela prevenção ao suicídio, com as questões socioeconômicas, ambientais, de trabalho, questões étnico-raciais, de gênero, identidade de gênero e orientação sexual (Brasil, 2017). Porém, os materiais e estudos resultantes da discussão feita por outra pasta do governo, que não a do Ministério da Saúde, pareceu não se ater a esses diversos outros atravessamentos já posicionados em 2017, e produziram postulações voltadas ao núcleo familiar.

Nesta *Agenda de Ações Estratégicas* (Brasil, 2017) temos uma lista de pessoas consideradas como grupos em maior vulnerabilidade para o suicídio, como: usuários de álcool e drogas; populações em privação de liberdade e/ou residentes e internadas em instituições específicas; pessoas que sofrem discriminação; vítimas de violência e abusos; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; povos indígenas, população LGBT, entre outros (Brasil, 2017). O que chama a atenção desta revisão é que, neste momento, era notável na cartilha uma preocupação com os fatores de risco em um âmbito social, não apenas individual, uma vez que listaram grupos conhecidos por serem minorias sociais como sendo grupos em maior vulnerabilidade, para além dos fatores de risco individuais, como: Pessoas que já tentaram suicídio; pessoas em sofrimento psíquico, a exemplo da depressão; adolescentes e jovens; pessoas idosas do sexo masculino, entre outros (Brasil, 2017). Deste modo, o ano de

2019 também pareceu demarcar a invisibilização de certos fatores e grupos de risco nos materiais analisados.

Ao nos debruçarmos sobre o material encontrado e selecionado, notamos que gradativamente, a partir do ano de 2019 os fatores de risco foram sendo cada vez mais elencados e destacados a partir de elementos considerados individuais. Com exceção da cartilha de *Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas* (Brasil, 2019a), que traz um panorama e recorte de dimensões sociais. Ademais, no ano de 2020, a *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio - 15 a 18 anos* (Quesada et al., 2020a) tem como enfoque a relação entre o suicídio e os transtornos mentais, e menciona apenas brevemente que “Adolescentes LGBT apresentam maior risco de suicídio, uma vez que estão mais sujeitos a estressores psicossociais, como *bullying*, além de terem maior dificuldade de autoaceitação e apresentam maiores taxas de transtornos mentais, como depressão e transtornos alimentares” (Quesada et al., 2020a, p.62). Deste modo o informativo, que não elencou este fator de risco em sua sessão principal, apenas menciona o atravessamento social, ainda assim, o associando diretamente aos transtornos mentais.

A exemplo das pessoas LGBTQIAP+, que configuram um grupo em maior vulnerabilidade, e que apresentam um entrelaçamento social ao fenômeno do suicídio, ao analisarmos atentamente, percebemos que na *Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio. Orientações para educadores e profissionais da saúde* (Quesada et al., 2020b), assim como a cartilha *O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida* (Brasil, 2019b), e a cartilha *Porque a vida vale a pena! Orientações para famílias sobre automutilação e suicídio* (Brasil, 2020), não mencionam a população LGBT, ou a palavra gênero em seu material informativo. O que nos evidencia uma invisibilização das demais questões sociais e grupos já reconhecidos como vulneráveis para o suicídio.

Ao contrário do que foi proposto na *Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil* (Brasil, 2017) até o ano de 2020, notamos uma modificação no discurso e estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil a partir do ano de 2019. Não podemos deixar de considerar nesta análise a conjuntura política e social que o país viveu naquele momento, com a eleição de um presidente representante da denominada extrema direita conservadora e que tinha como lema a centralidade e importância da família. É preciso destacar este ponto, uma vez que é este presidente que instituiu a lei 13.819 (2019), e é a partir de seu mandato que temos a junção das pastas do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – pasta responsável por cartilhas analisadas nesta oportunidade. Deste modo, a posição política e partidária parece, também, ter atravessado a

elaboração das estratégias nacionais de prevenção ao suicídio, tal como a elaboração das cartilhas e materiais informativos produzidas nos últimos cinco anos.

O destaque e centralidade do papel da família e do entorno, como colegas de turma e professores, parece se direcionar aos sobreviventes, não os reconhecendo pela nomenclatura já difundida pela OMS (WHO, 2008), mas os convocando como agentes de monitoramento, responsáveis pela detecção e intervenção dos fatores de risco. Ao denominar o entorno de *gatekeepers* e afirmar que “O tempo será crucial para evitar algo que poderia ser evitável” (Brasil, 2020, p.13), as cartilhas acabam por produzir em seu discurso uma ideia de que a responsabilidade e poder de prevenir e antecipar é dos sobreviventes, e que a morte por suicídio é o resultado desta falta de ação, de responsabilidade da família.

A família é posicionada como fator de proteção para o suicídio, assim como a própria criação dos filhos, a depender se é valorada como eficiente, é também destacada como preventiva ao suicídio (Brasil, 2019b). Ainda assim, essa família descrita como fator de proteção parece destacar os papéis da mãe e do pai, evidenciando uma concepção tradicional de família, o que invisibiliza as demais configurações familiares existentes que não se restringem a norma cisgênero e heteronormativa, assim como as famílias que possuem laços para além do consanguíneo. Ao excluir estas famílias como exemplo de fatores de proteção, se deixa escapar das estratégias de prevenção uma parte considerável da população.

Outra questão central que se desvela nesta análise é a lógica da prevenção pela via da detecção e monitoramento dos fatores de risco individuais e a ideia de que a rápida e correta intervenção evita por completo a morte por suicídio. Ao associarem o suicídio com a ocorrência de transtornos mentais as atuais postulações das políticas públicas de prevenção corroboram a afirmação de que 90% das mortes por suicídio são evitáveis, o que Terezinha (Maximo, 2020) problematiza a partir de sua experiência pessoal; ademais, produzem e repercutem a lógica de que antecipando e prevenindo a doença, é possível prevenir este tipo de morte.

Portanto, pensar as estratégias de prevenção por via da detecção e monitoramento dos fatores de risco e intervenção e eleger um grupo específico como agentes da prevenção é restringir a prevenção ao individual, ao que cada grupo familiar, de professores, colegas de turma, agente de saúde pode fazer para atuar na prevenção, é perder de vista os demais fatores socioeconômicos e biopsicossociais (Brasil, 2017; 2019a) que também são apontados como constituintes da conjuntura complexa do fenômeno do suicídio. Ademais, ao tratar a prevenção do suicídio em um âmbito individual, ressaltando a centralidade do papel da família, as atuais políticas públicas de prevenção propõem ações particulares de promoção a saúde, isentando os demais planos de governo de realizarem esforços, estratégias e ações de prevenção ao suicídio.

É preciso resgatar que, segundo Brasil (2017), o suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado, de múltiplas determinações e que pode ter raízes biopsicossociais, a exemplo de violência e discriminação étnico-raciais, discriminação de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, a fome, o desemprego, e as péssimas condições de moradia como fatores que podem estar em jogo na decisão de tirar a própria vida. Desta forma, é preciso uma articulação com as demais políticas públicas, em diferentes campos de promoção de saúde, valorização sociocultural junto a prevenção ao suicídio, como a cultura, a proteção territorial, assistência social, esporte, lazer; estas estratégias devem ter participação comunitária e intersetoriais (Brasil, 2019a). Isto posto, é preciso pensarmos em estratégias de prevenção ao suicídio não somente sob a perspectiva da família, em diálogo com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, mas também em diálogo com outras pastas, como o Ministério da Igualdade Racial, o Ministério da Habitação, Ministério do Desenvolvimento Social, Assistência, Família e Combate à Fome, e a pobreza extrema.

2.2 O luto dos sobreviventes: um processo com especificidades e difícil mensuração

Neste exercício de reconstrução dividido em dois momentos, para começar investigamos como os sobreviventes são convocados nas estratégias de prevenção, assim, descobriu-se que as famílias, os amigos e professores têm tido atribuições relevantes e até centrais nas postulações feitas nos últimos cinco anos. Ainda que a responsabilidade seja atribuída aos familiares e entorno enquanto agentes da prevenção, estes não tem o poder de evitar em absoluto todas as mortes por suicídio. E nestes casos, onde um familiar, amigo ou pessoa próxima tira a própria vida, os sobreviventes se veem frente ao luto por aquele(a) que decidiu ir embora.

O luto é comumente associado à ideia de processo em suas definições, um processo enquanto desenvolvimento gradativo, uma experiência em andamento, em progresso, evolução - em seu sentido valorativo ou não. O processo de luto pode ser definido como um conjunto de reações diante de uma perda (Kovács, 1992). É um processo natural de resposta a um rompimento de vínculo afetivo, a perda de alguém significativo (Quesada et al., 2020a) e que pode trazer à tona vários sentimentos como a tristeza, a angústia, o medo, entre outros (Kovács, 1992). Ainda que seja um processo natural, o luto pode trazer vulnerabilidades para aquele que a vivência:

O luto, de um modo geral, representa um processo de transição psicossocial que se reflete em amplas e variadas dimensões de nossas vidas. O conjunto complexo de

reações que se desenrolam em função de uma perda significativa pode nos lançar num estado de vulnerabilidade e risco psicossociais severos (CRP-DF, 2020, p. 26).

O fenômeno do luto possui uma multidimensionalidade, e esta característica dificulta a elaboração de um significado para o luto, uma vez que seu processo de formação e reação são singulares (Sbeghen, 2015). Para Sbeghen (2015) o luto é: “um processo doloroso que precisa ser vivenciado, e ao mesmo tempo, um recomeço de vida sem o ente querido” (p. 42).

Para além da palavra "processo", a "elaboração" e “ressignificação” também aparecem atreladas ao luto em algumas pesquisas e discussões atuais. A ressignificação enquanto ação de atribuir um novo sentido a alguma coisa se destaca nesta reação diante do rompimento de vínculo com alguém que morre; isto porque a morte impõe uma mudança abrupta nesta relação entre alguém que continua a viver diante de uma perda, deste modo, com a morte do ente querido, há uma perda de sentido existencial que demanda uma nova significação, uma vez que a vivência do luto impõe novas formas de ser-no-mundo, uma ressignificação da relação com aquele que morreu (Freitas & Michel, 2014).

A partir de uma compreensão fenomenológica do luto, Freitas (2022) destaca que o luto é uma experiência que se mostra na ausência corpórea do outro, pois é experienciado a partir do desaparecimento do outro, que marca a impossibilidade de coexistir. Portanto o luto: “É uma experiência que não se supera, no sentido de que não há uma possibilidade de retorno a um modo anterior da existência, não acaba: o outro que se ausenta estará sempre presente como uma sensibilidade orientada no mundo” (Freitas, 2022, pp. 96-97). Ademais, o luto deve ser observado em seus diversos aspectos que abrangem o horizonte histórico, os significados culturais e sentidos familiares sobre a morte e o luto (Freitas & Mitchel, 2014).

A multidimensionalidade do processo de luto parece não abarcar o "processo", "elaboração" e “ressignificação” do luto dos sobreviventes por suicídio, uma vez que encontramos em diversos estudos a afirmação de que o processo de luto por suicídio possui diferenças do processo de luto por outros tipos de morte (Cândido, 2011; Sbeghen, 2015; Fukumitsu & Kovács, 2016; Quesada et al., 2020a). Essas diferenças são posicionadas por alguns estudos como tendo especificidades, isto porque, a morte por suicídio suscita afetações que parecem ser exclusivas à experiência de luto por este tipo de morte. Essas diferenças são evidenciadas em alguns aspectos como: “a duração e intensidade do luto, a busca incessante por motivos, a vulnerabilidade para transtornos mentais, o uso abusivo de substâncias psicoativas, o índice de comportamento suicida nas pessoas enlutadas, e o impacto na dinâmica familiar” (Quesada et al., 2020a, p.80). Alguns sentimentos suscitados pelo impacto da morte voluntária também são ressaltados como específicos deste luto por este tipo de morte, como o

sentimento de culpa, vergonha, choque, autoacusação, raiva, busca por lembranças, rejeição, falta de sentido, necessidade de explicações, isolamento social e dificuldade de retomada das atividades laborais (Fukumitsu & Kovács, 2016). Para além da culpa, depois da morte por suicídio, os sobreviventes também podem sentir remorso, ter pensamentos repetitivos sobre o ocorrido e pensar que tiveram responsabilidade (Quesada et al., 2020a).

As especificidades do luto dos sobreviventes podem ser explicadas pelo fato desta ser uma morte violenta, inesperada, traumática por ser um ato estigmatizado e deliberado (Quesada et al., 2020a; Fukumitsu & Kovács, 2016). E por conta dessas características específicas os enlutados por suicídio tendem a vivenciar o processo de luto com mais complicações que o processo de luto por outras mortes. Para Sbeghen (2015), as complicações no processo de luto ocorrem do fato do suicídio ser um tabu em nossa sociedade, além de ser uma morte violenta e rodeada de mistérios. O mistério central da morte por suicídio é o questionamento do sobrevivente sobre os motivos que levaram seu ente querido a pôr fim à própria vida. Os questionamentos sobre as causas e as circunstâncias da perda impactam de forma significativa no processo de elaboração do luto (Sbeghen, 2015).

Para além do mistério central das causas e circunstâncias que rondam a morte por suicídio, o fato de ser um ato deliberado parece ser um fator que diferencia esta morte das outras para os sobreviventes. Saber que a morte foi o resultado de uma escolha parece lançar um desafio maior aos sobreviventes, torna mais difícil para os enlutados compreender e aceitar a morte de um ente querido cujo algoz foi ele(a) mesmo(a). Cândido (2011) enfatiza em sua pesquisa que todos os sobreviventes entrevistados por ele, sem exceção, fizeram referência à natureza deliberativa do suicídio, como o elemento mais pertinente no sentido de dificultar o próprio processo de luto.

Ainda que as pessoas que perderam alguém para a morte voluntária sejam nomeadas de sobreviventes, as reações ao luto não são iguais entre elas. A reação provocada pelo luto em adolescentes pode ou não ser parecida com a reação de luto dos adultos, isto porque os adolescentes podem ter uma reação arredia, agressiva, comportamentos estranhos como se recusarem a participar de rituais fúnebres de despedida ou a falar sobre o assunto (Quesada et al., 2020a).

Entre os sobreviventes, o luto dos pais que perderam um filho para o suicídio se destaca, pois estes experienciam um luto diferente do luto vivido por outros pais que perderam seus filhos para outros tipos de morte, isso porque o luto por suicídio envolve questionamentos e emoções que não fazem parte dos outros tipos de perda (Sbeghen, 2015). Dentre os sentimentos suscitados pelo luto por suicídio temos a culpa, vergonha, choque, autoacusação, entre outros

(Fukumitsu & Kovács, 2016), sendo a culpa o sentimento mais característico e ligado ao questionamento e cobrança do que poderiam ter feito de diferente para impedir o suicídio. Para além desses sentimentos, o processo de luto dos pais sobreviventes também provoca cobranças internas e externas sobre possíveis erros cometidos na educação dos filhos (Mariano & Macedo, 2013). Deste modo, o processo de luto dos pais sobreviventes é posicionado como um luto de difícil mensuração, pois conta com questões únicas como a personalidade de cada um, a forma e a estruturação da família (Oliveira & Machado, 2018).

A culpa, a autoacusação, a ideia de que são responsáveis, e a cobrança por pensar nos possíveis erros cometidos na educação dos filhos (Mariano & Macedo, 2013; Fukumitsu & Kovács, 2016; Quesada et al., 2020a) parecem ser peculiaridades do luto dos pais sobreviventes que ecoam a denúncia feita por Terezinha (Maximo, 2020) assim como as postulações feitas pelas cartilhas analisadas anteriormente. Para além das especificidades que atravessam o luto por este tipo de morte, as concepções vigentes, incluindo os planos de ações de prevenção ao suicídio parecem apontar para os pais o seu dever em prevenir este tipo de morte, deste a criação dos filhos, sendo a boa criação um fator de proteção (Brasil, 2019b).

Outro ponto que chama a atenção é o destaque para a duração e intensidade do luto (Quesada et al., 2020a), e afirmação de que este pode ser um luto de difícil mensuração (Oliveira & Machado, 2018), e que por ser um luto por uma morte por suicídio, as pessoas necessitam de um tempo maior para atribuir sentido à ausência deixada por aquele que morreu (Melo & Barros, 2017). Estas afirmações denunciam em si o modo como nosso horizonte histórico se relaciona com o luto e o apreende em tempo. Afinal, se é preciso evidenciar características como duração e intensidade, se é preciso destacar que algum tipo de luto pode ser de difícil mensuração, é porque de algum modo compreendemos o luto mensurável, com uma duração e intensidade menor, ou adequada.

Ao se debruçar sobre o histórico de classificações psiquiátricas do luto, autoras como Feijoo (2021) e Carmo (2022) fazem uma breve investigação nas diversas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM. Ambas apontam em suas pesquisas que, no DSM-I e -II, o luto, como reação à perda de uma pessoa próxima, não era remetido a uma patologia. É somente no DSM-III que o luto passa a ser classificado como descomplicado ou complicado, sendo posicionado como possibilidade para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (Feijoo, 2021; Carmo, 2022). O luto, portanto, passa a ser ligado a uma patologia e o tempo passa a ser relevante para os diagnósticos. O conteúdo do DSM-IV permanece parecido com a versão anterior, sendo acrescentada a explicação de que para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, os sintomas devem persistir por dois meses após

a perda. Nesta edição o adjetivo “descomplicado” deixa de ser usado para se referir ao luto (Carmo, 2022). No DSM-V, o tempo de duração dos sintomas do luto lhe conferem o substantivo “persistente”, ainda assim, nesta versão o luto foi excluído como diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, deixando de ser medicado (Feijoo, 2021). Portanto, em sua última edição, o luto pode ser diagnosticado no DSM-V como: luto complicado, persistente ou um luto normal, sem complicações (Carmo, 2022).

Carmo (2022) também se debruça em sua análise sobre as últimas definições encontradas para o luto na Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª e 11ª edição, conhecidas como CID-10 e CID-11. O luto aparece no CID-10 como um possível estressor e que pode levar ao desenvolvimento do “Transtorno de Ajustamento”, já no CID-11, o luto é dividido em dois possíveis diagnósticos: o “Luto Descomplicado” e o “Transtorno do Luto Prolongado” (Carmo, 2022). Para além dos novos substantivos atribuídos ao luto, como “persistente” e “complicado”, temos, na atualidade, uma inscrição do fenômeno no campo dos diagnósticos de transtornos mentais.

O Ministério da Saúde (2022) alerta para o novo diagnóstico de transtorno mental posicionado pelo CID-11, o luto prolongado. Em uma matéria informativa, o Ministério da Saúde (2022) destaca que o que confere o diagnóstico ao luto é o prolongamento do período de luto, e os comprometimentos que esta dor pode causar, como incapacitar a pessoa de restabelecer sua vida de forma funcional. Deste modo, para além do tempo como medida do luto, outro elemento que parece estar em jogo para o diagnóstico é o comprometimento que a dor da perda pode causar na vida funcional. O comprometimento da doença na vida funcional parece não ser aceito por muito tempo, portanto o tempo cronológico se apresenta como a medida para o diagnóstico. Desse modo, quanto mais tempo perduram as reações graves ao luto, mais próximo do diagnóstico de *complicado, persistente e prolongado* ele se aproxima.

Até aqui neste estudo alcançamos em nossa análise que no presente horizonte histórico de sentido a patologia tem se apropriado tanto da experiência de luto quanto do fenômeno do suicídio. Ao retomarmos os resultados da análise anteriormente feita sobre as políticas públicas de prevenção ao suicídio, constatou-se que nos últimos cinco anos o suicídio tem sido postulado como efeito de uma não detecção, e não intervenção dos fatores de risco associados a este tipo de morte, principalmente às doenças mentais. Da mesma forma, o luto prolongado, enquanto patologia, parece também ser algo que nossa sociedade busca evitar, uma vez que o prolongamento desta vivência pode incapacitar a funcionalidade da vida do enlutado. Em síntese, a doença é algo que nossa sociedade teme e busca evitar, tanto pelos males que pode

provocar ao indivíduo, pela consequência última que é o fim de uma vida, quanto pelo impacto social que é o afastamento destas pessoas da funcionalidade, produtividade cotidiana.

O excerto de Virginia Woolf (2014) que abre o presente capítulo nos desvela a partir de sua perspectiva crítica como percebemos a doença em nossa sociedade como algo ruim que deve ser evitado pois atrapalha as normas da fazeção do cotidiano, diminui a produtividade da qual somos demandados. A saúde é desejável pois nos mantém no prumo, produzindo e sustenta o véu, o encobrimento, o faz de conta da produtividade, que só acaba quando estamos doentes. É na doença que o véu cai, que se desvela o mistério da solidão da caminhada pela floresta emaranhada e sem trilhas que cada um tem em sua existência. E por temermos a doença, os desajustes que a acompanham, postulamos uma lógica de prevenção antecipatória, atribuímos aos sobreviventes e ao entorno a responsabilidade pelo monitoramento e detecção dos fatores de risco, assim como prescrevemos uma maior atenção aos sobreviventes enlutados que precisam continuar a viver com a culpa e saudade, pois estes são doentes em potencial e devem ser monitorados. E assim, temendo o fim do faz de conta que é a produtividade, postulamos uma ilusão de controle que nos afaste dos mistérios da nossa caminhada solitária pela floresta emaranhada da vida.

Esta compreensão que temos do luto em nosso horizonte de sentido de que este pode ser mensurado em tempo - um tempo cronológico que, como um pêndulo, oscila entre os limites dicotômicos de um luto sem complicações e um luto com complicações - é uma concepção afinada à experiência dos sobreviventes? Afinal, os sobreviventes que perderam alguém, um parente, um(a) amigo(a), um(a) colega de trabalho, de turma, um(a) filho(a) para a morte voluntária podem ser apreendidos pelo tempo cronológico? Será que os sentimentos suscitados no luto e a dor da perda de alguém querido que decidiu ir embora pode ser apreendida pelo tempo cronológico?

Tendo em vista a compreensão fenomenológica-hermenêutica de que os seres humanos são atravessados pelas determinações existenciais presentes em seu horizonte histórico, o homem moderno possui, portanto, um modo de relação com o tempo determinado por nossa época. O filósofo Martin Heidegger tece reflexões sobre o tempo em uma de suas aulas reunidas no livro *Seminários de Zollikon* (2017) que se fazem pertinentes nesta oportunidade. Para o pensador, nós consideramos o tempo como acontecimentos, um *agora* que acontece um após o outro, dessa forma, temos a divisão do tempo em 3 momentos: o passado, o presente e o futuro. Dito de outro modo por Heidegger: “Todo agora tem em si, também, um *há pouco* e um *logo mais*” (2017, p. 59). Em sua explanação o filósofo evidencia que nosso modo de relação já definido com o tempo acaba por não considerar o *há pouco* e o *logo mais*: “o *há pouco* se

transforma em passado, em ‘antes’, finalmente em ‘*não mais*’. O *logo mais* se transforma em depois e, finalmente, em ‘*ainda não*’” (2017, p. 59).

Esse modo de relação posto por nossa época se relaciona intrinsecamente com a forma como os manuais e alguns estudiosos do tema do luto por suicídio posicionam o tempo como medida para o diagnóstico do luto. Ao nos apropriarmos dessa reflexão sobre o tempo, percebemos que em nosso horizonte histórico a relação entre o luto, o sentir a dor da perda e o tempo são marcados por uma lógica sequencial na qual se é afetado pelas emoções e sentimentos que chegam com a morte de um ente querido no *agora*, e, ainda assim, espera-se pelo *logo mais*, acreditando-se que os sentimentos trazidos pelo luto irão diminuir e se tornar um *não mais*. Portanto, o *logo mais* é aguardado com expectativa e certeza de que, com ele, virá o abrandamento das emoções. Ansiamos pelo próximo *agora* e acabamos por não nos demorarmos junto aos sentimentos que experienciamos no *agora*, afinal, não queremos sentir, ansiamos por *não mais* sentir.

Os manuais de diagnóstico de transtornos mentais compreendem que o que não pode se tornar um *não mais* rapidamente denúncia em si uma desarmonia do que é esperado que o tempo faça, que é levar consigo os sentimentos, que é trazer a possibilidade de um *não mais* aos sobreviventes enlutados. Mas como é possível *não mais* sentir a dor da perda, a tristeza e a saudade de alguém que decidiu ir embora?

Considerando as demandas por um não comprometimento da vida funcional por um tempo prolongado em nossa sociedade atual, e a compreensão patológica do luto, a experiência de difícil mensuração da perda dos sobreviventes parece não ser compreendida pelos estudos e manuais. O tempo cronológico utilizado para apreender e diagnosticar o luto por suicídio limita e enclausura nossa compreensão do sentir, que transcende o tempo. O luto e os sentimentos que são despertados quando alguém próximo põe fim à própria vida parecem ser posicionados como algo que não se deve sentir, a ser evitado, tal como a doença que nos afasta da produtividade cotidiana. O luto pela perda de alguém é impróprio e inoportuno, tal como a flor de açafão.

Heidegger (2017) ao refletir sobre o tempo nos apresenta ao nome antigo da flor de açafão: *Ziletoza*, que em alemão remete a uma flor sem tempo, isto porque essa flor não floresce no tempo certo e habitual das flores. A palavra *zeitlos*, sem tempo, também significa o tempo impróprio ou inoportuno. Desta forma, nosso horizonte histórico de sentido parece não acolher as experiências de luto que são sem tempo, que não podem se tornar um *não mais* rapidamente. E diante do que não acolhemos e compreendemos, diante do que escapa às noções determinadas como o tempo certo, posicionamos a experiência da perda de alguém para o suicídio como um luto de difícil mensuração, traumático, complicado e penoso (Cândido, 2011;

Sbeghen, 2015; Fukumitsu & Kovács, 2016; Melo & Barros, 2017; Oliveira & Machado, 2018; Rocha & Lima, 2019; Ruckert, Frizzo & Rigoli, 2019; Quesada et al., 2020a).

