



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Natália Vargas Fialho

**Análise fenomenológica e hermenêutica das políticas públicas e diretrizes  
profissionais de prevenção do suicídio**

Rio de Janeiro

2024

Natália Vargas Fialho

**Análise fenomenológica e hermenêutica das políticas públicas e diretrizes profissionais  
de prevenção do suicídio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia Social, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Rio de Janeiro

2024

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

F439 Fialho, Natália Vargas  
Análise fenomenológica e hermenêutica das políticas públicas e diretrizes  
profissionais de prevenção do suicídio / Natália Vargas Fialho. – 2024.  
119 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. Políticas públicas – Teses. 3. Suicídio –  
Brasil – Teses. I. Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de. II. Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

br

CDU 316.6

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

---

Assinatura

---

Data

Natália Vargas Fialho

**Análise fenomenológica e hermenêutica das políticas públicas e diretrizes profissionais de  
prevenção do suicídio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia Social, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em 20 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo (Orientadora)  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Jimena de Garay Hernández  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Vera Engler Cury  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Rio de Janeiro

2024

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 RECONSTRUÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS, CAMPANHAS E ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL</b> .....	22
<b>2 DESTRUIÇÃO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DIRETRIZES PROFISSIONAIS</b> .....	43
2.1. Destecendo o tecido: lacunas do atual modelo de prevenção .....	50
2.2. Prevenção a qualquer custo? .....	85
<b>3 PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO? OUTROS OLHARES PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO</b> .....	95
3.1 Suicídio e artes: um diálogo possível .....	102
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	107
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111

## AGRADECIMENTOS

Nenhum trabalho se constroi só. Acredito que tudo aquilo que pesquisamos se relaciona de algum modo com nossa história, com as trocas e relações que construímos no mundo. Minhas primeiras relações foram com meus pais e é a estes que gostaria de dedicar meu primeiro agradecimento. Minha mãe, Patrícia, e meu pai, Rafael, não só me trouxeram ao mundo, como também sempre cuidaram para torná-lo melhor para mim. Me deram toda estrutura física e emocional para superar os desafios que encontrei, me incentivaram a estudar e trabalhar com dignidade e foram os primeiros a me ensinar sobre amor e cuidado. Mãe e pai, nunca vou conseguir demonstrar a importância de vocês na minha vida, mas vou sempre agradecer e dizer o quanto amo e admiro vocês.

Agradeço também aos meus familiares, por acreditarem em mim, por cuidarem e me apoiarem. Escrevo com saudade de muitos que a vida levou, mas escrevo com carinho por tudo que vivemos e por tudo que ainda posso viver com aqueles que estão ao meu lado.

Meus amigos. Em todas as inconsistências e ambivalências da vida vocês estiveram comigo. Me lembro das diversas mensagens recebidas: “e aí, já temos uma dissertação pronta?”, “bora escrever”, “você vai conseguir!”, “vai dar tudo certo”. A amizade contempla um amor pouco reconhecido, mas muito valioso. No caminho que construiu essa pesquisa, passei por muitos momentos difíceis, de perda, de dor intensa, de inseguranças, mas vocês me sustentaram. Não há como negar que passei também por muitos momentos de alegria e amor. Thaisinha, Dai, Clarinha, Gabi, Hanna, Lelê e nosso grupo do amor. Difícil citar todos os nomes, mas vocês com certeza não poderiam estar fora daqui... Agradeço também pela paciência em todos os momentos em que precisei me ausentar para cumprir essa missão. Amo vocês!

Já no meio do caminho tive a oportunidade de encontrar Vinicius, meu namorado, que passou também a ser fundamental no meu processo de escrita (e na minha vida). Vini sempre com amor, paciência e cuidado, ofereceu apoio em todos os momentos de angústia, me auxiliando nas diversas tarefas que eu tinha que fazer, cuidando de mim nos (muitos) momentos de adoecimento e me dando uma alegria inédita de viver, com seu bom humor e parceria inigualáveis. Obrigada por sonhar comigo e por me fazer tão feliz. Amo você, meu amor!

Agradeço também à sua família que me acolhe com muito amor desde o dia em que nos conhecemos e que acolhe inclusive no momento dessa escrita, que termino de realizar em sua casa. Tenho sorte de ter encontrado todos vocês.

No mestrado também pude encontrar acalento em diversos momentos, das salas de aula, das mensagens de *whatsapp*, dos papos no RU... A pós-graduação muitas vezes é solitária, não vemos sempre os mesmos alunos e nos encontramos muito pouco. Mas tive a oportunidade de conhecer algumas pessoas muito especiais, dentre elas a Jay e a Ana Lúcia, colegas de mestrado, que puderam me acolher nos momentos de angústia e, juntas, nos tornamos mais fortes. Obrigada por isso!

Não posso deixar de agradecer à minha orientadora, que pacientemente e compartilhou conosco indicações e inquietações. Ana Maria Feijoo nos ensina como precisamos dar sempre um passo atrás e olhar com olhos diferentes dos nossos. Ana sempre usa em suas aulas a metáfora da colher: acolher, “a-colher”, ela diz e faz uma conchinha com a mão indicando que não devemos fechar, “prendendo” a pessoa, nem devemos abrir totalmente, deixando-a solta, sem acolhimento. Sua forma poética de enxergar as existências nos convida a existirmos no mundo com cuidado e olhos de poesia.

Agradeço aos outros professores que marcaram minha trajetória, são MUITOS, mas especialmente à Cláudia Gomes que é quase uma madrinha acadêmica e que coordena o grupo de pesquisa Desmedicalização da Vida - o qual faço parte desde 2019, à Andrea Moreli que sempre me inspirou com sua sensibilidade, à Jimena de Garay por suas contribuições valiosíssimas na disciplina sobre políticas públicas e no meu exame de qualificação, e à Elina Pietrani que me auxiliou no processo de construção do meu projeto de mestrado que se concretiza nesse momento. Agradeço também à professora Vera Cury pela gentileza de aceitar prontamente o convite para compor a banca da minha defesa final e por todas as valiosas contribuições.

Agradeço a Deus por ter conseguido chegar até esse momento e principalmente por todo amor dessas pessoas que estão comigo no caminho da vida. Para mim, esses laços são a manifestação de Sua existência, tão particular para cada um que acredita.

Por fim, agradeço ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), de extrema importância para minha permanência no mestrado e para que eu tivesse recursos para desenvolver a pesquisa. Assim como agradeço à UERJ por resistir e me permitir ter tantos bons encontros com autores, professores e alunos.

Se tiver coragem, eu me deixarei continuar perdida. Mas tenho medo do que é novo e tenho medo de viver o que não entendo - quero sempre ter a garantia de pelo menos estar pensando que entendo, não sei me entregar à desorientação. Como é que se explica que o meu maior medo seja exatamente em relação: a ser? e no entanto não há outro caminho. Como se explica que o meu maior medo seja exatamente o de ir vivendo o que for sendo? como é que se explica que não tolere ver, só porque a vida não é o que eu pensava e sim outra - como se antes eu tivesse sabido o que era! Por que é que ver é uma tal desorganização?

(A paixão segundo G.H. - Clarice Lispector)

## RESUMO

FIALHO, Natália Vargas. Análise fenomenológica e hermenêutica das políticas públicas e diretrizes profissionais de prevenção do suicídio. 2024. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A presente pesquisa teve como objetivo realizar uma investigação fenomenológica e hermenêutica das políticas públicas e diretrizes profissionais de prevenção do suicídio no Brasil, destacando as bases filosóficas e epistemológicas que as fundamentam. Utilizamos o método fenomenológico-hermenêutico de Feijoo (2021), baseado no processo de investigação de Heidegger, dividido em três etapas: reconstrução, destruição e construção. Na primeira etapa, realizamos uma revisão narrativa, descrevendo as políticas públicas e diretrizes profissionais para a prevenção do suicídio no Brasil. Na segunda etapa, analisamos os documentos descritos, buscando seus fundamentos e possíveis lacunas nas afirmações encontradas. Encontramos como base a ideia de previsão e controle, buscando antecipar e deter o ato a qualquer custo, podendo causar danos àqueles que sofrem determinadas intervenções, como internação, estigmatização ou medicação incorreta. Tal postura condiz com o pensamento calculante descrito pelo filósofo Martin Heidegger, que toma o existente como objetificado, mensurável, estável. Ainda nessa etapa, utilizamos as contribuições do filósofo Byung-Chul Han para discutir como a subjetivação no contexto neoliberal contribui para que nos vejamos enquanto recursos, aprimoráveis e passíveis de estabilização, o que produz culpa e cansaço, traduzidos, por vezes, em psicopatologias. As psicopatologias são outro pilar da prevenção, uma vez que existe a afirmação de que há um transtorno mental em quase todas as ocorrências, deixando de lado outros atravessamentos. Verificamos alguns destes nos fatores de risco apontados, quando omitem vulnerabilizações, naturalizando condições como ser mulher, negro, indígena ou desempregado enquanto potencializadores dos comportamentos suicidas, sem questionar os porquês de tais grupos serem considerados deste modo. Na última etapa, apontamos brevemente outros caminhos de pensamento, utilizando exemplos de atuação com base fenomenológico-existencial e em contos literários, que consideram a imprevisibilidade da existência e buscam o encontro com as condições individuais de existência, sem desconsiderar o horizonte histórico compartilhado.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Suicídio. Fenomenologia-Hermenêutica.

## ABSTRACT

FIALHO, Natália Vargas. *Phenomenological and hermeneutical analysis of public policies and professional guidelines for suicide prevention*. 2024. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The present research aimed to conduct a phenomenological and hermeneutic investigation of public policies and professional guidelines for suicide prevention in Brazil, highlighting the philosophical and epistemological bases that underlie them. We employed Feijoo's (2021) phenomenological-hermeneutic method, based on Heidegger's investigative process, divided into three stages: reconstruction, deconstruction and construction. In the first stage, we conducted a narrative review describing public policies and professional guidelines for suicide prevention in Brazil. In the second stage, we analyzed the described documents, seeking their foundations and possible gaps in the statements found. We found the idea of prediction and control as a basis, aiming to anticipate and prevent the act at any cost, which could cause harm to those subjected to certain interventions, such as hospitalization, stigmatization, or incorrect medication. This stance aligns with the calculative thinking described by the philosopher Martin Heidegger, which regards the existing as objectified, measurable, and stable. In this stage, we also utilized the contributions of the philosopher Byung-Chul Han to discuss how subjectivation in the neoliberal context contributes to viewing ourselves as resources, improvable and subject to stabilization, resulting in guilt and exhaustion, sometimes translated into psychopathologies. Psychopathologies are another pillar of prevention, as there is an assertion that there is a mental disorder in almost all occurrences, neglecting other intersections. We identified some of these in the indicated risk factors, when vulnerabilities are omitted, naturalizing conditions such as being a woman, black, indigenous, or unemployed as potential triggers for suicidal behaviors, without questioning why such groups are considered in this way. In the final stage, we briefly point out other paths of thought, using examples of action based on phenomenological-existential principles and literary tales, which consider the unpredictability of existence and seek the encounter with individual conditions of existence, without disregarding the shared historical horizon.

Keywords: Public Policies. Suicide. Phenomenology-Hermeneutic.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Taxa de suicídios realizados no Brasil ao longo dos últimos 20 anos (2001 a 2021) por 100.000 habitantes .....	57
Gráfico 2 - Taxa de desocupação no Brasil, por sexo, no período de 2012-2022 .....	71
Gráfico 3 - Taxa de suicídios realizados no Brasil ao longo dos últimos 20 anos (2001 a 2021) por 100.000 habitantes .....	78
Gráfico 4 - Número de suicídios realizados no Brasil nos últimos 20 anos (2001 a 2021) ...	79
Gráfico 5 - Aumento percentual da taxa de suicídios realizados no Brasil ao longo dos últimos 20 anos (2001 a 2021) .....	80
Gráfico 6 - Quantidade de suicídios realizados no Brasil mensalmente ao longo dos anos 2018, 2019, 2020 e 2021 .....	85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação dos resultados descartados .....	23
Tabela 2 - Relação das políticas públicas analisadas .....	27
Tabela 3 - Tratamento psiquiátrico e pensões por invalidez em 2015, aproximadamente 19 anos após o início do tratamento .....	58
Tabela 4 - Comparação entre abordagens do Diálogo Aberto e tratamento de praxe (grupo controle) .....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
CFP	Conselho Federal de Psicologia
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
TIPA	Tratamento Integrado da Psicose Aguda
ADAPA	Abordagem de Diálogos Abertos na Psicose Aguda
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
APA	American Psychiatric Association
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
OMS	Organização Mundial de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SUS	Sistema Único de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CVV	Centro de Valorização da Vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
ECT	Eletroconvulsoterapia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DA	Diálogo Aberto
OD	Open Dialogue
TDP	Tratamento de Praxe
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

NAC	Núcleo de Atuação Clínica
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
LAFEPE	Laboratório de Fenomenologia e Psicologia Existencial

## INTRODUÇÃO

A Psicologia é um campo amplo de estudo, pesquisa e práticas que se encontra com o que transversa o cotidiano da existência. Podemos dizer que é até mesmo impossível considerar a psicologia sem sua vinculação com o campo social no qual ela se insere. Koch e Oliveira (2015) afirmam que “os obstáculos enfrentados pela sociedade em obter melhores índices de saúde passam necessariamente pelas expectativas e pelos comportamentos culturais, sociais e interpessoais” (p. 163), portanto, também não há possibilidade de cuidado desvinculado dessas expectativas e comportamentos.

O tema dessa pesquisa surge a partir de um atendimento realizado pela pesquisadora durante a graduação no estágio clínico obrigatório, realizado no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da faculdade onde se formou. Nesta ocasião, ainda em suas primeiras experiências na área, ela se depara com a fala de uma paciente relacionada a pensamentos suicidas e se recorda das diretrizes recebidas em algumas aulas durante a formação, estas que, em grande maioria, seguiam o modelo técnico de previsão e controle, encaminhamento psiquiátrico, uso de medicação, comunicação de familiares etc.

Os atendimentos clínicos durante a faculdade são acompanhados por um psicólogo durante a supervisão, momento em que são apresentados os relatos da sessão e as visões sobre cada situação. A partir da fala da paciente e da lembrança das aulas, surgiu na pesquisadora a preocupação de que tais diretrizes fossem impostas naquele momento, forçando um encaminhamento precoce que provavelmente se desdobraria no uso de psicotrópicos e poderia interromper o processo terapêutico num momento em que mal havia se iniciado - seja pela quebra de confiança, seja pela diminuição da angústia através dos medicamentos a ponto de remover algo que pode ser motor do processo terapêutico, dentre tantas outras possibilidades.

Em contrapartida, junto à preocupação, emergiu o conflito e o medo de ser irresponsável no atendimento. Percebe-se que essa insegurança é fruto da compreensão do suicídio em nosso tempo que, de acordo com a formação acadêmica recebida, aparece direcionada à contenção do ato a qualquer custo, sustentadas em um campo social de repulsa e medo acerca da terminalidade da vida. O encontro com o tema no atendimento clínico permitiu questionar o porquê de hegemonicamente lidarmos com a prevenção do suicídio de uma única forma, buscando antecipar e controlar. Surgem então as problemáticas: quais são os principais

conceitos e diretrizes técnicas que orientam sobre a prevenção do suicídio no Brasil? Quais fundamentos sustentam tais orientações? Quais são as implicações do atual modelo de prevenção? O que está acontecendo, já que mesmo aumentando os esforços para prevenir o ato, sua ocorrência continua crescendo no Brasil?

O suicídio é definido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) como “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal” (ABP, 2014, p. 9). Segundo Feijoo (2021), “a palavra suicídio etimologicamente significa *sui* (de si) e *caedes* (morte voluntária, imolação, ação de matar), aparecendo no século XVIII com o teólogo Camaruel” (p. 137). O suicídio é desdobrado em comportamentos suicidas, descritos por Bertolote (2012) como: ideação suicida, plano suicida, tentativa de suicídio e suicídio.

Esses comportamentos ocorrem mundialmente, preocupando tanto estudiosos do meio acadêmico, como também profissionais da saúde e, segundo a OMS, mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio anualmente, colocando o ato entre as principais causas de morte em todo o mundo, superando a malária, HIV/AIDS, câncer de mama, guerra e homicídio. Em 2019 o suicídio foi descrito pela organização como a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, sendo a terceira quando consideradas somente as mulheres (OMS, 2021b).

Em 2014, ocorreram cerca de 10 mil suicídios no Brasil (ABP, 2014), número crescente que ultrapassou a marca de 14 mil em 2021, segundo os dados do Ministério da Saúde disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou uma publicação intitulada “O Suicídio e os Desafios para a Psicologia” (CFP, 2013) onde define que “trata-se de um problema social de grande relevância para a saúde pública, e que pode ser evitado” (p. 10). Desse modo, tal fenômeno tem sido descrito como um sério problema de saúde pública e, diante de tais índices e do destaque dado ao suicídio pelas organizações de saúde, é cada vez maior o número de publicações acerca do tema<sup>1</sup>.

Analisando os dados do Ministério da Saúde disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi possível obter algumas informações relevantes sobre os números de suicídio no Brasil, que serão apresentadas ao longo do texto. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) disponibiliza esses dados até o ano de 2019 no Atlas da Violência<sup>2</sup> e para complementar com os dados mais recentes - 2020 e 2021 - utilizamos o próprio SIM,

---

<sup>1</sup> Durante a construção deste texto, uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o descritor “Suicídio” obteve mais de 14 mil resultados no período de 2011 a 2021.

<sup>2</sup> Atlas da Violência disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series/16/suicidios>.

através do campo CAUSABAS, filtrando os valores do CID-10: X60-X84 (lesões autoprovocadas voluntariamente)<sup>3</sup> conforme utilizado pelo IPEA.

Recorremos à Clarice Lispector na epígrafe, para ecoar: por que não suportamos a desorganização da vida? Buscamos pensar que sabemos tudo e não suportamos descobrir que não sabíamos. Mas o tecido existencial continua imprevisível e imensurável. Heidegger (1959/2000) nos alerta ao dizer que a revolução técnica poderia "prender, enfeitiçar, ofuscar e deslumbrar o Homem de tal modo que, um dia, o pensamento que calcula viesse a ser *o único* pensamento admitido e exercido" (p. 26). Por isso, segundo o filósofo, é importante salvar a reflexão, aquilo que o homem tem de mais próprio.

O pensamento que calcula se enquadra no paradigma dominante descrito por Santos (2008) como um modelo global que difere e se defende de forma incisiva de dois tipos de conhecimento tidos como não-científicos, irracionais: "o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que se incluíram, entre outros, os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos)" (p. 21). Assim, é considerado pelo autor um modelo totalitário, uma vez que não reconhece outras formas de conhecer que não estejam de acordo com seus princípios epistemológicos e metodológicos. No entanto, vale ressaltar que tais princípios também foram estabelecidos previamente, eles não são naturais.

Neste contexto, a Psicologia Social pode trazer importantes contribuições no que concerne ao cenário das políticas públicas, uma vez que ela, segundo Lane (1994), "estuda a relação essencial entre o indivíduo e a sociedade, esta entendida historicamente, desde como seus membros se organizam para garantir sua sobrevivência até seus costumes, valores e instituições necessários para a continuidade da sociedade" (p. 10). Ao longo deste trabalho, será possível observar como essa relação atravessa nossa forma de lidar com a morte voluntária. A autora se refere à influência histórica-social primordialmente sentida pela aquisição da linguagem: os significados atribuídos por um grupo, uma cultura, uma visão de mundo e um sistema de valores que influenciam determinadas ações, sentimentos e emoções.

Realizamos uma investigação fenomenológica e hermenêutica sobre algumas formulações de políticas públicas e diretrizes profissionais de prevenção do suicídio no Brasil para, deste modo, poder alcançar as bases filosóficas e epistemológicas que norteiam a formulação dessas diretrizes e o estabelecimento das suas resoluções. Uma vez que tais bases sejam destacadas e esclarecidas, pretendemos em uma perspectiva fenomenológico-existencial

---

<sup>3</sup> A especificação dos códigos encontra-se disponível em: [http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60\\_x84.htm](http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60_x84.htm).

pontuar aspectos que podem vir a contribuir com reflexões sobre elementos que de alguma forma não se apresentam nas atuais políticas públicas e diretrizes profissionais de prevenção do suicídio.

Utilizamos o método fenomenológico-hermenêutico de Feijoo (2021), baseado no processo de investigação de Heidegger, como ponto crucial nesta pesquisa, que ocorre em três etapas: reconstrução, destruição e construção. Na reconstrução procuramos analisar como a temática tem sido abordada tradicionalmente, saindo da posição das verdades estabelecidas e percorrendo o assunto com o estranhamento da atitude antinatural. Através da redução fenomenológica, buscamos “dar um passo atrás diante daquilo que o mundo articula como verdades inquestionáveis acerca do fenômeno que queremos investigar” (FEIJOO, 2021, p. 96). Na destruição, tais verdades são questionadas, tendo como objetivo desvelar as determinações que orientam o modo de pensar do homem moderno e obscurecem outros sentidos que podem estar em jogo. Na construção, buscamos abrir espaço para alcançar outros modos de pensar os fenômenos do suicídio, que podem estar ocultos no pensamento hegemônico vigente, recorrendo a textos acadêmicos e literários, assim como outras produções artísticas como filme e música.

Antes de iniciarmos o percurso através das políticas públicas de prevenção ao suicídio, gostaríamos de apontar um primeiro questionamento: o que são políticas públicas? Peters (2013 apud SETTI, 2017), afirma que são "atividades governamentais que exercem alguma influência sobre a vida dos cidadãos" (p. 106). Schmidt (2018) apresenta a seguinte definição: “política pública é um conjunto de decisões e ações adotadas por órgãos públicos e organizações da sociedade, intencionalmente coerentes entre si, que, sob coordenação estatal, destinam-se a enfrentar um problema político” (p. 127). Deste modo, as ações isoladas não configuram uma política, elas precisam ser organizadas e direcionadas para resolução de um problema ou atendimento de uma demanda e não precisam ser executadas diretamente pelo poder público, bastando-lhe a função de coordenar e legitimar o processo, podendo delegar as atividades a organizações sociais, instituições públicas ou privadas.

Para Augusto (1989), as políticas públicas se referem às possibilidades e limites da intervenção estatal, impondo “uma racionalidade específica às várias ordens de ação do Estado, um rearranjo de coisas, setores e situações” (p. 107). A autora afirma que o objetivo prioritário da interferência estatal é definir questões que estejam ligadas ao interesse geral, mas isto não é realizado de maneira isenta, uma vez que o Estado não é um espaço de neutralidade, ele ocorre num território de disputas e conflitos, situado nas diferenças do social. Sua concepção dialoga com Schmidt (2018), quando este afirma que “[...] as políticas não são um setor ou

departamento com vida própria. Elas são o resultado do processo político, que se desenrola sob o pano de fundo institucional e jurídico, e estão intimamente ligados à cultura política e ao contexto social” (p. 123).

Ou seja, mesmo que o Estado manifeste a capacidade de atender interesses diversos numa perspectiva universalizante, acaba por privilegiar determinados sujeitos, de acordo com seus interesses e posições. E tal recorte privilegiado pode ser apresentado como um interesse geral no âmbito das políticas públicas (AUGUSTO, 1989). Augusto (1989) afirma que “ainda que se apresentem como espaço neutro, as intervenções do Estado são, portanto, formas de reutilização ou de manifestação do padrão de domínio existente na sociedade” (p. 108).

Schmidt (2018), dentre suas reflexões, apresenta alguns aspectos que podem contribuir para o fracasso de uma política, como “a supremacia de interesses particulares poderosos (muitas vezes invisíveis) sobre os interesses da maioria” (p. 125) e “o predomínio de valores e crenças na sociedade que obstaculizam a implementação de políticas” (p. 125). Optamos por destacar esses fatores, pois questionam a neutralidade na definição de uma política pública, o que convoca nosso olhar mais atento e crítico diante das soluções propostas para uma demanda social.

Augusto (1989) também aponta o alargamento das fronteiras daquilo que concerne ao poder público, aumentando o número de questões convertidas em questões de Estado. Essa ampliação, entretanto, acaba por fragmentar a ação estatal em diversos eixos que raramente dialogam, nas palavras da autora: “tudo parece funcionar como se cada um dos níveis em que operam ‘dançasse conforme sua própria música’” (p. 108).

Silva e Carvalhaes (2016) fazem uma análise da articulação entre psicologia e políticas públicas, destacando que existem produções teóricas e práticas que transitam entre vieses normalizadores e/ou resistentes e ressaltam a importância de pensar além de uma perspectiva unicamente individualizada. Os autores afirmam que “[...] ao adentrarmos as políticas públicas, nos vemos imersos em coletividades, relações interpessoais e, principalmente, políticas que se engendram para além das dimensões intrasubjetivas e/ou individuais.” (p. 251). Acrescentam:

Assim, a dor daquele que padece precisa ser problematizada e cuidada. Deve-se, porém, atentar às intervenções que se restrinjam a planos exclusivamente individuais, pois estas podem acabar por se tornar reducionistas e/ou tendenciosas e/ou simplistas, já que se sustentam no pressuposto de que as pessoas possuem as mesmas condições de subjetivação, de circulação nos espaços sociais, de consumo e de acesso a direitos constitucionais, o que é evidentemente falso (p. 251).

A análise apresentada pelos autores reflete a complexidade da existência humana, a multifatoriedade dos processos vivenciados individualmente e a indissociabilidade homem-mundo, uma relação indispensável da história e do contexto sociocultural.

As políticas públicas de saúde no Brasil inicialmente tinham sua intervenção focada em medidas de saneamento do meio, prescrição de normas de higiene e controle de endemias. Com o passar do tempo, a assistência médica individualizada foi tomando espaço e sua ampliação é cada vez mais apresentada como um indicador de maior justiça social. Assim, a saúde individual passa a ser também uma questão pública e torna-se uma demanda popular por atendimento, com o estabelecimento de “uma sinonímia entre medicalização e saúde” (AUGUSTO, 1989, p. 116).

Freitas<sup>4</sup> e Amarante (2017) definem a medicalização da existência ou da vida cotidiana como a transposição de experiências consideradas indesejadas ou perturbadoras - sejam elas classificadas como sociais, morais, políticas, culturais ou experiências no geral - ao domínio da ordem médica e práticas afins. Os autores afirmam que “componentes inerentes à existência (o *Dasein* heideggeriano) ganham novas formulações: a *angústia*, por exemplo, se transforma em *transtorno de ansiedade*, e a *finitude* ou o *ser-para-morte*, em transtorno com essa ou aquela designação científica” (p. 12). Com a morte voluntária ocorre o mesmo: a experiência é reduzida a um diagnóstico e são propostos direcionamentos específicos como a institucionalização (internação) e o uso de psicotrópicos (medicamentação<sup>5</sup>), dentro de uma lógica biologicista do fenômeno.

Segundo Augusto (1989), a concentração de renda gerada pelo processo de desenvolvimento nacional acentua as carências da população e “as condições de saúde, à medida que refletem tendencialmente as condições de existência, sofrem o impacto negativo dessa piora da qualidade de vida” (p. 116). A ideologia da saúde individualizada, por vezes, nega a possibilidade de enxergar a necessidade de políticas intersetoriais, que tenham impacto nas condições de vida da sociedade. Com isso, a autora afirma que as mudanças nas condições de saúde coletiva devem passar por transformações nas forças existentes na sociedade, em orientação hegemônica distinta da existente.

No primeiro capítulo: “Políticas públicas, campanhas e orientações para a prevenção do suicídio no Brasil”, realizamos a etapa de reconstrução. Foi realizada uma revisão bibliográfica

---

<sup>4</sup> Fernando Freitas, psicólogo, foi um grande pesquisador e militante da desmedicalização da vida. Infelizmente nos deixou em 2023, mas sua luta certamente continuará. A comunidade MadInBrasil escreveu um memorial para Fernando que pode ser encontrado em: <https://madinbrasil.org/2023/02/um-psicologo-incomum-e-a-luta-contr-a-medicalizacao/>.

<sup>5</sup> A medicamentação refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas, especificamente através da prescrição e do uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas (BEZERRA *et al.*, 2014). A medicalização contempla esse processo, mas não se reduz a ele, pois inclui discursos e práticas que podem ser utilizados por diversos profissionais (como o próprio processo diagnóstico, patologizante).

narrativa, onde ocorre a seleção livre da pesquisadora sobre o material levantado, tendo em vista que não se tem a pretensão de esgotar o assunto. Nesse sentido, tanto o levantamento das fontes quanto a interpretação das mesmas estão sujeitas a análise subjetiva da pesquisadora a partir dos dados levantados nas referências utilizadas (ROTHER, 2007). Nesta etapa, buscamos no Catálogo de Políticas Públicas do IPEA e no acervo da Legislação Federal Brasileira as leis, decretos e portarias que tratam sobre o tema. Realizamos uma busca livre de cartilhas, manuais e outros documentos disponibilizados por órgãos públicos e privados, principalmente em relação à campanha Setembro Amarelo, a fim de trazer outros elementos para a nossa discussão.

No segundo capítulo “Análise das políticas públicas e diretrizes profissionais”, realizamos a etapa de destruição, onde analisamos quais os fundamentos que sustentam os documentos descritos no capítulo anterior. Feijoo (2021) afirma que Heidegger introduz o elemento hermenêutico ao reconhecer a impossibilidade de aplicação radical da suspensão, considerando o atravessamento das determinações historicamente constituídas no modo de ser dos homens. Segundo a autora, as verdades estabelecidas não são eternas, nem atemporais, elas são posicionadas em um determinado horizonte histórico de sentido, logo, buscaremos apresentar como elas se constituem enquanto morais vigentes. Como a prevenção do suicídio se constituiu como uma demanda social? Quais são os valores que contornam nossa relação com a morte e, especificamente, com a morte voluntária? Por que os transtornos mentais são a resposta majoritária para responder aos comportamentos suicidas? Como se institui a ideia de previsão e controle vigente nas políticas e campanhas de prevenção ao suicídio?

Apresentamos alguns conceitos do filósofo Martin Heidegger, importantes para a nossa análise, tais como: era da técnica, *gestell* (composição), pensamento que calcula e pensamento que medita, recorrendo principalmente aos textos “A questão da técnica” (HEIDEGGER, 1953a/2012), “Ciência e pensamento do sentido” (HEIDEGGER, 1953b/2012), “Serenidade” (HEIDEGGER, 1959/2000) e “A psicologia clínica: técnica e *téchne*” (FEIJOO, 2004). Os textos selecionados discutem a composição do mundo enquanto técnico, que busca prever, controlar, tomar tudo enquanto objeto e recurso. Este modo de organização do mundo pressupõe que esta é a única forma de ver, desconsiderando modos de compreensão que não sejam orientados pelos pressupostos da ciência moderna. É neste horizonte que se devolve a maioria das propostas de intervenção para os fenômenos do suicídio. Acrescentamos o texto “Serenidade”, por acreditarmos na contribuição da proposta de Heidegger de resgatar a abertura ao mistério, possibilitando pensar as coisas também por outras vias.

Recorremos também à filosofia de Byung-Chul Han, em diálogo com Heidegger, para compreender como nossa sociedade se estrutura atualmente em um modelo de desempenho e

intolerância à dor, e como isso vem atravessando nosso olhar na lida com as questões da existência humana. Utilizamos os textos “Sociedade do cansaço” (HAN, 2015), “Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder” (HAN, 2018) e “Sociedade paliativa: a dor hoje” (HAN, 2021).

No subcapítulo “2.1. Destecendo o tecido: lacunas do atual modelo de prevenção”, podemos observar a ausência de neutralidade, uma vez que, de modo geral, as orientações operam em uma lógica de previsibilidade e controle, indicando fatores de risco que poderiam ser identificados antecipadamente para prevenir o suicídio. Dentre estes, sobressaem os transtornos mentais, que situam o comportamento suicida no campo restrito da patologia: 96,8% das pessoas que cometem suicídio teriam um transtorno mental - mesmo que não diagnosticado (ABP, 2014). Nesse aspecto, opera a lógica patologizante, onde questões existenciais são transpostas exclusivamente ao domínio da saúde/doença e o diagnóstico seria a principal causa da tentativa ou ato.

Outro fator sobressalente, que aparece com maior ênfase no manual “O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida” no extinto Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos é a questão familiar. Há uma moral de família idealizada, responsável por prevenir o suicídio ou causá-lo, dependendo de como se estrutura. Esse aspecto, junto a outras indicações, como a possibilidade de identificar sinais e a importância de nunca deixar a pessoa sozinha, se desenvolvem na lógica culpabilizante, onde a culpa vira uma mancha na vida daqueles que não conseguiram impedir e ainda poderiam ter causado a situação, dentro dessa perspectiva (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2019). Além dessas questões, buscamos analisar alguns fatores de risco apontados pelas políticas públicas de prevenção do suicídio como gênero, etnia, situação empregatícia e outros. Nosso intuito foi investigar se existiam características específicas desses grupos que poderiam colocá-los em situação de vulnerabilização, o que encontramos fortemente no suicídio dos povos originários que sofrem uma crescente onda de violências e violações de direitos.

O subcapítulo “2.2. Prevenção a qualquer custo?”, finalizamos a etapa de destruição, apresentando questões que demonstram insuficiências desse modelo de pensamento acerca da prevenção do suicídio. Podemos observar que o modo de articulação do cálculo (antecipação) mostra-se insuficiente para o objetivo geral das ações de prevenção, as taxas de suicídio seguem crescentes e esse modelo pode acabar sendo prejudicial ao invés de auxiliar - tutelando, medicalizando, internando e culpabilizando os envolvidos. A existência mostra-se ainda indomável à quantificação e controle, por mais que o homem tente a todo custo domá-la.

Por fim, o terceiro capítulo: “Outros olhares para a prevenção do suicídio”, contempla a etapa de construção, onde nos encontramos no pensamento que medita (HEIDEGGER, 1959/2000). Como podemos nos relacionar com aqueles que pensam em pôr fim às suas vidas quando abandonamos a ambição de prever e controlar? Como nos relacionamos com a morte quando não tomamos a vida como um bem supremo a ser preservado a qualquer custo? Como a existência humana é visada na perspectiva fenomenológico-existencial, abandonando a perspectiva calculante sobre o ser humano? Quais são os atravessamentos que caracterizam um determinado grupo enquanto de risco? O que acontece quando os ditos sinais indicam outra coisa que não a vontade de morrer?

Almejamos encontrar discussões que possam contribuir com aspectos não contemplados pelas políticas públicas e campanhas de prevenção vigentes. Para tal, apresentamos outros trabalhos de acolhimento aos comportamentos suicidas, que recuam diante das determinações do mundo e permitem que o diferente também possa aparecer numa perspectiva de abertura do ser enquanto ser de possibilidades, de uma existência imprevisível e, portanto, incalculável.

Por fim, o subcapítulo “3.1. Suicídio e artes: um diálogo possível” apresenta dois contos, um filme e uma música que dialogam com a temática da morte voluntária, a fim de contribuir com outros olhares sobre o fenômeno. Acreditamos que o acolhimento possa estar disponível, sem que necessite se impor e se apresentar como uma obrigação àquele que pensa em pôr fim à sua vida e àqueles que estão ao seu redor.