A partir da compreensão fenomenológica-hermenêutica, que considera que todo conhecimento é historicamente constituído, não podemos perder de vista os atravessamentos que perpassam estas postulações que buscam apreender a experiência de luto dos sobreviventes a partir da métrica do tempo e do diagnóstico de transtornos mentais. É preciso retomar as reflexões feitas por Heidegger sobre a era da técnica, mais especificamente sobre o pensamento que calcula.

Heidegger (1959/2000) afirma que o pensamento que calcula é característico da era da técnica, é o pensamento que antecipa resultados, prevê e calcula possibilidades. Atualmente, o pensamento que calcula se traduz na tentativa dos manuais de diagnósticos em capturar para poder antecipar tanto a experiência dos sobreviventes enlutados, quanto o fenômeno do suicídio. Ao capturar o luto por suicídio, buscam categorizar, portanto temos o luto com peculiaridades, complicado ou até mesmo o Transtorno do Luto Prolongado, enquanto o tempo cronológico é posto como uma medida para o diagnóstico e para a possibilidade de não mais sentir os efeitos da perda, os sentimentos despertados no luto. Essas categorias têm como objetivo ajudar os especialistas em sua função de prevenir e controlar, tal como fazem com o fenômeno do suicídio, como visto na análise das cartilhas elaboradas pelas políticas públicas de prevenção. Desse modo, o alerta feito por Feijoo (2004) é pertinente, pois a autora aponta para os riscos do enclausuramento da visão do cientista que toma o pensamento que calcula como prioridade, não deixando margem para outras possibilidades de compreensão.

A lógica da técnica, e do pensamento do cálculo, preza por desenvolver um recorte universal, tanto nas nomenclaturas atribuídas ao luto, quanto no estabelecimento dos critérios psicopatológicos que tentam metrificar em tempo a experiência dos enlutados sobreviventes. Carmo (2022) ressalta em seu estudo que, os moldes científicos parecem estar presos à ideia de que podem compreender o luto como um mero estágio, em que a partir do tempo estipulado terá o início e fim do sofrimento. Ainda assim, este pensamento pode estar em desafinação em relação ao modo como alguém experimenta sua dor, uma vez que o luto quando não corresponde ao tempo determinado, acaba se tornando uma anomalia (Carmo, 2022).

Deste modo, a compreensão atual do luto dos sobreviventes é atravessada pela ideia de que o luto tem um tempo pré-determinado, um período para o início e o fim, e que os comprometimentos à vida funcional não devem ser muitos, ou se estender por muito tempo. À vista disso, concebe-se o tempo enquanto métrica de um diagnóstico, um tempo mecanicamente mensurável, o tempo *chronos* (Carmo, 2022). A partir desta compreensão perdemos de vista o

tempo subjetivo do mundo vivido, o tempo kairós, o tempo estratégico, o momento **oportuno** (Carmo, 2022), o tempo da experiência de dor, sofrimento, tristeza e saudade por quem decidiu ir embora.

2.2.1 A culpa e o fracasso por não evitar o inevitável

Ao longo deste exercício de reconstrução das concepções vigentes em nosso tempo, percebemos como o fenômeno do suicídio tem sido compreendido enquanto uma patologia, uma doença que deve ser prevenida a partir da detecção, monitoramento e intervenção dos fatores de risco e sinais. Para além do fenômeno do suicídio, a experiência do luto também foi instituída no campo das patologias, como algo que precisa estar adequado a um tempo limite, embora o luto dos sobreviventes seja reconhecido por ser um luto de difícil mensuração por suas especificidades. A culpa se destaca dentre as especificidades do luto, como sendo o sentimento mais característico da experiência dos sobreviventes.

O fato de o suicídio ser um ato deliberado levanta questionamentos sobre as causas e razões para tal tomada de decisão. Após um suicídio, é comum que os familiares e pessoas no entorno se questionem sobre as razões, ou o que poderiam ter feito de diferente, o que poderiam ter visto ou previsto, quais cuidados deveriam ter tomado para evitar este tipo de morte (Fukumitsu & Kovács, 2016). Esta dificuldade de compreender tal ato deliberado contra a própria vida acaba produzindo a culpabilização de algumas pessoas ou acontecimentos da vida daquele(a) que decidiu ir embora. Esse movimento acaba por suscitar o julgamento moral em relação aos familiares, que geralmente são as pessoas mais próximas, de modo que a culpa em não ter percebido os sinais é frequentemente lançada aos parentes mais próximos, sendo os pais os mais implicados (Cândido, 2011).

Em sua pesquisa Fukumitsu e Kovács (2016) ressaltam que, ainda que os sobreviventes compreendam que a escolha foi feita de forma deliberada e que aquela pessoa sofria com alguma questão psíquica, eles não deixaram de se culpar e autoacusar: “Apesar de as pessoas compreenderem que a escolha pelo suicídio foi da pessoa que já manifestava estresse, a culpa e a autoacusação estiveram presentes nos depoimentos dos enlutados” (Fukumitsu & Kovács, 2016, p.8). Ainda que “a situação não tenha sentido, a culpa e as autoacusações são explicações plausíveis cuja energia é direcionada para o próprio indivíduo” (Fukumitsu & Kovács, 2016, p.9).

A culpa, a autoacusação e o questionamento do que poderia ter feito de diferente para impedir tal acontecimento reverberam a denúncia de Terezinha Maximo, mãe sobrevivente que

nos instiga a iniciar esta pesquisa. Em suas reflexões Terezinha ressalta que sente desconforto, culpa e fracasso ao se deparar com alguns discursos de prevenção que afirmam que “90% dos Suicídios poderiam ser evitados” (Maximo, 2020, n.p). A afirmação que tanto incomoda esta mãe sobrevivente explicita a ideia de evitabilidade da morte por suicídio, que parece estar fundamentada na lógica da detecção e monitoramento de doenças mentais, que com o devido tratamento irão evitar este tipo de morte.

Podemos alcançar esta lógica da evitabilidade da morte por suicídio a partir dos resultados da análise anterior das políticas públicas de prevenção ao suicídio que produzem cartilhas que apresentam como estratégia de prevenção o monitoramento dos sinais e fatores de risco, e reafirmaram a ligação entre o fenômeno do suicídio e os transtornos mentais, e ressaltam a intervenção diante da detecção dos sinais, afinal “O tempo será crucial para evitar algo que poderia ser evitável” (Brasil, 2020, p.13). Deste modo, tal como na pesquisa de Fukumitsu e Kovács (2016), a compreensão de que alguma questão psíquica estava em jogo, ou o diagnóstico de doença mental, como no caso de Terezinha, parecem ser dados que não encerram a possibilidade de evitação deste tipo de morte compreendida como evitável.

O julgamento moral em relação aos familiares também é algo que aparece tanto na pesquisa de Cândido (2011), quanto no relato de Terezinha (G1, 2018), que afirma ser interrogada sobre o modo como criou a filha e como pode não perceber o que acontecia com Marina. O que esta mãe sobrevivente nos evidencia é a concretude da lógica da evitabilidade e que os pais, os familiares são os agentes de prevenção por excelência. Ideia também corroborada e postulada pelas cartilhas elaboradas pelas políticas públicas de prevenção ao suicídio que se dirigem às famílias como agentes de prevenção (Brasil, 2019a; Brasil, 2020; Quesada et al., 2020b) e que posicionam as famílias como fator de proteção (Brasil, 2019b).

Isto posto, a lógica do pensamento que calcula, que antecipa e busca controlar e dominar (Heidegger, 2000) parece atravessar não somente os critérios diagnósticos do suicídio e do luto, mas também a própria experiência da culpa dos sobreviventes.

Além de ser compreendido como uma patologia, uma doença, o suicídio também é percebido em nosso horizonte como ato de desrazão, uma atitude desviante da normalidade que precisa ser ajustada (Cattapan, 2012), por isso, a preocupação com o controle da saúde mental. Afinal, o doente é uma ameaça à produtividade cotidiana. A produtividade está ligada aos interesses da sociedade, o indivíduo deve ser útil para se ajustar à normalidade, para ser incluído socialmente (Cattapan, 2012).

Isso nos evidencia que a concepção na contemporaneidade em relação ao homem é de que este deve ser racional, deve seguir a lógica, uma vez que a desrazão é algo a ser ajustado.

Assim, compreendemos, também, que por ser dotado de razão, o homem também pode exercer o controle pela via da razão. Para Farias (2018), esta compreensão positiva do homem, lógico-racional que busca, a partir da investigação, a correção e normatização dos desviantes, por desordem ou transtorno, é uma estrutura que caracteriza a culpabilização.

Assim, o que tomamos por culpabilização nesse estudo é propriamente a vigência de um modelo normatizador, em que todo e qualquer desvirtuamento desta norma é compreendido como erro a ser corrigido, uma vez que se mostra como causa de determinada desordem ou transtorno. Essa é a própria estrutura que caracteriza a culpabilização (Farias, 2018, p. 147).

A culpabilização é, portanto, a necessidade de detectar o desviante, e o não cumprimento deste dever aponta o débito, a falta, falha, o desvio (Farias, 2018). Deste modo, o suicídio enquanto patologia, é culpabilizado, uma vez que esta morte teve como causa uma determinada desordem ou transtorno. Deve-se, portanto, vigiar, detectar, medicar e corrigir o desviante, afinal a culpa de sua escolha pela morte voluntária é do desajuste, de uma patologia. A culpabilização e incentivo ao controle e antecipação para a correção, produz, portanto, a ideia de que eliminando a doença, a pessoa não irá pôr fim à própria vida.

Para Farias (2018), uma das bases fundamentais para que a culpabilização seja uma construção moderna possível é a ideia de que o homem é um ser de todas as possibilidades, dotado de razão e que é capaz de deliberar mediante a sua vontade. O homem é tomado como ente, encapsulado e determinado nele mesmo, em sua interioridade (Feijoo, 2011; Farias, 2018). Desse modo, o homem dotado de razão, e que pode deliberar mediante a sua vontade é capaz de tudo, inclusive de controlar e antecipar a morte do outro.

Curiosamente, a categoria da vontade é uma construção moderna, pois quando nos voltamos para a Grécia Antiga, não encontramos a vontade no pensamento grego antigo, falta denunciada na própria língua que não possui termo equivalente a ação voluntária da vontade do homem (Vernant, 1972/1999), embora existam outros termos, nenhum alcança a totalidade da noção moderna de vontade, nenhum exprime a ideia de tamanho poder que a vontade humana moderna possui. A categoria da vontade, para o mundo ocidental contemporâneo, posiciona o homem como o detentor do poder infinito da vontade, infinito a nós que o possuímos por inteiro enquanto agentes da ação, ação orientada pela vontade (Vernant, 1999).

Esta soberania da vontade moderna é fundamental para a produção da culpabilização do fenômeno do suicídio, uma vez que este homem que tudo pode, e que tem sua ação orientada pela reflexão e vontade, é capaz de antecipar as causas da desrazão, é capaz de vigiar e ajudar os demais a se restabelecerem ao normal, é, portanto, responsável pelo monitoramento e ajuste. Para o homem moderno, sua vontade e ação posicionam as coisas, as controlam, afinal, temos

meios para reajustar alguém, temos o controle da melhora e superação da causa que leva alguém a tirar a vida, controlamos, portanto, a morte mediante a nossa vontade?

Tendo em vista a soberania da vontade e a culpabilização da morte por suicídio, nos deparamos com o desvelamento de algo que atravessa o pensamento moderno, e o fenômeno da morte e luto por suicídio: a ideia de evitabilidade da morte. O homem moderno, a partir da lógica causal e da culpabilização do fenômeno do suicídio, que ocorre por conta de uma patologia, desrazão, desajuste, pensa que, mediado pela reflexão e vontade consegue evitar que alguém decida pôr fim a própria vida, evitando, assim, este tipo de morte.

Heidegger (2015) ao refletir sobre o ser para morte, ressalta que, ainda que o homem moderno tenha ciência de sua finitude, a cotidianidade e a impessoalidade fazem com que a morte apareça como algo distante, quase como um caso de morte, pois sabemos que morre-se, qualquer outro, mas não eu. Deste modo, nos relacionamos com a morte enquanto ameaça, um *ainda não*, pois a impessoalidade busca constantemente nos tranquilizar a respeito da morte (Heidegger, 2015). O filósofo destaca que na modernidade a finitude humana fica velada, isto porque “transforma-se a morte num caso da morte dos outros, que ocorre todos os dias e que, de todo modo, nos assegura com mais evidência que ‘ainda se está vivo’” (2015, p.330).

Portanto, embora o homem moderno seja um ser para a morte, em seu modo de lida impessoal ele se afasta dela, e apenas é lembrado de sua finitude com a morte do outro, contudo, a culpabilização do suicídio o faz pensar que até mesmo o outro pode não morrer. Deve-se e pode-se evitar este tipo de morte, assim como a ciência moderna busca evitar as outras mortes com seus aparatos tecnológicos que prolongam cada vez mais a vida do homem. Assim, o velamento da morte moderna e a soberania da vontade tornam possível até mesmo que a morte do outro se torne um *ainda não*, e pensamos ser possível evitar o inevitável.

Ao nos relacionarmos com a morte por suicídio como um tipo de morte evitável mediante o ajuste, a detecção e apontamento de qualquer falha, acabamos por nos responsabilizar pelo fracasso da tentativa de controle e disciplina que não foi empregada a tempo. Farias (2018) aponta que a culpabilização é um instrumento de controle e disciplina, que corrige e restabelece a ordem original. Desta forma, ao retomarmos a discussão sobre a culpa que os sobreviventes sentem, o que se desvela é um modo de lida que atravessa nosso horizonte histórico, sendo esta culpa não somente individual, mas um reflexo de um modo de pensar contemporâneo que preza o controle, a ordem, o ajuste. E se os sobreviventes não conseguiram ajustar a falha a tempo, detectar e corrigir, restabelecer a ordem, estes evidenciam em si mesmos a falha em serem senhores da razão, por não conseguirem manter e restabelecer a ordem e o controle mediante a sua vontade.

Tendo em mente estas considerações sobre a culpa dos sobreviventes, propomos a seguir o retorno à experiência mesma. Para isso, iremos nos debruçar sobre os relatos de sobreviventes por uma morte por suicídio, para acompanhar quais são as relações de sentido que estão em jogo em suas experiências de luto.

3 A EXPERIÊNCIA DE LUTO DOS SOBREVIVENTES

Oh, não há ninguém tão desvalido quanto um morto, enquanto que ao mesmo tempo em seu desamparo ele não exerce absolutamente a mínima pressão! E por isso nenhum amor é livre como a obra de amor que *recorda* uma pessoa falecida – pois recordá-la é outra coisa do que não poder esquecê-la no início.

*Søren Kierkegaard*⁶

O presente capítulo objetiva realizar uma destruição fenomenológica das verdades estabelecidas sobre os fenômenos objetos desta pesquisa: a prevenção ao suicídio e a experiência do luto dos sobreviventes. A partir do levantamento feito na etapa anterior, através de uma revisão narrativa sobre as atuais postulações da política pública de prevenção ao suicídio, e as determinações que marcam o luto por suicídio, podemos agora suspender tais verdades encontradas, para ir de encontro ao fenômeno e como este se apresenta em seu desvelar.

Nesta etapa, buscamos dar voz aos sobreviventes para que, a partir dos seus relatos de experiência, retornemos às coisas mesmas, e acompanhem os sentidos em jogo na experiência. Também buscamos observar se, tal como Maximo (2020), outros sobreviventes percebem que suas experiências de luto são impactadas pelas políticas públicas de prevenção ao suicídio. Deste modo, o presente capítulo objetiva descrever e analisar o que se desvela nos relatos de experiência dos sobreviventes, participantes desta pesquisa.

Para estes fins, realizaremos o acompanhamento e descrição dos vetores internos ao fenômeno presente nos relatos de experiência, como proposto por Feijoo (2021) em seu método investigativo fenomenológico-hermenêutico. É somente através da observação, acompanhamento e descrição dos vetores internos ao fenômeno que poderemos alcançar a dinâmica e estrutura deste, e isso se dá através da experiência concreta e do que esta tem a desvelar (Feijoo & Mattar, 2014; Feijoo, 2021, 2023). Para realizarmos esta descrição, tomamos como inspiração o trabalho de Feijoo e Noletto (2022) que realizam uma descrição detalhada dos vetores internos à experiência de luto materno, por isso, nesta oportunidade, iremos destacar e descrever os vetores que se desvelam em nossa coleta de dados, nos relatos de experiência dos sobreviventes. Em um segundo momento desta análise, realizaremos a explicitação das experiências de luto através da apresentação das unidades de significado, que são as expressões

⁶ Trecho de *As Obras do Amor* (1963/2003, p.364)

marcantes e mais frequentes nos sentidos atribuídos (Feijoo & Noletto, 2022) pelos sobreviventes em seus relatos.

3.1 Descrição dos vetores internos ao fenômeno

A descrição dos vetores internos ao fenômeno só é possível a partir de uma análise fenomenológica do discurso (Feijoo, 2021) que se apresenta nos relatos de experiências dos sobreviventes enlutados por uma morte por suicídio. Para isso, realizamos uma transcrição dos relatos obtidos e a partir de uma leitura e releitura do material buscamos acompanhar os sentidos singulares que se desvelam em cada experiência de luto. Desta forma, nesta etapa, descrevemos os vetores que se destacaram nos relatos de experiência a partir da nossa observação atenta do fenômeno.

A partir da parceria deste estudo com o LAFEPE UERJ, contactamos e convidamos algumas pessoas já atendidas pelo projeto de extensão do laboratório, que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, para participarem contribuindo com seus relatos de experiência de luto. Das 8 pessoas contactadas para contribuir com o estudo, apenas 5 aceitaram o convite. Tendo em vista a sensibilidade do tema, obtivemos algumas recusas, ainda assim, alguns participantes aceitaram o convite ressaltando que seria difícil falar sobre o tema, mas que gostariam de contribuir com a pesquisa porque reconheciam a importância deste estudo.

Obtivemos assim, o relato de 5 participantes que concordaram livremente com a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas aconteceram presencialmente entre os meses de agosto e setembro de 2023, onde os participantes responderam à pergunta disparadora: *Como foi a sua experiência de luto por alguém que cometeu suicídio?*

Além da pergunta disparadora, outras duas perguntas foram incluídas para o encerramento das entrevistas: *Você deseja acrescentar mais alguma coisa ao seu relato? Como foi pra você acessar essas memórias, contar a sua experiência?* Essas perguntas foram incluídas com o objetivo de encaminhar a entrevista para um encerramento e certificar se os participantes estavam confortáveis, se a experiência do relato tinha lhes acarretado algum desconforto. Ao serem questionados se gostariam de acrescentar alguma coisa ao relato, alguns participantes aproveitaram para rememorar características e acontecimentos sobre seus entes queridos, muitos o fizeram com sorrisos e aproveitaram para secar as lágrimas advindas do relato anterior. Quando perguntados sobre a experiência de acessar memórias e realizar o relato,

os participantes responderam em sua maioria que é algo difícil, mas ressaltam a importância de fazê-lo para ajudar a pesquisa e a outras pessoas que passam pelo mesmo.

Reunimos em um quadro ilustrativo algumas informações gerais sobre a amostra dos 5 dos sobreviventes, como idade, grau de proximidade com aquele(a) que tirou a própria vida, a causa da morte e o tempo do ocorrido. Todos os participantes são do estado do Rio de Janeiro. Para assegurar o anonimato das informações obtidas atribuímos nomes fictícios aos participantes e seus entes queridos. As idades identificadas como NI sinalizam: não informado.

Figura 1 - Apresentação dos Participantes

Participante	Idade do Participante	Grau de proximidade	Idade da pessoa que tirou a própria vida	Época do ocorrido	Tempo de luto no momento da entrevista	Causa da morte
Luara	22	Melhor amiga	NI	Outubro de 2022	10 meses	Asfixia mecânica (Enforcamento)
Lúcia	64	Esposa	62	Janeiro de 2022	1 ano e 9 meses	Defenestração
Rodrigo	28	Amigo	NI	Setembro de 2020	3 anos	Envenenamento por substância tóxica
Carmem	58	Mãe	36	Outubro de 2022	11 meses	Depressão (Enforcamento)
Mariana	23	Melhor amiga	18	Junho de 2019	4 anos	Defenestração

Fonte: Autora, 2024.

Estas informações podem ser relevantes para estabelecermos um panorama da diferença de idades em que a morte por suicídio acontece, os diferentes graus de proximidade dos sobreviventes que são impactados por uma morte por suicídio, e o tempo de suas experiências de luto, que recentes ou não trazem em seus relatos a lembrança vivida do seu ente querido e do momento do ocorrido. A seguir destacamos os vetores internos que são a explicitação da dinâmica existencial em que a experiência se dá, e que se desvelam nos relatos de cada participante.

Luara

O elefante na sala: A presença em ausência

Em seu relato, Luara destaca que a morte de Tom, seu melhor amigo, é algo difícil de entender: “Acho que de 100% do tempo desde que aconteceu, em 97% ou 98% do tempo é uma coisa inconsciente, eu sei que aconteceu, mas não sei se é uma negação, eu não entendo que realidade é essa. Foi muito difícil. É uma coisa que fica escondida, você vai vivendo, mas tá

ali. É o que chamam de ‘O elefante na sala’. Você tem que se acostumar com isso, é uma dor que você tem que se acostumar, é uma saudade imensa, que vai acumulando, crescendo, mas você tem que se acostumar. É muito difícil”

Luara conta em detalhes como a morte de Tom aconteceu e relembra também algumas tentativas anteriores dele de pôr fim à vida. Ela explica que em um período de quatro meses seu amigo tentou suicídio duas vezes: a primeira em casa e a segunda em um hotel, ambas por ingestão de remédios, e em ambos os episódios o SAMU foi acionado e o levaram para um hospital, e este o encaminhou para internação em uma casa de saúde para pacientes psiquiátricos e dependentes químicos. Tom tira a própria vida se enforcando no banheiro do quarto durante o período de internação na clínica e isso parece surpreender Luara.

Uma morte difícil de entender, por mais que fosse esperada

Para Luara o fato de a morte de seu amigo acontecer dentro de uma clínica é algo surpreendente e que dificulta a compreensão do acontecido: *“É difícil de se acostumar porque, no meu caso, a morte do meu melhor amigo foi dentro de uma clínica, então eu pensava em muitas coisas, menos que ele iria fazer dentro de uma clínica. Eu me preocupava mais com ele quando ele estava fora (de uma clínica) do que quando ele estava dentro. Então eu não suspeitava que isso ia acontecer dentro de uma clínica, não suspeitava que ele teria condições de fazer isso”*.

Em outro momento da entrevista Luara reforça: *“Então, pelo histórico dele, a gente desconfiava que, caso isso acontecesse de novo, seria fora da clínica, não dentro. A gente espera assistência da clínica, eles têm psicóloga, e a família pagava uma psiquiatra por fora para ir lá. Não foi falta de tratamento. A mãe dele era ciente de que era necessário cuidar da saúde mental dele. Ele tinha psicóloga particular, nada de plano, psiquiatra também, a mãe dele se endividava, mas ele tinha particular”*.

Luara evidencia em seu relato que o local e modo como a morte de Tom acontece são instâncias que atravessam sua experiência de luto: *“Lembro que nos primeiros meses foi bem difícil pra mim, eu sentia muita raiva da clínica, porque pra mim não faz o menor sentido ele ter como usar o banheiro sozinho, como ele ter como ficar sozinho, sem ser vigiado, olhado, principalmente no estado que ele estava.*

Eu falei com ele um dia antes, ele estava bem cabisbaixo, falou que estava cansado daquele lugar. Eu disse pra ele que ele tinha que ficar ali, que ele precisava ser cuidado, que ia ficar tudo bem, que iríamos resolver as dívidas, eu iria lhe ajudar, mas foi isso”.

Prevenção: uma luta que se quer ganhar, mas por que não funcionou?

Ao lembrar das outras tentativas de suicídio do melhor amigo, Luara também lembra como era para ela estar junto dele nesses momentos de socorro e prevenção. Ela conta que nas duas últimas tentativas de Tom, é ela que vai ao seu socorro, que chama a emergência, que rastreia o local onde ele estava, e o faz pois percebe em sua voz que ele não estava bem.

“Eu torcia para ele ficar bem, eu dizia para ele que enquanto ele tivesse vida a gente poderia tentar, dizia que estava do lado dele e que iríamos correr atrás. Mas era muito difícil, eu não conseguia dormir. Mas eu tenho muita fé, e agradeço a Deus e a quem me protege, porque sou muito abençoada por não ter a saúde mental comprometida, porque qualquer outra pessoa no meu lugar ficaria. Na primeira tentativa eu o encontrei desmaiado, ele me agrediu porque estava muito grogue, depois ele disse que não lembrava, mas eu estava ali com ele. Não era um peso para mim de nenhuma forma, era uma luta, e se era dele era minha, e eu queria ganhar, mas só quem podia fazer isso era ele independente de quantas vezes eu fosse lá e o salvasse, ele ia continuar tentando enquanto ele não se cuidasse. Enquanto sei lá o que não acontecesse, porque ele fazia terapia e psiquiatra. As pessoas falam né, tem que ir na terapia, no psiquiatra, tem que cuidar da saúde mental, mas ele estava fazendo isso né, então foi complicado. O que ele poderia fazer mais se nada disso estava ajudando?”

Para Luara, o amigo “era uma pessoa que tinha tudo o que queria, inclusive o tratamento. Então é um ponto de interrogação muito grande”.

Ao refletir sobre a prevenção, ela se interroga o porquê não funcionou com o melhor amigo:

“Em muitos casos de suicídio a gente aponta que é importante cuidar da saúde mental, que quando se tem um acompanhamento, um cuidado, a chance disso acontecer é menor, não que não vá existir, mas é menor. Então causa muito espanto na gente. Eu não sou da área, eu não estudo psicologia nem psiquiatria, mas é do senso comum. Aí a gente se pergunta, caramba, ele estava se cuidando, ia na psicóloga, psiquiatra, todo mundo fazia de tudo, ele estava tentando, por que não funcionou? Por que ele fez isso? Então fica essa lacuna.

Foi muito difícil para a mãe dele fazer tratamento psicológico depois, a mãe dele entrou em depressão, tentou contra a própria vida menos de dois meses depois do que aconteceu. E ela falava pra mim ‘pra que vou fazer isso, se não funcionou para meu filho, como vai me salvar?’. É óbvio que não é só isso (o acompanhamento psicológico e psiquiátrico), mas isso é um fator muito importante, não é o que define, mas é importante. Eu nunca duvidei da importância de fazer terapia, isso não mudou minha visão”.

Luara reflete sobre essa contradição: *“Isso dá uma angústia, uma irritação na gente mesmo, porque a gente gosta de falar bem da terapia, da importância do cuidado da saúde mental, porque isso (questionar) dá brecha pra quem acredita que psiquiatra é coisa de maluco, ele foi e não ajudou. Esse discurso não desce e causa indignação porque esse discurso dá munição para essas pessoas, mas não é isso, é mais no sentido de que mesmo com a terapia e psiquiatria teve esse fim, imagina se não tivesse. Nós adiamos, quer dizer, nós atrasamos, prolongamos a vida dele”*.

Os períodos de crise, a carga pesada

E diante da decepção pela falha da prevenção, Luara relembra os motivos que Tom tinha para querer tirar a própria vida, como a energia, o diagnóstico que não foi encontrado, a questão espiritual, e os amigos.

“No caso do meu amigo, ele tinha uma carga pesada que ele carregava desde a infância. Desde a infância ele teve algumas tentativas, ele ficava sentado na janela do 13º andar, isso quando ele tinha 14, 15 anos. Então ele tinha um histórico, ele tinha um período de crise, mas ele melhorava e ficava bem por 4, 5 anos e depois voltava. Não sei se ele deveria ter sido diagnosticado com outra coisa, como borderline, não sei, mas nunca foi. Quando mais novo ele foi diagnosticado com TOD e tinha ansiedade. Então ele tinha um histórico, não foi uma pessoa que a gente fale ‘nossa era tão bem com a vida e do nada’, foi sim do nada, ele era uma pessoa extremamente alegre, viva, feliz, gostava de sair de viver, era muito feliz e alegre, mas teve um período que foi punk, do nada, ele estava na clínica e recebemos a notícia da tentativa de suicídio”.

Luara explicita a questão espiritual do amigo: *“O que eu acredito que aconteceu com ele é algo mais espiritual do que qualquer outra coisa. No sentido de estar bem consigo mesmo, da energia que carrega, acho que deve ter alguma coisa a ver com isso. Não acredito que tenha sido falha profissional, porque a terapia não funciona, nada disso. Mas causa esse estranhamento na gente, meros mortais”*.

Em outro momento do relato, Luara fala dos que falharam com seu amigo: *“Fiquei muito tempo me perguntando se eu não poderia ter ido lá vê-lo mais alguma vez, mas todo final de semana eu estava lá, eu já era de casa. O que eu mais fiz foi pensar no outro, porque as pessoas falharam com ele, amigos falharam com ele por não estarem presente, mas isso acontece com todo mundo”*.

Ele era a cara do carnaval, era aceito e cuidava da saúde mental

Em outros momentos da entrevista, Luara também relembra dos motivos que Tom tinha para não querer morrer, como o apoio que ele tinha em relação a sua sexualidade: *“Ele era um homem gay, abertamente gay, mas não sofria nenhum tipo de preconceito, a família o aceitava e acolhia, os amigos aceitavam, a mãe dele era colada com ele, dava força pra tudo, ele nunca passou por problemas financeiros, então ele era uma pessoa que tinha tudo o que queria inclusive o tratamento. Então é um ponto de interrogação muito grande”*.

Luara também cita o fato de o amigo ter acesso ao tratamento psicológico e psiquiátrico, que ao mesmo tempo em que são motivos para não querer morrer, também levantam a dúvida do que mais poderia ser feito: *“As pessoas falam né, tem que ir na terapia, no psiquiatra, tem que cuidar da saúde mental, mas ele estava fazendo isso né, então foi complicado. O que ele poderia fazer mais se nada disso estava ajudando?”*.

Em determinado momento do seu relato, Luara enfatiza o quanto o amigo era uma pessoa feliz: *“Ele não era uma pessoa que tinha cara de depressão, ele era muito alegre, vivo, era a cara do carnaval, mas aí ele chegava no quarto a noite e a mente dele devia ser uma coisa de louco”*.

Um luto tranquilo

Ao refletir sobre sua experiência de luto pelo amigo, Luara afirma: *“Meu luto...eu não sou daquelas pessoas que chora todo dia, que fica cabisbaixa. Foi um baque muito grande quando aconteceu, mas vem e volta. Fico algum tempo sem ficar mal sobre isso, e aí vem um sonho, alguma coisa, aí fico mal. Mas acho que estou lidando bem com meu luto. Não me impactou no sentido de desenvolver ansiedade, depressão, nada disso, até porque acho que tem pessoas que nascem com predisposição a isso”*.

“Minha experiência de luto foi saudável, eu não vivenciei um luto pesado, o que eu passei foi pesado, mas não vivenciei o luto de forma pesada. Às vezes me dava uma crise de falta de ar, mas eu me acalmava, não era algo frequente. O choro era hora ou outra. Isso foi nos primeiros cinco meses, depois de abril ou maio, eu já melhorei um pouco”.

O desejo de estar mais presente

Em seu relato Luara relembra a relação de confiança, intimidade, e proximidade com o amigo, que falava com ele todos os dias, *“principalmente quando sabia que ele não estava bem. Todo fim de semana a gente se encontrava para sair, passar o tempo, era como um irmão pra mim, de verdade”*. Sua amizade era tão próxima que: *“eu sentia como ele estava, então se ele não estava bem eu sabia pelo jeito que ele escrevia, pelo jeito de falar, ele se isolava”*.

E mesmo tento uma amizade tão próxima e mantendo o contato frequente, Luara se pergunta se poderia ter feito mais pelo amigo para que ele estivesse vivo: *“No início isso passava na minha cabeça, pensava sobre o que eu poderia ter feito, se poderia estar mais presente, vê-lo mais vezes, mas eu já estava presente, só que me perguntava se ao invés de ir 1 vez na semana lá, por que eu não fui 3 ou 4 vezes, por que ao invés de ligar uma vez por dia, por que eu não ligava duas? Mas eu já fazia mais do que o básico, eu conversava e interagia muito”*

Luara enfatiza a importância de sua presença: *“A gente se gostava muito, então eu via o quanto fazia bem passar tempo um com o outro, rir de uma besteira ou outra, conversar é importante”*.

O suicídio enquanto lição

Para Luara o suicídio do amigo lhe acarretou consequências fortes, como uma lição e a extinção de uma possibilidade.

“Então, a gente nunca sabe o que se passa na cabeça das pessoas. Isso me serviu de lição para ser mais atenta ainda com as pessoas ao meu redor, com as pessoas ao meu alcance. Isso me deu mais sensibilidade ainda, mais empatia do que já tinha”.

Luara reflete que a morte do amigo extinguiu o suicídio enquanto possibilidade para ela, porque ela viu o sofrimento da família e dos amigos: *“Primeiro que eu presenciei a dor do luto, não só minha, e quando uma pessoa morre por suicídio várias outras morrem junto, porque uma parte dele morreu em todo mundo, então era como se todo mundo que fosse próximo e que tinha algum amor por ele sentiu isso, esse peso, esse vazio. Então não morreu meu melhor amigo, morreu o filho de uma mãe, um irmão, um sobrinho, um neto. Na verdade, são muitas mortes, uma dor muito pesada. O velório dele foi o evento mais pesado que passei na minha vida, foi ver ele dentro de um caixão. Vendo a dor das pessoas, eu me coloquei no lugar dele, se eu tivesse feito isso comigo mesma e estivesse vendo todas as pessoas que mais amo no mundo inteiro ali naquela sala, no estado que aquelas pessoas estavam, nossa, eu não desejo isso nunca. Não digo isso porque ele desejava, e nem esse papo de ‘não faz isso com você, imagina como vai ficar sua mãe’, não é bem isso”*.

“Antes disso acontecer a chance de eu tentar fazer alguma coisa comigo nesse sentido era baixa, existia, mas era baixa, depois que isso aconteceu, se ela existe é bem menor. Mas só nesse sentido. Porque se me perguntar se eu gostei que isso tenha acontecido, não eu não gostei, Se eu pudesse nada disso teria acontecido, mas já que aconteceu a gente tem que encarar a vida”.

A fé que a ajuda a seguir

Luara destaca a importância da sua crença e fé para seguir depois da morte do amigo: *“Minha vida virou de cabeça para baixo, parece que eu entrei dentro de uma máquina de lavar. Coisa de maluco. Mas eu tenho muita fé nas coisas. Então bola pra frente”*.

“O que mais me ajudou foi essa crença de que tudo o que acontece tem a permissão de Deus, e que a vida aqui não é só isso, não é um simples vai para o céu ou para o inferno. Isso me ajudou bastante, saber que ele não está sofrendo tanto, que ele não se extinguiu para sempre, me ajudou muito”.

“Segundo a minha crença, eu acredito que depois vamos nos encontrar, vou encontrá-lo em outra ocasião, mais para frente. Tudo está aí para melhorarmos e aprendermos, não tem outro caminho. Espero que essa pesquisa tenha um impacto na vida de outras pessoas”.

Ele acreditava muito em mim

Luara reflete que depois da morte do amigo quis trazer para si a fé e admiração que ele tinha por ela, e para isso deseja viver, por isso não vê o suicídio como possibilidade *“porque ele acreditava muito em mim, mais do que eu mesma”*.

“Depois disso que aconteceu, eu achei que a coisa mais importante a se fazer era pegar tudo o que ele sentia por mim, tudo o que ele falava e guardar aqui. Ele tinha muita fé em mim, muita admiração, então quis trazer isso pra mim. Então acho que acarretou em coisas ‘boas’ nesse sentido, em consequências. Para que não tenha sido em vão, pra que eu possa deixar ele vivo em mim, o amor dele, tudo o que ele falava vivo em mim. É mais nesse sentido. É por isso que diminuíram as chances de eu fazer alguma coisa nesse sentido”.

Para Luara, viver seguindo os conselhos do amigo o deixará feliz: *“Acredito que de onde ele estiver me olhando, aí entra a minha fé, ele vai ficar muito feliz em me ver caminhando, melhorando, seguindo os conselhos dele, ele adorava ter razão, então quando ele vê que eu me dei bem seguindo o que ele falou, ele vai ficar feliz de onde ele está. Então tenho que continuar”*.

Lúcia

Anos de crise e sofrimento

Lúcia lembra do sofrimento e das crises constantes de seu marido Antônio, que por muitos anos conviveu com a depressão e os pensamentos sobre antecipar sua morte.

“Foram muitos anos de sofrimento, ele desde que perdeu a mãe entrou em depressão, até mesmo antes dele perdê-la, ela faleceu em abril, em março ele já entrou em depressão.

Então foram 17 anos de altos e baixos. Eu fiz de tudo o que você pode imaginar, eu levei em todos os centros espíritas, em todos os psiquiatras, onde ele queria ir eu levava. E sempre naquela dificuldade de criar uma estabilidade, ele nunca mais criou uma estabilidade, meio que 6 meses bem e 6 meses em queda, em depressão. Até que em 2021 ele caiu mesmo, ficou muito ruim, ele teve meio que um surto”.

“Aí ele teve essa crise em 2021 e daí foi ladeira abaixo. Ele começou a entrar em um nível de ansiedade muito grande que ele não parava de andar, ele andava o tempo inteiro pra lá e pra cá. Foi complicado, foi muito complicado”.

Em outro momento da entrevista Lúcia destaca: *“Quando ele ficava em crise, ele sempre falava que só pensava em morrer, que queria ficar com a mãe, queria se encontrar com a mãe. E ele falava que às vezes pensava em ir pra ponte se jogar, mesmo não estando em crise, ele estava trabalhando. Eu dizia pra ele parar com isso pelo amor de Deus. Ele tinha uma coisa com aquela ponte, porque no fundo ele sabia que seria certo. Que se jogando de lá, é muito difícil você sobreviver. Ele sempre falava isso, às vezes ele passava bem, depois voltava a crise, aí falava, aí corria atrás, tomava remédio mais forte, aí passava, aí depois voltava ... quer dizer, foram praticamente 17 anos nessa luta. Quando minha sogra morreu minha filha tinha seis meses. São quase 16 anos assim que ele ficou com depressão. O tempo todo ele pedia pra morrer, ele dizia que pedia a Deus pra levar ele dessa vida, o tempo inteiro ele pediu”.*

Em seu relato Lúcia explicita que buscando ajudar o marido nesse período de crise severa no ano de 2021 o internou em uma clínica psiquiátrica onde ele ficou por pouco tempo: *“Eu internei ele, mas ele só ficou 48h lá, eu internei ele numa clínica, mas ele me pediu que tirasse ele de lá, e nós achamos que ele não estava sendo bem tratado, botaram ele em um lugar que talvez ele não devesse ficar, botaram ele junto com outras pessoas em estado pior do que o dele (...) Então foi muito ruim, e eu tirei ele (da clínica), até porque eu tenho horror a ficar presa, então imagino que isso não é uma coisa pra ninguém”.*

Lúcia conta que ao sair da clínica, Antônio tenta suicídio: *“Ele saiu da internação, aí tentou cortar os pulsos, mas graças a Deus acho que ele estava tão fraco que ele não teve força mesmo. E depois ele teve uma tentativa na ponte, que foi quando ele ficou sentado, teve medo e não fez”.*

Lúcia relembra os motivos que faziam Antônio pensar na morte como saída, como a depressão e a perda da mãe:

“É muito difícil. É difícil, porque quando você tem uma doença física, você tem como, você acha que pode diagnosticar, você tem como ajudar, mas o que tá dentro da cabeça da pessoa é muito difícil. Às vezes as pessoas até acham que a pessoa está exagerando, que está

chamando a atenção, muitas vezes eu também já pensei isso ‘ah tá fazendo isso pra me chamar a atenção’, porque na realidade ele só tinha a mim, ele era filho único, não tinha família aqui no rio, a mãe dele faleceu, foi quando ele entrou em depressão, ele só tinha a mim e a minha filha. E praticamente era eu, tudo era eu, meio que substitui a mãe dele. Porque ele tinha uma ligação muito forte com a mãe dele, a perda da mãe dele tirou o chão dele. Então, nem a filha, ele amava a filha, mas não foi o suficiente pra ele segurar a perda da mãe, eu acho. Eles tinham uma cumplicidade muito grande”.

A tarefa e responsabilidade de impedir o suicídio

Ao recordar as tentativas de suicídio do esposo, Lúcia também relembra as prescrições médicas que lhes foram dadas: *“Muitas pessoas me disseram para internar ele, porque era uma questão de segurança da vida dele, mas um dos psiquiatras, e ele foi em vários psiquiatras, mais de cinco psiquiatras que nós estivemos ... Na primeira tentativa dele na ponte, ele foi, mas não se jogou, ficou com medo e ficou sentado lá. Aí o médico falou que se eu cuidasse dele, que se eu sempre estivesse com ele, ele não achava que era necessária a internação. Então, eu optei por isso”.*

Lúcia destaca em outros momentos de sua fala como era a tarefa de cuidado intensivo do marido: *“(...) porque eu mantinha tudo trancado, facas, chave do carro, tudo, tudo o que trouxesse perigo”.*

A prescrição e a tarefa de cuidado faziam com que Lúcia se sentisse responsável: *“Quando você é responsável, eu era responsável por ele, ele só tinha a mim, então eu tomei a decisão (de tirá-lo da clínica) respeitando a vontade dele. Porque eu me coloquei no lugar dele, eu também não gostaria de ficar trancada em um lugar, num quarto, acho que ficaria pior ainda”.*

A morte por suicídio que decorre do seu vacilo, do seu descuido

Lúcia relembra com detalhes a morte do marido e destaca que isso acontece por um descuido seu:

“E aí quando ele parecia que estava bem ... nós estávamos juntos, porque eu fui morar na região serrana, estávamos lavando uns vasos de planta e ele foi pegar um negócio ... porque eu mantinha tudo trancado, facas, chave do carro, tudo, tudo o que trouxesse perigo. E naquele dia eu descuidei do lugar que estava trancado as coisas, e ele foi buscar uma fita. Eu perguntei ao caseiro onde ele estava, o caseiro me disse que ele tinha ido buscar a fita, eu falei que ele estava demorando muito, aí pedi pro caseiro chamá-lo, aí quando foi procurar ele não estava

mais, olhou lá embaixo e o carro também não estava, aí falei 'pronto, foi fazer alguma bobagem'. Mas eu tinha esperança que ele não concretizasse, como da outra vez, mas, infelizmente, dessa vez ele fez. Então, eu não consegui fazer aquilo que eu havia me proposto, que era cuidar dele”.

O esposo de Lúcia dirigiu sem parar por 1h até o lugar que planejou se lançar.

“Eu acho que ele só estava realmente esperando um vacilo meu e pegar a chave. E foi o que aconteceu, eu me esqueci na hora, não me toquei que ele poderia ver o quartinho aberto e aproveitar a situação e pegar a chave do carro. Então eu tentei, liguei pra ponte, avisei, pedi que evitassem. Eu só esqueci, talvez eu tinha que ter ligado pra algum amigo aqui, até pro meu cunhado, que tivessem ido até a ponte de repente poderia ... mas na hora isso não me veio à cabeça. Eu só falei com o pessoal da ponte, chamei a polícia, mas a polícia disse que não podia parar alguém sem motivo nenhum. Aí, infelizmente ele fez”.

A dúvida e a culpa

O relato de Lúcia é marcado em diversos momentos pela culpa e pelas dúvidas em relação às possibilidades que poderiam ter alterado o curso dos acontecimentos e impedido a morte de Antônio.

“Olha, é uma coisa muito ruim, eu já tive várias perdas, pai, avós, mas por motivos de doença né. Nessa situação fica muito difícil, porque você sempre acha que não fez o suficiente, e, também, a culpa. A culpa é uma coisa que faz parte. Já tem um ano e meio, e eu acho que vou carregar essa culpa. Mesmo que às vezes eu ache que não sou culpada, mas eu sempre me cobro que, talvez, eu deveria ter feito mais, que talvez eu tivesse evitado isso, se eu tivesse internado ele”.

Lúcia se culpa por não ter conseguido prorrogar a vida do esposo:

“Você acha que talvez se tivesse tomado uma ou outra atitude não teria chegado a essa conclusão, ou talvez tivesse prorrogado mais tempo. Eu não sei se eu conseguiria fazer que ele voltasse a ter o equilíbrio mental dele, eu não sei, eu sei que ele não acreditou nisso, ele achou que não ia ter mais, por isso ele tomou essa decisão. E também, porque acho que ele não queria viver a vida trancado, internado.

Vai ficar sempre a dúvida. É uma morte que faz com que você sempre fique em dúvida, se eu tivesse feito isso, ou aquilo, se tivesse procedido de uma forma ou de outra teria evitado. Não tem como saber, por isso você fica sempre na dúvida”.

“Sempre fico achando que poderia ter conseguido, que ele poderia estar aqui até hoje”.

“Esse é o sentimento. Eu não consigo falar sobre o assunto sem ainda não me sentir... não sei se um dia vou conseguir. Sem me sentir emotiva, sem estar sempre com essa dúvida, mesmo que as pessoas digam que não, que eu jamais poderia evitar, que isso ninguém tem como controlar. Realmente, você não tem como controlar o que se passa na mente da pessoa, esse controle você não tem, mesmo ...”.

Em outro momento da entrevista, Lúcia retoma a culpa por não ter conseguido ajudar o esposo: *“É sempre doído. Me vem a sensação de não ter, realmente, ajudado ele. Apesar de que, racionalmente, eu acho que eu fiz tudo o que eu pude, erreí claro, porque eu não tinha condições de me tratar e nem de tratar minha filha, tudo era em função dele, a nossa prioridade era ele. Aí vem aquela história, talvez, ah se eu tivesse... feito terapia, se minha filha também tivesse feito terapia poderíamos ter ajudado ele melhor. Isso tudo fica no talvez, poderia não ter dado em nada também. É uma coisa que mexe comigo, vai sempre mexer (...)”.*

Ninguém vai antes da hora

Diante do acontecido, e do fato de que não conseguiu impedir que o esposo tirasse a própria vida, Lúcia reflete que a morte do esposo pode ter acontecido por que era para ser assim.

“Sempre fico achando que poderia ter conseguido, que ele poderia estar aqui até hoje. Mas eu também acho que ninguém vai antes da hora. Então são essas dúvidas que você fica na cabeça. Eu sempre acho, a minha vida toda, que todo mundo tem o seu dia, você vê esses desastres da natureza ou acidentes de carro, de avião, morre não sei quantos, sobra um, por que só aquele sobrou? Eu não sei se aquele era o dia dele e foi dessa forma, porque em 2019 ele infartou e sobreviveu, botou quatro stents, então não era aquela a hora dele. Ele teve câncer no rim, esperamos a covid passar para poder operar. Então ele passou por essas coisas e não foi os momentos dele, então aquele foi o momento, talvez estava escrito, e aí foi dessa forma ruim”.

Ao refletir que a hora de cada um está escrita, e portanto, determinada, Lúcia parece cauterizar sua culpa por não ter conseguido impedir por completo que o esposo tirasse a vida. Ela também recorre a exemplos de outras pessoas que não conseguiram controlar e impedir que alguém tirasse a vida.

“Realmente, você não tem como controlar o que se passa na mente da pessoa, esse controle você não tem, mesmo ... No início eu fiquei procurando relato de pessoas que se suicidaram, essas coisas assim, filhos de psiquiatras, filhos de médicos se suicidaram, imagina quanto não deve ser pra essas pessoas que estão dentro do meio, do estudo, que estudam a

doença, a dificuldade de entender deve ser maior ainda. Imagina, você que é médico não consegue salvar um filho seu, deve se sentir ainda mais culpado por isso.

Infelizmente essa é uma morte que mais tem acontecido né, o que eu vi de relatos é de que é mais comum em pessoas mais jovens, meu marido se suicidou com 62 anos”.

O suicídio como libertação

Lúcia reflete que, embora tenha se empenhado na tarefa de impedir que o esposo tirasse a vida, a morte era uma possibilidade para a libertação da angústia que o acometia.

“(…) Aí, infelizmente ele fez. Mas ele se libertou do sofrimento dele. Eu não acho que as pessoas querem morrer, elas querem se ver livre da angústia, da angústia deles e também de todo sofrimento que a gente acaba passando, eu e minha filha, todo mundo acaba se envolvendo. Então acho que é isso que ele quis fazer, se libertar, porque talvez ele estava vendo que iria voltar a ser internado, e ele não queria, ele tinha pavor dessa possibilidade novamente, e ele não estava conseguindo, acho que sem internação ele não ia conseguir melhora”.

Só sabe quem vive

Lúcia destaca em seu depoimento a dificuldade de se enfrentar a depressão e a incompreensão dos outros sobre o tema.

“Porque é muito triste essa doença. Só sabe quem vive, quem tem alguém perto que vive. Porque muita gente, eu escuto muita ignorância a respeito da doença, que é frescura, que tem que ter força pra fazer alguma coisa, sabe. Eu no início falava isso pra ele, que ele tinha que ter força, tinha que tentar, mas as pessoas não têm força, é uma coisa muito difícil. Você chora e não sabe o porquê, ele dizia que ouvia vozes, eu não entendo muito isso, mas ele vivia dizendo que ouvia vozes mandando ele se matar. Pra mim é muito difícil entender isso, ouvir vozes, mas ele dizia muito isso, o tempo inteiro ficavam dizendo pra ele fazer isso. É uma coisa que ainda tem muito preconceito sobre a doença, porque quem não passa não entende”.

Rodrigo

No limite da própria existência

Ao relembrar sua experiência de luto, Rodrigo explicita que a perda da amiga Rebeca foi pesada, e enfatiza que o fato de saber e conhecer os motivos que a fazem tirar a vida lhe impactou.

“Olha, foi uma experiência muito pesada e muito horrível. Naquele momento foi muito importante eu estar em um processo terapêutico pra que eu conseguisse consolidar o que tinha

acontecido. Até porque a minha amiga já havia sinalizado, não só a mim como com outras pessoas, de que ela pensava em suicídio, que ela passava por alguns sofrimentos psíquicos, e tudo mais. E eu era uma das poucas pessoas próximas a ela dentro da universidade. Então, quando ela compartilhou isso comigo em 2019, antes da pandemia, eu tentei permanecer mais próximo, torná-la mais próxima dos meus ciclos de amizade dentro da universidade, até para tentar, de alguma maneira, fazer com que diminuísse esse sentimento de solidão que ela também sentia, que ela relatava pra mim”.