## 1. RECONSTRUÇÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS, CAMPANHAS E ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL

Quais são as orientações dos órgãos governamentais e profissionais em relação à prevenção do suicídio? Para responder essa pergunta, localizamos portarias, decretos, leis e algumas campanhas e diretrizes profissionais que falam sobre o tema. No entanto, antes de iniciarmos, situaremos brevemente a função desses documentos no âmbito jurídico. Segundo o Dicionário Jurídico (DA LUZ, 2021):

- a. Portaria é um “ato normativo emanado de autoridade pública que contém instruções acerca da aplicação das leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, nomeações, demissões, punições e outras orientações de sua competência” (p. 289);
- b. Lei é uma “norma escrita elaborada pelo Poder Legislativo e de cumprimento obrigatório por todos os cidadãos, destinada a regular atos e fatos que interessem à ordem social” (p. 251);
- c. Decreto é um:

Ato da competência exclusiva do chefe do Poder Executivo destinado a prover de legislação situações gerais ou individuais abstratamente previstas, de modo expresso, explícito ou implícito. Os decretos executivos são considerados atos meramente administrativos utilizados pelo chefe do Poder Executivo para fazer nomeações e regulamentações de leis, entre outras providências. Os decretos executivos têm por objeto:

- A) pôr em execução uma disposição legal;
- B) estabelecer medidas gerais para cumprimento da lei;
- C) providenciar sobre matéria de ordem funcional
- D) resolver sobre interesse da administração
- E) decidir sobre algum interesse de ordem privada que se prenda ao da administração
- F) criar, modificar, limitar ou ampliar uma situação jurídica;
- G) organizar, reformar ou extinguir serviços públicos (p. 163).

Neste capítulo, realizaremos a etapa de reconstrução, onde buscamos o que foi produzido acerca da temática que pesquisamos. Segundo Feijoo (2023), ver fenomenologicamente exige uma atitude antinatural, ou seja, colocar entre parênteses as verdades postas pelo senso comum ou pela ciência. Essa etapa consiste em suspender opiniões, julgamentos e concepções, para localizar e descrever quais são as verdades hegemonicamente estabelecidas acerca do tema em nosso horizonte histórico.

A fenomenologia nos permite “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 1927/2015, p. 74). Trata-se de uma descrição que afaste toda determinação que não seja mostrativa. Ver fenomenologicamente é poder estranhar (FEIJOO, 2023).

A fim de localizar as orientações acerca da prevenção do suicídio no Brasil, buscamos na plataforma virtual Catálogo de Políticas Públicas do IPEA utilizando o termo “suicídio” que resultou na Portaria 1.876/2006 e na Lei 13.819/2019.

No acervo “Legislação Federal Brasileira” (disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/>), realizamos a busca com o mesmo termo: “suicídio”, que retornou 31 resultados. Destes, apenas 2 se referem à prevenção do suicídio na população geral: Lei 13.819/2019 e Decreto 10.225/2020.

Abaixo listamos os resultados descartados por tratarem de outros assuntos relacionados ao suicídio. A lista contém 30 itens, pois um dos decretos não fazia referência ao suicídio, mas o link disponível nele direcionava para outra lei que também foi incluída.

Tabela 1. Relação dos resultados descartados

<b>Título</b>	<b>Assunto</b>	<b>Relação com o termo suicídio</b>
Decreto nº 195 de 31 de janeiro de 1890	Aprova os estatutos do Monte-Pio Popular	Perda do direito à pensão nos casos de morte por suicídio.
Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890	Promulga o Código Penal	Penalização por indução ou auxílio ao suicídio.
Decreto nº 1.030 de 14 de novembro de 1890	Organiza a justiça do Distrito Federal	Processamento e julgamento.
Decreto nº 9.801 de 05 de outubro de 1912	Faz público o regulamento assinado a 25/06 do corrente ano para a execução da convenção concernente a permuta de encomendas postais, sem declaração de valor, concluída entre o Brasil e a França a 03/06/1909 <sup>6</sup>	Neste decreto não há menção ao suicídio. No entanto, ao clicar no item, o site direciona para o decreto nº 9.831, descrito na linha abaixo.
Decreto nº 9.831, de 23 de outubro de 1912	Reorganiza a Administração e a Justiça no Território do Acre.	Processamento e julgamento.

<sup>6</sup> Neste decreto não há menção ao suicídio. No entanto, ao clicar no item, o site direciona para o decreto nº 9.831, descrito na linha abaixo.

Decreto nº 16.273 de 20 de dezembro de 1923	Reorganiza a justiça do Distrito Federal	Processamento e julgamento.
Decreto nº 24.531 de 02 de julho de 1934	Aprova novo regulamento para os serviços da Polícia Civil do Distrito Federal	Regulamentação de exame do cadáver em casos de suicídio ou acidente.
Decreto-Lei nº 6.227 de 24 de janeiro de 1944	Institui o Código Penal Militar	Exclui a coação para impedir suicídio da criminalização de constrangimento mediante violência ou grave ameaça.
Decreto nº 56.511 de 28 de junho de 1965	Aprova o Regulamento Geral da Polícia do Distrito Federal	Obrigatoriedade da necropsia nos casos de suicídio ou acidente, quando a “causa mortis” só possa ser determinada pelo exame dos órgãos internos. Realização de trabalhos periciais de pesquisas de tóxicos nos casos de intoxicações exógenas (suicídio, homicídio e acidentes).
Decreto-Lei nº 1.004 de 21 de janeiro de 1969	Código Penal	Penalização por indução ou auxílio ao suicídio.
Decreto-Lei nº 1.001 de 21 de outubro de 1969	Código Penal Militar	Penalização por indução ou auxílio ao suicídio.
Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990	Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências	Menção ao suicídio incluída pela Lei 14.811/2024, que será citada no final desta lista.
Lei nº 9.140 de 04 de dezembro de 1995	Reconhece como mortas pessoas desaparecidas em razão de participação, ou acusação de participação, em atividades políticas, no período de 2 de setembro de 1961 a 15 de agosto de 1979, e dá outras providências	Menção ao suicídio incluída pela Lei 10.875/2004, que será citada posteriormente nesta lista.
Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde	Menção ao suicídio incluída pela Lei nº 13.819, de 2019, que será citada posteriormente nesta lista.
Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002	Institui o Código Civil	Perda do direito à pensão nos casos de morte por suicídio nos primeiros dois anos de contrato do seguro. Anulação desta cláusula para períodos posteriores aos dois primeiros anos.
Medida Provisória nº 176 de 24 de março de 2004	Altera dispositivos da Lei nº 9.140, de 4 de dezembro de 1995, que reconhece como mortas pessoas desaparecidas em razão de participação, ou acusação de participação, em atividades políticas	Reconhecimento das mortes por suicídio em decorrência de prisão ou de seqüelas psicológicas resultantes de atos de tortura praticados por agentes do poder público.
Lei nº 10.875 de 01 de junho de 2004	Altera dispositivos da Lei no 9.140, de 4 de dezembro de 1995, que reconhece como mortas pessoas desaparecidas em razão de participação, ou acusação de participação, em atividades políticas	Reconhecimento das mortes por suicídio em decorrência de prisão ou de seqüelas psicológicas resultantes de atos de tortura praticados por agentes do poder público.

Lei nº 13.148 de 16 de julho de 2015	Concede pensão especial aos herdeiros de Frei Tito de Alencar Lima	Concessão de pensão especial aos herdeiros de Frei Tito de Alencar Lima, que morreu por suicídio em decorrência de maus-tratos sofridos em dependências policiais, promovidos por motivações políticas.
Lei nº 13.675 de 11 de junho de 2018	Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº 10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012	Menção ao suicídio incluída pela Lei nº 14.531/2023, que será citada posteriormente nesta lista.
Decreto nº 9.673 de 02 de janeiro de 2019	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, remaneja cargos em comissão, Funções Comissionadas do Poder Executivo e Funções Gratificadas, transforma cargos em comissão do grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE	Define atribuições da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente para a prevenção e do enfrentamento de violações aos direitos da crianças e do adolescentes, enfatizando o combate ao suicídio e à violência auto infligida e à automutilação infantil.
Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019	Aprova a Política Nacional sobre Drogas	O texto integral da Política Nacional sobre Drogas menciona a identificação de que 5% da população brasileira já realizou alguma tentativa de suicídio e que 24% destas estariam associadas ao consumo de álcool.
Decreto nº 10.174 de 13 de dezembro de 2019	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, remaneja cargos em comissão e funções de confiança e transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE	Define atribuições da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente para a prevenção e do enfrentamento de violações aos direitos da crianças e do adolescentes, enfatizando o combate ao suicídio e à violência auto infligida e à automutilação infantil.
Lei nº 13.968 de 26 de dezembro de 2019	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique	Penalização por indução ou auxílio ao suicídio.
Decreto nº 10.822 de 28 de setembro de 2021	Institui o Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social 2021-2030	Define como meta a redução do número absoluto de suicídio de profissionais de segurança pública em 30% até 2030.
Decreto nº 10.883 de 06 de dezembro de 2021	Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança	Define atribuições da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente para a prevenção e do enfrentamento de violações aos direitos da crianças e do adolescentes, enfatizando o combate ao suicídio e à violência auto infligida e à automutilação infantil.

Decreto nº 11.106 de 29 de junho de 2022	Institui o Programa Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos Humanos dos Profissionais de Segurança Pública e Defesa Social e dos Profissionais do Sistema Socioeducativo	Define como um dos objetivos do Programa PraViver a redução da vitimização e do suicídio dos profissionais do sistema socioeducativo.
Lei nº 14.531 de 10 de janeiro de 2023	Altera as Leis nºs 13.675, de 11 de junho de 2018, que cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), e 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, para dispor sobre a implementação de ações de assistência social, a promoção da saúde mental e a prevenção do suicídio entre profissionais de segurança pública e defesa social e para instituir as diretrizes nacionais de promoção e defesa dos direitos humanos dos profissionais de segurança pública e defesa social; e dá outras providências	Altera a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, no que se refere à prevenção do suicídio entre profissionais de segurança pública e defesa social. Apesar de ter relação com o tema, optamos por excluí-la, considerando que precisaríamos nos debruçar mais atentamente sobre esse grupo para realização da análise, estando fora do nosso escopo de trabalho e sendo inviável devido ao tempo para seu desenvolvimento.
Lei nº 14.556 de 25 de abril de 2023	Institui a campanha Janeiro Branco, dedicada à promoção da saúde mental	Define enfoque especial à prevenção do suicídio nas campanhas nacionais de conscientização da população sobre a saúde mental instituídas pela campanha Janeiro Branco.
Lei nº 14.688 de 20 de setembro de 2023	Altera o Decreto-Lei nº 1.001, de 21 de outubro de 1969 (Código Penal Militar), a fim de compatibilizá-lo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e com a Constituição Federal, e a Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos), para classificar como hediondos os crimes que especifica	Penalização por indução ou auxílio ao suicídio.
Lei nº 14.811 de 12 de janeiro de 2024	Institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares, prevê a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e as Leis nºs 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos), e 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)	Alteração da Lei nº 8.072/1990 para penalização por indução ou auxílio ao suicídio por meio da rede de computadores, de rede social ou transmitidos em tempo real.

Fonte: Elaboração própria.

Além destas, encontramos em busca não sistematizada outras três portarias: 2.542/2005, 3.479/2017 e 3.491/2017. Neste capítulo, faremos a descrição das leis, portarias e decretos encontrados, que tratam sobre a prevenção do suicídio no Brasil, assim como acrescentaremos alguns documentos públicos e privados, encontrados em busca não sistematizada, que orientam no mesmo sentido, a saber: 1) Apresentação do Ministério da Saúde que atualiza dados sobre suicídio (2020), 2) Cartilha de prevenção da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), 3)

Manual do [extinto] Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019) e 4) Cartilha do Centro de Valorização da Vida (2017). A análise e as considerações acerca delas serão realizadas no capítulo seguinte.

A seguir apresentamos a relação das portarias, lei e decreto que analisaremos.

Tabela 2. Relação das políticas públicas analisadas

Tipo de documento	Número	Data	Descrição
Portaria	2.542	22 de dezembro de 2005	Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.
Portaria	1.876	14 de agosto de 2006	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria	3.479	18 de dezembro de 2017	Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.
Portaria	3.491	18 de dezembro de 2017	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.
Lei	13.819	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.
Decreto	10.225	5 de fevereiro de 2020	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

Fonte: Elaboração própria.

**a) PORTARIA Nº 2.542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005 - Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.**

Considera que “o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que **pode ser prevenido**” (BRASIL, 2005, s/p, grifo nosso), indicando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e afirmando que “**as mortes por suicídio podem ser mortes evitáveis** por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2005, s/p, grifo nosso).

Outra consideração dessa portaria é sobre o aumento na ocorrência de comportamento suicida em jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais, além da “relevância do quadro de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, como a depressão e o uso indevido de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2005, s/p). No texto são definidos exemplos de populações vulneráveis, tais como:

indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio, sem distinção de faixa etária ou gênero; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou com precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas (neoplasias, transtornos mentais e outros); indivíduos portadores de HIV e Aids, e populações jovens de etnias indígenas e de descendência negra, entre outras (BRASIL, 2005, s/p).

A portaria define o grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, com a seguinte composição: três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde, um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, um representante da Secretaria de Vigilância na Saúde, um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), um representante do Programa SUPRE-OMS<sup>7</sup>; um representante da Universidade de Brasília - UnB, um representante do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NESC/UFRJ, um representante da Pontifícia Universidade Católica, do Rio Grande do Sul - PUC-RS, um representante do Núcleo de Epidemiologia do Instituto Philippe Pinel<sup>8</sup>, do Rio de Janeiro, e um representante do Centro de Valorização da Vida - CVV.

**b) PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**

Nas considerações iniciais, a portaria situa algumas populações vulneráveis:

Considerando a importância epidemiológica e a relevância do quadro de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras (BRASIL, 2006, s/p).

<sup>7</sup> Iniciativa mundial da OMS para a prevenção do suicídio lançada em 1999.

<sup>8</sup> Na portaria a grafia está incorreta, da seguinte forma: Phillipe Pinel.

No Art. 2º, são listadas ações a serem organizadas:

- I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006, s/p).

**c) PORTARIA Nº 3.479, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017 - Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.**

O comitê é composto por:

**I - MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

**a) Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;**

1. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPES/SAS/MS;
2. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência/DAHU/SAS/MS;
3. Departamento de Atenção Básica/DAB/SAS/MS; e
4. Coordenação-Geral da Política Nacional de Humanização/CGPNH/SAS/MS.

**b) Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS**

1. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/DSAST/SVS/MS; e
2. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/DAVTPS/SVS/MS;

**c) Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI:**

1. Departamento de Atenção à Saúde Indígena/DASI/SESAI/MS; e

**II - Organização Pan Americana de Saúde - OPAS/OMS (BRASIL, 2017).**

E a ele compete:

- I - coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil;
- II - elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde;

- III - articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil;
- IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil (BRASIL, 2017a).

Essa portaria também institui que o comitê poderá convidar eventualmente apoio de especialistas ou instituições afins no tema.

**d) PORTARIA Nº 3.491, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017 - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.**

Essa portaria se refere especificamente à destinação de recursos financeiros. No art. 5º, estabelece as prioridades para recebimento: taxas elevadas de mortes por suicídio na população geral e particularmente nas populações indígenas; propostas de ações que contemplem populações em situação de vulnerabilidade; implantação de pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e a consistência técnica e viabilidade de execução dos projetos, em alinhamento com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e com a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil.

**e) 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.**

São objetivos dessa política:

- I – promover a saúde mental;
- II – prevenir a violência autoprovocada;
- III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

Algumas definições desta lei:

- 1) Suspeitas ou casos confirmados de violência autoprovocada<sup>9</sup> devem ser notificados compulsoriamente.
- 2) O poder público manterá serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico, devendo os atendentes do serviço terem qualificação adequada. Essa proposta foi executada em parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), segundo coletiva divulgada pelo Ministério da Saúde (2020)<sup>10</sup>.
- 3) Em 2023, foi incluída pela lei nº 14.531 a preocupação com recortes específicos de prevenção do suicídio dos integrantes das carreiras policiais.
- 4) Alguns posicionamentos estão conforme as portarias apresentadas acima: o histórico de ideação suicida, automutilação e tentativa anterior são tidos como fatores que devem receber atenção especial e as lesões autoprovocadas são consideradas passíveis de prevenção. O termo “transtorno mental” não é utilizado nesse texto, ao invés disso, encontramos menções ao sofrimento psíquico e a promoção da saúde mental.

**f) DECRETO Nº 10.225, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2020 - Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.**

Define o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, composto por representantes dos seguintes órgãos: um do Ministério da Saúde (coordenador), um do Ministério da Educação, um do Ministério da Cidadania e um do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (ministério criado no governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, derivado do antigo Ministério de Direitos Humanos e extinto no atual governo do presidente Lula).

Dentre as competências desse comitê, encontra-se no item IV: “contribuir para o aprimoramento da informação e do conhecimento do fenômeno da automutilação, da tentativa

---

<sup>9</sup> A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio define violência autoprovocada como: I - o suicídio consumado; II – a tentativa de suicídio; III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida (BRASIL, 2019).

<sup>10</sup> Ano da atualização do arquivo no site, o documento em si não apresenta data.

e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados” (BRASIL, 2020, s/p).