Para além do sentimento de solidão, Rodrigo afirma que Rebeca também tinha uma relação difícil com a faculdade, marcada pela autocobrança e por um episódio de assédio moral.

“E ela tinha uma relação de autocobrança muito forte em relação a faculdade, de ser produtiva, em ser para outros estudantes, estar acima da média, estava preocupada com o aprendizado de uma forma excessiva”.

“Ela tinha desabafado comigo sobre ela ter sofrido assédio moral dentro da universidade em um projeto de extensão que ela fazia parte, no qual ela foi ridicularizada por um(a) professor(a), enfim, do estágio que ela pertencia. E essa situação fez com que ela, vamos dizer assim, começasse a ter comportamentos cada vez mais autodestrutivos. Então eu comecei a perceber uma ingestão de bebida alcoólica cada vez maior, e ela ia pra aula dessa forma, e ela misturava bebida alcoólica com os remédios que ela tava tomando na época também”.

Rodrigo também relembra de outros elementos que deixaram a amiga no limite da própria existência, como a falta de apoio familiar, as questões com a própria sexualidade e a pandemia.

“Eu sabia o que a deixava no limite da própria existência. Essa cobrança da faculdade, essa questão de conseguir se formar e se destacar, ser uma boa profissional...ela tinha essa cobrança e ao mesmo tempo não tinha muito apoio familiar. Ela tinha questões com a sexualidade dela, que os familiares recriminavam. E aí aconteceu a situação do assédio moral na faculdade, e aí no auge da pandemia ... eu nem sei né, não soube como foi pra ela ter que lidar com a pandemia, mas eu soube que ela teve que ir morar sozinha nesse período, então ela teve que ir viver sozinha durante um período da pandemia. E ela ter se suicidado no dia do resultado da inscrição em disciplinas. Então são vários elementos que a gente vai juntando. E observar isso de fora, por mais que a gente não tenha certeza, porque não é algo dito, os elementos às vezes são o suficiente pra gente montar um quebra cabeça”.

Uma morte evitável

Ao lembrar os elementos e montar o quebra cabeça, Rodrigo afirma que percebe a morte da amiga como algo evitável por se tratar de uma morte institucionalizada.

“Então quando eu soube da morte dela eu fiquei muito revoltado. Porque a leitura que eu fiz é que, basicamente, foi uma morte institucionalizada. Que é quando as instituições se movem para promover o autoextermínio de uma pessoa. Essa foi a leitura que eu fiz em relação a ela e a faculdade. Isso mexeu muito comigo, na forma como eu me relacionei com a faculdade. E eu fui tentando lidar com todo esse sentimento ao longo dos períodos (da faculdade), mas foi algo que eu levei uns dois anos para compreender, eu não diria nem aceitar, mas compreender o ocorrido. Óbvio que eu já compreendi o porquê ela tinha cometido, mas saber que era algo muito evitável me deixava em uma inquietude muito grande. E saber que pessoas dentro da universidade, que ocupam lugares de poder, poderiam ter sido motivadores desse gatilho pra ela se auto exterminar também me deixava muito mal”.

Para Rodrigo, a morte de Rebeca é evitável pois a universidade deveria ter disponibilizado ajuda psicológica para os estudantes, o que não aconteceu.

“A morte dela era evitável, porque a sensação que traz é que, particularmente falando, dentro do nosso curso, desde o início dos estágios a gente tem que lidar com muitas situações até no campo, e que muitas das vezes nós não estamos preparados emocionalmente para lidar, e a única coisa que a universidade, quer dizer, o instituto do nosso curso diz é ‘vocês devem fazer terapia ou procurar por auxílio psicológico’, sendo que a própria universidade não oferece isso, ou por uma parceria com outras instituições que poderia ser possível, poderia ser mediada”.

“Então eu fico pensando nesse ponto, e no sentido de ter um suporte ampliado, e não no sentido de ‘ah temos uma coisa e se as pessoas não procuram é porque elas não querem’. Não deveria ter profissionais ligados ao instituto para oferecer esse acolhimento aos estudantes, deveria ser ampliado”.

“É um sentimento muito comum, a gente sempre acha que pode ser evitado, quando na verdade a gente sabe que não dá pra ser evitado, quer dizer, não necessariamente dá pra ser evitado. Acho que ferramentas poderiam ter sido construídas para que as possibilidades do suicídio pudessem ter sido diminuídas”.

A revolta, impotência e ira

Rodrigo destaca em seu depoimento que sua experiência de luto é marcada pela revolta: *“Então quando eu soube da morte dela eu fiquei muito revoltado”.*

“Foi tenso, porque eu estava me tornando uma pessoa muito reativa à muitas coisas, principalmente dentro de sala de aula, eu não conseguia ficar calado, quando eu ouvia determinados discursos eu ficava extremamente irritado, porque é aquilo, o que a gente aprende dentro da sala de aula é completamente diferente daquilo que a gente experiencia na vida. E parecia que um suicídio dentro do nosso instituto não havia sido o suficiente para que os professores mudassem o tipo de abordagem dentro da disciplina. E a abordagem que eu vejo muito presente é muito dessa resolução individual de que a pessoa precisa se resolver sozinha, como se a gente não fosse uma pessoa inserida na sociedade, que a gente precisasse pensar em contribuições socialmente falando. Isso me deixava bastante angustiado, ter que ouvir determinadas coisas me deixava triste”.

“Mas quando a situação acontece, o que bate é o sentimento de impotência, é o sentimento de ira, principalmente quando você conhece a realidade do outro e conhece alguns gatilhos que poderiam ter sido disparadores pra pessoa cometer aquele ato. É um estar próximo conhecendo os motivadores de alguém ter escolhido pôr fim a vida, e você ter que lidar com essa informação. É você ter que lidar que...você poderia ter estado mais presente de alguma forma, só que ao mesmo tempo você tinha seus próprios processos, então, às vezes nem sempre você é a melhor pessoa para estar próximo também”.

O luto em meio às próprias questões

Rodrigo enfatiza em seu relato que a perda da amiga aconteceu em meio a um período em que ele estava lidando com as próprias questões em meio a pandemia da COVID-19.

“Ao mesmo tempo que eu acredito que podia estar mais próximo dela, pelo contexto da pandemia, da disponibilidade, pelo contexto de mandar um oi e perguntar como as coisas estavam, ao mesmo tempo eu estava passando por um processo individual muito forte, de lidar com questões que eu nunca havia lidado na vida antes e que a pandemia jogou no meu colo assim como uma bomba enorme na minha vida. Então quando eu estava começando a me acostumar com aquela nova rotina dentro da pandemia, e me acostumar com os sentimentos que me geraram, com estar isolado dentro de uma casa (...) Então quando eu comecei a lidar com esse sentimento foi quando veio o falecimento dela, fora o processo de produção dentro da faculdade, porque eu era bolsista de iniciação científica, eu tinha que produzir, tinha que fazer isso e aquilo. Eram muitas realidades e muitos contextos ao mesmo tempo”.

“Foi um turbilhão de coisas ao mesmo tempo. Então ao mesmo tempo que acho que tinha tempo pra acolhê-la eu acho que me faltava tempo para lidar com tantas coisas que aconteciam ao mesmo tempo”.

Em outro momento do seu relato, Rodrigo conta que em meio às suas próprias questões e ao luto pela perda da amiga, tentou tirar a própria vida.

“Em paralelo eu tive que lidar com questões pessoais, a minha saúde mental também não andava muito boa. Então eu tive que lidar com algumas questões que foram muito difíceis durante muito tempo”.

Rodrigo conta que seu trabalho de conclusão de curso perpassa a temática da morte, uma vez que as pessoas que convivem com o HIV abandonam o tratamento tendo como objetivo a morte, e que enquanto lia sobre o tema se lembrava de Rebeca: *“Eu estava lendo algumas coisas em relação a isso, então automaticamente eu lembrava dela e de situações que eu passava e isso me gerava muitas crises de ansiedade e depressão. Isso acabou se tornando mais forte no ano passado, quando esses sintomas de ansiedade e depressão passaram a se tornar sintomas físicos”.*

“Eu tive duas crises de ansiedade muito fortes que me fez tentar suicídio em janeiro e maio desse ano. Até descobri que eu estava passando por uma questão biológica também que era o hipotireoidismo. Então tinham influências sociais, individuais e biológicas aí nas minhas tentativas de suicídio que foi muito difícil de lidar também”.

Perda de sentido

Por considerar que a morte de Rebeca foi uma morte institucional, Rodrigo ressalta que sua relação com a faculdade também foi atravessada pelos sentimentos advindos da morte da amiga. Rodrigo relembra que após a perda da amiga, percebeu uma perda de sentido em sua relação com sua própria formação.

“No período que ela morreu eu estava basicamente no final da graduação, então eu fui cursando as disciplinas de modo automático, eu não me colocava a refletir sobre os temas que eram trazidos, eu apenas prestava atenção na aula de uma forma muito automática, eu fazia os trabalhos e as provas e respondia de acordo com o que eu sabia que o professor queria como resposta. Eu não estava mais disposto a ter um desenvolvimento crítico, porque eu tinha perdido o sentido nesse propósito”.

“Isso mexeu muito comigo, na forma como eu me relacionei com a faculdade. E eu fui tentando lidar com todo esse sentimento ao longo dos períodos (da faculdade), mas foi algo que eu levei uns dois anos para compreender, eu não diria nem aceitar, mas compreender o ocorrido”.

A indiferença institucional e da classe profissional

No decorrer de seu relato, Rodrigo enfatiza que a morte da amiga lhe fez perceber algumas diferenças, como a indiferença institucional.

Rodrigo destaca o momento do cotidiano acadêmico em que Rebeca põe fim à vida: *“(...) os fatores que me marcaram pós o falecimento dela foi ela ter falecido justamente no dia que saiu o resultado de inscrição em disciplinas da faculdade, onde pouquíssimas pessoas estavam conseguindo se inscrever nas matérias naquele período”*.

“E parecia que um suicídio dentro do nosso instituto não havia sido o suficiente para que os professores mudassem o tipo de abordagem dentro da disciplina. E a abordagem que eu vejo muito presente é muito dessa resolução individual de que a pessoa precisa se resolver sozinha, como se a gente não fosse uma pessoa inserida na sociedade, que a gente precisasse pensar em contribuições socialmente falando. Isso me deixava bastante angustiado, ter que ouvir determinadas coisas me deixava triste”.

“Além disso, quando foi decretado o dia de luto no nosso instituto, houveram professores que simplesmente ignoraram esse fato e deram aula como se nada tivesse acontecido”.

Para além disso, Rodrigo também percebe a indiferença dos colegas de turma em relação à temática do suicídio, enquanto profissionais do campo da saúde mental.

“É muito difícil lidar com toda essa questão, acho que ainda mais sendo profissional da área. Uma das coisas que mais me deixa angustiado é perceber a falta de tato que muitos profissionais da nossa área não estão tendo e não estão procurando desenvolver para lidar com pessoas que tenham cometido suicídio ou que tenham tido uma tentativa, ou que tenham ideação suicida. Parece que quanto mais eu vejo profissionais se formando, vejo cada vez mais as pessoas se afastando de se implicar nessa área. E eu fico me perguntando o que vai ser desse processo de saúde mental e da atuação dos nossos colegas de profissão frente a clínica. Porque nem tudo é a busca por diagnóstico. A população geral demanda essa questão da saúde mental, nas ideações suicidas e tentativas de suicídio, e o corpo profissional está cada vez mais interessado em se especializar para dar diagnóstico do que estudar sobre questões de suicídio. Às vezes é uma questão mínima, é a própria lida do profissional com o paciente em situações de suicídio. Eu vejo isso cada vez mais raro. Na minha turma que se formou, de todas as pessoas implicadas a falar sobre isso só conheço a mim e mais uma amiga. Não conheço mais nenhuma outra pessoa da minha turma de quase 50 pessoas que esteja implicada a falar sobre suicídio ou trazer isso para a sua clínica. 2 pessoas de 50 pessoas não é nem 5%. E ao contrário disso, a gente vê mais da metade da turma de pessoas querendo se envolver com neuropsicologia, neuro diagnóstico, ou neuro avaliação como se o futuro da nossa profissão fosse se resumir a

isso. E eu fico pensando muito na questão social do país, a gente lida com questões muito mais sociais do que biológicas”.

O peso por lembrar da morte e a leveza da memória da amiga

No final da entrevista, ao ser perguntado se gostaria de acrescentar mais alguma coisa ao seu relato, Rodrigo rememora a amiga com carinho.

“A única coisa que eu poderia acrescentar é que... querendo ou não acaba sendo um assunto muito pesado, muito denso, e seria interessante deixar registrado que minha amiga não tinha essa energia. Ela tinha uma leveza muito grande, um carinho, um companheirismo nas amizades dela muito forte. Apesar do seu suicídio, isso é algo que sempre vai permanecer presente na minha vida, leveza com que ela era amorosa com as pessoas que ela tinha consideração. Me faz muita falta”.

Apesar de estar sendo lembrada neste momento pela sua morte, Rebeca também deve ser lembrada pela sua leveza, carinho, companheirismo e amizade.

Carmen

Ele me prometeu que jamais faria

Carmen inicia seu relato destacando o quão impactante foi a morte de seu filho Gabriel. E relembra que por mais que ele já tivesse compartilhado com ela que tinha pensado em tirar a própria vida antes, ela não imaginava que ele cometesse tal ato. Ao contar sobre sua experiência de luto, Carmen afirma:

“Impactante, a princípio. Porque foi uma surpresa. Porque até então... Por duas vezes quando ele ainda morava comigo, quando ainda era solteiro, por duas vezes eu peguei ele (pensando em suicídio). Uma vez que peguei ele com um cordão de tênis pendurado na grade do quarto dele, atrás da cortina, eu me espantei quando vi aquilo pela primeira vez e ele falou que tinha feito aquilo por um pensamento que ele teve de se enforcar, mas ele não teve coragem. Isso foi há dois anos. E ele falou: mãe você não precisa se preocupar não, foi só um pensamento, mas eu nunca vou fazer isso. Depois uma segunda vez, uns meses depois, eu entrei de relance no quarto e ele estava com um cinto, ele ia amarrar o cinto na grade e disse ele que ia tentar se enforcar. Aí eu dei um grito e ele se assustou e de novo chorou muito e falou que não ia fazer mais. Foi uma segunda vez. Uma segunda promessa. Depois desse período ele ficou muito bem, até que ele decidiu morar nesse outro apartamento e ele ficou bem, a gente sempre conversava muito.

Carmen então relembra a noite do ocorrido com detalhes e enfatiza o quão bem Gabriel estava na noite anterior:

Na madrugada que ele cometeu o ato, na noite anterior a gente conversou muito por telefone, porque eu estava na minha filha, que mora em outro bairro, e ele morava na mesma rua que eu moro, ele alugou um apartamento para morar com a namorada, e ele estava muito bem. Ele conversou comigo muito bem pelo telefone, que ele queria um celular, que o dele estava escangalhado e minha filha tinha um celular pra deixar com ele. Nessa noite ele falou ‘mãe você vem quando?’, aí eu falei que ia amanhã cedinho, aí ele falou ‘então não esquece de trazer o celular’. Eu perguntei, filho tá tudo bem, ele disse que estava tudo bem, ‘tá tudo bem mãe, só não deixa de trazer o celular’, ele frisou muito isso. Aí falei que amanhã cedinho eu tava lá e que levava o celular. Na madrugada ele cometeu o ato.

Então foi um impacto quando eu cheguei e a minha nora estava embaixo do prédio chorando muito, ela ainda não sabia que ele tinha feito, ela desconfiava. Quando eu tive a verdade da situação, eu não acreditei, porque ele me prometeu que jamais faria. Eu fiquei muito impactada, eu tive um choque. Mas confesso que a ficha não caiu na hora, mas eu tive um choque e corri pra minha vizinha, eu chorei muito no meio do caminho. (...) E eu acho que minha ficha veio cair depois do velório, depois que vi o corpo dele descendo, sendo enterrado aí é que veio a realidade dos fatos”.

Carmen também relembra os acontecimentos que antecedem a morte do filho, como a briga entre ele e a companheira, e explicita que, por esta razão, ele estava sozinho em casa naquela noite.

“Na noite que ele se matou, eles tinham discutido, mas não quebrou nada, eles só tinham discutido. Aí falei pra Rose vir dormir aqui em casa. Falei: ‘Rose deixa ele quietinho porque ele tá nervoso’... o meu medo era ele bater nela de novo. Ele já tinha agredido uma vez. Eu falei: ‘deixa ele dormir quieto e sozinho, vai, dorme lá em casa que amanhã de manhã eu tô aí e converso com ele’. Aí ela veio. Então ele aproveitou que ficou sozinho e foi aí que ele se matou”.

Os conflitos e sofrimentos

Ao contar como foi a morte do filho, Carmen também relembra dos conflitos e sofrimentos que Gabriel passou ao longo da vida, como a ausência do pai, os problemas psiquiátricos e espirituais, o uso de álcool e drogas e seu comportamento agressivo.

“Olha, os conflitos dele começaram ... eu me separei do pai dele, ele era bebê. E o pai dele nunca ligou muito, nunca ligou pra ele nem pra minha filha. O pai dele sempre morou em

outro estado e nunca ligou. Então eu sinto que sempre teve essa coisa da ausência do pai. Então eu sempre tentei suprir, ser mãe e pai ao mesmo tempo. E ele como menino sempre sentiu mais a falta do pai do que a minha filha, então já começou dali”.

“Então isso aí eu acho que já causou uma coisa na cabecinha dele né, de ser criado sem pai. Ele via os amigos com o pai, via pais mais presentes, e ele nunca teve isso. Então eu acho que já causou um certo problema”.

“(...) Mas toda vez que ele ficava com raiva de alguma coisa ele lançava alguma coisa em relação ao pai”.

Carmen relembra que o pai de seus filhos adoece e vem para o Rio para um tratamento e os chama para vê-los, porém, quando o pai tem uma melhora, ele para de procurar os filhos. Isso revolta Gabriel: *“Ali, deu mais uma revolta de novo, tipo: só servi quando meu pai estava doente, quando meu pai melhorou não quis mais a minha presença. Ali eu senti que ele deu uma pirada também, mas ele não falou isso pra mim, ele falou pra uma ex-namorada”.*

Carmen conta que percebeu que quando foi se tornando adulto, Gabriel começou a ficar mais reservado, a se fechar, que não conversava muito.

“Tudo ele ficava muito fechado no quarto, ele se trancava muito no quarto. Ele não era muito de conversar. Ele tinha muitos amigos na rua, muitos amigos, mas dentro de casa ele não era muito de querer conversar. Até que eu comecei a perceber que ele não queria mais estudar. Ele começou a largar os estudos, não tinha mais vontade de trabalhar, tudo pra ele era com muita dificuldade, aí já não queria mais sair de casa, andou um período que ele não queria mais também se sociabilizar, não queria mais também saber de amizade. Aí depois voltou a querer sair. Aí não queria mais namorar, falava que não queria mais saber de ninguém, aí se apaixonava, ficou um longo período com uma menina, ficou 8 anos, aí depois a menina viu que ele não queria nada com trabalho aí não quis mais namorar, aí ele ficou muito chateado. Aí voltou a ficar enclausurado”.

Ao lembrar a relação de Gabriel com o trabalho, Carmen enfatiza: *“Ele sempre via defeito em tudo quanto era emprego, ele tinha muita mania de grandeza, ele queria muito, mas ele queria que caísse do céu, ele não queria fazer o esforço dele. Ele achava que tudo pra ele tinha que ser do bom e do melhor, mas que caísse do céu”.*

Carmen também relembra quando o filho começou a usar drogas: *“Aí depois ele começou a enveredar pras drogas. Ele começou a usar maconha, gostava muito de fumar maconha (...)”.* Depois de um tempo, Gabriel começou a usar crack.

“Aí quando fiquei um período na minha filha é que comecei a ver que ele vendeu minha televisão, vendeu o ar-condicionado dele, ele vendia minhas roupas. Aí ele confessou pra mim

que ele era usuário de crack. Aquilo me desesperou e eu consegui uma internação pra ele, mas ele não ficou nem uma semana internado porque ele falou que era um lugar horroroso e me prometeu que não ia mais usar. E ele era assim, ele prometia e realmente ele não usava mais, ele conseguia ter o autocontrole de parar. Ele parou mesmo com o crack, só que ele não quis parar com a maconha. A maconha ele continuou usando, porque ele falava que a maconha fazia ele relaxar e esquecer um pouco os problemas que tinha na cabeça dele”. Gabriel só para de fazer uso de maconha quando passa a morar com Rose, e conta para Carmen que tomou a decisão porque queria formar uma família. Mesmo tendo tomado a decisão de não fazer uso de drogas, Gabriel manteve o consumo regular de álcool: “(...) ele bebia muito vinho a noite, toda noite ele tomava uma garrafa de vinho sozinho”.

Carmen relembra dos problemas espirituais e psiquiátricos que o filho tinha, e que o tratamento o ajudou muito por um tempo, mas que ele logo abandonou, também traz a suspeita de um possível diagnóstico.

“Mas antes disso, ele começou a querer buscar a religiosidade pra sair, pra tentar ... ele tinha muitos fantasmas, ele tinha um lado espiritual também bem problemático. Ele via coisas, ele sentia coisas, mas ele achava que ia ser curado em uma igreja evangélica, mas nunca foi, não conseguia.

Aí quando ele foi morar com Rose ... depois que ele morreu é que Rose falou que ele começou a ver coisas dentro de casa. Aí eu comecei a imaginar que poderia ser esquizofrenia, porque ela falou que ele escutava muitas vozes e o pai dele tem esquizofrenia. Depois eu pensei: ‘Rose ele era esquizofrênico’. De repente alguma voz...ele escutou essa voz que mandou ele se matar, eu não sei, não posso afirmar nada”.

“E ele andou um período com tratamento psicológico, ele fez tratamento psiquiátrico também, até que ele achou que não precisava mais, que estava bem, que conseguia lidar com isso tranquilamente.”

“Ele não quis mais o tratamento psicológico e nem psiquiátrico, porque ele falou que já estava bem, ele não quis mais tomar remédio porque ele falava que estava curado e ele sempre falava que não queria depender de remédio”.

“Eu sei que quando ele começou a fazer o tratamento com três remédios ele melhorou muito, muito, muito! Ele ficou outra pessoa. Ele ficou calmo, começou a fazer academia, virou outra pessoa. Mas quando ele achava que estava dependente do remédio, ele por si mesmo parou. Ele falou: ‘mãe já tô bem, não quero mais tomar remédio nenhum, já tô ótimo’. Mas aí voltou, as crises voltaram e voltaram com mais força. Aí ele parou de sair, de tomar banho, de

comer, aí veio forte, aí ele não...ele se negou a tudo, ninguém mais tirava ele de casa pra nada”.

“Aí já começou o lado agressivo, porque ele brigava com a namorada, ele quebrava tudo dentro de casa, quebrou tudo dentro do apartamento. Ele reformou o apartamento todinho. Teve uma noite, teve uma briga lá dos dois e ele quebrou tudo. Eu sempre ia lá pra apaziguar”.

“Ele realmente tinha muito, muito, muito problema espiritual. Eu sei por que eu já peguei várias situações dele aqui em casa, dele em transe, uma coisa muito louca. Ele tinha o lado espiritual e o lado psiquiátrico que caminhavam lado a lado”.

A religiosidade e a fé em Deus

Em seu relato sobre sua experiência de luto, Carmen enfatiza a importância da religiosidade e a fé como fatores que a ajudaram a enfrentar a morte do filho.

“A primeira coisa que senti foi o impacto de não ter mais o meu filho aqui. Mas o tempo e a religião...volto a dizer, a religião me ajuda até hoje muito. Acho que se não fosse a casa espírita que eu frequento eu estaria bem perdida sabe, eu não sei nem como eu estaria hoje em dia”.

“Mas eu acho que se eu não tivesse ainda o processo... a religiosidade, a minha fé em Deus, a minha espiritualidade na minha vida (que) não me deixou, até hoje, entrar em desespero. A crença de que a vida não termina, a crença de que a gente só vai para um outro mundo, de que a gente só está a um céu de distância. Eu falo isso, eu converso muito com ele. Eu falo: ‘filho a gente só tá a um céu de distância’. Sabe, eu converso com ele mesmo! Todos os dias, toda hora, todo momento”.

Carmen relembra que no início fazia alguns questionamentos sobre a decisão pela morte de Gabriel, mas que sua religiosidade lhe ajudou a não lamentar mais o que perdeu, mas contemplar o que viveu: *“Então eu falava: filho, por que? Mas agora eu não pergunto mais por que. Eu só agradeço a ele os 36 anos que ele passou comigo, por ele ter me escolhido como mãe. Eu agradeço muito o que ele hoje vive, a espiritualidade, porque eu sei, eu tenho algumas respostas do plano espiritual do que está acontecendo ... então eu só agradeço hoje a Deus por ele ter me escolhido como mãe”.*

Carmen conta que a fé também lhe ajuda a enfrentar a saudade do filho: *“Peço muito a Deus pra me amparar, peço a espiritualidade também pra me ajudar. Tenho conseguido lidar bem melhor com essa saudade”.*

“Agora tudo bem eu consigo lidar com isso bem, graças a Deus eu consigo. Não é fácil. Não foi fácil no começo, mas agora consigo sim, graças a espiritualidade, graças à religião”.

A serenidade

Carmen descreve sua experiência de luto como tendo tido um primeiro momento impactante, e que logo depois se viu serena: *“Eu tive serenidade. Eu tive uma serenidade durante todo o processo pós morte. Eu não tive desespero, não tive revolta, não tive nada. O choque foi no momento que eu soube (...)”.*

“Mas acho que eu tive um sustento muito grande de Deus, porque eu não me escandalizei, eu não gritei, eu me mantive muito forte, muito firme (...)”.

Carmen conta que estava serena após a morte do filho, conseguindo arrumar seus pertences e o local onde ele tira a própria vida.

“Mas ao mesmo tempo que eu fiquei impactada eu me mantive tão firme, eu falo pras pessoas e elas me chamam até de doida, porque dois dias depois do velório eu voltei no apartamento que ele morava, ele se enforcou no banheiro, eu fui ao banheiro e quando cheguei lá o fio que ele se enforcou ainda estava lá preso, mas cortado, acho que o bombeiro cortou pra poder tirar o corpo, e tinha uma poça de sangue dele, uma pequena poça. Eu limpei a poça, eu cortei o fio, eu tirei tudo e limpei o banheiro. Mas com uma segurança que eu não sei te explicar. Em momento algum eu me desesperei. Eu limpei aquilo só numa prece, enquanto eu limpava eu fazia uma prece pro espírito dele. Eu acho que Deus me deu tanto conforto, ele me pegou no colo naquele momento... porque aquela coisa de limpar o sangue do meu filho, de dobrar todas as roupas que estavam no apartamento, de arrumar tudo dele, eu mantive tudo dele, mantive as roupas na mala. Porque eu era messiânica, e a gente lá tem um rito que não deve se desfazer dos bens pessoais durante 40 dias. Então eu dobrei toda a roupinha dele, guardei tudo dentro da mala ... sempre serena”.

“(...) Só queria dizer que eu entendo perfeitamente o que aconteceu, eu respeito muito a lei de Deus, eu não tenho revolta nenhuma. Não tenho revolta de Deus, não tenho revolta do meu filho, não tenho. Eu só quero que Deus o ilumine, quero que meu filho cresça cada vez mais espiritualmente falando, que ele cumpra lindamente a missão dele na espiritualidade, que eu acho que o lugar dele é lá, que ele se eleve cada vez mais”.

Os questionamentos

Embora Carmen descreva sua experiência de luto como sendo impactante e serena, e marcada pela religiosidade e fé, ela também destaca que por um período chegou a ter muitos

questionamentos sobre a morte do filho Gabriel. Ela conta que chegou a se questionar sobre os gatilhos que o fizeram se matar, e se aquela noite poderia ter sido diferente se Gabriel não tivesse ficado sozinho em casa.

“Eu me questionei, primeiro o porquê da Rose não ter ficado, porque eu mandei Rose ficar aqui em casa. Eu fiquei com medo dela apanhar, lógico, daí eu falei Rose vai pra lá. Mas ao mesmo tempo eu fiquei pensando: porque eu não pedi pra Rose pedir a um vizinho, alguém ir lá pra falar, pra conversar. Mas meu medo era do nível da agressão dele, porque quando ele ficava nervoso ele ficava muito agressivo. Então meu medo era dele fazer um escândalo e eu estar longe. Porque só eu conseguia controlá-lo, ele me ouvia muito, então meu medo era de eu estar longe e ninguém conseguir segurá-lo”.

“Mas eu também jamais imaginei que ele fosse fazer isso porque ele tinha me prometido que jamais faria, e outra, porque ele tinha falado comigo que ele estava muito bem nessa noite anterior. Então nunca, nunca passou na minha cabeça, nunca, que ele ia fazer”.

“Até hoje eu não consigo entender o gatilho que fez com que ele se matasse, não consigo”.

Ao mesmo tempo em que se questiona os motivos, Carmen relembra que tentou ajudar o filho de diversas formas.

“Porque tudo o que eu pude oferecer a ele de ajuda eu ofereci, tudo. Eu falava muito com ele. Ele nunca foi desamparado, eu nunca fui uma mãe de: ah dane-se! Não. Tudo o que eu pude fazer, tudo, tudo o que eu pude oferecer ... eu só faltei amarrar meu filho e levar. Tanto que quando aconteceu a minha mãe falou: você deveria ter amarrado ele! Minha mãe sempre fala isso pra mim. Eu falei: mãe, mas como eu ia amarrar um homem de 1,83 cm e arrastar se ele mesmo se negava a querer ajuda. Ele não queria. Eu fiz o que eu pude fazer, eu fiz! Onde ele queria que eu fosse com ele eu fui. Fui a universal, fui. Ele dizia: mãe vamos a universal, aí eu vou conseguir. Eu ia, mas não era. Ele dizia: mãe vamos a um centro espírita. Eu não gosto, eu não gosto de centro espírita de umbanda, não gosto, mas fui. Não era ali. Ele dizia: mãe vamos na igreja evangélica não sei das quantas. Vamos. Não foi lá. Eu era da Messiânica, eu falava: filho vamos à messiânica. Ele dizia que na minha igreja não queria. Eu ministrava o Johrei nele na casa dele. Todo dia eu ia lá ministrar o Johrei, às vezes ele aceitava, às vezes não aceitava. Até que eu conheci o lugar que vou hoje, eu chamava ele para ir comigo e ele dizia que não”.

“Tudo o que eu pude fazer... Mas aí a gente nunca acha que faz o suficiente né. Aí depois eu fiquei pensando ‘eu poderia ter feito mais’. Mas o que? Não sei. Não sei”.

Eu poderia ter feito mais

Carmen conta que no centro espírita que frequenta, o filho apareceu em espiritualidade em uma sessão de desobsessão e que a médium que o recebeu lhe contou que Gabriel tira a própria vida porque foi obsidiado. A partir desta nova informação, Carmen parece se questionar sobre o que mais poderia ter feito em relação a espiritualidade do filho:

“É, sempre vem aquela impressão (poderia ter feito mais), tipo, hoje através do centro que frequento, do que eu aprendo lá dentro da casa espírita, dos obsessores que existem. Então se eu soubesse que tem essa possibilidade do suicida ser obsidiado como ele chegou lá e falou que foi obsidiado, se eu sei disso eu teria trabalhado nessa parte da obsessão. Eu poderia ter pedido ajuda de pessoas do centro, que fossem até ele, que fizessem um trabalho de passe, de desobsessão, sabe. Se ele não quisesse ir ao centro, que pessoas fossem até a casa dele, que conversassem com ele. Mas eu não poderia imaginar que a pessoa fosse obsidiada até o ponto de se matar. Eu não imaginava isso. Então se eu soubesse disso antes ... Eu me questiono isso. Eu poderia... Poxa vida, eu fico lá no centro falando: por que eu não soube disso antes? Porque eu poderia, de repente, ter salvado meu filho”.

“Eu vejo pessoas chegando lá (no centro), pessoas que falam: nossa cheguei aqui de uma forma e agora já tô outra, cheguei aqui com minha cabeça pensando em suicídio e hoje já não penso mais, trabalho na casa. Aí fico pensando muito no meu filho ali sabe, poxa meu filho poderia ter chegado aqui e hoje estar participando. É isso, eu sempre acho que poderia ter feito...que poderia ter chegado na casa antes, antes do meu filho ter partido, eu poderia ter conhecido essa doutrina antes, até porque tem 9 meses que eu tô lá, vai fazer um ano que meu filho se foi. Aí ficam esses questionamentos na minha cabeça”.

“Mas eu sempre penso nisso, que eu poderia ter conhecido antes a casa e ter ajudado meu filho a sair dessa. Não sei. Ficam esses questionamentos. Eu poderia ter sido mais firme com ele: você vai de qualquer maneira. Ter dito: ‘vambora, levanta agora e vai’. Porque eu sempre respeitei a vontade dele, eu chegava lá, chamava ele e ele dizia: ‘mãe eu não quero, não vou’. Porque eu sempre quis que respeitassem a minha vontade, então eu sempre respeitei a vontade dele. Eu nunca achei certo a obrigação de fazer nada, eu acho que a pessoa tem o livre arbítrio. Mas depois eu fiquei pensando: não, eu deveria ter, sabe, ‘você vai ter que ir comigo’. Às vezes minha cabeça fica dessa forma. Será que eu deveria ter pego ele pelo braço e dito: ‘você vai, me respeita, sou sua mãe, se não for por você vai por mim’. Eu nunca fiz isso, sempre deixei: ah não quer ir então, mas você tá bem, então tá bom. Isso fica às vezes martelando na minha cabeça. Mas eu não sei, é uma coisa que jamais vou ter a resposta”.

Deixando o filho ir

Mesmo que pense em como poderia ter evitado a morte do filho, Carmen também parece pensar nos motivos que deveriam lhe fazer aceitar a partida de Gabriel, o que também, lhe ajuda a cauterizar sua culpa.

“O meu lado egoísta não podia mais querer um filho do jeito que ele estava, ele estava sofrendo muito, tava muito infeliz. E ele falava uma coisa pra mim muitas vezes, que ele nunca ia morrer velho, ele sempre falava: mãe eu não vou envelhecer. E eu nunca entendi isso né, como assim filho você não vai envelhecer? Ele dizia: eu sinto que não vou envelhecer. E de fato, ele foi embora com 36 anos”.

“Então acho que agora ele está muito melhor onde ele está, no plano espiritual”.

“(...) Ele não era daqui, pra esse plano mesmo. Hoje eu acho isso. Meu filho não era desse plano. Não era pra cá. Passou o tempo dele mesmo. Foi o tempo que ele tinha que ficar. Eu acho que ele fez o que teve que fazer e foi embora.

Ele sempre foi uma criança muito triste. Sempre. Desde sempre. Você nunca via alegria nos olhos dele. Nunca vi. Sempre teve muitos amigos, sempre brincou, sempre foi menino de brincar mesmo, mas sempre teve o olhar muito triste”.

“Mas não me faz falta ver meu filho triste, isso não. Me doía muito. A última coisa, de ver meu filho do jeito que ele estava, não, não sou egoísta a esse ponto não. Ele não merecia continuar aqui do jeito que ele estava. Não merecia. Ele era muito lindo pra ficar do jeito que estava, meu filho envelheceu assim uns 20 anos. Se você olhasse para meu filho antes, e olhasse o jeito, como ele estava quando morreu, nossa, meu filho tava um velho. Meu filho era lindo! Meu filho agora ele é lindo de novo. Meu filho era lindo, lindo, lindo! Um homem lindo mesmo, mas ele emagreceu e envelheceu muito por causa da depressão. Ele não merecia essa vida. Ele hoje está bem, e é isso que eu quero pra ele, o bem”.

Carmen afirma que por mais que pense que poderia ter evitado a partida de Gabriel, também pensa que talvez não pudesse, uma vez que acredita que todos tem um tempo determinado.

“Poxa vida, eu fico lá no centro falando: por que eu não soube disso antes? Porque eu poderia, de repente, ter salvado meu filho. Mas as vezes fico pensando: não, de repente não, eu não poderia, era a hora dele. Cada um tem sua hora certinha, cada um vem já com tudo determinado, com seu tempo de vinda e seu tempo de ida”.

“(...) Mas eu não sei, é uma coisa que jamais vou ter a resposta. Se mesmo que eu tivesse conseguido levar ele pro centro, se seria a salvação, se ele teria conseguido continuar aqui nesse plano. Talvez não né”.

“(...) Queria ter sabido do que sei hoje, pra talvez ter tentado mais, ter agido de uma outra forma talvez com meu filho, e talvez ele ainda poderia estar por aqui. Não sei. Mas acho que Deus sabe de todas as coisas, acho que tá tudo mesmo determinado, o que tem que ser acontece”.

A saudade frustrante

Carmen enfatiza que sua experiência de luto é marcada pela saudade do filho e pela frustração de não ter mais o contato físico com ele.

“A saudade é a única coisa que eu tenho que saber trabalhar. Tenho sabido mais, antigamente a saudade me fazia sofrer, me doía muito, agora não, já sinto uma saudade mais tranquila, a saudade já não me dói. Sempre que eu sinto saudade eu rezo, faço uma prece, peço por ele. Tenho chorado menos. Mês passado eu fiquei bem mal, mas agora já consigo ficar melhor. Peço muito a Deus pra me amparar, peço a espiritualidade também pra me ajudar. Tenho conseguido lidar bem melhor com essa saudade. Essa saudade física né, porque...o pessoal fala pra fazer de conta que ele está viajando, em outro país, mas se tivesse eu faço uma chamada de vídeo, eu posso viajar, mas não é o caso. Então eu não me iludo, não faço isso, eu sei que ele está em outro plano. E tudo bem. Agora tudo bem eu consigo lidar com isso bem, graças a Deus eu consigo. Não é fácil. Não foi fácil no começo, mas agora consigo sim, graças a espiritualidade, graças a religião”.

“Hoje eu sou muito mais tranquila, lógico que a saudade é uma coisa impactante, eu ainda não consigo lidar muito bem com a saudade. Porque a saudade não tem dor, mas ela me causa um pouco de frustração, porque a gente era muito amigo, era muito pele, de ele chegar e me agarrar, me beijar na cabeça, sabe, a gente era muito próximo. Eu não tenho mais esse contato físico, e o físico é o que me faz muita falta”.

“Hoje a única coisa que eu tenho é saudade, do que eu tenho, do que eu sinto dele é essa saudade. Saudade do tempo bonito dele. Sinto saudade dele chegando da academia forte, bonitão, feliz, ele batia aqui na porta do meu quarto e dizia ‘cheguei mãe’, bonitão, forte, gordinho forte, feliz, sorrindo. Isso sim eu tenho saudade. Agora saudade do tempo que ele dava crise, brigava muito, gritava, quebrava as coisas, isso não, isso não tenho saudade. Ele tá com Deus agora, agora ele tá bem”.

“(...) Saudade a gente mata em oração, mata em prece. Só quero que ele seja feliz, espero que ele esteja feliz. Eu acredito que ele está, que agora ele tá bem”.

A lembrança do filho

Em seu relato, Carmen também rememora os momentos bons do filho, suas qualidades e como ele era querido pelos amigos.

“(...) Ele nunca foi egoísta nem materialista, ele sempre foi bacana assim, sempre teve um coração muito bom. Sempre foi muito altruísta, digo assim. Era um garoto muito altruísta”.

“(...) Ele era um menino muito amado”.

“O cemitério (estava) lotado. Muito lotado. Nunca vi tanta gente, tanto amigo. Nem eu sabia que ele tinha tantos amigos assim”.

“Ele era um menino muito inteligente, Gabriel era uma pessoa de inteligência suprema, então que ele use esse lado inteligente dele pra ajudar, para amparar. Que ele cumpra uma missão maravilhosa na espiritualidade. Que ele seja muito feliz. Só desejo felicidade pro meu filho. Muita ascensão, muita luz, muita paz, que ele sempre siga em paz”.

“Houve um tempo em que a gente era muito unido, apesar de todos os problemas que ele tinha, e não eram poucos, tudo ele contava pra mim, até as besteiras que ele fazia eu sempre era a primeira a saber”.

“As vezes ele vinha pra cá pro meu quarto e ficava até altas horas a gente conversando. A gente sempre foi muito ligado, muito, muito. Ele era muito meu amigo e isso me faz falta, essa troca que a gente tinha me faz muito falta”.

Busca por manter a presença do filho

Em meio a saudade e lembranças do filho, Carmen conta em seu relato como busca manter a presença de Gabriel no seu dia a dia.

“(...) Eu durmo com uma blusa dele. Quando fui lá no apartamento dele esvaziar, essa blusa tava dentro do cesto de roupa pra lavar no banheiro. Foi a roupinha que ele usou e botou pra lavar. Eu não deixei lavar. Tem o cheiro dele até hoje e eu durmo com ela embaixo do meu travesseiro. E tem uma bermuda jeans dele que eu uso”.

“Essa blusa eu deito com ela, durmo com ela, onde eu vou, se eu for na casa da minha filha dormir lá eu levo. E a bermudinha jeans dele que eu uso. E uma calça de veludo muito bonitinha que ele tinha eu também uso, ela também cabe em mim. São as três peças de roupinha dele que eu tenho. É o jeito que eu tenho de sentir meu filho”.

Em certo momento da entrevista, Carmen mostra a tatuagem que fez do filho no seu antebraço: *“Ele vai estar junto comigo sempre. Olha o que eu fiz pra ele [mostra uma tatuagem da silhueta do filho no antebraço]. Essa é uma silhueta que eu fiz pra ele. Eu sempre falo pra ele: a gente vai estar juntinho sempre. Toda noite eu beijo, toda manhã beijo e sinto ele mais pertinho de mim”.*

Mariana

Ele não deu sinais

Mariana inicia seu relato afirmando que a morte por suicídio de seu amigo Thiago foi algo que ninguém imaginou, isso porque, segundo ela, o amigo não deu sinais.

“Foi bem difícil, bem complexo, porque esse meu amigo não deu sinais visíveis, que geralmente a gente escuta a galera falar, de talvez ser uma pessoa retraída ou uma pessoa que verbalizava, ou algo do tipo. Ele não era assim. Na verdade ele era o extremo oposto. Ele era o menino engraçadinho, o bonitão da sala, o que todos os professores amavam, era superinteligente, o que todas as meninas queriam pegar. A gente virou amigo no meio desse caos, então ninguém imaginava muito”.

“(…) Porque eu nunca imaginei isso dele, ele era um menino muito feliz, muito contente”.

“(…) Era muito impensável esse meu amigo fazer isso, não era uma coisa que ninguém esperava que ele fizesse”.

O impensável

Ao contar sua experiência de luto, Mariana relembra do dia da morte do melhor amigo, e destaca que a morte dele foi impensável, algo difícil de acreditar.

“No dia que ele faleceu eu estava com ele de manhã na escola. E ele passou a manhã dormindo, isso foi o estranho. Ele não conversou muito, mas a gente se abraçou e foi tranquilo. Na hora que ele foi embora, ele passou, deu um tchauzinho, deu uma piscadinha. Ele tinha um jeitinho de moleque que dava em cima de todo mundo. Ele me deu a piscadinha e foi embora, eu virei pra uma amiga e disse que queria morrer amiga desse menino. Chegou a noite e um outro garoto da escola me ligou 20 min depois do ocorrido avisando o que tinha acontecido. Eu achei que esse menino estava me trollando, eu não acreditei de primeira. Eu disse pra ele parar de zoar, de brincar, e ele dizia que não estava zoando. Eu desliguei e contei pra minha mãe e ela disse que ele deveria estar zoando. Era muito impensável esse meu amigo fazer isso, não era uma coisa que ninguém esperava que ele fizesse. Então demorou pra cair a ficha, nesse primeiro momento eu entrei em negação, eu pensei que era impossível. Eu entrei no Instagram e algumas pessoas, pontuais, começaram a colocar ‘fala que é mentira’, e eu falei ‘tão zuando’, eu vou dormir e amanhã vou pra escola.

Na manhã seguinte fui pra escola, e acho que no meu cérebro eu só ia conseguir entender de fato se isso era verdade ou não quando eu chegar na escola e ver como o resto das pessoas estão”.

Caindo a ficha

Mariana relembra do dia seguinte a morte do amigo, que sua ficha caiu quando chegou na escola e compartilhou a notícia com colegas e professores: *“Eu cheguei e estavam todos do lado de fora da escola e a maior parte das pessoas não sabia, então eu e outras pessoas começamos a falar para os professores o que tinha acontecido. Essa foi a forma com que foi caindo a ficha pra mim, contar para os outros o que tinha acontecido”.*

“Eles nos colocaram pra dentro (da escola) por último, e aí é que parece que o mundo começou a ruir. Foi naquele momento, todo mundo junto, olhando um pra cara do outro e todo mundo sem acreditar, os professores chorando, o diretor chorando, todo mundo chorando. Ninguém conseguia entender isso. Foi difícil”.

“No dia seguinte foi o enterro, então mais da metade da escola estava lá. E a partir desse momento é que as coisas mudaram muito de perspectiva pra mim. Porque eu nunca imaginei isso dele, ele era um menino muito feliz, muito contente”.

Meu amigo morreu e eu não entendo por que ele morreu

Em seu relato, Mariana destaca como seu processo de luto foi difícil e permeado de crises de pânico e questionamentos, sendo o principal deles o porquê o amigo morreu.

“Depois disso (do enterro) foi um processo muito difícil, porque eu me vi entrando nesse lugar de profunda tristeza. Eu comecei a entrar no automático, parei de estudar, eu não comia direito, eu tive um princípio de depressão. Meu pai tem depressão, então dizem que é genético, então é mais fácil de startar. Mas foi quando as coisas começaram a ficar bem ruins, eu passei dois meses em um nível de muita tristeza. Eu ia pra escola, dormia na escola, chegava em casa e continuava o dia inteiro dormindo. Eu não queria pensar em nada, não queria me relacionar com ninguém, eu não queria comer, não queria fazer nada. Se desse pra sumir da face do universo eu tinha sumido”.

“Então meu processo de luto foi bem complicado, bem difícil. E pra minha mãe que sempre achou que fazer psicóloga, terapia era coisa pra quem tava sem tempo, teve que reconhecer. Eu falei pra ela que eu precisava de ajuda, que eu não estava aguentando mais, que se eu não procurasse ajuda talvez eu entrasse por esse caminho também. Porque eu lembro que meus pensamentos era de: por que eu tô aqui? Por que ele não está aqui e eu estou aqui?”

Eu entrei nesse lugar de pensamentos ruins. Eu não conseguia entender o porquê tinha acontecido”.

Ao mesmo tempo em que Mariana relembra de seus questionamentos, em outro momento da entrevista ela parece apontar os motivos que fizeram Thiago querer morrer: “(...) *Ele se suicidou porque a namorada terminou com ele e ele era abusado pelo pai, então ele se sentiu meio ... ela era o único ponto de conforto dele e ele se viu sem esse ponto de conforto, ele perdeu o chão, parou de raciocinar”.* Ainda assim, Mariana relata a dor da perda do amigo, e como foi difícil aceitar sua morte.

(...) Eu lembro que ele morreu em junho e em agosto eu comecei a fazer terapia, (...). Eu comecei a fazer e lembro que as primeiras e boa parte das consultas era de muito choro, de muito peso. Eu lembro que logo na primeira consulta quando me perguntaram o porquê eu decidi começar a fazer terapia eu falei: porque meu amigo morreu e eu não entendo por que ele morreu. Foi um longo processo entender que, por mais que fosse doloroso, a minha vida precisava continuar. E foi um processo, não foi da noite pro dia que eu consegui voltar a viver, voltar a me relacionar como me relacionava antes”.

“Foi um processo longo, diria que uns seis, oito meses depois eu já estava me sentindo melhor, quando entrei pra faculdade eu já estava me sentindo melhor. Durante esse tempo eu tive consideráveis crises de pânico”.

“Mas foram muitas crises de pânico. A escola era complicado pra mim”.

“(...) E na época eu não tinha noção, eu fui ter noção de que eram crises de pânico depois, nas primeiras vezes eu só achava que eu estava muito cansada, sobrecarregada, eu não tinha dimensão de que tinha algo dentro de mim que não estava funcionando, que eu não estava lidando. Geralmente estar dentro da sala de aula me deixava irritada de estar ali”.

Abraçando a dor

Mariana conta que durante uma das suas crises de pânico dentro da escola, se trancou no banheiro e chorou muito por horas.

“Eu passei duas horas trancada no banheiro sem existir. Foi muito difícil. Eu mandei mensagem pra minha mãe e pra uma amiga falando ‘eu não aguento mais. É muita dor’. E aí minha mãe me disse que ela entendia que estava doendo, mas que era pra eu parar de namorar a dor. Porque eu estava abraçando a dor, eu estava aceitando que isso me machucasse. Ela disse que entendia que estava doendo, mas que eu tinha que mudar minha mentalidade e começar a lutar por mim, que isso tinha que deixar de ser uma batalha contra o que tinha

acontecido, mas que eu tinha que começar a lutar por mim, pela minha melhora, pela minha mente, pelo meu psicológico”.

Mariana mais uma vez enfatiza a experiência de luto junto aos colegas de classe, tanto no momento em que ficam sabendo do ocorrido, quanto no suporte que encontram uns nos outros em suas experiências de luto e dor.

“(…) E aí eu lembro que voltei pra sala e meu outro amigo, que também era muito amigo do Thiago, começou a me acolher muito mais, a turma ficou mais unida. Depois disso a gente teve alguns altos e baixos, e a gente conseguia dar um suporte pro outro, porque todo mundo tava entendendo qual era essa dor”.

Mariana nos evidencia em sua experiência uma outra forma de abraçar a dor, enquanto dor compartilhada com outros enlutados, enquanto suporte uns dos outros a partir de suas próprias dores.

A acusação a memória do amigo

No decorrer do seu relato, Mariana relembra uma situação que a indignou logo após a morte de seu melhor amigo, que foi acusado de encorajar outro suicídio com sua própria morte.

“Lembro que um mês depois dele falecer a amiga de um conhecido também se suicidou, e ela é do mesmo bairro, todo mundo do bairro soube quando ele faleceu e aí quando essa garota se suicida um mês depois todo mundo começou a falar que ela se suicidou porque ele tinha encorajado ela de alguma forma, que o ato dele tinha impulsionado ela a fazer. Aquilo pesava ainda mais no meu coração. Eu pensava ‘caraca ele tá morto e ainda tem gente colocando a culpa nele pela decisão de outra pessoa’. Isso me fazia ficar ainda pior, porque eu sabia que ele nunca, em vida, colocaria alguém em qualquer situação de risco. Ele era uma pessoa que estava sempre se importando com todo mundo”.