Cada Ministério possui determinadas atribuições, conforme o artigo 11:

I - ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos:

- a) propor ações de fortalecimento do sistema de garantia de direitos da pessoa humana;
- b) estimular os setores governamentais das gestões federal, estadual, distrital e municipal, e a sociedade civil, para atuar sobre os determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio; e
- c) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual;

II - ao Ministério da Educação:

- a) propor fluxos, normas e diretrizes para o registro de notificações compulsórias sobre automutilação e tentativa de suicídio provenientes das instituições de ensino públicas e privadas para serem encaminhados ao conselho tutelar;
- b) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio nas instituições de ensino públicas e privadas de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; e
- c) promover a capacitação dos gestores, dos professores e da comunidade escolar em relação à prevenção da automutilação e suicídio;

III - ao Ministério da Cidadania:

- a) apoiar a mobilização da rede de ofertas socioassistenciais governamentais e não governamentais das três esferas de governo para a prevenção da automutilação e do suicídio;
- b) divulgar os conteúdos de formação e capacitação integrados à Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social acerca da temática da prevenção da automutilação e do suicídio;
- c) promover ações para a prevenção da automutilação e do suicídio, no âmbito de suas atribuições, que envolvam políticas públicas relacionadas com a prevenção do uso de álcool e outras drogas; e
- d) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; e

IV - ao Ministério da Saúde:

- a) promover a elaboração de estudos sobre a manutenção do serviço telefônico para recebimento de ligações de que trata o caput do art. 4º da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019;
- b) promover o acesso e a qualidade dos serviços destinados a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio, além de oferecer cuidado integral e atenção multiprofissional, de maneira interdisciplinar, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- c) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial para atendimento a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- d) aperfeiçoar os sistemas de informação para qualificar a notificação compulsória, a análise e a disseminação de informações de forma completa, adequada e no tempo oportuno, para subsidiar a formulação de políticas públicas e tomadas de decisão, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- e) divulgar amplamente as ações de promoção da saúde e dos determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual;

- f) apoiar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no desenvolvimento de práticas de prevenção à automutilação e ao suicídio;
- g) implementar fluxos, normas e diretrizes para o registro de notificações compulsórias sobre a automutilação e a tentativa de suicídio;
- h) promover a qualificação adequada aos atendentes do serviço previsto no § 2º do art. 4º da Lei nº 13.819, de 2019, em matéria de prevenção da automutilação e suicídio;
- e
- i) fomentar a elaboração de estudos e pesquisas acerca da prevenção da automutilação, da tentativa de suicídio e do suicídio.

Em nossa pesquisa, consideramos relevante analisar também as campanhas, cartilhas e manuais de grande divulgação e circulação, uma vez que elas seriam responsáveis pela operacionalização das indicações que observamos até aqui. Listamos a seguir.

**a) Apresentação “Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio”<sup>11</sup> - Ministério da Saúde (2020)**

O Ministério da Saúde disponibiliza um arquivo referente à apresentação de uma coletiva sobre suicídio, onde encontramos alguns dados gerais sobre a questão do suicídio, além de metas e ações relacionadas à prevenção. A primeira meta apresentada é referente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Segundo o site das Nações Unidas, os ODS são “um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade”. Uma das metas para atingir a agenda global é a 3.4 que, no âmbito das Nações Unidas, contém o seguinte objetivo: “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” (ONU, c2023)<sup>12</sup>.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), tal proposta foi adaptada para o Brasil da seguinte forma: “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento” (IPEA, c2019)<sup>13</sup>. A adequação foi justificada pela “necessidade de enfrentar os problemas de saúde causados pelas atividades laborais, que incluem problemas de saúde mental, e as crescentes taxas de suicídio no Brasil” (IPEA, c2019), sendo um dos indicadores utilizados a taxa de mortalidade por suicídio.

<sup>11</sup> Esse documento é uma apresentação de slides nomeada como “coletiva suicídio” localizada nos arquivos do Ministério da Saúde.

<sup>12</sup> Consulta realizada em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.

<sup>13</sup> Consulta realizada em <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>.

A segunda meta citada pelo Ministério da Saúde está na esfera da OMS, onde o Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 buscava reduzir em 10% a taxa de suicídios até 2020. Tal plano foi prorrogado até 2030, indicando como meta a redução da taxa de suicídios em um terço (OMS, 2021a).

O documento aponta que, estatisticamente, os homens cometem mais suicídios que as mulheres (2016) e, na categoria denominada raça/cor, os indígenas o realizam mais que brancos, negros (pretos e pardos) e amarelos (2011-2015). Entre 2007 e 2016, foram registrados 106.374 óbitos por suicídio no Brasil, sendo 60% por enforcamento, 18% por intoxicação exógena, 10% por arma de fogo e 12% por outros meios. Apesar disso, ao falarmos sobre tentativa, os dados recolhidos de 2011 a 2017 descrevem que o envenenamento/intoxicação é o principal meio utilizado (57,6%), seguido por objeto perfurocortante (6,5%) e enforcamento (5,8%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Ou seja, apesar de ter uma baixa ocorrência de tentativas por enforcamento, a consumação do ato por esse método ainda está em primeiro lugar. O envenenamento/intoxicação é um método reversível em muitos casos, depende de condições como a dose e a substância e da assistência prestada, portanto, acaba tendo uma mortalidade menor.

Dentre as tentativas por intoxicação, as mulheres estão em primeiro lugar com 69,9% das ocorrências, enquanto os homens estão em 30,1%. Os medicamentos são os meios mais utilizados nessa categoria e com eles, as mulheres também possuem mais tentativas. No entanto, quando utilizados raticida e agrotóxicos, os homens tentam mais que as mulheres.

Outro apontamento é de que os custos com internação hospitalar no SUS por autointoxicação intencional seriam equivalentes ao custo de implantação e custeio de 8 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por ano. Em um ano, 109 novos CAPS foram implantados, ampliando a Política Nacional de Saúde Mental, e a apresentação afirma que a existência de CAPS em um município reduz o risco de suicídio em 14%, não há detalhes sobre essa conclusão.

Outro dado interessante é que apontam uma redução de 10,2% de óbitos por suicídios em indígenas, observada nos locais onde houve implementação da linha de cuidado de prevenção de suicídio: capacitando profissionais nas linhas de cuidado locais de prevenção de suicídio, realizando duas oficinas de prevenção ao suicídio em locais prioritários, qualificando as ações de saúde indígena nos CAPS e construindo uma estratégia de prevenção nas aldeias com protagonismo dos indígenas, em especial os jovens e lideranças. No entanto, não informa em qual período foram comparados os índices.

Na página 20, afirma que “Identificar alertas é importante para a assistência adequada” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Não informa quais alertas seriam estes.

**b) Cartilha “Suicídio: Informando para prevenir” - Associação Brasileira de Psiquiatria (2014)**

Em 2014 foi criada a campanha Setembro Amarelo, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em conjunto com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Essa campanha tem ganhado visibilidade e realizado diversas ações com o intuito de conscientizar sobre a existência do suicídio e de sua evitabilidade, principalmente através do tratamento de transtornos mentais<sup>14</sup>. Em 2015, o CFM e a ABP criaram, junto ao Centro de Valorização da Vida (CVV), o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (10 de setembro)<sup>15</sup>. Considerando o alcance da campanha a nível nacional, decidimos incluir a cartilha produzida em nossa análise.

A cartilha “Suicídio: Informando para Prevenir” (ABP, 2014), disponibilizada no *site* <https://www.setembroamarelo.com/>, tem como objetivo principal: “fornecer informações aos médicos sobre o tema, de forma a ajudá-los a identificar pessoas em risco e prevenir o ato suicida” (p. 11). Na seção de apresentação, o texto afirma que: “é possível prevenir o suicídio, desde que os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecer os seus fatores de risco” (p. 7).

Quase toda a cartilha aponta para o diagnóstico do transtorno como pilar da prevenção, pois este estaria associado aos comportamentos suicidas, assim como a importância da medicação/internação do paciente. A exceção se dá quando indica a possibilidade de psicoterapia, especificamente do tipo interpessoal ou cognitiva, e ainda colocada como secundária à medicação, particularmente nas depressões moderadas e graves. Outros procedimentos indicados são a estimulação magnética superficial e profunda e a eletroconvulsoterapia (ECT), que, segundo a associação, é reservada para alguns tipos de diagnóstico como depressões graves, refratárias, com sintomas psicóticos e com alto risco de suicídio. A justificativa é que a ação antidepressiva da ECT seria mais rápida do que a dos próprios antidepressivos (ABP, 2014).

O documento aponta que apenas 3,2% das pessoas que cometem suicídio não teriam um transtorno mental (BERTOLOTE *et al.*, 2002 apud ABP, 2014, p. 17) e indica algumas medicações como tratamento, como no Transtorno Bipolar, onde o lítio é descrito como “ação

<sup>14</sup> Conforme informações disponibilizadas nos sites da ABP: <https://www.abp.org.br/setembro-amarelo> e da campanha <https://www.setembroamarelo.com/>.

<sup>15</sup> Conforme informações disponibilizadas no site do CVV: <https://www.setembroamarelo.org.br/o-movimento/>.

antissuicídio” (ABP, 2014, p. 35), e na Esquizofrenia, onde a Clozapina é posicionada da mesma forma, inclusive afirmando que “é **imperativo** na esquizofrenia o uso de medicamentos antipsicóticos” (ABP, 2014, p. 39, grifo nosso).

A cartilha afirma possuir “informações que podem ajudar a sociedade a desmitificar a cultura e o tabu em torno do tema e auxiliar os médicos a identificar, tratar e instruir seus pacientes” (p. 7). Na hipótese majoritária dos transtornos mentais, afirmam que esse estes alterariam "de forma radical, a sua percepção da realidade" (p. 13), interferindo "em seu livre-arbítrio" (p. 13), e levando-o assim à decisão pela morte voluntária. A partir desse pressuposto, o documento afirma que, uma vez tratado o transtorno, os pensamentos suicidas também seriam extintos. Alerta que: “o tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental o desejo de se matar desaparece” (p. 13).

Após a prevalência de transtornos mentais, outros muitos fatores de risco são elencados como relacionados à morte voluntária: desesperança, desespero, desamparo, impulsividade, idade (jovens e idosos), gênero (homens cometem mais suicídios, enquanto mulheres tentam mais), doenças clínicas não-psiquiátricas, eventos adversos na infância e na adolescência, história familiar e genética, aspectos psicológicos, demográficos e sociais.

Ao falarmos de gênero<sup>16</sup>, a ABP (2014) afirma que homens consumam o suicídio três vezes mais que as mulheres, o que é atribuído pela associação à força, independência e comportamentos de risco ligados aos papéis masculinos, que os impediria de buscar ajuda. Inversamente, as tentativas são três vezes mais frequentes entre as mulheres. Afirmam que as mulheres “se suicidam menos porque têm redes sociais de proteção mais fortes e se engajam mais facilmente do que os homens em atividades domésticas e comunitárias, o que lhes confere um sentido de participação até o final da vida” (p. 19).

A associação indica, baseada na concepção de fato social do sociólogo Durkheim, que: “quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio” (p. 22). Em seguida, acrescenta a emigração aos fatores de risco citados no documento, afirmando que “as pessoas que emigram são, **pela sua própria definição** privada de apoios sociais estáveis, mais suscetíveis ao suicídio” (p. 22, grifo nosso).

---

<sup>16</sup> Utilizamos o termo “gênero” para referenciar o vocabulário presente na cartilha, no entanto, a análise do documento é reduzida a homens e mulheres, numa perspectiva que faz relação mais justa com o termo “sexo” (que referencia o biológico: masculino ou feminino).

A associação nega que a pessoa que pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida, dizendo que esse risco “pode ser eficazmente tratado e, após isso, a pessoa não estará mais em risco” (ABP, 2014, p. 13).

A cartilha carrega a seguinte afirmação: “sabemos que quase todos os suicidas tinham uma doença mental, **muitas vezes não diagnosticada**, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada” (ABP, 2014, p. 16, grifo nosso).

Quanto à idade, a ABP (2014) afirma que

Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância. O suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros (p. 18).

Além destes, inclui maus tratos, pais divorciados e desemprego como fatores que aumentam o risco de suicídio, indicando-se atenção em relação a diversas situações, dentre elas acrescenta o desempenho escolar pobre (p. 21).

As condições clínicas não psiquiátricas, tais como: câncer, HIV, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças reumatológicas como o lúpus eritematoso sistêmico, são consideradas fatores de risco. Um dos aspectos mencionados como relevantes é o momento inicial após o diagnóstico.

A ABP menciona que “a OMS aponta três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas” (p. 24), sendo elas: ambivalência (entre o desejo de viver e de morrer), impulsividade (indicando que o impulso é transitório, dura minutos ou horas, e pode ser controlado se a crise for acolhida no momento) e rigidez (dificuldade de enxergar alternativas). Afirma que “o funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar); inescapável (sem saída); e interminável (sem fim)” (p. 26) e chama a atenção para a existência de um “medo irracional e uma preocupação excessiva” (p. 26).

Na seção sobre como abordar o paciente, é descrito que muitas vezes o paciente chega com queixas distintas às que levaria a um psiquiatra, trazendo mais queixas somáticas, e o médico deve ouvir cuidadosamente. Afirma-se que “todo paciente que fala sobre suicídio tem risco em potencial e merece investigação e atenção especial” (p. 29) e são indicadas as seguintes perguntas para avaliação:

São seis perguntas fundamentais em cada consulta, sendo três delas para todos os pacientes:

1. Você tem planos para o futuro?

A resposta do paciente com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?

A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?

Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o paciente respondeu como foi referido acima, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

4. Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?

5. Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente? (ABP, 2014, p. 30)

A avaliação do risco o classifica em baixo, médio ou alto. No primeiro nível, onde existem pensamentos suicidas sem planos, recomenda-se que o profissional se certifique do atendimento e o agilize ao máximo. No nível médio, onde existem pensamentos e planos sem a pretensão imediata de cometer suicídio, recomenda-se a realização de contrato terapêutico de não suicídio, o encaminhamento para o serviço de psiquiatria e que seja solicitada autorização para entrar em contato com a família, amigos e/ou colegas para falar sobre a situação (solicitação que muitas vezes não é realizada antes do contato). Já no risco alto, onde existem planos, meios e intenção de fazê-lo prontamente, além de tentativas anteriores, há a indicação de nunca deixar a pessoa sozinha, além das recomendações feitas no nível anterior, acrescentando a possibilidade de internação, caso considerada necessária, e o contato com serviços de urgência/emergência.

A cartilha é encerrada apontando a que

A prevenção do suicídio não se limita à rede de saúde, mas deve ir além dela, sendo necessária a existência de medidas em diversos âmbitos na sociedade, que poderão colaborar para diminuição das taxas de suicídio. A prevenção do suicídio deve ser também um movimento que leva em consideração o biológico, psicológico, político, social e cultural, no qual o indivíduo é considerado como um todo em sua complexidade (p. 50).

**c) Manual “O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida” - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019)**

O manual criado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019), sob gerência da ministra Damares posiciona a família no núcleo da prevenção do suicídio. O documento enfatiza a importância das relações iniciais e afirma que: “preservar as relações íntimas iniciais, as relações nucleares familiares, é garantir a humanização e, conseqüentemente, um mundo melhor” (p. 8).

O documento recorre ao sociólogo Émile Durkheim, afirmando que “ele constatou que quanto maior a intensidade do vínculo de pertencimento a um grupo solidamente constituído, menor é a probabilidade de ocorrência de suicídio” (p. 12). Em seguida, fazem a seguinte interpretação:

Em outras palavras: indivíduos solteiros teriam maior probabilidade de praticar suicídio do que indivíduos casados, assim como pais de um maior número de filhos teriam menor chance de suicidar-se do que pais sem filhos. Esta abordagem foi

pioneira ao indicar a centralidade do vínculo social constituído na família, a qual através das relações significativas nela estabelecidas, ofereceria ao indivíduo o sentido de pertencimento, fator que ainda hoje é reconhecido como relevante para a diminuição do suicídio ou autolesão.

Uma informação interessante, em comparação aos demais documentos analisados, foi a seguinte:

O suicídio só ocorre quando há uma doença emocional: isso não é requisito, ainda que algum tipo de transtorno possa estar presente em grande parte dos casos. O suicídio está mais ligado a um sofrimento profundo do que a um transtorno mental. Em geral, as pessoas acometidas de transtornos mentais não eliminam a própria vida (p. 13, grifo nosso).

Enquanto comumente se defende o transtorno mental como uma das principais causas, como apresentamos até aqui, o manual inverte a lógica e liga o suicídio a um “sofrimento profundo”, tirando do campo patológico.

O manual afirma que “estudiosos de diferentes correntes compartilham a perspectiva de que a família é central para o enfrentamento das temáticas do suicídio e automutilação” (p. 25), apesar de não citar quais seriam esses estudiosos e suas respectivas áreas.

Enquanto a ABP (2014) indica psicoterapia interpessoal ou cognitiva, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019) se detém em uma terceira: a logoterapia. Afirmam que: “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” (p. 29). Nesse caso, anterior aos comportamentos suicidas, estaria a “perda do gosto de viver” (p. 29), partindo do pressuposto de que tudo teria “um sentido que desperta e realiza a profunda expectativa de completude” (p. 30).

O manual afirma que “sem uma hipótese acerca do motivo pelo qual viver ou realizar algo, o vazio e a angústia existenciais afetam o ser humano, abrindo espaço para problemas e transtornos psíquicos” (p. 30), e continuam: “com efeito, dizia Frankl, em todo homem há também uma ‘vontade de sentido’ ou o desejo de saber o significado da vida, o por que e o para que viver” (p. 30). Assim, defendem que “a necessidade de sentido acerca da vida é um impulso especificamente humano, arraigado nas camadas mais profundas do psiquismo” (p. 30).

O documento apresenta um estudo a fim de demonstrar os efeitos da aplicação da logoterapia, realizado com um grupo de 20 estudantes iranianos escolhidos aleatoriamente de um grupo de 121, diagnosticados com altos índices de depressão. Dos 20 alunos selecionados, 10 foram submetidos aos tratamentos tradicionais e os outros 10 à logoterapia. Concluem que: “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” (p. 33)

Por fim, como iniciativas que poderiam ser abordadas em termos de políticas públicas, sugere:

- Na dimensão social:
  - Promoção de cultura de valorização da família;
  - Fornecer meios de acesso a trabalho voluntário, numa compreensão que estes diminuam em 20% a propensão à depressão, propondo, inclusive, parceria com clínicas de atendimento psiquiátrico;
  - Facilitação de acesso ao emprego e aos estudos.
- Na dimensão espiritual:
  - Parcerias com instituições religiosas.
- Na dimensão biológica:
  - Promoção de ações esportivas e facilitação do acesso;
  - Melhoria dos serviços de saúde e acesso.
- Na dimensão psicológica:
  - Apoio às ações realizadas pelo Ministério da Saúde e integração da perspectiva da família para a notificação dos casos de suicídio e automutilação;
  - Criação de um observatório de dados de violência autoprovocada com dados estatísticos e análises que apoiem a definição de políticas públicas.