Prevenção: o que escapou das minhas mãos

Mariana destaca em seu relato que após a morte do amigo ela não via mais sentido em falar sobre prevenção ao suicídio, e por mais que o discurso tivesse a intenção de ajudar, a prevenção só a fazia pensar no que ela deixou escapar.

“No meio desse percurso também surgiram pessoas querendo ajudar, falando sobre suicídio. A minha igreja contratou uma mulher para falar sobre suicídio e eu fiquei possessa, morrendo de raiva, porque tudo o que eu não queria pensar naquele momento era explicações sobre o suicídio. Eu queria que me deixassem em paz. Eu estava cansada de olhar pra cara das

peessoas, e eu estava lá escutando algo que não fazia mais sentido escutar sobre prevenção, porque eu já tinha passado por aquilo”.

“Hoje eu entendo que é necessário, mas na época só fazia lembrar mais do meu amigo. Só me fazia lembrar da minha dor. Não me fazia refletir sobre a importância de olhar os sinais, só me lembrava que se teve algum sinal eu não vi, que tudo aquilo tinha escapado das minhas mãos, que tudo ali não tinha feito eu ajudar o meu amigo. Na época, pra mim não fez sentido. Eu tinha muita dor dentro de mim, mesmo. Eu falava muito pouco com minha mãe, minha irmã, eu não queria falar com ninguém”.

Mariana conta que pensar a prevenção a partir dos sinais a fazia perceber o que ela não viu, o que escapou de suas mãos, mesmo que ela não soubesse de certas coisas de antemão, mesmo que Thiago não tenha dado sinais.

“Eu acho que o que me doía na época era justamente... é que eu até hoje não consigo visualizar mesmo esses sintomas que geralmente falam que as pessoas têm. Na época eu sentia que escapou das minhas mãos esse olhar atento do que estava acontecendo com meu amigo e que eu não tinha ideia que estava acontecendo. Na minha frente estava tudo bem, a gente convivia todo dia, estávamos juntos de manhã (naquela manhã), e se eu posso dizer algo é que a única coisa estranha, que fugiu do padrão dele naquele dia foi ele ter dormido na aula. Ponto. Então assim, o sentimento de escapar das mãos foi tipo, eu queria ter sabido antes que ele estava mal, tentar ajudá-lo de alguma forma, mas ao mesmo tempo parecia que ele não deu pistas nenhuma do que estava acontecendo. Então ao mesmo tempo em que eu tinha muito o sentimento de que queria ter ajudado, também tem o sentimento de que fiz tudo o que eu podia fazer, com o que eu sabia. Porque eu não sabia do que estava aqui (aponta para a cabeça), o que estava acontecendo aqui (aponta para a cabeça) e acho que ninguém sabia, senão alguém tinha conseguido, não sei, conversar com ele ou qualquer coisa assim do tipo”.

Saudade sem dor

Ao refletir sobre sua própria experiência de luto, Mariana afirma que com o passar do tempo alguns sentimentos se abrandaram.

“Mas depois de um tempo só passou. Não que hoje eu não sinto falta, eu sinto saudade de um tempo que foi bom. Hoje eu não enxergo mais desse lugar de dor, de raiva, de sofrimento. Hoje eu consigo olhar e pensar ‘ok’ que o tempo que passei com ele, o um ano e meio que conheci ele, que convivi com ele foi muito bom. Ele me ensinou muitas coisas. Ele elevou o nível do que é ser um bom amigo, porque no Dia dos Namorados (quem) não tinha namorado e ele entregava chocolate pra todas as amigas cuidando delas. Hoje eu vejo que ele me fez

conhecer e aprender coisas que eu não aprenderia com outra pessoa. Então pra mim não é mais esse lugar de negação, de raiva, é um lugar de ... é ridículo falar, das fases do luto, é um lugar de aceitação, mas é justamente isso. Agora é um lugar de aceitação, é um 'tá tudo bem', mas foi processual, não foi da noite pro dia”.

Um olhar diferente: o que o suicídio e o luto lhe ensinaram

Mariana conta que a experiência de luto e o suicídio do amigo lhe ensinaram a ter um olhar diferente para com o outro.

“É um lugar que você só conhece de fato quando passa. Hoje eu tenho um olhar diferente, mais atento pra questões de saúde mental, por conta do que aconteceu com ele e depois por conta de como eu mesma me senti, esse luto; de como eu também me senti em relação a depressão do meu pai, e aos cuidados que ele precisa ter atualmente, porque já precisei internar meu pai na ala psiquiátrica por conta da depressão. Então são coisas que hoje eu consigo ter um olhar diferente, um cuidado diferente com as pessoas. Mas é só porque, de fato, eu vivenciei de perto. Não sei se eu não tivesse vivenciado, se eu teria essa mesma visão”.

Para Mariana, falar sobre sua própria experiência pode ajudar outras pessoas que passam pelo mesmo.

“Nos últimos anos eu fiz bastante esse relato, contei pra muitas pessoas, o que faz com que depois de um tempo se torne mais fácil de falar sobre, mas três anos atrás eu não conseguiria dar essa entrevista. Mas hoje é mais tranquilo falar sobre. (...) Particularmente eu sou muito vulnerável, eu não escondo as partes que me machucaram, porque acho que me ajuda a crescer e ajuda, também, o outro a crescer, o outro a não sentir que está passando pelas coisas sozinho. Eu entendo o que eu aprendi e o que eu vivenciei também é, de certa forma, uma ajuda para aqueles que, infelizmente, passam por isso hoje em dia”.

Carreira: um sonho que sonhei com ele

Em determinado momento da entrevista, Mariana rememora o sonho de seguir uma carreira em comum com Thiago, e que decide fazer o vestibular para o curso por ele, evidenciando que busca manter a presença do amigo em sua vida.

“Até o final do ano eu não estudei mais para o vestibular, nem nada (...) porque eu não tenho condições mentais, psicológicas para estudar, eu não tenho forças pra fazer isso, eu vou fazer as provas, mas não me preparei. Eu verbalizei para a minha família que eu não tinha condições de voltar a como eu estava antes, eu ainda não conseguia. Eu fiz as provas por mim, mas também por ele. Eu faço letras e quero trabalhar, já trabalho, com licenciatura, e na época

que estávamos na escola ele queria fazer faculdade de matemática, e também trabalhar com licenciatura dando aula, então fazíamos planos de dar aula nas mesmas escolas e continuar nossa amizade dentro da escola. Então quando fui fazer a prova, fiz por ele. Eu vou continuar porque é um sonho, eu sonhei individualmente, mas também sonhei com ele. Era uma forma de sentir que não tinha acabado ali, com ele indo, mas que eu precisava seguir a minha vida”.

3.2 Análise das unidades de significado

Tendo em vista a descrição dos vetores internos ao fenômeno e os sentidos singulares que se desvelaram em cada experiência de luto dos participantes sobreviventes que perderam alguém para a morte por suicídio, realizaremos uma análise integrativa dos relatos obtidos em unidades de significado. As unidades de significado apresentadas a seguir evidenciam as expressões marcantes e mais frequentes que se desvelaram nos sentidos atribuídos por cada sobrevivente em seus relatos de experiência de luto.

Momento impactante e impensável

Observa-se que a narração detalhada do ato, em que um ente querido tira a própria vida, se repetiu em 4 relatos obtidos nesta pesquisa. Ainda que a pergunta disparadora da entrevista semiestruturada se direcionasse às experiências de luto, Luara, Mariana, Carmen e Lúcia iniciaram seus relatos relembrando o momento impactante da morte de seus amigos, filho e esposo, respectivamente. As participantes, se demoraram ao recordar os detalhes do dia, do modo como a morte aconteceu, assim como relembraram com detalhes as tentativas de suicídio anteriores, exceto Mariana.

Além da narração do momento impactante e impensável, os participantes trazem em seus relatos de forma vívida o modo como se sentiram ao receber a notícia da morte de seus entes queridos. Rodrigo lembra a revolta que sentiu ao receber a notícia da morte da amiga Rebeca; Lúcia narra o momento impactante o descrevendo como descuido seu, ressaltando sua culpa; Mariana conta que a notícia da morte do amigo foi impensável, algo difícil de acreditar e no momento que a ficha caiu, seu mundo começou a ruir; Carmen destaca a surpresa com o acontecimento, pois o filho Gabriel estava muito bem em sua última conversa por telefone e ele já tinha lhe prometido que jamais tiraria a própria vida.

Ausência incompreensível

A ausência daquele(a) que se ama e que não está mais presente em corporeidade se destaca em alguns relatos, como o de Luara que afirma que a morte de seu amigo é uma realidade difícil de entender. Rodrigo traz em seu relato que perder a amiga é algo pesado e difícil de lidar, enquanto Mariana conta que a ausência do amigo era algo difícil de compreender e, diante disso, se questionava porque ela estava viva e ele não. Carmen também evidencia em seu relato que a ausência física do filho Gabriel é algo difícil de lidar, que sente falta do contato, da presença dele.

Expressões singulares da experiência do luto

Em seus relatos sobre suas experiências de luto as(o) participantes desvelam sentimentos e impressões singulares, o que evidencia as diversas possibilidades de se experimentar uma perda por uma morte por suicídio.

Luara define seu luto como algo que vem e volta, pois não chora todos os dias, e reconhece seu luto como sendo saudável, já que não desenvolveu nenhum psicodiagnóstico: *“Minha experiência de luto foi saudável, eu não vivenciei um luto pesado, o que eu passei foi pesado, mas não vivenciei o luto de forma pesada. Às vezes me dava uma crise de falta de ar, mas eu me acalmava, não era algo frequente. O choro era hora ou outra. Isso foi nos primeiros cinco meses, depois de abril ou maio, eu já melhorei um pouco”*

Lúcia se refere a sua experiência de luto como *“um sofrimento grande”* e evidencia em seu relato como a culpa é algo marcante em sua vivência, assim como o pensamento de que poderia ter feito algo mais e diferente para prorrogar a vida do esposo.

Rodrigo enfatiza que perder a amiga é uma experiência pesada e horrível.

Carmen afirma que a perda do filho foi algo impactante, e que depois desse primeiro momento impactante se manteve firme, teve muita serenidade, não se desesperou, não se revoltou com Deus. Ainda assim, Carmen conta que por algum tempo questionou os motivos que levaram Gabriel a morte e o que poderia ter sido diferente naquela noite.

Mariana afirma que seu processo de luto foi difícil, que passou por dois meses em um nível de muita tristeza e que tinha pensamentos ruins, também relembra que não queria se relacionar com as pessoas e que tinha crises de pânico.

Culpados ou não culpados

Ainda que a morte por suicídio seja autoprovocada, a análise dos relatos desvela que as(o) sobreviventes acabam refletindo sobre a morte de seu ente querido(a) de modo a buscar na cronologia dos fatos algum culpado.

Luara afirma em seu relato que a clínica não cuidou de Tom da forma que deveria, não o vigiou e o manteve distante das possibilidades de tirar a própria vida. Do mesmo modo, Rodrigo afirma que a morte de sua amiga Rebeca foi institucionalizada, ou seja, a falta de ações da instituição que diminuíssem os motivos de algum estudante de tirar a própria vida promovem o extermínio de Rebeca.

Lúcia parece apontar para si mesma a culpa pela morte do esposo, pois vacilou em mantê-lo longe das chaves do carro.

Carmen reflete a partir das respostas que obteve do plano espiritual, que a culpa pela morte de seu filho Gabriel é de um espírito obsessivo.

A decisão pelo suicídio e seus motivos

Ao recordarem as histórias de seus entes queridos, as(o) sobreviventes apontam em seus relatos os possíveis motivos que fizeram com que seus amigos, amiga, esposo e filho tomassem a decisão de tirar a própria vida.

Luara relembra que o amigo Tom tinha uma energia pesada que carregava desde a infância, uma questão espiritual, que tinha crises que o deixavam mal, que possivelmente tinha um diagnóstico que não foi encontrado, e afirma que alguns amigos falharam com ele. Mariana conta que Thiago tinha terminado recentemente com a namorada e que era vítima de abuso do pai.

Rodrigo aponta a difícil relação de Rebeca com a faculdade, sua autocobrança e o assédio moral que sofreu de um docente. Também recorda o sentimento de solidão que Rebeca afirmava ter, a falta de apoio familiar, as questões com a própria sexualidade e a pandemia.

Lúcia afirma que a morte da mãe de Antônio e a depressão que perdurou por mais de 17 anos fazem com que o esposo pense na morte como saída dessa instabilidade que o acompanhou por mais de uma década.

Carmen relembra a vida de conflitos e sofrimentos do filho Gabriel, como os problemas psiquiátricos e espirituais, o uso de álcool e drogas, seu comportamento agressivo, e a relação com a ausência do pai.

Motivos para permanecer na vida

O mesmo ato de recordar que faz aparecer os motivos que seus entes queridos tinham para querer morrer, também faz desvelar nos relatos a lembrança dos motivos que os amigos, o esposo e o filho tinham para não querer morrer e permanecer na vida.

Luara relembra: *“Ele não era uma pessoa que tinha cara de depressão, ele era muito alegre, vivo, era a cara do carnaval”*. Segundo a amiga, Tom também teve acesso a um tratamento psicológico e psiquiátrico que o ajudasse nas suas questões. Além disso, Luara afirma que o amigo tinha apoio em relação a sua sexualidade: *“Ele era um homem gay, abertamente gay, mas não sofria nenhum tipo de preconceito, a família o aceitava e acolhia,(...)”*.

Mariana afirma que seu amigo Thiago era muito inteligente, admirado pelos professores e colegas, era um rapaz engraçado, bonito e que despertava o interesse das meninas.

Lúcia reflete sobre a decisão de Antônio: *“(...) Então, nem a filha, ele amava a filha, mas não foi o suficiente pra ele segurar a perda da mãe, eu acho”*.

Carmen lembra que seu filho Gabriel sempre foi muito inteligente, altruísta, que não era um rapaz materialista, egoísta, que era cercado de amigos, que tinha uma relação muito próxima e de diálogo aberto com ela.

Uma morte evitável

A ideia de que a morte por suicídio é evitável aparece em alguns relatos e nos desvelam a crença que os sobreviventes possuem nas medidas de prevenção ao suicídio que devem evitar em absoluto esta morte.

Rodrigo, afirma que a instituição de ensino poderia ter ajudado e dado ferramentas, como acompanhamento psicológico, que diminuiria a possibilidade da morte autoprovocada para Rebeca: *“É um sentimento muito comum, a gente sempre acha que pode ser evitado, quando na verdade a gente sabe que não dá pra ser evitado, quer dizer, não necessariamente dá pra ser evitado. Acho que ferramentas poderiam ter sido construídas para que as possibilidades do suicídio pudessem ter sido diminuídas”*.

Luara traz em seu relato a raiva da clínica onde o amigo Tom foi internado, pois para ela a morte do amigo poderia ter sido evitada se a instituição tivesse tido mais cuidado e controle: *“Lembro que nos primeiros meses foi bem difícil pra mim, eu sentia muita raiva da clínica, porque pra mim não faz o menor sentido ele ter como usar o banheiro sozinho, como ele ter como ficar sozinho, sem ser vigiado, olhado, principalmente no estado que ele estava”*.

Lúcia pensa que a morte do esposo Antônio aconteceu por conta de um vacilo seu, portanto poderia ter sido evitada por ela mesma: *“(...) Vai ficar sempre a dúvida. É uma morte que faz com que você sempre fique em dúvida, se eu tivesse feito isso, ou aquilo, se tivesse procedido de uma forma ou de outra teria evitado. Não tem como saber, por isso você fica sempre na dúvida”*.

A crença na prevenção e o acirramento da culpa

Diante do pensamento de que a morte de seu ente querido poderia ser evitada a partir da crença na prevenção, observa-se nos relatos das(o) sobreviventes um movimento ambíguo de se pensar que poderia ter feito mais, ao mesmo tempo em que reconhecem que fizeram o que podiam ter feito.

Luara destaca em seu relato que ajudou e socorreu Tom em algumas de suas tentativas de suicídio, conta que era uma amiga presente e que estava ao lado dele na luta contra a depressão e a vontade de pôr fim a vida, ainda assim, Luara pensa que poderia ter sido mais presente na vida de Tom: *“No início isso passava na minha cabeça, pensava sobre o que eu poderia ter feito, se poderia estar mais presente, vê-lo mais vezes, mas eu já estava presente, só que me perguntava se ao invés de ir 1 vez na semana lá, por que eu não fui 3 ou 4 vezes, por que ao invés de ligar uma vez por dia, por que eu não ligava duas? Mas eu já fazia mais do que o básico, eu conversava e interagia muito”*.

Rodrigo afirma que por mais que pense que poderia ter estado mais presente na vida de Rebeca, ao mesmo tempo reconhece que tinha suas próprias questões durante a pandemia COVID-19: *“Foi um turbilhão de coisas ao mesmo tempo. Então ao mesmo tempo que acho que tinha tempo pra acolhê-la eu acho que me faltava tempo para lidar com tantas coisas que aconteciam ao mesmo tempo”*. Ainda que saiba o porquê não conseguiu fazer mais, Rodrigo por vezes pensa que poderia ter feito.

Mariana enfatiza o sentimento de que algo escapou de suas mãos, pois pensa que mesmo que não tenha conseguido antecipar que o amigo não estava bem, pensa que poderia ter ajudado: *“Então assim, o sentimento de escapar das mãos foi tipo, eu queria ter sabido antes que ele estava mal, tentar ajudá-lo de alguma forma, mas ao mesmo tempo parecia que ele não deu pistas nenhuma do que estava acontecendo. Então ao mesmo tempo em que eu tinha muito o sentimento de que queria ter ajudado, também tem o sentimento de que fiz tudo o que eu podia fazer, com o que eu sabia. Porque eu não sabia do que estava aqui (aponta para a cabeça), o que estava acontecendo aqui (aponta para a cabeça) e acho que ninguém sabia, senão alguém tinha conseguido, não sei, conversar com ele ou qualquer coisa assim do tipo”*.

Embora Carmen liste em seu relato tudo o que fez para ajudar o filho Gabriel, como o ajudar a buscar ajuda espiritual, estar sempre ao seu lado, ainda assim, ela pensa que deveria ter feito mais. *“Tudo o que eu pude fazer..., Mas aí a gente nunca acha que faz o suficiente né. Aí depois eu fiquei pensando ‘eu poderia ter feito mais’. Mas o que? Não sei. Não sei”*. Carmen lamenta não saber antes o que sabe hoje sobre a questão espiritual de Gabriel, que segundo sua

crença foi obsidiado: “(...) *Eu não imaginava isso. Então se eu soubesse disso antes ... Eu me questiono isso. Eu poderia... Poxa vida, eu fico lá no centro falando: por que eu não soube disso antes? Porque eu poderia, de repente, ter salvado meu filho*”. Carmen pensa que se soubesse da questão espiritual antes poderia ter levado Gabriel a força para a casa espírita, poderia ter salvo seu filho. “(...) *Queria ter sabido do que sei hoje, pra talvez ter tentado mais, ter agido de uma outra forma talvez com meu filho, e talvez ele ainda poderia estar por aqui*”.

E neste movimento hipotético “e se” em relação ao que poderia ter sido feito diferente ou o que poderia ter se descoberto antes, a culpa se desvela, como no relato de Lúcia que afirma se sentir culpada por acreditar que poderia ter feito mais: “*A culpa é uma coisa que faz parte. Já tem um ano e meio, e eu acho que vou carregar essa culpa. Mesmo que às vezes eu ache que não sou culpada, mas eu sempre me cobro que, talvez, eu deveria ter feito mais, que talvez eu tivesse evitado isso, se eu tivesse internado ele*”.

“(...) *Vai ficar sempre a dúvida. É uma morte que faz com que você sempre fique em dúvida, se eu tivesse feito isso, ou aquilo, se tivesse procedido de uma forma ou de outra teria evitado. Não tem como saber, por isso você fica sempre na dúvida*”.

Ilusão de controle

Mediante a análise dos relatos, nota-se que alguns sobreviventes entrevistados desvelam em suas experiências a ideia de que a prevenção e o controle impedem o suicídio em absoluto, e frente ao fracasso dessa ilusão de controle, se perguntam o porquê a prevenção e as intervenções psiquiátricas, medicamentosas e psicológicas postuladas não funcionaram.

Luara destaca a ideia de que a instituição tinha o controle da vida de Tom, e que enquanto estivesse lá, ele não iria pôr fim a própria vida: “*É difícil de se acostumar porque, no meu caso, a morte do meu melhor amigo foi dentro de uma clínica, então eu pensava em muitas coisas, menos que ele iria fazer dentro de uma clínica. Eu me preocupava mais com ele quando ele estava fora (de uma clínica) do que quando ele estava dentro. Então eu não suspeitava que isso ia acontecer dentro de uma clínica, não suspeitava que ele teria condições de fazer isso*”.

A amiga traz a certeza de que a prevenção e as intervenções de cuidado diminuem as chances de suicídio: “*Em muitos casos de suicídio a gente aponta que é importante cuidar da saúde mental, que quando se tem um acompanhamento, um cuidado, a chance disso acontecer é menor, não que não vá existir, mas é menor*”.

“(...) *porque ele fazia terapia e psiquiatra. As pessoas falam né, tem que ir na terapia, no psiquiatra, tem que cuidar da saúde mental, mas ele estava fazendo isso né, então foi complicado. O que ele poderia fazer mais se nada disso estava ajudando?*”

Ainda assim, frente ao fato de que a clínica, sua presença constante ao lado de Tom, e as intervenções psiquiátricas e psicológicas não tiveram controle absoluto e evitaram a morte do amigo, Luara destaca sua angústia: *“Isso dá uma angústia, uma irritação na gente mesmo, porque a gente gosta de falar bem da terapia, da importância do cuidado da saúde mental, porque isso (questionar) dá brecha pra quem acredita que psiquiatra é coisa de maluco, ele foi e não ajudou.(...)”*.

Pensando as postulações sobre prevenção, de que a pessoa que pensa em suicídio dá sinais, Mariana evidencia em sua experiência de luto a surpresa em perceber que seu amigo Thiago não deu sinais, pois ele não era uma pessoa retraída, ele era um menino feliz, e percebendo que a prevenção falhou em controlar, Mariana diz não vê sentido em pensar na prevenção: *“Hoje eu entendo que é necessário, mas na época só fazia lembrar mais do meu amigo. Só me fazia lembrar da minha dor. Não me fazia refletir sobre a importância de olhar os sinais, só me lembrava que se teve algum sinal eu não vi, que tudo aquilo tinha escapado das minhas mãos, que tudo ali não tinha feito eu ajudar o meu amigo”*. Ao enfatizar o que escapa de suas mãos, esta sobrevivente parece dizer que o que escapa é a ilusão de controle.

Para além das postulações de prevenção e intervenção, as(o) sobreviventes parecem pensar que também possuem o controle. Em seu relato, Rodrigo destaca que ao perceber que a amiga Rebeca tinha um sentimento de solidão, ele busca tornar ela mais próxima para tentar diminuir esse sentimento. Lúcia evidencia em sua experiência a ideia de que acreditava controlar pela vigilância o esposo Antônio, acreditava que pelo controle que exercia iria impedir que o esposo tirasse a própria vida e que conseguiria prolongar o tempo com ele.

Carmen destaca em seu relato o questionamento do que poderia ser diferente se Gabriel não tivesse ficado sozinho naquela noite, e acredita que sua presença poderia ter ajudado a abrandar sua agressividade *“(...) Porque só eu conseguia controlá-lo, ele me ouvia muito, então meu medo era de eu estar longe e ninguém conseguir segurá-lo”*. Carmen pensava que tudo estava sob controle pois acreditava também na palavra de Gabriel, que havia lhe prometido que não tentaria ou tiraria a própria vida, e naquela noite lhe afirma que está bem.

A fragilidade da vontade

O relato de Luara evidencia a percepção de que sua vontade em impedir a morte por suicídio de seu amigo Tom não é soberana, do contrário, é frágil frente a situação em que por mais que quisesse muito evitar esta morte, quem toma a decisão final é o outro.

“Não era um peso para mim de nenhuma forma, era uma luta, e se era dele era minha, e eu queria ganhar, mas só quem podia fazer isso era ele independente de quantas vezes eu fosse lá e o salvasse, ele ia continuar tentando enquanto ele não se cuidasse”.

A falha na missão de cuidar e prorrogar a vida

Lúcia percebe a morte do esposo Antônio como consequência de um descuido seu, um vacilo, isso porque se via responsável por controlá-lo e vigiá-lo: *“(...) porque eu mantinha tudo trancado, facas, chave do carro, tudo, tudo o que trouxesse perigo. E naquele dia eu descuidei do lugar que estava trancado as coisas, e ele foi buscar uma fita”.*

E diante da morte por suicídio do marido, Lúcia desvela em sua experiência a percepção de que falhou na missão que lhe foi atribuída, a missão de prorrogar a vida de Antônio: *“Você acha que talvez se tivesse tomado uma ou outra atitude não teria chegado a essa conclusão, ou talvez tivesse prorrogado mais tempo”.*

A prescrição culpabilizadora dos profissionais da saúde

O relato de experiência de Lúcia chama a atenção para a prescrição feita pelo profissional que atende Antônio em uma de suas tentativas de suicídio anteriores: *“Muitas pessoas me disseram para internar ele, porque era uma questão de segurança da vida dele, mas um dos psiquiatras, e ele foi em vários psiquiatras, mais de cinco psiquiatras que nós estivemos ... Na primeira tentativa dele na ponte, ele foi, mas não se jogou, ficou com medo e ficou sentado lá. Aí o médico falou que se eu cuidasse dele, que se eu sempre estivesse com ele, ele não achava que era necessária a internação. Então, eu optei por isso”.*

A prescrição feita a Lúcia é a de cuidado, controle e vigilância em alternativa à internação. Tal prescrição coloca Lúcia como responsável pela vida de Antônio. E não à toa, Lúcia afirma se sentir culpada por seu vacilo, por não ter impedido que o esposo tivesse acesso aos meios, quando Antônio põe fim à própria vida.