Observamos que o pilar desse documento é a família e seu papel na ocorrência ou prevenção do suicídio.

#### **d) Cartilha “Falando Abertamente Sobre Suicídio” - Centro de Valorização da Vida (2017)**

O documento apresenta uma série de dados estatísticos acerca da ocorrência do suicídio, como: “17% dos brasileiros, em algum momento, pensaram seriamente em dar um fim à própria vida e, desses, 4,8% chegaram a elaborar um plano para isso”. Além disso, “32 brasileiros morrem por dia vítimas de suicídio” (p. 1), pertencentes a todas as idades e classes sociais. A nível mundial, “a cada 40 segundos uma pessoa se mata no mundo, totalizando quase um milhão de pessoas todos os anos. Estima-se que de 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio a cada ano” e, para cada suicídio, “de seis a dez outras pessoas são diretamente impactadas, sofrendo sérias consequências emocionais difíceis de serem reparadas” (p. 2).

Respondendo à questão sobre o que leva alguém a se matar, aponta que “vários motivos podem levar alguém ao suicídio. Normalmente, não é um motivo único, e sim um conjunto de situações e a pessoa tem necessidade de aliviar pressões como cobranças sociais, culpa, remorso, depressão, ansiedade, medo, fracasso, humilhação etc.” (p. 2). Afirmam que “pensar em suicídio é uma coisa que faz parte da natureza humana” (p. 2), mas o impulso seria mais comum nas pessoas que estão “exaustas por dentro” e “emocionalmente fragilizadas” diante de situações que despertam possibilidade de suicídio.

Em termos de sexualidade e gênero, os homens se matam mais e as mulheres realizam mais tentativas. Homossexuais, bissexuais e transexuais têm índices maiores de suicídio e a cartilha afirma que essas tendências estão ligadas a causas culturais e preconceitos sociais. Outra afirmativa é a de que, apesar de não ser uma regra, é muito comum a presença de transtornos mentais em pessoas que tentam ou cometem suicídio. Ao falar sobre a possibilidade de desistir do ato, a instituição afirma que isso pode ocorrer quando a pessoa recebe “ajuda preventiva ou oferta de socorro diante de uma crise, elas podem reverter a situação ao colocar para fora seus sentimentos, ideias e valores, alterando, assim, seu estado interior” (p. 3).

Quanto aos possíveis pedidos de ajuda, o CVV aponta que muitas vezes eles não são expressos, são sinais como:

mudanças bruscas de comportamento, abandono de atividades profissionais e hobbies, doação de coisas às quais tinham apego, alternâncias repentinas de humor, etc. ou frases soltas como: “eu preferia estar morto”, “eu sou um perdedor e um peso pros outros”, “os outros vão ser mais felizes sem mim”, “queria poder viajar e nunca mais voltar” (p. 3).

No âmbito social, apontam que “nossa sociedade vive com diversas situações de agressão, competição e insensibilidade. Campo fértil para que transtornos emocionais se desenvolvam. O principal antídoto para combater essa situação é o sentimento humanitário” (p. 4).

Quanto aos fatores protetores, nega que exista receita pronta, uma vez que crenças, valores e experiências de vida seriam fatores extremamente pessoais. No entanto, mencionam observações de especialistas que apresentam alguns fatores nesse sentido, como: “manter bom nível de autoestima, ter suporte familiar, alimentar alguma crença espiritual ou religiosa, cultivar o sentimento de utilidade social” (p. 4).

Dentre as campanhas avaliadas neste capítulo, podemos perceber semelhanças como controle dos meios, detecção precoce, prestação de atendimento tanto na prevenção quanto na posvenção, cuidado na comunicação midiática acerca do tema, propostas de articulação com outros setores, como a segurança pública e a educação, a capacitação profissional, dentre outros.

A hipótese dos transtornos mentais como causa majoritária é sobressalente, além de tentativa prévia, questões familiares, dentre tantos outros fatores encontrados.

## 2. DESTRUIÇÃO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DIRETRIZES PROFISSIONAIS

No primeiro capítulo apresentamos as políticas públicas selecionadas – leis, decretos e portarias – junto a documentos de ampla circulação com diretrizes profissionais, que incluem instituições públicas – como o extinto Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – e privadas – como a ABP e o CVV. Agora pretendemos analisar quais os fundamentos e as possíveis lacunas nas propostas apresentadas.

O presente capítulo contempla a destruição fenomenológica. Nesta etapa, tal como descrito por Feijoo (2023), buscaremos mostrar as contradições nas verdades universais estabelecidas, descritas no capítulo anterior, considerando que elas podem ser mutáveis e situadas em um determinado espaço temporal.

Nossa análise será realizada de acordo com o pensamento de Heidegger (2009), onde não se trata de uma decomposição em elementos, mas sim de uma articulação da unidade de uma estrutura. Segundo Mattar e De Sá (2008): “análise vem do grego *analisein*, que significa o destecer de uma trama, ou libertar, soltar alguém ou alguma coisa das amarras” (p. 191). A analítica heideggeriana conduz ao caráter originário, ao seu sentido, sua condição de possibilidade (MATTAR e DE SÁ, 2008).

Ao contrário das análises que buscam decomposições, estruturas lógicas e categorizações, este modo de analisar busca desvelar os sentidos a partir da própria existência enquanto cooriginariedade de ser e mundo, considerando o horizonte histórico e os sentidos compartilhados neste.

A seguir, apresentaremos alguns conceitos que auxiliam nosso olhar, principalmente aqueles traçados pelo filósofo Martin Heidegger, sem, no entanto, dispensar outros autores, como veremos a seguir.

No texto “A questão da técnica” (1953a/2012), o filósofo Martin Heidegger aponta o questionamento como a construção de um caminho do pensamento. Esse caminhar se refere a não permanecer preso a concepções prévias, permitindo que outros percursos possam aparecer. Questionar é deixar aparecer. Em seu caminho de questionamento sobre a essência da técnica, ele afirma que entendê-la como sinônimo de máquinas e dispositivos tecnológicos nos leva à pretensão de domínio destes, na medida em que ameaçam escapar ao nosso controle. No entanto, tal pensamento é insuficiente, pois a essência da técnica não tem nada de técnico, como veremos a seguir.

O filósofo aponta duas definições para a técnica: ela enquanto um meio para um fim e enquanto atividade do homem - a determinação instrumental e antropológica da técnica.

Segundo o autor, tal definição é correta - uma vez que constata algo sobre o que se tem à frente - mas não é verdadeira, pois também não corresponde à essência da técnica. Para o pensamento grego, a técnica (*téchne*) é uma forma de descobrimento, mas Heidegger afirma que essa definição não alcança a técnica moderna. Nesta última, também opera um descobrimento, entretanto, este é tomado pela exploração. A técnica moderna busca explorar, armazenar, fornecer recursos, de modo que desafie a natureza, buscando “o máximo rendimento possível com o mínimo de gasto” (p. 19). Em última instância, opera o controle, “pois controle e segurança constituem até as marcas fundamentais do descobrimento explorador” (p. 20).

Para Magliano (2019), “aquilo que Heidegger denomina a essência da técnica moderna se coaduna, portanto, à própria essência do Ocidente, por se tratar da constituição de nossa abertura ao mundo” (p. 194). O autor afirma que a técnica nos requisita e provoca a desvelar tudo conforme as possibilidades fornecidas por ela mesma.

A essência da técnica moderna, para Heidegger, é a *gestell*, traduzida como composição, que traz “o apelo de exploração que reúne o homem a dispor do que se des-encobre como disponibilidade” (p. 23). A *gestell* se refere a uma estruturação tecnológica do mundo, um enquadramento da realidade onde tudo é reduzido a um recurso a ser explorado e controlado. Heidegger (1953a/2012) afirma que “o homem da idade da técnica vê-se desafiado, de forma especialmente incisiva, a comprometer-se com o descobrimento” (p. 24) e “encara a natureza como um sistema operativo e calculável de forças” (p. 24).

Heidegger (1953b/2012), no texto “Ciência e pensamento do sentido”, afirma que a ciência é a teoria do real. No entanto, o real que antes era o vigente passou a assumir o sentido de certo a partir do século XVII, sendo alcançado com uma certa estabilidade onde é tomado como objeto. Magliano (2019) retoma a tentativa de Descartes de delimitar o ser através do juízo e afirma que: “o método originalmente formulado para apreensão da essência ou substância dos entes converte-se, então, em instrumento de observação, classificação, generalização, previsão e controle sobre os entes” (p. 196). Assim, o autor aponta que, na modernidade, somente o que é obtido através desse método é reconhecido como real e verdadeiro, impedindo que o real possa se apresentar por si mesmo - operado enquanto encobrimento.

Na afirmação de que a ciência é a teoria do real, Heidegger (1953b/2012) prossegue a explicação pontuando que a teoria é a observação (do alemão *betrachtung*) do real. O termo *betrachtung* faz referência à consideração, contemplação, e seria utilizado numa pretensão de apoderamento e asseguramento do real que prescinde da elaboração do real, fazendo de tudo para apreendê-lo puramente em si. Nesse sentido, “a ciência pura, como se proclama, seria

desinteressada e ‘sem propósito’” (p. 48), no entanto, o filósofo afirma que a ciência, como teoria, “é uma elaboração do real terrivelmente intervencionista” (p. 48). Intervencionista por seu caráter teórico, uma vez que projeta sobre o mundo uma elaboração que o expõe unicamente em seu caráter de objetividade (MAGLIANO, 2019).

O real apreendido enquanto objetividade sustenta o pensamento que calcula, onde se mede, mensura, quantifica, estabelece efeitos e causas, relações e ordenamentos, em última instância busca-se prever e controlar um objeto. O filósofo nos adverte que calcular não se restringe a operar com números, mas significa contar com alguma coisa, ter expectativas sobre ela. Esse é o modo de vigência do real na Idade Moderna, mas a objetividade não é absoluta, não é o único modo de ver, é apenas um modo que a natureza se expõe.

Não há autonomia no modo como o mundo aparece, pois ele sempre se revela de maneira previamente determinada, como algo que deve ser interpretado de um modo específico. É este modo de desencobrimento que coloca o ente diante do homem, objetificado, como um sistema preparado para seu conhecimento, fazendo desaparecer a dimensão do mistério, uma vez que tudo aparece como já conhecido ou potencialmente determinável com os métodos da razão científica (MAGLIANO, 2019).

Para o filósofo, nosso tempo é caracterizado pela relação técnica do homem, onde: “o mundo aparece agora como um objeto sobre o qual o pensamento que calcula investe, nada mais devendo resistir aos seus ataques” (HEIDEGGER, 1959/2000, p. 18). Segundo Feijoo (2004), na técnica moderna, o desvelamento acontece a partir da representação, há um desafio à natureza na exploração e a realidade tem um caráter de permanência (subsistência). Já na *téchne*, o desvelamento se dá a partir das próprias coisas, não há desafio, aceita-se os limites em um deixar-acontecer. A autora utiliza o exemplo de um rio, onde podemos observar e navegar sem alterá-lo, ou podemos transformá-lo em uma fonte de produção de energia. Heidegger (1953a/2012), na mesma lógica, irá diferenciar, por exemplo, uma ponte instalada em um rio, que liga um lado ao outro, de uma usina que o explora e este passa a estar a serviço da produção.

Buscar a essência da técnica é encontrar-se com os seus limites. Tomar essa forma de desencobrimento como única, tirando daí todos os seus parâmetros e métricas, pode ser bastante problemático, pois todo desencobrimento carrega consigo o perigo de equívoco e má interpretação. A predominância da *gestell* ameaça o homem a perder de vista a possibilidade de um desencobrimento mais originário e “assim trancado [nesse modo de disposição], tenta levá-lo para o perigo de abandonar sua essência de homem livre” (p. 34).

A liberdade em Heidegger não se refere à vontade ou à causalidade do querer. Diz respeito ao aberto, des-encoberto. O filósofo compreende o ser enquanto abertura, ser de possibilidades, enquanto a *gestell* posiciona tudo - inclusive o ser humano - como recurso explorável, previsível, controlável. A natureza tomada como um sistema operativo e calculável pode fornecer constatações corretas, mas justamente por isso corre o risco de perder o verdadeiro. Se pensarmos nas políticas públicas para a prevenção do suicídio, observamos que as estatísticas são corretas, os comportamentos suicidas e as variáveis sociodemográficas coexistem, mas isto corresponde à verdade - enquanto essência - presente em cada ato?

O Ministério da Educação publicou recentemente a Resolução CNE/CES N° 1, de 11 de outubro de 2023, instituindo novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em psicologia. Esse documento instrui que o psicólogo deve “formular perguntas ou levantar problemas, recorrendo aos modos de representação próprios das ciências humanas” (p. 3), o que diverge de algumas perspectivas que buscam analisar apenas pelo modo das ciências naturais, ou seja, pelo pensamento calculante.

Esta pesquisa busca construir um caminho, de acordo com Heidegger, percorrendo as políticas públicas e as diretrizes profissionais que versam sobre a prevenção do suicídio e o que sustenta cada uma delas. Vivemos na idade da técnica e, como tal, reina o pensamento de que tudo é um recurso a ser explorado, quantificado, armazenado e controlado, e o ser humano não ficou de fora. O homem é tão recurso, que encontramos na literatura alguns danos do suicídio, como: “**perdas socioeconômicas**, pois a maioria das vítimas fazem parte de uma população economicamente ativa” e “os impactos diante dos serviços de saúde [...] posto que **envolvem despesas** com atendimento em ambulatórios, cuidados de urgência e acolhimento de sequelas daqueles que sobrevivem (MACHADO; SANTOS, 2015 apud OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 2, grifos nossos), ou seja, a vida está a serviço do capital.

No texto “Serenidade”, Heidegger (1959/2000) denuncia que o homem atual está em fuga do pensamento. Apesar de nunca se terem realizado tantas pesquisas e investigações, estas são tomadas especificamente por uma forma de pensar. O filósofo aponta dois tipos de pensamento: o que calcula (*das rechnende Denken*) e o que medita (*ein besinnliches Denken*). O que reina para o homem moderno é o pensamento calculante, aquele que nunca para, nunca medita. Nele há sempre condições prévias e opera pelo cálculo - mesmo que não esteja operando com números, “faz cálculos com possibilidades continuamente novas, sempre com maiores perspectivas e simultaneamente mais econômicas” (p. 13). Heidegger aponta que as realizações do mundo técnico são rapidamente conhecidas, podemos saber delas em diversos meios de comunicação, no entanto, nos alerta que “uma coisa é termos ouvido ou lido algo, isto é, termos

tomado conhecimento disso, outra é conhecermos, isto é, refletirmos (*bedenken*) sobre o que ouvimos e lemos” (p. 21).

Conforme vimos na discussão antes sobre o que são políticas públicas, quando pensamos nestas voltadas à prevenção do suicídio, buscamos ações que possam influenciar tal incidente na vida das pessoas e não podemos perder de vista que as políticas são atravessadas por ideais, conflitos e poderes. Atualmente, percebemos que a perspectiva das ciências naturais tem tomado lugar de destaque, apresentada como a única forma de conhecer. Nela, condizente com a era da técnica descrita por Heidegger (1953a/2012), busca-se previsão, explicação, exploração e controle.

Bertolote (2012) define prevenção como "qualquer medida que vise interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo" (p. 81) e segundo o autor: "as medidas preventivas dependem estritamente da causa em questão" (p. 81). Ou seja, para o autor, a prevenção se estabelece somente quando conhecemos o que causa determinada situação e seria possível anulá-la antes mesmo que ela acontecesse. Há uma ideia de linearidade temporal, de causa e efeito.

Ao pensarmos na transformação do ser humano em recurso a ser explorado, Feijoo (2004) relaciona essa exploração com a ideia moderna de potencialidades humanas, advindas do ser humano enquanto recurso a ser explorado, maximizado. Segundo a autora, o fazer psicológico que opera neste modo, irá atuar com a técnica para promover mudanças naqueles que estão na contramão das demandas da sociedade, buscando resultados. Há uma ilusão de que se possa alcançar um estado de estabilidade. Tal pensamento se afina com Han (2015) quando descreve a sociedade do desempenho. Nesse modelo, o ser humano se conhece também como um recurso, se auto explora o quanto puder para responder muitas vezes a si mesmo. É aqui que nos tornamos nossos próprios algozes, passamos a nos compreender como máquinas sem limites e precisamos produzir o tempo todo.

Veremos que as políticas públicas analisadas parecem operar na mesma lógica, ao reconhecer fatores como transtornos mentais, conflitos emocionais e pouca resiliência, posicionam o suicídio como fruto de algo defeituoso a ser consertado ou aprimorado. Han (2021) aponta a resiliência, por exemplo, como fruto de uma ideologia neoliberal que, na psicologia positiva, “submete a dor a uma lógica do desempenho” (p. 11). Ou seja, a experiência negativa não pode ser vivida enquanto dor, mas sim enquanto potência para desenvolver-se, aumentar seu desempenho. O filósofo sul-coreano analisa nossa sociedade como uma sociedade paliativa, onde a dor não tem lugar, “a dor é vista como um *signal de fraqueza*” (p. 13). Não à

toa, a resposta à sociedade do desempenho é a sociedade do cansaço, onde se produzem cada vez mais diagnósticos de depressão e síndrome de burnout, por exemplo (HAN, 2015).

Podemos retornar a nossa análise onde a tristeza, o desamparo, a desesperança, entre outros, são colocados pelas campanhas como fatores de risco para o suicídio. Na explicação dos fenômenos do suicídio enquanto efeitos, majoritariamente, de transtornos mentais, encontramos novamente a ideia de sociedade paliativa de Han (2021), pois, segundo o autor, nessa sociedade a dor é condenada a calar-se. Se Heidegger dizia que o caminho do pensamento passa pela linguagem, podemos afirmar que denominar experiências enquanto diagnósticos frequentemente retira a possibilidade de expressão delas no modo da *téchne*, que deixaria aparecer a situação por ela mesma.