Uma vida restrita aos cuidados

Observa-se nos relatos de Luara e Lúcia como a ideia de prevenção ao suicídio postulada na atualidade posiciona as sobreviventes como vigilantes, como responsáveis pelos cuidados daquele que pensa em pôr fim a vida.

Luara destaca que estava sempre próxima de Tom, que o visitava toda semana, além disso passou a perceber quando ele não estava bem pelo jeito que escrevia mensagens: *“eu sentia como ele estava, então se ele não estava bem eu sabia pelo jeito que ele escrevia, pelo*

jeito de falar, ele se isolava". A amiga também lembra que estava presente e como o ajudou nas outras tentativas de suicídio, e ressalta como percebia que sua presença, sua companhia era importante e o fazia bem.

Lúcia lembra que o esposo sofreu por mais de uma década com a depressão, e que nos últimos anos pensava em tirar a própria vida, e por conta disso pensou em interná-lo, e como alternativa a internação um psiquiatra afirma que ela deveria cuidar e estar sempre com Antônio. O relato de Lúcia denuncia como sua vida se tornou restrita aos cuidados e à vigilância do esposo, e que esta tarefa não lhe foi atribuída por si mesma, mas sim por um profissional da saúde, por um ideal de prevenção vigente e postulado na atualidade.

A dor da perda

Luara afirma que a dor de perder o amigo Tom é algo com que precisa se acostumar. Também ressalta que a dor do luto é tão grande que extingue a possibilidade do suicídio para ela, pois presenciou essa dor pesada e não quer causar isso a outras pessoas.

Mariana lembra o quão difícil foi perder o amigo Thiago e que em uma das crises de pânico disse à mãe: "(..) *'eu não aguento mais. É muita dor'. E aí minha mãe me disse que ela entendia que estava doendo, mas que era pra eu parar de namorar a dor. Porque eu estava abraçando a dor, eu estava aceitando que isso me machucasse*". Ainda que a dor fosse o que restasse de Thiago, Mariana é alertada pela mãe de que precisa parar de se deixar machucar.

A incompreensão e julgamento

Lúcia destaca em seu relato como as pessoas, incluindo ela mesma, tem dificuldade em entender o que alguém que pensa na morte por suicídio passa, assim como a ignorância e preconceito sobre a depressão: "*Porque é muito triste essa doença. Só sabe quem vive, quem tem alguém perto que vive. Porque muita gente, eu escuto muita ignorância a respeito da doença, que é frescura, que tem que ter força pra fazer alguma coisa, sabe*".

Mariana também lembra como outras pessoas acabaram julgando a morte por suicídio de seu amigo Thiago como uma causa para o suicídio de uma outra pessoa do mesmo bairro. "*Aquilo pesava ainda mais no meu coração. Eu pensava 'caraca ele tá morto e ainda tem gente colocando a culpa nele pela decisão de outra pessoa'. Isso me fazia ficar ainda pior, porque eu sabia que ele nunca, em vida, colocaria alguém em qualquer situação de risco. Ele era uma pessoa que estava sempre se importando com todo mundo*".

A indiferença diante de uma morte por suicídio

Rodrigo enfatiza a indiferença que percebe da universidade e do corpo docente diante da morte por suicídio de sua amiga Rebeca. Ele também aponta como os profissionais da área da saúde mental também tem buscado por estudar outras temáticas, mas não estudam o suicídio. Também aponta como os problemas são vistos a partir de uma resolução individual e que isso é ser indiferente ao fato de que as pessoas estão inseridas em uma sociedade, portanto, as resoluções também precisam ser sociais.

A fé em Deus, na espiritualidade e no reencontro

Luara destaca como a fé lhe ajuda a seguir quando pensa que tudo acontece com a permissão de Deus, e que irá reencontrar o amigo em breve pois acredita que existe algo além do céu e inferno.

Carmen também afirma que a fé e a religiosidade a ajudaram a enfrentar a perda e a saudade que sente do filho Gabriel. Para Carmen é graças à fé que não entrou em desespero, e que não lamenta mais a perda de Gabriel, agora apenas agradece o tempo que passaram juntos. Ressalta também a importância das respostas do plano espiritual para sua experiência de luto, que pela fé na espiritualidade acredita não estar tão distante de Gabriel, e que irá encontrá-lo um dia.

A libertação através do suicídio

Carmen relembra que o filho sempre foi muito triste, e que lhe doía ver o filho assim, portanto, pensa que não deveria ser egoísta e querer que o Gabriel continuasse vivo passando pelo que estava passando. A morte de Gabriel aparece, portanto, como uma saída para a tristeza, já que para Carmen, o filho voltou a ser lindo e está bem no plano espiritual agora.

Lúcia também reflete que a morte por suicídio foi uma possibilidade de libertação para Antônio, que por mais de uma década sofreu com a falta da mãe, com a angústia e a depressão.

O que o suicídio me ensinou

Mariana destaca que depois da morte por suicídio de seu amigo aprendeu a ter um olhar diferente para as questões de saúde mental, e que acredita que tem um cuidado diferente com as pessoas. Acredita que se não tivesse passado por essa experiência não teria essa mesma visão.

Luara reflete que o suicídio de seu amigo Tom lhe acarretou consequências como a extinção do suicídio enquanto possibilidade para ela, pois viu o quanto isso provoca dor, e uma lição: “(...) Isso me serviu de lição para ser mais atenta ainda com as pessoas ao meu redor,

com as pessoas ao meu alcance. Isso me deu mais sensibilidade ainda, mais empatia do que já tinha”.

Cauterização da culpa

Diante da análise dos relatos, nota-se que algumas sobreviventes parecem encontrar justificativas para cauterizar e diminuir a culpa que sentem por não ter conseguido impedir a morte por suicídio de seus amigos, esposo e filho.

Luara afirma que nada acontece sem a permissão de Deus: *“O que mais me ajudou foi essa crença de que tudo o que acontece tem a permissão de Deus, e que a vida aqui não é só isso, não é um simples vai para o céu ou para o inferno. Isso me ajudou bastante, saber que ele não está sofrendo tanto, que ele não se extinguiu para sempre, me ajudou muito”.*

Lúcia ressalta a crença de que ninguém vai antes da hora, que todos têm o seu dia, portanto, mesmo que pense que poderia ter conseguido impedir a morte do esposo, ela pensa que se aconteceu, era o dia e a hora dele, estava escrito. *“(…) Eu não sei se aquele era o dia dele e foi dessa forma, porque em 2019 ele infartou e sobreviveu, botou quatro extensis, então não era aquela a hora dele. Ele teve câncer no rim, esperamos a covid passar para poder operar. Então ele passou por essas coisas e não foi os momentos dele, então aquele foi o momento, talvez estava escrito, e aí foi dessa forma ruim”.* Lúcia também reflete sobre o caso de suicídio de filhos de médicos e psiquiatras, como exemplos de outras pessoas que não conseguiram controlar e impedir que um(a) familiar tirasse a própria vida.

Pensar que Gabriel está melhor na espiritualidade parece fazer com que Carmen deixe de lado os questionamentos de que poderia ter feito mais para evitar a morte do filho. Carmen pensa que seria egoísta de sua parte querer que o filho continuasse nesse plano mesmo estando muito triste. Carmen parece se apegar, também, à ideia de que cada pessoa tem um tempo determinado na terra, tem sua hora: *“Poxa vida, eu fico lá no centro falando: por que eu não soube disso antes? Porque eu poderia, de repente, ter salvado meu filho. Mas as vezes fico pensando: não, de repente não, eu não poderia, era a hora dele. Cada um tem sua hora certinha, cada um vem já com tudo determinado, com seu tempo de vinda e seu tempo de ida”.*

A missão de seguir: que ele viva em mim

Luara percebe que seguindo a vida do modo como o amigo lhe aconselhava irá honrar sua morte e a fé que ele tinha nela, assim sua morte não terá sido em vão e que ele ficará feliz com isso.

Mariana também traz em seu relato a importância de seguir a carreira que sonhou com o amigo Thiago: *“Eu vou continuar porque é um sonho, eu sonhei individualmente, mas também sonhei com ele. Era uma forma de sentir que não tinha acabado ali, com ele indo, mas que eu precisava seguir a minha vida”*.

Carmen evidencia a busca por manter a presença do filho Gabriel, seja usando algumas peças de roupa dele que usa no dia a dia, ou pelo contato encarnado na tatuagem que faz dele em sua pele: *“(…) Essa é uma silhueta que eu fiz pra ele. Eu sempre falo pra ele: a gente vai estar juntinho sempre. Toda noite eu beijo, toda manhã beijo e sinto ele mais pertinho de mim”*.

A saudade

Luara afirma que a saudade é imensa, que cresce e acumula com o tempo, e que isso é algo com que precisa se acostumar.

Rodrigo diz que sente muita falta do jeito leve da amiga, da forma como ela era amorosa, carinhosa e companheira.

Mariana destaca que sente saudades do tempo que era bom junto ao amigo Thiago, e relembra como ele era alegre, engraçado, inteligente, que era um bom amigo, atencioso.

Carmen conta que a saudade é algo que ela ainda precisa trabalhar, pois é frustrante lidar com a ausência do contato físico com o filho Gabriel. Ela conta que tem saudade do tempo bonito do filho, quando ele estava bem, bonito e saudável. Carmen explicita que a religiosidade e a fé em Deus também lhe ajudam a lidar com a saudade que tem do filho: *“(…) Saudade a gente mata em oração, mata em prece. Só quero que ele seja feliz, espero que ele esteja feliz. Eu acredito que ele está, que agora ele tá bem”*.

3.3 Estrutura geral da experiência

A presente análise constitui a última etapa do método fenomenológico escolhido para guiar os passos da presente pesquisa, que é a etapa da construção. A construção se dá a partir da explicitação dos sentidos singulares das experiências dos sobreviventes entrevistados - já realizada no tópico anterior neste capítulo - e permite o acompanhar do desvelamento do fenômeno (Feijoo, 2021), para isso, realiza-se uma descrição de como as experiências dos sobreviventes enlutados se mostraram em sua totalidade. Esta análise da estrutura geral das experiências relatadas neste estudo objetiva construir uma compreensão afinada à experiência de luto dos sobreviventes.

Ao acompanharmos o fenômeno das experiências de luto dos sobreviventes que perderam alguém para a morte por suicídio, observamos que a recordação dos que se foram é um momento significativo para eles. Por mais que tenham sido convidados para contarem sobre suas experiências de luto, os participantes da presente pesquisa dedicaram a oportunidade a recordar e rememorar seus entes queridos, contando sobre o momento impactante e impensável, relembando características dos que se foram, contando sobre a saudade que sentem, e até mesmo relembando os detalhes da morte.

A incompreensão e julgamento também se destacaram nos relatos que denunciam a ignorância e preconceito que alguns sobreviventes percebem em relação a depressão e a morte por suicídio. Este sentimento de incompreensão faz com que alguns sobreviventes pensem que somente os que viveram ou vivem algo parecido podem lhes entender, do contrário, as pessoas parecem não compartilhar da mesma atmosfera afetiva e se relacionam de modo não compreensivo. Outra percepção que se destacou é de que frente a morte por suicídio impera a indiferença, tanto das pessoas quanto das instituições, o que denuncia um modo de relação de sentido vigente pautado no individualismo, na ideia de que os problemas, mesmo os de saúde mental, o sofrimento psíquico é de ordem individual, e devem ser resolvidos, também, no âmbito individual. Tal percepção também impacta a experiência de luto dos sobreviventes, que precisam lidar com a incompreensão, o julgamento e a indiferença.

Os relatos, portanto, desvelam que os sobreviventes se sentem incompreendidos, e percebem uma indiferença social que parece não os acolher em suas experiências de luto. Porém, ao retomarmos os atuais modos de compreensão do luto por suicídio, que o definem como um processo com peculiaridades, de difícil mensuração e que tentam mensurar a perda em tempo, posicionando a partir dos manuais diagnósticos as experiências como um luto complicado, persistente, prolongado ou normal a depender da prevalência dos sintomas como no último DSM-V e CID-11 (Feijoo, 2021; Carmo, 2022), como podemos compreender as experiências de luto a partir de tais referenciais? Compreender o luto de modo a diagnosticá-lo como normal ou complicado, persistente é enquadrar as experiências aqui relatadas dentro de um molde de compreensão dicotômico, do que é normal ou patológico, é perder de vista a compreensão de que alguns sobreviventes enlutados se lembrarão e sentirão a perda por seus entes queridos enquanto os recordarem.

A partir de um outro referencial, que não as postulações feitas pelos manuais, ao retomarmos a epígrafe do presente capítulo e nos debruçarmos sobre os escritos do filósofo Søren Kierkegaard (1963/2003) encontramos um outro modo de compreensão do luto dos sobreviventes que perderam alguém para a morte por suicídio. Em sua reflexão sobre o amor e

o que consiste propriamente o amor, Kierkegaard (2003) afirma que para conhecermos o amor que existe nos outros e em si mesmo devemos atentar para o modo como a pessoa se relaciona com um falecido, pois o amor que consiste em recordar uma pessoa falecida é uma obra do amor desinteressado, desprendido pois é um amor que não é retribuído, que não sofre influências do outro, uma vez que este já se foi em corporeidade. Ao recordar uma pessoa falecida se exerce o amor mais livre que há, o amor de máxima fidelidade pois o amor permanece o mesmo, fiel ao que se foi, mesmo sem retribuição ou coação da presença do outro (Kierkegaard, 2003), é, portanto, um amor que consiste em recordar aquele(a) que não se pode esquecer e não se pode deixar de amar. Desta forma, ao nos aproximarmos do pensamento de Kierkegaard (2003) nos afastamos até mesmo da compreensão moderna de luto, e das postulações diagnósticas dos manuais, uma vez que é possível alcançar as experiências de lembrança, a saudade e o amor por uma pessoa falecida como uma obra de amor.

Para além de uma peculiaridade em um processo de luto, a culpa se desvela nos relatos de experiência dos sobreviventes e evidencia como esta ideia de que poderiam ter evitado esta morte os faz sofrer. A ideia de que poderiam ter evitado a morte de seus entes queridos, e a dúvida do que mais poderiam ter feito para mudar esta realidade parece estar alicerçada na crença da prevenção deste tipo de morte, na ideia de que esta é uma morte evitável, controlável, e diante da consumação desta, denuncia-se a falha, o fracasso de alguém ou uma instituição.

O pesar por não conseguir evitar esta morte em absoluto, também se destaca como falha na missão de impedir esta morte, de prorrogar a vida do outro, como visto no relato de Lúcia. Assim como Terezinha (Maximo, 2020) explicita em sua reflexão sua sensação de fracasso por não evitar a morte de sua filha Marina, Lúcia evidencia sua falha na missão de prorrogar a vida de Antônio. Porém, é preciso ressaltar que a missão de prorrogar a vida de Antônio não foi apenas tomada em mãos por Lúcia, mas também lhe foi atribuída pelo profissional que lhe propôs uma alternativa à internação: que ela cuidasse, vigiasse o esposo. Esta prescrição culpabilizadora posiciona Lúcia como responsável pela vida de Antônio, que diante da falha em cumprir esta missão se sente culpada.

Outras sobreviventes também evidenciaram em seus relatos a responsabilidade dos cuidados e manutenção da vida do ente que pensava em tirar a própria vida, como Luara e Carmen, que somam as histórias de Lúcia e Terezinha (Maximo, 2020). O que essas experiências desvelam é o papel desempenhado no dia a dia na tarefa de cuidado, vigilância e promoção do bem-estar dos seus entes queridos. Tal tarefa de cuidado e responsabilidade evoca o caso Ellen West, uma célebre paciente de Ludwig Binswanger, psiquiatra expoente na fenomenologia-existencial e precursor da *daseinsanalyse*, que diante da sua dificuldade em se

alimentar e do desejo de pôr fim a vida é internada sob os cuidados do psiquiatra. Durante o seu período de internação no *Bellevue Sanatorium* em janeiro de 1921, Ellen foi acompanhada pelo seu esposo Karl, que desempenhou um papel fundamental no tratamento e mediação entre a paciente e o psiquiatra. Segundo Silva (2022) em sua análise dos escritos de Binswanger, o marido a acompanhou em seu quarto individual por três meses e como tarefa produziu escritos com suas observações sobre a esposa para ajudar no tratamento, ele também tinha uma boa relação com o psiquiatra. O protagonismo de Karl nos cuidados de Ellen é tão relevante que, com o seu suicídio, alguns comentadores e estudiosos do caso culpam e responsabilizam Karl e Binswanger pelo acontecido (Silva, 2022). O esposo que desempenhava a responsabilidade de monitorar o progresso do tratamento de Ellen é, portanto, responsabilizado pela falha na sua tarefa, pelo suicídio que não conseguiu evitar.

A culpa e a busca por culpados que se desvelam nos relatos evidenciam os alicerces desta ideia de prevenção ao suicídio postulada em nosso horizonte histórico, como um modo de relação de controle para com este tipo de morte, um modo de relação característico do pensamento da era da técnica, que pensa conseguir antecipar resultados, prevê e calcular possibilidades (Heidegger, 2000). Este modo de compreensão hermenêutico da culpa, que evidencia como esta aparece nos modos de relação constituídos em nosso horizonte histórico, também abre possibilidade para nos aproximarmos da culpa em uma compreensão também existencial. Segundo Farias (2016), na modernidade a culpa aparece como débito, uma falta diante de uma compreensão prévia de um modo de ser que deve ser correspondido, isso porque o homem é concebido como dotado de capacidade para articular suas ações segundo sua vontade, e deve correspondê-las à essa compreensão prévia. Porém, se as ações não corresponderem a essa compreensão prévia e a sua vontade, “irremediavelmente, o indivíduo que falta, sofre” (Farias, 2016, p.50). A partir dos referenciais da fenomenologia heideggeriana, pode-se compreender a culpa como uma estrutura ontológica, originária e inerente do ser, uma culpa correspondente à angústia da própria finitude e responsabilidade de ser do *Dasein* (Paleari & Gontijo, 2021). Em uma compreensão sartriana, a culpa se desvela como falta ontológica, uma dívida fundamental que o homem tem com seu si-mesmo (Farias, 2016). Portanto, o ser é inerentemente culpado e o será até a morte, pois é responsável por seu si-mesmo, e nunca o fará de forma plena, estando sempre em débito consigo mesmo (Paleari & Gontijo, 2021).

Ao mesmo tempo em que a culpa como débito se desvela, a tentativa de cauterização da culpa por meio da recordação do crédito de suas ações também se destaca nos relatos dos sobreviventes. A partir de uma compreensão da ambiguidade enquanto movimento existencial - e não enquanto contradição, pois esta é da ordem da lógica - podemos nos aproximar do

movimento de recordação que os sobreviventes fazem, ora pensando no que mais poderiam ter feito para impedir o ocorrido, ora relembando tudo o que fizeram para ajudar seu ente querido a melhorar, ou evitar outras tentativas de suicídio. Ao mesmo tempo em que percebem que diante de seus feitos nada devem, ainda se perguntam o que deixaram passar, o que não viram, o que poderiam ter feito, se perguntam o que devem. Deste modo, os sobreviventes parecem oscilar entre a culpa, a denúncia de seus débitos e a tentativa de cauterização desta, ao recordarem o que de fato fizeram, as ações realizadas que estavam ao seu alcance. Ainda assim, mesmo diante do crédito de suas ações, os sobreviventes parecem ainda sentir o pesar pelo débito em não terem conseguido evitar em absoluto a morte de um ente querido.

Neste exercício de construção, ao buscarmos uma outra compreensão do fenômeno do luto por uma morte por suicídio, nos distanciamos das visões vigentes sobre o luto, concepções que buscam diagnosticar, apreender as experiências em conceitos como “prolongado” e “peculiaridades” para definir o luto, e quando nos debruçamos sobre as experiências vimos o quanto estes enlutados se sentem incompreendidos em sua dor da perda e culpa. Propomos então uma compreensão afinada à essas experiências, uma compreensão que acolha o ato dos enlutados de lembrarem e sentirem por seus entes queridos como um exercício de sua obra de amor ao recordar quem não se pode esquecer, assim como buscamos refletir sobre a culpa que sentem por não ter conseguido impedir estas mortes a partir da perspectiva existencial. A culpa pode ser compreendida como um débito existencial pela responsabilidade de ter de ser si-mesmo, uma falha em não conseguir articular suas ações segundo sua vontade, uma culpa inerente que acompanhará a todos e todas até a morte. E ao nos aproximarmos das experiências de luto, desvela-se que a culpa também aparece como não poder esquecer sua falha, seu débito, e o que não foi feito.

A culpa como lembrança do que se podia ter feito e, principalmente, lembrança do que nunca aconteceu, também aparece na poesia de Fernando Pessoa (1944/1993) intitulada “*Na noite terrível, substância natural de todas as noites,*” que materializa em versos a força da culpa por pensar nas possibilidades do que poderia ter feito e no arrependimento por não ter feito, ainda que a atual resolução não tivesse sido vislumbrada à época. É na noite terrível em insônia que se relembra o que se fez e o que se podia ter feito, e para o poeta, as possibilidades não concretizadas, o passado irreparável que guarda os fatos lamentados são como verdadeiros cadáveres, são a lembrança e a culpa que o assombram a noite.

Se em certa altura
Tivesse voltado para a esquerda em vez de para a direita;
Se em certo momento
Tivesse dito sim em vez de não, ou não em vez de sim;
Se em certa conversa

Tivesse tido as frases que só agora, no meio-sono, elaboro —
Se tudo isso tivesse sido assim,
Seria outro hoje, e talvez o universo inteiro
Seria insensivelmente levado a ser outro também.
Mas não virei para o lado irreparavelmente perdido,
Não virei nem pensei em virar, e só agora o percebo;
Mas não disse não ou não disse sim, e só agora vejo o que não disse;
Mas as frases que faltou dizer nesse momento surgem-me todas,
Claras, inevitáveis, naturais,
A conversa fechada concludentemente,
A matéria toda resolvida. . .
Mas só agora o que nunca foi, nem será para trás, me dói (Pessoa, 1993, np).

E assim como o poeta, os sobreviventes sentem a dor por não terem conseguido realizar no passado o que vislumbram agora como solução, lamentam não terem conseguido, por meio de seus esforços, manter aqueles que amam tanto junto de si, ajudá-los em suas questões, mudar o curso do que foi, e ter um novo hoje com estes que não podem esquecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) Queria, queria. A culpa me corrói a alma. Penso em todas as coisas que poderiam ter acontecido e em todas as formas como o mundo poderia ser transformado para impedir o que aconteceu no dia 10 de junho, para fazer isso desacontecer.

Chimamanda Ngozi Adichie⁷

A presente pesquisa teve o intuito de investigar como as políticas públicas de prevenção ao suicídio atravessam a experiência de luto dos sobreviventes enlutados. Este objetivo de pesquisa nos foi apresentada a partir do relato de Maximo (2020), que explicita em sua reflexão como as postulações de prevenção lhe provocam sentimentos como culpa e fracasso. Para que fosse possível nos debruçarmos sobre a denúncia desta mãe sobrevivente enlutada, nos empenhamos em analisar as cartilhas de prevenção ao suicídio publicadas nos últimos 5 anos, assim como nos dedicamos a compreender como o luto dos sobreviventes tem sido apreendido pelos estudiosos do tema. Em seguida, investigamos junto aos sobreviventes enlutados quais foram os possíveis impactos que as políticas de prevenção tiveram em suas vivências de luto, através da análise de seus relatos em entrevistas. Assim, ao fim deste percurso, retomemos algumas análises e reflexões feitas até aqui.

As políticas públicas são ações pensadas pelo governo que visam solucionar problemas atendendo a demandas sociais, desta forma, a presente pesquisa compreende as ações e estratégias propostas por programas governamentais que visam a prevenção do suicídio como políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Objetivando alcançar como as políticas públicas têm postulado a prevenção ao suicídio, realizamos em nossa reconstrução uma análise das cartilhas de prevenção produzidas a partir da instituição da lei nacional 13.819 (2019) de prevenção a automutilação e do suicídio. Ao nos debruçarmos sobre esse extenso material, concluímos que a morte por suicídio é compreendida como evitável mediante a detecção e monitoramento dos sinais e fatores de risco, o que produz uma ideia de controle sob este tipo de morte. À vista disso, as postulações de prevenção ao suicídio têm se tornado cada vez mais diretas a núcleos compreendidos como agentes de prevenção, como as famílias, os colegas de turma e amigos, os profissionais da educação e da saúde (Brasil, 2019b; 2020; Quesada et al., 2020a; Quesada et al., 2020b). Isto nos evidencia o caráter cada vez mais individual das postulações de prevenção, que instituem as famílias como parte fundamental da prevenção –

⁷ *Notas Sobre o Luto* (Adichie, 2021, p. 27)

uma vez que podem detectar e monitorar os fatores de risco e sinais – podendo assim, agir de modo a impedir que este tipo de morte aconteça; assim como atribuem a tarefa da prevenção aos *gatekeepers* (Quesada et al., 2020b), os guardiões da vida, aos sentinelas (Brasil, 2017) que são os núcleos mais próximos da vida social daquele que pensa ou pode vir a pensar na morte por suicídio, e por isso, possuem um papel central na detecção dos sinais.