Vamos tomar como exemplo a depressão. Uma pessoa tem um diagnóstico de depressão e realiza um comportamento suicida. Outra pessoa com o mesmo diagnóstico nunca sequer pensou sobre tal possibilidade. A causa é a ideia de “se algo ocorre, determinada coisa acontecerá”, logo, se a depressão por si não causa o suicídio, deveríamos possibilitar a escuta do que esteve em jogo para essa pessoa, com esse diagnóstico, mas para além dele, em sua existência singular.

Aí entra o pensamento que medita (HEIDEGGER, 1959/2000). Ele é aquele que demora em sua reflexão, no exercício do pensamento, e nos exige desprendimento de representações únicas, nos permitindo olhar para coisas que em um primeiro momento seriam inconciliáveis. Ou seja, nos permite dizer sim e não. Podemos tomar como exemplo as tecnologias: no mundo atual, estamos tomados por elas de todos os lados, dependemos em alguma medida para trabalhar, estudar, nos comunicarmos com alguém distante, dentre tantas outras coisas. Heidegger afirma que seria insensato condenar o mundo técnico, uma vez que ele também possui muito a nos oferecer. No entanto, estamos apegados de tal modo, que nos tornamos escravos dele. O pensamento que medita nos convida a poder, nesse exemplo, fazer uso das tecnologias (“dizer sim”) e poder largá-las a qualquer momento, deixá-las sem que nos absorvam como uma coisa só, sem que elas ocupem o lugar daquilo que é absoluto (“dizer não”). Esse movimento é chamado de “*serenidade para com as coisas (die Gelassenheit zu den Dingen)*” (HEIDEGGER, 1959/2000, p. 24).

Junto à serenidade, Heidegger (1959/2000) apresenta uma atitude chamada de abertura ao mistério (*die Offenheit für das Geheimnis*). Ele afirma que ela nos possibilita estarmos sempre abertos ao que se oculta de nós no mundo técnico, principalmente quando vem ao nosso encontro. Assim, na serenidade e na abertura ao mistério, podemos permanecer no mundo técnico sem naturalizá-lo e sem nos tornarmos, em uma fusão, um só com ele.

O pensamento que medita necessita esforço, é necessário olhar de tantos ângulos quanto for possível, exercitar a reflexão em todo caminho. É isso que almejamos neste trabalho, entendendo os perigos de nos perdermos no pensamento que calcula, como se fosse nossa única opção, buscaremos construir um novo caminho e olhar para a prevenção do suicídio de múltiplas formas. Como afirma Heidegger (1959/2000): “o originário só se mostra ao homem por último. Por isso, um esforço de pensamento, que visa a pensar mais originariamente o que se pensou na origem, não é a caturrice, sem sentido, de renovar o passado, mas a prontidão serena de espantar-se com o porvir do princípio” (p. 25).

A meditação serena, descrita por Heidegger, é nossa via para resgatar o enraizamento histórico do homem e recuperá-lo do abismo em que se perdeu ao tentar determinar o ser dos entes, objetificando-o, encobrando a diferença existente entre eles (MAGLIANO, 2019). É através desta postura que acreditamos ser possível pensar os fenômenos do suicídio de formas diversas, que podem não estar compreendidas no modo técnico da prevenção que pesquisamos.

## **2.1. DESTECENDO O TECIDO: LACUNAS DO ATUAL MODELO DE PREVENÇÃO**

A partir dos elementos apresentados, buscaremos encontrar quais os fundamentos que sustentam o modo de prevenção do suicídio que permeia as políticas usadas como material de pesquisa e analisaremos quais as suas contradições e lacunas. Vejamos a seguir:

### **a) PORTARIA Nº 2.542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005 - Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.**

Anteriormente apontamos que tal portaria posiciona o suicídio como prevenível e evitável. A ideia de que algo pode ser prevenido e evitado é baseada em uma lógica de previsão e antecipação, onde há uma ação direta para evitá-lo.

Apesar de posicionar os comportamentos suicidas em uma diversidade demográfica (diversos sexos, escolaridades, camadas sociais e outros), o texto apresenta alguns fatores que poderiam predispor os fenômenos, principalmente correlacionando à existência de transtornos mentais, o que insere a lógica psicopatológica como influente em tais momentos. Nesta lógica, a psicopatologia é apontada como causa dos fenômenos do suicídio, por vezes ignorando outras variáveis, como as próprias apresentadas pelo documento: questões sociais, ambientais, de saúde, cultura, segurança e das relações que aquela pessoa possui.

No entanto, mesmo essas outras variáveis não devem ser consideradas com linearidade, mas sim como atravessamentos que podem ou não influenciar na decisão de pôr fim à vida. Reconhecê-los permite pensar a prevenção para além do modelo causa-efeito, em uma perspectiva ampla que dialoga com a intersectorialidade prevista nas diretrizes das políticas públicas. Considerando que a portaria em questão tem como objetivo apenas definir o grupo de trabalho para elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, optamos por realizar a análise mais detalhada nos itens abaixo que tratam especificamente das diretrizes e indicações técnicas. Nos documentos que seguem, discutiremos a lógica psicopatológica, assim como os fatores de risco e atravessamentos sociais.

### **b) PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006 - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**

A portaria conserva grande parte do que analisamos na Portaria 2.542/2005. Inicialmente, percebemos que não são descritos os porquês de cada “população vulnerável” ser

definida como tal, isto porque as categorias são definidas a partir de dados estatísticos que, *a priori*, não questionam se há algum sentido para a ocorrência maior ou menor. Por exemplo, usuários de álcool e outras drogas estão classificados como população de risco, mas existe alguma relação entre o uso e o suicídio? Esse tipo de questão não é contemplado pela portaria.

Sendo assim, gostaríamos de desdobrar alguns trechos da portaria a respeito das populações definidas como vulneráveis. Os desdobramentos realizados aqui se aplicam aos outros documentos que fazem as mesmas afirmações.

**Indivíduos com transtornos psíquicos** – Assim como a Portaria 2.542/2005, opera numa via patologizante, pois posiciona o transtorno como risco e não considera as condições de existência e as motivações que podem levar ao ato. Até se considerarmos o diagnóstico, as condições de adoecimento deveriam ser consideradas. Veremos na cartilha “Informando para prevenir” (ABP, 2014), analisada posteriormente nesta pesquisa, mais detalhes sobre essa categorização.

**Tentativa prévia** - Opera por um viés de previsibilidade, onde aquele que realiza uma tentativa será sempre observado como um possível tentante novamente. Isto contém dois pontos de atenção: a estigmatização – uma vez que não deixará nunca mais de ser um tentante em potencial, além de comumente vigiado por tal razão – e a desconsideração da motivação que dá impulso ao ato. Ter tentado anteriormente não pode ser considerado como motivo ou causa, mas sim o que fez com este sujeito tentasse e faz com que ele continue tentando.

**Usuários de álcool e outras drogas:** abarca uma questão que merece atenção, uma vez que o II Relatório Brasileiro sobre Drogas afirma que 74,6% das pessoas já consumiram álcool na vida, sem contar as outras drogas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2021). Enquanto 3 a cada 4 pessoas são usuárias de álcool em algum momento, o suicídio não acompanha tal proporção. Quais são as condições que transformam esse uso em um consumo danoso? E em situações de uso danoso, quais as condições que atravessam - uma vez que nem todos vão recorrer ao suicídio - para que tal ato seja visto como a principal opção? Poderiam as motivações do consumo danoso e do suicídio estarem relacionadas? Muitas questões podem ser levantadas a fim de desnaturalizar essa relação. Mesmo que algumas substâncias possam influenciar em fatores como impulsividade ou alteração de consciência, outros fatores anteriores podem estar presentes. Acreditamos que essa relação causa-efeito, na perspectiva linear, é insuficiente para compreender o acontecimento como um todo.

**Adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual** - neste caso, acreditamos que anteriormente à categoria de “risco para suicídio”, essas situações deveriam estar amparadas por outros tipos de política, principalmente de proteção do

adolescente que não deveria estar em determinadas condições de abandono, pobreza extrema, violência etc. (assim como nenhum ser humano). Se retornarmos à questão patológica e olharmos para essas situações através do diagnóstico, ignoramos toda desumanização ao redor, além da própria articulação que se faz, singularmente, de tais experiências.

**Povos de etnias indígenas (povos originários)** – posicionar o “ser indígena” como fator de risco necessita avaliar quais condições de existência estão relacionadas a essa população. Brighenti (2015) aponta que, historicamente, os indígenas foram assassinados, prostituídos, submetidos a trabalho escravo, com suas crenças negadas, sofreram e sofrem tentativas constantes de apagamento de cultura, língua, saberes, rituais e outras tradições, assim como perda de terras, acusações de serem improdutivos – impedindo o avanço da nação, criminalização de suas lutas, desqualificação de seus saberes e modos de vida, dentre outros.

Com a perda das terras, as crianças e adolescentes precisam buscar educação e trabalho em outras regiões, o que pode marcar um conflito de cultura com seus familiares, retirando sua sensação de pertencimento e direito à própria história coletiva de seu povo. Uma reportagem no site Uol denominada “Tristeza na aldeia: Por que jovens indígenas se matam mais do que brancos e negros da mesma idade no Brasil” (CARVALHO, 2023) apresenta considerações relevantes. A faixa etária chama a atenção: “no Brasil, cerca de 64% dos suicídios entre povos originários ocorre em pessoas com 10 a 24 anos” (s/p).

Segundo a reportagem, o epidemiologista Jesem Orellana, da Fiocruz Amazônia, estuda o tema há 20 anos e acredita que esse cenário tem relação com a “falta de expectativa do jovem com o amanhã, essas desilusões em relação ao território, à possível inserção socioeconômica e à desestruturação das famílias”. Orellana afirma que: “o suicídio indígena não é um problema essencialmente médico. É um problema de saúde pública, que perpassa vários determinantes, como **conflitos territoriais, racismo estrutural, questões de ordem econômica, política e psicológica**” (s/p, grifo nosso). O texto também traz a voz de Kunha Poty Rendy'i, ativista guarani-kaiowá, que relata as condições de vida, especialmente na aldeia Bororó, povoada principalmente pelos guarani-kaiowá: “Moradores relatam falta de saneamento básico e acesso limitado à água e eletricidade. A maioria das famílias vive em barracos de madeira. Espaços de lazer para a juventude são quase inexistentes” (s/p). A ativista afirma que:

Quando o jovem guarani-kaiowá pensa em se suicidar, ele pensa em muita coisa. Que não tem terra para viver, que não vai conseguir emprego porque é indígena, que tem conflitos com a família, que foi violentado. Muitos também fazem isso porque bebem muito ou usam drogas. São vários motivos em um só (s/p).

A situação dos povos originários se entrelaça com diversos outros fatores de risco, a escassez de terras, a necessidade e a dificuldade para conseguir emprego devido ao preconceito,

a falta de escolas nas aldeias e os conflitos intergeracionais quando os jovens são inseridos em outra cultura se juntam ao consumo excessivo de álcool e drogas num contexto tido como prejudicial.

Além disso, ao pensarmos em estratégias de cuidado, precisamos considerar os referenciais das próprias comunidades, como, por exemplo, a concepção de tristeza: Kunha afirma que foi na casa de reza e aos poucos seu pássaro foi voltando. A reportagem explica:

Do dia do nascimento até a morte, os guarani-kaiowá acreditam que são acompanhados por pássaros guardiões, chamados de mokoi e gwyra, que têm a missão de proteger o seu espírito. "Quando você está triste ou doente, eles se assustam e vão embora." Com os guardiões longe, a pessoa fica mais vulnerável ao mal e pode ter pensamentos ruins. "Aí fazemos reza para o pássaro voltar e, com ele, a felicidade retorna" (s/p).

A ativista relata que conversar com uma psicóloga da universidade ajudou, mas o que mais suavizou o fardo foi entrar para movimentos que agrupam jovens da aldeia, pois ela podia falar de seus problemas e outras pessoas falavam sobre isso também. É preciso olhar para esses saberes e incluí-los nas políticas públicas direcionadas aos povos originários.

Para todos os fatores citados, opera a lógica de causalidade e naturalização, como se tais características fossem suficientes para explicar os comportamentos suicidas, negligenciando as particularidades de cada um dentro de cada categoria e as particularidades existenciais das categorias também. Por exemplo: indivíduos que vivem com HIV podem ter realidades muito distintas em seus conhecimentos, estigmas, tratamentos e aceitação. Já no caso de adolescentes que vivem em situação de rua, apesar de suas particularidades, deveriam estar socialmente protegidos para que isso não acontecesse, pois tal condição já os coloca em uma série de outros riscos anteriores ao suicídio. E os indígenas são uma população extremamente violentada historicamente.

**c) PORTARIA Nº 3.479, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017 - Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil.**

Mantém o posicionamento do suicídio como algo que afeta toda a sociedade e pode ser prevenido. Por entender o assunto como complexo e multifacetado, ao criar o Comitê do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, inclui membros de diversos setores, o que permite olhares sobre a ocorrência dos comportamentos suicidas em locais distintos, mas parece permanecer ainda no âmbito da saúde, assim como observamos nas análises anteriores.

Ao indicar a possibilidade de consulta a especialistas, inclui a necessidade de olharmos para o modo como os conselhos profissionais têm se manifestado a respeito do fenômeno.

Incluiremos posteriormente em nossa análise algumas orientações, cartilhas e manuais de instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Centro de Valorização da Vida, que estão envolvidos em uma grande campanha nacional de prevenção do suicídio: Setembro Amarelo.

**d) PORTARIA Nº 3.491, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017 - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017.**

Observamos a importância das diretrizes e programas nacionais de prevenção, uma vez que eles servem de parâmetro no momento da destinação de recursos. A condição de contemplar populações em risco e vulnerabilidade atenderá ao que for definido enquanto tal. Por exemplo, se pensarmos que a hipótese principal é a existência de um transtorno mental, como descrito em algumas políticas e publicações contempladas aqui, os recursos serão direcionados para o tratamento destes. Mas se pudermos observar que outros fatores podem estar envolvidos, talvez outros projetos possam ser contemplados nas diversas esferas da vida, tais como: educação, trabalho, lazer, moradia, preservação das culturas e outras, possibilitando outras condições de existência que podem - ou não (já que é sempre uma aposta) - alterar os índices de suicídio.

**e) 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.**

Um dos objetivos desta política é controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental, o que dependerá da concepção de saúde mental vigente: podendo fazer referência a um psiquismo isolado (fazendo referência a crenças, sentimentos e interpretações do indivíduo), a um biologicismo (no qual somos resposta de um corpo, principalmente de neurotransmissores) ou a uma complexidade de relações e atravessamentos histórico-sociais. Da mesma forma, podemos observar que não é descrito o modo como os objetivos serão percorridos: como promover a saúde mental, como prevenir a violência autoprovocada, como controlar os determinantes e condicionantes da saúde mental e por aí vai. Isso abre a possibilidade de ações de diversos tipos, o que poderemos observar na prática em campanhas e manuais públicos descritos nas seções abaixo.

**f) DECRETO Nº 10.225, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2020 - Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.**

Na composição deste comitê, diferente daqueles definidos pelas Portarias nº 2.542/2005 e 3.479/2017, podemos observar que há uma pluralidade de campos de atuação, envolvendo diversos ministérios além da saúde. Considerando os comportamentos suicidas como uma possibilidade de indecisão entre o viver e o morrer (FEIJOO, 2019), falar de suicídio é também falar da vida e de como ela acontece nas suas diversas esferas. De acordo com Moreli (2022), em seu estudo sobre suicídio e pensamentos suicidas em estudantes de medicina:

Falar sobre suicídio não necessariamente significa falar de morte. Muitas vezes, nós nos referimos ao último fio de vida. E ao falar de vida, é preciso abordar a trajetória dessas vidas que se equilibram entre os vínculos e as solidões, entre as comunidades e as dificuldades de morar longe da família, entre a sensação de acolhimento e de humilhação, entre se sentir amado e a vontade [de] jogar tudo para o alto, entre o desejo de estar junto e de desaparecer de si (p. 25).

Suicídio não deve ser sinônimo de doença, não deve estar submisso às ações de saúde. Falar de suicídio é falar de vida, é lidar com uma existência complexa com suas ambiguidades, inconsistências, imprevisibilidades e com seus diversos campos de articulação.

Considerando a inclusão dos determinantes sociais, gostaríamos de recorrer a duas definições. A primeira, da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), aponta que “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Enquanto a OMS define de forma mais sucinta que “são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Podemos considerar que, nesse ponto, o decreto amplia o olhar para os fenômenos relacionados ao suicídio como atravessados por diversos fatores no contexto histórico-social daquele que pensa, planeja ou tenta pôr fim à sua vida. Quanto aos fatores de risco, analisamos alguns nos documentos anteriores e falaremos mais com exemplos concretos nas campanhas e documentos adiante que referenciam a prevenção do suicídio.

Uma das atribuições que consideramos relevante e que consta para os quatro Ministérios é a possibilidade de compreender os fenômenos da automutilação e do suicídio para além dos fatores de ordem individual. Considerando a complexidade dos comportamentos suicidas, sair da perspectiva exclusivamente individual condiz com a indicação de atuar com os determinantes sociais, já citados em diversos momentos na legislação que analisamos até aqui.