Isto posto, a análise das estratégias de prevenção das políticas públicas tem postulado a inevitabilidade deste tipo de morte através do controle. Ademais, as ações de prevenção são direcionadas às famílias, que são posicionadas como responsáveis pelo bem estar dos filhos(as), e são eleitos como fator de proteção para o suicídio. A centralidade da família nas estratégias de prevenção é demarcada desde a criação dos filhos, que também é posicionada como preventiva ao suicídio, uma vez que é nas bases da criação familiar que a inteligência emocional e o sentido de vida podem ser estruturados, evitando assim que o suicídio apareça como possibilidade (Brasil, 2019b). Porém, esta família considerada como fator de proteção é tradicionalmente conhecida como cisgênero e heteronormativa, o que acaba por invisibilizar outras configurações possíveis.

Em síntese, as postulações de prevenção ao suicídio pensadas no campo das políticas públicas nos últimos 5 anos apresentam uma perspectiva de prevenção alicerçada na ideia de que se pode antecipar e controlar os sinais e fatores de risco, e mais, prescrevem essa ideia de modo individual, atribuindo às famílias e aos colegas de turma, amigos, professores e profissionais da saúde a tarefa de monitoramento e vigilância, para que possam intervir de modo a impedir a morte por suicídio. Deste modo, as postulações de prevenção estão centradas na ideia de que o controle é eficiente e evita em absoluto este tipo de morte.

Em nossa reconstrução das concepções vigentes sobre o luto dos sobreviventes, destacou-se como a ciência ao instituir o luto no campo das patologias, busca adequar as experiências de perda a um tempo limite, e por isso, tenta inocentar os sobreviventes destacando que estes vivenciam um luto de difícil mensuração. Ainda assim, atribuem a esta experiência de perda adjetivos como, complicado e com peculiaridades, para além de destacarem a culpa. Devido ao entendimento de que a morte por suicídio é evitável, e por ser um ato deliberado, os familiares e amigos sobreviventes acabam tomando para si a responsabilidade e a culpa pelo ocorrido, e pensam que poderiam ter evitado este tipo de morte de alguma forma.

Percebe-se que ao compreendermos o suicídio como uma morte evitável e passível de controle através da prevenção – que postula a antecipação e detecção dos fatores de risco e sinais – e vincular a causalidade deste tipo de morte as doenças mentais, sustenta-se a culpabilização dos sobreviventes, por terem falhado na detecção dos sinais e não terem

conseguido evitar esta morte. Uma vez que se postula que a causa da morte por suicídio é uma doença mental, um desajuste, com a detecção e correção devida este tipo de morte não acontecerá; ainda, se as políticas de prevenção elegem os familiares, amigos e professores como agentes de controle, se uma morte acontece, denuncia-se a falha destes que não controlaram e anteciparam como deveriam.

Em consonância com a denúncia feita por Terezinha (Maximo, 2020) e as considerações sobre a culpabilização, os relatos dos sobreviventes entrevistados para esta pesquisa evidenciam na análise das unidades de significado como suas experiências também são marcadas pela ideia de inevitabilidade, a culpa, o sentimento de falha, a crença na prevenção, e a ilusão de controle. Em suas experiências de luto singulares, alguns participantes mostraram partilhar de alguns pensamentos e impressões, como o movimento em que ora buscavam por culpados e pensam que deveriam ter feito mais, e ora relembavam dos feitos realizados e afirmavam terem feito tudo o que podiam. Ainda assim, o pensamento de que poderiam ter feito mais parece acirrar a culpa, porém, este pensamento está alicerçado na promessa da prevenção de que poderiam ter evitado em absoluto este tipo de morte se tivessem detectado os sinais e intervindo a tempo. A ilusão de controle postulada pela prevenção se destaca em alguns depoimentos, que evidenciam como os sobreviventes acreditavam que a internação, intervenção psiquiátrica, psicológica e medicamentosa fossem o suficiente para extinguir a morte por suicídio como possibilidade. E infelizmente, diante do fracasso do controle, estes sobreviventes se perguntam: por que essas intervenções não foram o suficiente?

Aqui é preciso retomar a máxima da prevenção de que 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados mediante ao diagnóstico e tratamento de uma doença psiquiátrica. Tanto a coleta de dados de Terezinha quanto a nossa pequena amostra evidência como esta afirmação, por mais que prometa uma taxa de sucesso e inevitabilidade alta para o suicídio, está equivocada. Maximo (2020) em sua amostra de 44 sobreviventes enlutados afirma que 75% destes tinham diagnóstico e faziam tratamento, somando-se 90,9% de pessoas em sua amostra que tinham diagnóstico e que faziam tratamento medicamentoso. Embora nossa pesquisa não tenha objetivado coletar este tipo de dados, e por isso não fizemos perguntas diretas sobre o assunto, a partir do material coletado podemos inferir que: em nossa amostra de 5 sobreviventes, 4 deles mencionaram um diagnóstico e a realização de um tratamento com medicação em algum momento da vida do ente querido(a) que tirou a própria vida. Apenas 1 sobrevivente não forneceu dados sobre isso, o que não exclui por completo esta possibilidade. Somando-se 80% da nossa amostra de pessoas que tiveram um diagnóstico e iniciaram um tratamento medicamentoso, mas que, ainda assim, tiraram a própria vida.

Para além dos impactos das promessas de inevitabilidade e a prevenção por meio do controle, o relato de Lúcia também nos desvela como as prescrições médicas podem fomentar diretamente a culpa aos sobreviventes. Lúcia conta que foi prescrito pelo próprio médico de seu esposo que se ela cuidasse e estivesse sempre com ele, a internação não seria necessária. Desta forma, ela foi posicionada pelo profissional da saúde como responsável pela vida de Antônio, e não mediu esforços para vigiá-lo, ainda assim Antônio tira a própria vida e Lúcia se sente culpada por sua morte, que vê como resultado do seu vacilo, descuido.

As atuais postulações de prevenção ao suicídio por prezarem o controle e antecipação também acabam atravessando a experiência dos sobreviventes de modo a exigir que estes tenham uma vida restrita aos cuidados daquele que pensa ou já tentou tirar a própria vida. Ao pensar a prevenção como controle por meio da vigilância e cuidado, alguns sobreviventes evidenciam em seus relatos que seus cotidianos, suas vidas, se organizavam de modo a exercer esse cuidado do outro diariamente. Porém, todos estes esforços não impedem que seus entes queridos consumem a decisão de pôr fim à própria vida.

Ao nos debruçarmos sobre estes relatos e as reflexões produzidas no presente estudo, constatamos os impactos das postulações de prevenção ao suicídio nas experiências de luto dos sobreviventes. Por postularem uma prevenção alicerçada no controle, antecipação e vigilância, as políticas públicas e o discurso científico e médico atual fomentam aos sobreviventes a ideia de que estes podem evitar este tipo de morte em absoluto pela via do controle e cuidado, contanto que tenham uma vida dedicada a vigilância daquele que pode vir a cometer suicídio. Diante destas prescrições e soluções individuais, os sobreviventes tomam para si a tarefa de cuidar e impedir a morte do outro, e quando esta infelizmente acontece, pensam que falharam e que poderiam ter feito mais, que deixaram escapar algo. Portanto, a morte por suicídio de um ente querido(a) denuncia que seus esforços não foram o suficiente, que falharam na missão de *gatekeepers*, de sentinelas, uma vez que a manutenção da vida do outro dependia de seus esforços.

Esta compreensão de prevenção ao suicídio que tem sido postulada acaba por exigir dos sobreviventes que estes sejam responsáveis pela vida do outro, pela antecipação e detecção dos sinais, pela intervenção eficiente que impeça o suicídio em absoluto, ao mesmo tempo em que estes também devem se responsabilizar pelas próprias vidas. Afinal, a tarefa de ter de ser si-mesmo é de cada um em sua própria existência. Ainda assim, é demandado aos sobreviventes que se empenhem nos esforços da prevenção, como se estes fossem capazes de antecipar e controlar o outro em absoluto.

Diante desta lógica, ao atribuirmos aos sobreviventes a tarefa da vigilância, postulando que estes devem e podem antecipar tudo, percebemos como este ideal fomentado desvela o controle e a antecipação absoluta como uma tarefa possível, ainda que sobre-humana. Como vigilantes e agentes da prevenção, os sobreviventes parecem ser demandados a verem tudo, a não deixar nada passar, tal como o deus nórdico Heimdall, que está ciente de tudo o que acontece em Asgard e é responsável por alertar os deuses quando algo está errado (Gaiman, 2017). Por mais que consiga antecipar e ver tudo o que acontece, ainda assim, Heimdall não pode impedir que o Ragnarök, o fim dos deuses, aconteça:

“É assim que descobriremos que o fim dos tempos está próximo. Vai ser distante da era dos deuses, na era dos homens. Vai acontecer quando todos os deuses estiverem adormecidos, todos menos o sempre atento Heimdall. Ele verá o começo de tudo, mas estará impotente para impedir que os eventos se sucedam” (Gaiman, 2017, p.174).

O desejo de poder mais, para além do possível ao humano também aparece na experiência de luto da escritora Chimamanda Ngozi Adichie (2021), que ao escrever sobre a morte de seu pai afirma querer muito fazer o ocorrido desacontecer. Embora a morte de seu pai não tenha sido por suicídio, e sim por “complicações de falência renal” (Adichie, 2021, p.28), ainda assim, a epígrafe do presente capítulo nos mostra como a vontade da escritora de mudar os acontecimentos é tanta que ela pensa no que poderia ter transformado aquele dia que impedisse a morte de seu pai. Sobrevivente ou não, o desejo de impedir a morte daquele(a) que se ama parece comum às pessoas de nosso tempo, uma vez que impera em nosso horizonte de sentido o pensamento do cálculo, e julgamos que a prevenção mais eficiente é o controle. O desejo de poder mais impera aos humanos imersos nesse modo de pensar e se relacionar com o mundo e com os outros. Temos, portanto, um modo de relação que impera através do controle e de expectativas sobre-humanas de nós mesmos e nossas próprias capacidades, que insistem em negar nossas falhas e finitude.

Em meio às determinações de controle do nosso tempo, e a lógica da prevenção ao suicídio, não somente a postulada pelas políticas públicas nacionais, mas também pelo discurso científico na atualidade, que acaba por individualizar a prevenção e restringi-la ao controle e tutela, atribuindo a responsabilidade da vida dos que pensam ou tentaram o suicídio à um outro, aos familiares, amigos, colegas de turma, professores, profissionais da saúde, etc.; é urgente pensarmos em uma prevenção ao suicídio que não se alicerce apenas no controle e tutela da vida daquele que pensa na morte voluntária. Desta forma, como a Psicologia poderia ajudar e acolher os sobreviventes em suas experiências de luto? Ainda, como podemos pensar uma proposta de prevenção ao suicídio que seja comprometida com a questão dos sobreviventes?

No exercício de construção de uma compreensão do fenômeno do luto por suicídio, evidenciamos a importância de nos distanciarmos das concepções vigentes e buscarmos nos aproximar da experiência dos enlutados. Através dos relatos de experiência, os enlutados evidenciaram como sentem saudade, e prezam pela lembrança daqueles que escolheram ir embora, também destacam a culpa que sentem por não conseguirem ter feito mais ou diferente, por não conseguirem esquecer seu próprio débito. Deste modo, demonstra-se a importância de um acolhimento afinado à experiência dos sobreviventes, que acolha a dor, a saudade e a culpa, e que se debruce sobre essa ideia de controle, de modo a tentar ajudá-los a compreender suas falhas existenciais e limitações diante de expectativas sobre-humanas.

Ao propormos estas questões, o presente trabalho não almeja encontrar respostas que antecipem e exterminem, por meio de novos efeitos, as raízes e possibilidades de aparecimento da culpa nos sobreviventes. Do contrário, por compreendermos que a culpa é um débito existencial – uma falha por não conseguir articular as ações segundo sua vontade –, não pretendemos extingui-la, mas ao realizarmos a presente discussão, buscamos refletir também sobre outros modos possíveis de se relacionar com o fenômeno da morte por suicídio que não seja pela via da ilusão de controle absoluto, e ciente de sua incompletude.

Terezinha em sua reflexão inspiradora também nos dá pistas:

Penso que talvez no próximo Setembro Amarelo, deveria bater na tecla de que para evitar 90% dos suicídios é preciso educar para uma sociedade melhor, mais justa, falar da capacitação dos profissionais e com menos acesso a meios letais.

Falar que a prevenção do suicídio não é dever apenas da família, da escola, da igreja, mas que é da sociedade como um todo e para que ele seja evitado, teremos (de) agir com coerência.

E que SUICÍDIO PODE SER PREVENIDO, mas infelizmente NEM SEMPRE pode ser EVITADO! [grifo da autora] (Maximo, 2020, n.p)

Refletir sobre uma prevenção ao suicídio afinada à questão dos sobreviventes, é pensar uma prevenção que não fomente a responsabilização e controle pelos atos do outro e que esteja ciente de suas falhas e do risco que se corre quando a decisão da vida do outro é de quem a detém. É, também, pensar em uma proposta de prevenção que acolha o sofrimento daqueles que perderam alguém muito importante e amado, de quem não podem esquecer.

REFERÊNCIAS

- Adichie, C. N. (2021). *Notas sobre o luto*. São Paulo: Companhia da Letras.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Borba, J. M. P, & Souza, S. B. de. (2014). O essencial é saber ver: a atitude fenomenológica revelada na poesia de Alberto Caieiro. *Revista do NUFEN*, 6(1), 15-42. Recuperado em 23 de agosto de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Botti, N., Cantão, L., Silva, A., Dias, T., Menezes, L., & de Castro, R. (2018). CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO SUICIDA DE HOMENS E MULHERES EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. *Cogitare Enfermagem*, 23(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54280>
- Brasil (2017). Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção de Saúde no Brasil. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; Ministério da Saúde. 34 p. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_acoes_estrategicas_vigilancia_prevencao_suicidio_promocao_saude_brasil_2017_2020.pdf
- Brasil (2019a). Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas. *Ministério da Saúde*. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Brasília; Ministério da Saúde. 38p. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf
- Brasil (2019b). O suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida. *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*. Brasília. 53p. Recuperado de: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/estudo-suicidio-e-automutilacao.pdf>
- Brasil (2020). Acolha a Vida: Porque a vida vale a pena! Orientações para Famílias Sobre Automutilação e Suicídio. *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*. Secretaria Nacional da Família; Brasília. 24p. Recuperado de: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/cartilha_orientacao-familias-v0809.pdf
- Brasil (2021). Boletim temático da biblioteca da saúde: prevenção ao suicídio. *Ministério da Saúde*. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Coordenação de Disseminação de Informações Técnico Científicas em Saúde. Divisão de Biblioteca; Brasília. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/prevencao_suicidio_setembro_2021.pdf
- Caldas, R. W. (2008). Políticas públicas: conceitos e práticas. In: _____. (Org). Belo Horizonte: SEBRAE/MG.
- Cândido, A. M. (2011). *O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/10000>
- Carmo, M. A. S (2022). Luto: da Compreensão Patológica à Experiência do Enlutado. In A. M. L. C. de Feijoo, (Org.) *Reflexões sobre o Luto e Práticas Clínicas*. (pp.174-207) Rio de Janeiro: IFEN.
- Cattapan, P. (2012). Moralização do suicídio? *Revista Iuminart*, 9, 183-194. Recuperado de:<http://revistailuminart.ti.srt.ifsp.edu.br/index.php/iluminart/article/viewFile/147/150>
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *O Suicídio E Os Desafios Para a Psicologia*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

- Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (2020). *Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação* / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --. Brasília: CRP, 2020. 48p.
- Farias, B. R. (2016). *A culpa em situação: esboço fenomenológico-existencial acerca do fenômeno da culpa* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/15414/1/Dissert_Bernardo%20Rocha%20de%20Farias.pdf
- Farias, B. R. (2018). Psicologia, Suicídio E Culpabilização. In A. M. L. C. de Feijoo, (Org.) *Suicídio: Entre o morrer e o viver*. (pp. 145-170) Rio de Janeiro: IFEN.
- Feijoo, A. M. L. C. de. (2004). A psicologia clínica: técnica e técnica. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 87-93. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100011>
- Feijoo, A. M. L. C. de. (2011). A Crise da Subjetividade e o Despontar das Psicologias Fenomenológicas. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 409-417. DOI: [10.1590/S1413-73722011000300008](https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000300008)
- Feijoo, A. M. L. C. de. (2018a). Metà-hodós: da fenomenologia hermenêutica à psicologia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(3), 329-339. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.7>
- Feijoo, A. M. L. C. de. (2018b). Uma análise crítica dos estudos fenomenológicos sobre suicídio. In: _____ (Org.). *Suicídio: entre o morrer e o viver*. (pp 67–104). Rio de Janeiro: IFEN
- Feijoo, A. M. L. C. de. (2021). *Suicídio e luto: da investigação fenomenológico-hermenêutica às práticas clínicas em fenomenológico-existenciais*. Rio de Janeiro: IFEN.
- Feijoo, A. L. C. de, & Mattar, C. M. (2014). A fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 441-447.
- Feijoo, A. L. C. de, & Dhein, C. F. (2014). Uma compreensão Fenomenológico-Hermenêutica das compulsões na atualidade. *Fractal: Revista De Psicologia*, 26(1), 165-178. Recuperado de <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4982>
- Feijoo, A. M. L. C. de, & Goto, T. A.. (2016). É Possível a Fenomenologia de Husserl como Método de Pesquisa em Psicologia?. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(Psic.: Teor. e Pesq., 2016 32(4)). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3241>
- Feijoo, A. M. L. C. de, & Noleto, M. C. M. F. (2022). O Imensurável da Experiência do Luto Materno. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 42, e240345. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240345>
- Feijoo, A. M. L. C. de. (2023). Phenomenological-Hermeneutic Method: From Research in Philosophy to Psychology Research. *Paidéia (ribeirão Preto)*, 33, e3337. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3337>
- Flexhaug, M. & Yazganoglu, E. (2008). Alberta Takes Action on Suicide: Best and Promising Practices in Suicide Bereavement Support Services: A Review of the Literature. In: *Prevention*, Alberta Health Services-Alberta Mental Health Board Suicide. Canadá: Alberta Health Services.
- Freitas, J. L. & Michel, L. H. F. (2014). A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 273-283. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-737222324010>
- Freitas, J. L. (2022). O Luto na Pandemia de Covid-19: Entrelaçamentos entre Experiência Viva e o Horizonte Pandêmico. In A. M. L. C. de Feijoo, (Org.) *Reflexões sobre o Luto e Práticas Clínicas*. (pp. 94-119) Rio de Janeiro: IFEN.
- Fukumitsu, K. O., Abilio, C. C. C., Lima, C. F. da S., Gennari, D. M., Pellegrino, J. P. & Pereira, T. L. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(02), Salvador, Bahia, 48-60.

- Fukumitsu, K. O. & Kovács, M. J. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*. Porto Alegre, 47(1), 03-12.
- G1. (2018, abril 27). 'Sobreviventes enlutados': familiares de pessoas que tiraram a própria vida contam como lidam com a dor. *G1*, Ciência e Saúde. Recuperado de <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/sobreviventes-enlutados-familiares-de-pessoas-que-tiraram-a-propria-vida-contam-como-lidam-com-a-dor.ghtml>
- Gaiman, N. (2017). *Mitologia Nórdica*. Rio de Janeiro: Intrínseca.
- Heidegger, M. (2000). *Serenidade*. (Maria Madalena Andrade, Olga Santos, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 1959)
- Heidegger, M. (2012). A questão da Técnica. (Emmanuel Carneiro Leão, Trad.) In: _____. *Ensaio e Conferências*. (pp 11-38). Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco. (Original publicado em 1954)
- Heidegger, M. (2015). *Ser e Tempo* (Márcia Sá Cavalcante, Trad) 10. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco. (Original publicado em 1927).
- Heidegger, M (2017). *Seminários de Zollikon*: protocolos, diálogos, cartas. (Gabiella Arnhold & Maria de Fatima de Almeida Prado, Trad.) 3. Ed. São Paulo: Escuta.
- Holanda, A.. (1997). Fenomenologia, psicoterapia e psicologia humanista. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 14(2), 33–46. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X1997000200004>
- Kierkegaard, S. (2003). *As obras do amor*. (Alvaro L. M. Valls, Trad). Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1963).
- Kovács, M. J. (Coord.). (1992). *A morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm.
- Lessa, M. B. M. F. (2018). Um estudo sobre a moralização do suicídio. In A. M. L. C. de Feijoo, (Org.) *Suicídio: Entre o morrer e o viver*. (pp. 105-144) Rio de Janeiro: IFEN.
- Lessa, M. B. M. F. (2020). Suicídio: Dados Epidemiológicos. In A. M. L. C. de Feijoo, (Org.) *Suicídio: Estudos & Ensaio*. (pp. 65-100) Rio de Janeiro: IFEN.
- Mariano, J. P. & Macedo, J. (2013). *Sobreviventes: o outro lado do suicídio*. Universidade de Brasília. Recuperado em 11 de maio, 2020 de http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7276/3/2013_JoaoPauloMarianoSouza_JorgeHenriqueAlves_Livro_Sobreviventes.pdf
- Maximo, T. C. G. (2020, março 7). Suicídio, prevenção e as incoerências [Blog]. Recuperado de: <https://nomoblidis.com.br/suicidio-prevencao-e-as-incoerencias/>
- Melo, B. S. S. C & Barros, J. C. L. (2017). Consequências do Suicídio para as Relações Sócioafetivas dos Familiares na Posvenção. *Rev. FSA*, Teresina, 14(2), p. 129-145. <http://dx.doi.org/10.12819/2017.14.2.8>
- Ministério da Saúde (2022, setembro 23). Luto prolongado é um transtorno mental, segundo a Organização Mundial da Saúde. Portal Gov.br Recuperado de: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/luto-prolongado-e-um-transtorno-mental-segundo-a-organizacao-mundial-da-saude>
- Oliveira, A. A. de. & Machado, F. C. L. (2018). Adolescência, suicídio e o luto dos pais. *Revista Uningá*, 55(2), 141-153. Recuperado de <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/129>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: Author. Recuperado de: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/CSM/suicideprev_phc_port.pdf

- Paleari, A. P. G & Gontijo, S. R (2021). Fenomenologia da culpa: da crítica ao modelo metafísico a uma clínica da culpa. *Revista internacional de psicologia fenomenológica e hermenêutica*, 1(1), p. 44-61.
- Pessoa, F. (1993). *Na noite terrível, substância natural de todas as noites*. Lisboa: Ática (Original publicado em 1944). Recuperado de: <http://arquivopessoa.net/textos/4409>
- Política de Prevenção (2019, abril 9). Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Portal Gov.br Recuperado de: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/politicas-de-prevencao>
- Quesada, A. A., Figueiredo, C. G. da S., Neto, C. H. de A., Figueiredo, K. da S., Garcia, M. S. & Limaverde, R. (2020a). Cartilha pada prevenção da automutilação e do suicídio – 15 a 18 anos. *Fundação Demócrito Rocha*; Fortaleza. 95 p. Recuperado de: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_15_18_anos.pdf
- Quesada, A. A., Figueiredo, C. G. da S., Silva, A. G. da., Figueiredo, R. N. da S., Figueiredo, K. da S., Guimarães, I. S. & Limaverde, R. (2020b). Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde. *Fundação Demócrito Rocha*. Ministério da Saúde; Fortaleza. 124 p. Recuperado de: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf
- Ranieri, L. P., & Barreira, C. R. A. (2010). A ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA. Anais IV SIPEQ – ISBN – 978-85-98623-04-7 Recuperado de: <https://arquivo.sepq.org.br/IV-SIPEQ/Anais/artigos/46.pdf>
- Rocha, P. G., & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31(2), 323-344. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>
- Ruckert, M. L. T., Frizzo, R. P., & Rigoli, M. M. (2019). Suicídio: a importância de novos estudos de prevenção no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 85-91. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>
- Silva, V. P. (2022). *Sobre a experiência onírica de um suicida hermético*: testemunhos da busca por uma interpretação fenomenológica para o silêncio no suicídio (Tese de Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/18830/5/Tese%20-%20Victor%20Portavales%20Silva%20-%202022%20-%20Completa.pdf>
- Sbeghen, E. P. D. (2015). *Uma compreensão fenomenológica da vivência dos enlutados do suicídio* (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Recuperado de <http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2015/edson-p>.
- Tavares, F. (2018, abril 18) Por que falar de suicídio: os sobreviventes do suicídio convivem com um sofrimento peculiar, carregado de solidão e culpa. *Época*. Recuperado de <https://epoca.oglobo.globo.com/sociedade/noticia/2018/04/por-que-falar-de-suicidio.html>
- Vernant, J. P. (1999) Esboços da vontade na tragédia grega. In: J. P, Vernant & P, Vidal-Naquet. *Mito e tragédia na Grécia Clássica*. (Original publicado em 1972). (pp. 25-52) São Paulo: Perspectiva.
- Woolf, V. (2014). *O valor do riso e outros ensaios*. (Original publicado em 1931 pela Hogarth Press).
- World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: how to start a survivors' group*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44801>
- World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>

World Health Organization. (2022). *Live life: preventing suicide: implementation*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360459>

World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 01/2023)*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>