No que se refere à mobilização de ofertas socioassistenciais, tarefa atribuída ao Ministério da Cidadania, retomamos a discussão de Augusto (1989) ao discutir a concepção das políticas públicas como um serviço que opera entre a manutenção da ordem de acúmulo do capital, ao mesmo tempo em que dá assistência a uma parcela da sociedade que é considerada vulnerável ou “carente”. A autora realiza uma crítica à ausência de busca por equidade nas políticas públicas, a qual fazemos coro ao defender que a assistência - apesar de caracterizar conquistas de uma série de lutas sociais - precisa ser acompanhada de movimentos que tornem a população independente dela no futuro. Um pequeno exemplo disso pode ser tomado por políticas de renda ofertadas como um benefício - e não como direito - que permitem algum poder econômico (mesmo que mísero) mas não são acompanhadas de políticas que transformem a realidade social a ponto de elas não serem mais necessárias, tais como: de educação, trabalho, transporte, moradia etc. Ou seja, atuam na manutenção das desigualdades.

Em nossa pesquisa, consideramos relevante analisar também as campanhas, cartilhas, manuais e documentos de grande divulgação e circulação, uma vez que elas seriam responsáveis pela operacionalização das indicações que observamos até aqui. Listamos a seguir, realizando algumas observações.

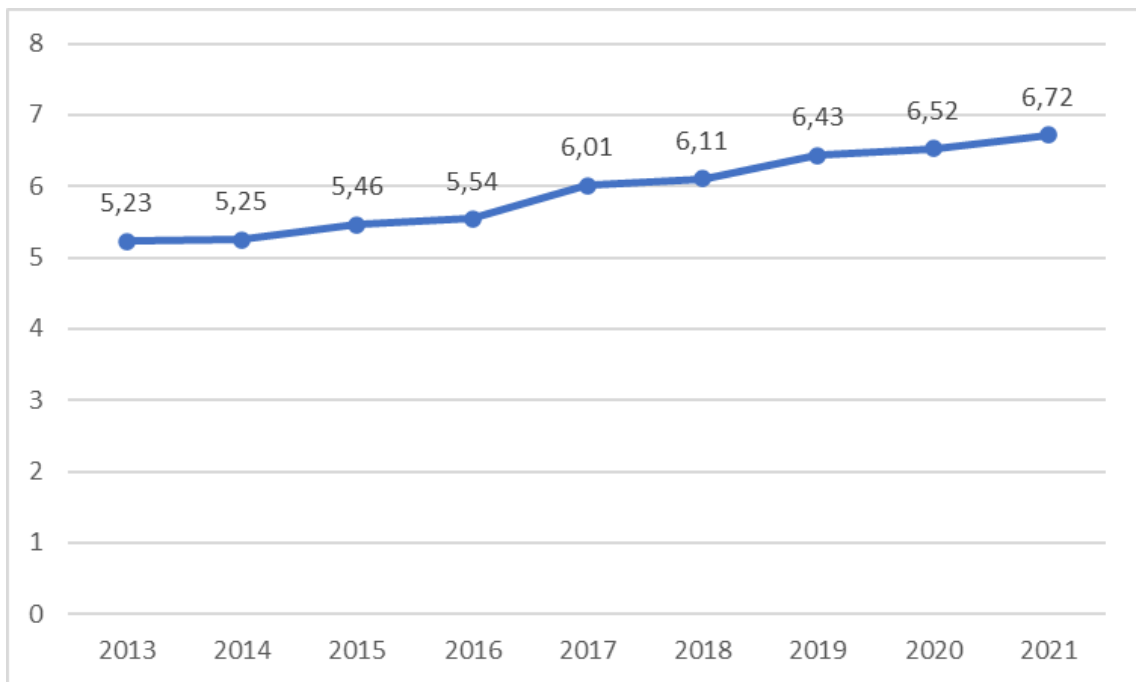
**e) Apresentação “Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio”<sup>17</sup> - Ministério da Saúde (2020)**

Como vimos no capítulo anterior, o Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 buscava reduzir em 10% a taxa de suicídios até 2020 – posteriormente prorrogado até 2030, indicando como meta a redução da taxa de suicídios em um terço (OMS, 2021a). No entanto, no Brasil, essa taxa não vem apresentando redução, pelo contrário, de 2013 a 2021 a taxa de suicídios aumentou aproximadamente 28,5%, saindo de 5,23 para 6,72 ocorrências por 100.000 habitantes, conforme gráfico abaixo.

---

<sup>17</sup> Esse documento é uma apresentação de slides nomeada como “coletiva suicídio” localizada nos arquivos do Ministério da Saúde.

Gráfico 1- Taxa de suicídios realizados no Brasil ao longo dos últimos 20 anos (2001 a 2021) por 100.000 habitantes.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no IPEA - 2001 a 2019 (disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/323>) e no SIM (disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/>) junto ao IBGE - Estimativas de População - 2020 e 2021 (disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente>).

Esse documento apresenta uma série de dados estatísticos, como: gênero e raça/cor das pessoas que cometeram suicídio, bem como e métodos mais utilizados para tal. É importante que essas categorias não sejam tomadas como naturalmente dadas, que sejam analisadas dentro de suas particularidades, contexto e horizonte histórico. Apresentaremos essa discussão no próximo item.

#### **f) Cartilha “Suicídio: Informando para prevenir” - Associação Brasileira de Psiquiatria (2014)**

Ao afirmar que seria possível prevenir o suicídio, desde que os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer os seus fatores de risco, a cartilha trata o suicídio como exclusivo da área da saúde, uma vez que a prevenção se daria a partir da aptidão dos profissionais dela. Além disso, indica que, uma vez reconhecidos os fatores de risco, o suicídio seria necessariamente prevenido, o que passa uma compreensão reducionista, como se fosse possível identificar todos os atravessamentos presentes no desejo de pôr fim à vida e preveni-los numa perspectiva linear, que desconsidera o próprio sujeito em questão, suas compreensões,

sentimentos e ações. Posição que se contradiz na própria cartilha, onde é postulado que: “[o suicídio] deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito” (p. 10).

Na página 10, menciona rapidamente que a OMS condiciona a prevenção, entre outras medidas, aos profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estarem aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio. No entanto, praticamente não considera essa possibilidade de “outras medidas” ao longo de sua abordagem. Quase toda a cartilha aponta para o diagnóstico do transtorno como pilar da prevenção, pois este estaria associado aos comportamentos suicidas, assim como a importância da medicação/internação do paciente.

Ao considerar tais manejos clínicos e ao afirmar que apenas 3,2% das pessoas que cometem suicídio não teriam um transtorno mental, a ABP opera em uma lógica biologicista e patologizante, localizando a causa do suicídio no diagnóstico, ou seja, no mau funcionamento neuroquímico - já que a via de tratamento é hegemonicamente a medicação. Isto é apontado no tratamento do Transtorno Bipolar, onde o lítio é descrito como “ação antissuicídio” (p. 35), e na Esquizofrenia, onde a Clozapina é posicionada da mesma forma.

Ao falar sobre a esquizofrenia, a ABP informa que o índice de morbidade é alto e que esse diagnóstico está associado com um aumento de 10 vezes do risco de morte por suicídio. Com relação a afirmação de que o uso de medicamentos antipsicóticos é imperativo na esquizofrenia, gostaríamos de trazer um exemplo de outra abordagem para os sintomas psicóticos, o Diálogo Aberto – DA (*Open Dialogue - OD*). O DA é um modo de tratamento desenvolvido inicialmente na Finlândia, protagonizado principalmente pelo psicólogo Jaakko Seikkula, onde são realizadas reuniões em rede com profissionais, paciente e familiares, assumindo o protagonismo de todas as partes envolvidas. Um acompanhamento de 19 anos usando estatísticas dos serviços nacionais de saúde da Finlândia comparou os resultados do Diálogo Aberto (DA) com os do Tratamento de Praxe (TDP), obtendo os seguintes resultados:

Tabela 3 – Tratamento psiquiátrico e pensões por invalidez em 2015, aproximadamente 19 anos após o início do tratamento.

	DA (N = 108)	TDP (N = 1.763)
	(%)	(%)

30 ou mais dias de internação na instauração do surto	18,5	46,8
Neurolépticos iniciados na instauração do surto	16,7	75,5
Internação por mais de 30 dias	18,5	94,4
Contato de tratamento após 19 anos	27,8	49,2
Neurolépticos após 19 anos	36,1	81,1
Pensão por invalidez após 19 anos	33	61

Fonte: Adaptada de Seikkula e Arnkil (2020, p. 26).

Outra comparação realizada foi entre os processos de tratamento de pacientes esquizofrênicos pelos Diálogos Abertos (Tratamento Integrado da Psicose Aguda – TIPa e Abordagem de Diálogos Abertos na Psicose Aguda – ADAPA) e pelo tratamento de praxe denominado Grupo Controle. Seguem os resultados obtidos após dois anos:

Tabela 4 – Comparação entre abordagens do Diálogo Aberto e tratamento de praxe (grupo controle)

	Grupo Controle	TIPa	ADAPA
Período de internação	Aprox. 117 dias	36 dias	14 dias
Uso de medicação neuroléptica	Todos	1/3 dos pacientes <sup>18</sup>	
Recaídas	71%	31%	24%
Permanência de sintomas psicóticos	50%	Não informado	17%
Pacientes vivendo de pensões por invalidez	57%	Não informado	19%

Fonte: Elaboração própria a partir de Seikkula e Arnkil (2020).

Os dados apresentados na tabela indicam que o DA apresentou menores índices de internação, uso de medicação, permanência de sintomas psicóticos, recaídas e pensão por

<sup>18</sup> Essa informação foi apresentada unindo TIPa e ADAPA.

invalidez, em comparação ao tratamento de praxe/grupo controle. Os autores afirmam que “após cinco anos, 82% dos pacientes da ADAPA não tinham sintomas psicóticos remanescentes” e “cerca de 86% dos pacientes da ADAPA tinham retornado aos estudos ou ao trabalho, ou a uma busca ativa de emprego” (SEIKKULA; ARNKIL, 2020, p. 200).

No Brasil, um psiquiatra chamado Marcelo Dias<sup>19</sup> iniciou um trabalho chamado Roda de Diálogo, baseado nos princípios do Diálogo Aberto em Jaraguá do Sul/SC. Em dois anos, foram atendidos 10 pacientes, sendo que apenas 3 destes estavam em sua primeira crise (o Diálogo Aberto busca o atendimento à primeira crise em até 24 horas) e do restante alguns já faziam uso de antipsicóticos e/ou estabilizadores do humor. Apenas um paciente foi internado e um encaminhado para tratamento exclusivo do CAPS II. Dois pacientes saíram da crise sem uso de medicamentos e todos os outros receberam baixas doses de medicamentos. Algumas problemáticas envolvidas foram a pouca disponibilidade de equipe para manter a frequência das reuniões e o acompanhamento, além do uso já iniciado de medicações quando as Rodas de Diálogo foram iniciadas (DIAS, 2017)<sup>20</sup>. Trouxemos o Diálogo Aberto com o intuito de demonstrar uma das alternativas que operam em via oposta do imperativo do uso da medicação, apostando no tratamento em rede baseado na escuta e no diálogo entre todos os envolvidos, onde é possível por diversas vezes operar sem uso de psicofármacos.

Retornando à cartilha, se em alguns momentos pontua que o suicídio “é um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais” (ABP, 2014, p. 10), na maior parte do documento não parece abordar da mesma forma. Um dos exemplos da forte vinculação do suicídio à doença é visto na seguinte afirmação: “[...] a maioria das pessoas, quando saudável, não interpreta nenhum evento como devastador o suficiente para justificar o ato extremo” (p. 26).

A cartilha afirma possuir “informações que podem ajudar a sociedade a desmitificar a cultura e o tabu em torno do tema e auxiliar os médicos a identificar, tratar e instruir seus pacientes” (p. 7). Todavia, na hipótese majoritária dos transtornos mentais, afirmam que esse estes alterariam “de forma radical, a sua percepção da realidade” (p. 13), interferindo “em seu livre-arbítrio” (p. 13), e levando-o assim à decisão pela morte voluntária. A partir desse pressuposto, o documento afirma que, uma vez tratado o transtorno, os pensamentos suicidas

---

<sup>19</sup> Infelizmente Marcelo nos deixou em 2021, mas sua dedicação e esperança num outro modo de tratamento da psicose merece ser registrada. A comunidade MadInBrasil dedicou uma homenagem na época do ocorrido que pode ser encontrada em <https://madinbrasil.org/2021/11/em-memoria-do-marcelo-dias/>.

<sup>20</sup> Uma descrição mais detalhada pode ser encontrada em <https://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/pratica/roda-de-dialogo-uma-experiencia-sobre-crise-psicotica-baseada-no-modelo-open-dialogue>.

também seriam extintos. É possível observar que as recomendações da ABP, ao postularem que essas pessoas, frente à decisão da morte antecipada, sofreriam de um transtorno, atuam na categorização, estigmatizando ainda mais os sujeitos.

Alerta que: “o tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental o desejo de se matar desaparece” (p. 13). No entanto, aponta a associação de sentimentos como desesperança, desamparo e desespero ao risco de suicídio e diz que “a desesperança pode persistir mesmo após a remissão de outros sintomas depressivos” (p. 18), o que contradiz a afirmação de que o tratamento desaparecia com o desejo de se matar. Além disso, o tratamento da doença como pilar da prevenção ignora o sujeito com suas questões e se ocupa apenas de sua doença.

Por outro lado, os transtornos mentais e principalmente a forma como têm sido diagnosticados também tem sido questionada (FRANCES, 2017). A quantidade de possibilidades diagnósticas cresce constantemente, conforme podemos observar na evolução do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que apresenta em sua 5ª edição 992 páginas, enquanto a 1ª edição possuía apenas 132 páginas. O catálogo de transtornos, conhecido como a “bíblia da psiquiatria contemporânea” (FREITAS; AMARANTE, 2017, p. 43), se amplia constantemente e com isso enquadra cada vez mais pessoas, diagnosticando seus comportamentos e sentimentos. Além disso, novas características são acrescidas nas edições mais recentes: o espectro, a gravidade e a periodicidade<sup>21</sup> (APA, 2014), incluindo sintomas completamente vagos como “frequentemente fala demais” (APA, 2014, p. 60), presente na descrição do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Afinal, o que seria “falar demais”? Quantas palavras ou frases? Ou quanto tempo seria considerado “frequentemente”? E mesmo que pudéssemos definir cada um desses parâmetros, por que seriam considerados patológicos?

No caso dos denominados “Transtornos Depressivos”, amplamente relacionados com os comportamentos suicidas na cartilha analisada, o diagnóstico é realizado quando o paciente apresenta, durante duas semanas, cinco (ou mais) dos seguintes sintomas no mesmo período:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

---

<sup>21</sup> Como exemplo, podemos citar o “Transtorno do Espectro Autista” e o “Transtorno Depressivo” leve, moderado ou grave (abarcando desde sintomas mais significativos até comportamentos mais comuns que podem facilmente ser transformados em patologia), e os critérios de determinados sintomas por tempo específico (“duas semanas”, por que não uma ou três ou cinco?).

2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (APA, 2014, p. 161).

Além disso, os sintomas precisam representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior e pelo menos um dos sintomas precisa ser (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Outras condições médicas (psiquiátricas ou não) podem ser fatores excludentes, mas nos casos de eventos como perdas significativas, o manual indica que o diagnóstico seja, mesmo assim, cuidadosamente considerado.

Questões como humor deprimido, diminuição de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade e culpa e capacidade diminuída para pensar e se concentrar podem estar relacionados a uma série de fatores. Em uma sociedade que cobra hiperprodução e não distingue mais um tempo de trabalho e tempo de descanso ou lazer, onde estamos muitas vezes sobrecarregados de tarefas, não nos parece incomum que alguém apresente tais sintomas durante duas semanas quaisquer.

O filósofo sul-coreano Byung-Chul Han faz uma análise onde caracteriza nossa sociedade como uma sociedade do desempenho, onde residem os sujeitos do desempenho e da produção (HAN, 2015). O autor argumenta que nesse modelo, observamos a passagem do poder disciplinar (“poder do não”, da negatividade), abordado amplamente por Michel Foucault, para o que chama de poder inteligente (“poder do sim”, da positividade). Neste poder, reina o sujeito neoliberal, aquele que “pode tudo” e, portanto, não há barreiras para sua auto exploração. O poder inteligente, descrito pelo autor, faz crer que se o sujeito não conseguiu, é porque não se esforçou o suficiente (HAN, 2018). Assim, as pessoas passam a ser empresárias de si mesmas (HAN, 2015) e buscam aumentar seu rendimento o máximo possível (e impossível - utilizando inclusive substâncias para extrapolar seus próprios limites enquanto um recurso). Tal nível de cobrança e exploração não poderiam gerar os mesmos fenômenos - denominados sintomas?

Frazão e Minakawa (2018) discutem o sistema capitalista enquanto uma metainstituição, “uma estrutura que modela o conjunto de valores, regras e procedimentos que caracterizam as demais instituições e as relações entre os indivíduos no âmbito do Estado e da sociedade” (p. 425). Os autores analisam os processos de medicalização considerando o avanço das biotecnologias e as novas formas de relação que veem o ser humano como consumidor, seja de remédios, de tecnologias terapêuticas ou de produtos de saúde no geral. As leis que imperam são as leis de mercado e o ideal é a maximização dos lucros. Assim, pensar a necessidade de saúde de um indivíduo ou população passará por tais atravessamentos, muitas vezes perdendo sua complexidade que deveria: “considerar um amplo arco de problemas que abrangem desde os determinantes sociais até a ideia de projeto de felicidade e qualidade de vida, em diálogo com interesses de natureza estética, emocional e moral, entre outros” (p. 423).

Este sistema econômico é sustentado pela primazia do indivíduo na sociedade, o que compreendemos como um fator importante nos processos de medicalização, uma vez que localiza a causa dos problemas no indivíduo e desconsidera outros atravessamentos. Da mesma forma, pode compreender a intervenção médica individual como única ou principal em situações que exigiriam outras ações em setores como geração de renda e melhores condições de vida, por exemplo. Considerando que a intervenção médica nem sempre será a melhor opção, compreendemos que: “se os determinantes econômicos e sociais são os determinantes primários da doença, as medidas para enfrentá-los deveriam ser políticas econômicas e sociais” (ROSE, 1992 apud FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

No âmbito da indústria, o financiamento das farmacêuticas para conferências e a difusão de informações sobre diagnóstico e tratamentos impulsionam a legitimação de um transtorno, a criação de serviços especializados e o incentivo à pesquisa em determinadas áreas (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018). Na elaboração do próprio DSM observamos tal problemática, onde determinados diagnósticos são questionados enquanto possíveis interesses corporativos. O conflito de interesses presente de forma expressiva nos profissionais também é preocupante: no DSM-5, 69% da força-tarefa declara possuir vínculo com a indústria farmacêutica. Os autores chamam a atenção para o fato de os painéis mais conflituosos serem aqueles para os quais o tratamento farmacológico é a intervenção de primeira linha: 67% do painel de Transtornos de Humor, 83% do painel de Transtornos Psicóticos e 100% dos Transtornos do Sono/Vigília (que agora inclui a "Síndrome das Pernas Inquietas") possuem vínculo com indústrias farmacêuticas (COSGROVE; KRIMSKY, 2012).

Retornando à cartilha da ABP, após a prevalência de transtornos mentais, outros muitos fatores de risco são elencados como relacionados à morte voluntária: desesperança, desespero,

desamparo, impulsividade, idade (jovens e idosos), gênero (homens cometem mais suicídios, enquanto mulheres tentam mais), doenças clínicas não-psiquiátricas, eventos adversos na infância e na adolescência, história familiar e genética, aspectos psicológicos, demográficos e sociais. Diante de todos esses fatores de risco, quem estaria a salvo?

Achamos necessário retomar a maneira como a epidemiologia compreende tal conceito. Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010) definem que

Um fator de risco refere-se a aspectos de hábitos pessoais ou de exposição ambiental, que está associado ao aumento da probabilidade de ocorrência de alguma doença. Uma vez que os fatores de risco podem ser modificados, medidas que os atenuem podem diminuir a ocorrência de doenças (p. 32).

Outro conceito explicitado pelos autores, que nos parece útil, é o fator de confusão: “ao se estudar a associação entre exposição a uma determinada causa (ou fator de risco) e a ocorrência da doença, o fator de confusão pode ocorrer quando existe outra exposição no estudo, que está associada com a doença e com a exposição em estudo” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010, p. 55). Vejamos o exemplo dos autores: o consumo de café pode coexistir com o desenvolvimento de doença coronariana, no entanto, não necessariamente seria sua causa. Neste caso, verifica-se que o café comumente está associado ao hábito de fumar, este que, por sua vez, é fator de risco para a doença em questão. Uma das formas de verificar se o café realmente entra numa relação causal, seria verificar em grupos com a terceira variável (fumantes) e sem ela (não fumantes) - indo além da simples coexistência das variáveis (café e doença coronariana).

Ora, se considerarmos que os fatores de risco para o suicídio são definidos estatisticamente, ou seja, de acordo com as ocorrências registradas, não podemos estabelecer uma relação de causa-efeito apenas porque as variáveis coexistem. Por exemplo, ao falarmos de gênero, a ABP (2014) afirma que homens consumam o suicídio três vezes mais que as mulheres, o que é atribuído pela associação à força, independência e comportamentos de risco ligados aos papéis masculinos, que os impediria de buscar ajuda.

Inversamente, as tentativas são três vezes mais frequentes entre as mulheres. Afirmam que as mulheres “se suicidam menos porque têm redes sociais de proteção mais fortes e se engajam mais facilmente do que os homens em atividades domésticas e comunitárias, o que lhes confere um sentido de participação até o final da vida” (p. 19). Entretanto, considerando o alto índice de tentativas, não nos parece adequado relacionar isto com seu engajamento e sentido de participação, afinal, o desejo de morrer - mesmo que não concretizado - está mais presente nesse público. Então o que está em jogo: ser mulher ou as condições de existência naquele momento da vida de uma mulher em que surge a questão da morte voluntária?

A associação indica, baseada na concepção de fato social do sociólogo Durkheim, que: “quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio” (p. 22), como se fosse uma questão quantitativa. Quando acrescenta a emigração aos fatores de risco, afirmando que “as pessoas que emigram são, **pela sua própria definição** privada de apoios sociais estáveis, mais suscetíveis ao suicídio” (p. 22, grifo nosso), questionamos: que própria definição seria essa? E que emigrantes seriam esses? Uma pessoa que se desloca de seu país para outro necessariamente estará privada de apoio? Não pode emigrar com outras pessoas de sua rede de relações? Não pode estabelecer novas relações? Há diferenças na abertura para emigrantes vindos de países distintos?

No Brasil, ocorreu a publicação de um decreto de estímulo à imigração em 1890. No entanto, havia a restrição de que a vinda de imigrantes não poderia ser asiática, nem africana (BENTO, 2022). Mundim e Santos (2022) realizaram um estudo acerca da opinião pública brasileira sobre os estrangeiros com dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) em 2015, onde concluíram que imigrantes vindos de países cuja população é majoritariamente negra, como no Haiti e nos países da África, tem maior probabilidade de serem vistos de maneira negativa. Os autores acrescentam que “uma forte explicação para esse resultado encontra respaldo na própria construção histórica e social do país, marcado por uma herança escravagista e de subjugação da população negra” (p. 139). Os entrevistados foram questionados acerca dos motivos de serem contra a vinda de estrangeiros para o país e, dentre todos, apenas 18,8% justificaram com base na possibilidade de ocupação de espaço no mercado de trabalho. As demais respostas incluíram, por exemplo, “porque ‘querem tomar a Amazônia’, ‘não querem trabalhar’, ‘podem trazer doenças’ etc.” (p. 137, nota de rodapé), demonstrando preconceitos a respeito das pessoas vindas de outros países.

Além disso, ainda podemos considerar as condições que levaram à saída do país de origem, como conflitos armados, perseguição política e guerras. A ocorrência de suicídio pode ter relação com a experiência anterior a esse momento, afinal, o deslocamento não apaga memórias. No entanto, vale considerar também as condições de entrada. Lussi (2015) realiza uma análise acerca das desigualdades enfrentadas pelos migrantes e refugiados, avaliando os atravessamentos que os colocam em condição de vulnerabilidade quando a condição de migração é interpretada como diferença que discrimina, exclui ou criminaliza. Segundo a pesquisadora: “ser migrante ou refugiado, por si só, não significa ser vulnerável, mas a migração pode representar uma condição que favorece e até leva a pessoa a passar por situações de vulnerabilidade, como as que são favorecidas pela exaltação da especificidade migratória” (p. 136). A condição de migração irregular e o isolamento por desconhecimento do idioma são

exemplos de situações de vulnerabilidade, onde as pessoas estão mais expostas à violação de direitos.

Outra questão apontada pelo estudo é a criminalização da irregularidade migratória, que faz com que a lei puna como crime ao invés de infração, que colocaria a pessoa em situação irregular, não ilegal. Esse modo de tratar – como crime – aumenta o estigma, associando migrantes à condição de criminosos e estendendo o estereótipo à migração regular, favorecendo a ideia de que são potenciais criminosos até que apresentem um documento que comprove sua situação de regularidade migratória. Essas condições impedem, muitas vezes, a garantia de direitos básicos, favorecendo a aproximação com sujeitos e ambientes marginalizados e aliciamento em redes criminosas, como afirma Lussi (2015):

O aumento da criminalidade entre migrantes é diretamente proporcional às políticas e práticas que criminalizam social e culturalmente os migrantes e refugiados, o que de fato dificulta sua inserção social e trabalhista, o acesso à moradia com dignidade e a integração na sociedade de destino (p. 141).

A criminalização da migração prejudica as relações sociais, pois as pessoas podem achar que a interação é arriscada, favorecendo o racismo, a xenofobia e, conseqüentemente, o isolamento. No entanto, esbarramos na falácia de país acolhedor, sem discriminação, o que inviabiliza uma série de problemas enfrentados diretamente por essas pessoas. A caracterização enquanto crime aumenta a insegurança e a vulnerabilidade, já que impede a denúncia ou pedido de ajuda se sofrerem algum tipo de crime, agressão ou abuso. E, por fim, ainda esbarramos na falácia de país acolhedor, sem discriminação, o que inviabiliza uma série de problemas enfrentados diretamente por essas pessoas (LUSSI, 2015). A autora aponta para a necessidade de as políticas públicas reconhecerem as desigualdades para garantir a mesma dignidade e garantia de direitos, na alteridade de situações e de condições. Ou seja, a condição de emigrante, por si, não deveria influenciar a ocorrência de comportamento suicida. Na verdade, quando relacionada, pode ter mais a ver com as condições de partida, recepção e com suas novas vivências, do que com o fato de ter trocado de país.

Apesar de reconhecer a influência de diversos fatores, a cartilha mantém a supremacia patológica do reconhecimento do transtorno mental naquele que tenta pôr fim à própria vida, como podemos observar nos trechos: “entretanto, não se deve perder a presença de qualquer transtorno mental associado (p. 19) e “novamente o próprio fato de migração não deve ser utilizado a fim de minimizar a importância de perturbações mentais, quando estas estão presentes” (p. 22).

A associação nega que a pessoa que pensa em se suicidar terá risco de suicídio para o resto da vida, dizendo que esse risco “pode ser eficazmente tratado e, após isso, a pessoa não

estará mais em risco” (ABP, 2014, p. 13), o que também não condiz com o perfil de risco denotado por ela e por várias outras cartilhas, onde aquele que já tentou é sempre visto como potencial tentante novamente.

Para a associação, os principais fatores de risco são: tentativa prévia e doença mental. Mas posicionar a tentativa anterior como fator de risco não seria o mesmo que ignorar - ou pelo menos pôr em segundo plano - os motivos presentes em tal ato? Pensemos: a motivação seria o fato de já ter tentado ou seria por ainda estar diante, da mesma forma, dos mesmos atravessamentos que levaram a decisão anterior? Ou não poderia estar diante de uma nova situação que a levasse para um mesmo desfecho, independentemente de sua tentativa anterior?

Vamos ao outro principal fator de risco alegado: doença mental. A cartilha carrega a seguinte afirmação: “sabemos que quase todos os suicidas tinham uma doença mental, **muitas vezes não diagnosticada**, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada” (ABP, 2014, p. 16, grifo nosso), mas não informa como se chega a essa conclusão, o que pode ser problemático, uma vez que estariam fazendo um diagnóstico sem ter contato com aquele que já faleceu. Percebe-se que a temática do suicídio é hegemonicamente atravessada pela visão patologizante que destaca a presença de transtornos mentais e/ou indica-se o encaminhamento quase compulsório aos serviços psiquiátricos, comumente adicionando os psicotrópicos à existência do sujeito.

Terezinha Maximo e Joseval Maximo, pais de uma jovem que pôs fim à sua vida em 2017, criaram um blog chamado *No m'oblidis*<sup>22</sup> (<https://nomoblidis.com.br/sobre-nos/>), onde colocam como objetivo falar sobre como é viver depois que se perde alguém que se ama por suicídio, contar suas experiências e descobertas. Em um dos textos intitulado “Suicídio, prevenção e as incoerências” (MAXIMO, 2020), Terezinha fala sobre algumas incoerências nas campanhas de prevenção: “a começar pela seguinte frase: 90% dos Suicídios poderiam ser evitados, que se tornou 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” (s/p).

Ela afirma que tal colocação geralmente não é explicada e gera “desconforto, culpa e fracasso”, pois, se tantos suicídios são evitáveis, o que estaria sendo feito de errado? Tal informação, segundo Terezinha, é decorrente de um estudo dos anos 90 (SHAFFER; CRAFT, 1999) que realizou uma análise de pessoas que haviam cometido suicídio e, dentre elas, a maior

---

<sup>22</sup> O nome do blog faz referência a uma frase do whatsapp da filha e significa “não me esqueça”, conforme descrito na seção “Sobre nós” do site: <https://nomoblidis.com.br/sobre-nos/>.

parte teria fatores que seriam enquadrados em um diagnóstico de transtorno mental. A coexistência do suicídio e o alegado diagnóstico, realizado por autópsia psicológica, colocou o transtorno como causa do ato suicida. A OMS (2006), baseada no estudo citado, afirmou que “em 90% dos casos de morte de crianças e adolescentes por suicídio, foi identificado como causa algum tipo de perturbação mental” (p. 5). O raciocínio parece ter sido o seguinte: se suicídios acontecem devido a transtornos mentais e estes, por sua vez, são tratáveis, então a maior parte das ocorrências são evitáveis.

O Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF, 2020) coloca em xeque esse modelo que olha o suicídio e o suicida por um viés psicopatologizante, uma vez que a patologia requer medicação e a ingestão dessas substâncias, muitas vezes, são correlatas ao suicídio. Além disso, a afirmação da ABP sobre a prevalência de um transtorno mental não diagnosticado também é algo passível de questionamento, uma vez que essas análises costumam ser realizadas por autópsia psicológica, que pode ter como base dados enviesados. Segundo o CRP-DF:

Berenchtein Netto (2013) enfatiza que o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial e que afirmações clássicas contidas em manuais de saúde, como a de que “90% dos casos há diagnóstico de transtornos psiquiátricos”, reduzem o fenômeno a uma explicação biologicista. É necessário um olhar crítico sobre a produção desses dados. Os estudos sobre prevalência de diagnóstico de transtorno psiquiátrico utilizam muitas vezes a técnica de autópsia psicológica. Nela, familiares, amigos e profissionais de saúde são entrevistados a fim de tentar traçar um perfil psicológico da pessoa que morreu por suicídio, no momento da ocorrência (WERLANG, 2012). Tal técnica pode trazer dados enviesados sobre a percepção do sujeito por conta do seu falecimento. Também é necessário que profissionais estejam alertas para os efeitos colaterais dos psicofármacos utilizados para o tratamento, quando são realizados esses diagnósticos. O aumento das chances de suicídio é descrito como efeito de vários dos medicamentos mais consumidos no Brasil (p. 18).

Enquanto a ABP (2014) afirma que “dos que morrem por suicídio, cerca de 50% a 60% nunca se consultaram com um profissional de saúde mental ao longo da vida” (p. 46), Terezinha faz sua contribuição: ela começou a perceber, ao participar de vários grupos de ajuda a enlutados, algumas problemáticas. Observou, em um dos grupos com 44 pessoas em luto por suicídio, o seguinte:

- 75% das pessoas que se mataram tinham diagnóstico e estavam em tratamento e 25% das pessoas não tinham nenhum diagnóstico.
- 57,6% faziam tratamento com medicamentos prescritos por psiquiatras e terapia, 33,3% usavam apenas medicamentos prescritos por psiquiatras e 9,1% faziam apenas terapia. Ou seja, 90,9% usavam medicamentos.

A escritora do blog se preocupa em esclarecer que não é um estudo científico, é apenas uma observação. No entanto, os dados são valiosos para nossos questionamentos. Se a solução

proposta pelos profissionais para o suicídio é tratar os transtornos mentais, fazemos eco às palavras de Terezinha: “como justificar então que em um grupo 75% tinham diagnóstico e estavam sendo tratados e que mesmo assim morreram?” (MAXIMO, 2020).

Analisando a seguinte afirmativa: “em alto risco de suicídio incluem os pacientes com curso crônico da doença, os que necessitaram de múltiplas internações psiquiátricas e os que tiveram tentativas prévias” (p. 38), encontramos um conflito. Um dos manejos para o suicídio é a internação e, esta, por sua vez, aumenta o risco para o paciente. Quais são as condições da internação - especificamente psiquiátrica - que se relacionam com tal dado? Historicamente, temos uma série de denúncias de violências em instituições psiquiátricas<sup>23</sup>, que culminam num movimento de reforma psiquiátrica e geram uma série de ações e leis, dentre elas a Lei 10.216, que indica que: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001, s/p). Não seria um indicador para buscarmos outras alternativas?

Em uma escala geral, viver sozinho também é fator de risco (ABP, 2014), o que possui correlação com o levantamento realizado por Mata, Daltro e Ponde (2020) utilizando o SIM e o DATASUS, onde obtiveram os seguintes dados: “50,3% foi cometido por solteiros, 28,6% por casados, 6,3% por separados, 4,05% por viúvos e 2,91% estavam e outro tipo de estado civil. 7,7% dos casos tiveram esse dado ignorado” (p. 80). No entanto, alguns recortes podem demonstrar resultados opostos, como no caso do estudo realizado por Werneck *et al.* (2006), entre 2001 e 2002, no Rio de Janeiro, onde encontraram um índice menor de tentativas entre os solteiros/separados/divorciados/viúvos (44 registros) em comparação aos casados/em união estável (107 registros) (p. 2203).

Quanto à idade, a ABP (2014) afirma que

Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância. O suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros (p. 18).

Além destes, inclui maus tratos e pais divorciados como fatores que aumentam o risco de suicídio, indicando-se atenção em relação a diversas situações, dentre elas acrescenta o desempenho escolar pobre. (p. 21). Alguns questionamentos surgem a partir de tais afirmativas: o humor depressivo e o abuso de substâncias decorrem de quais circunstâncias? Esses

---

<sup>23</sup> A esse respeito, recomendamos o trabalho de Daniela Arbex (2019), que narra as barbáries cometidas em um hospital psiquiátrico de Barbacena/MG, episódio conhecido como “Holocausto Brasileiro” - título da obra.

enquadres seriam suficientes para responder ao suicídio? Assim como ao postularem história familiar de transtorno psiquiátrico, estão novamente operando por uma via patológica: o diagnóstico justifica e não temos acesso ao que estava em jogo na existência daquela pessoa. Muitas pessoas passam por problemas emocionais, familiares e sociais, rejeições, abusos, negligências e separação dos pais, mas não tomam como caminho o suicídio.

A pergunta que propomos fazer é, nestas que tomam essa direção, o que estava em questão para elas? Novamente podemos afirmar que não é porque duas coisas acontecem ao mesmo tempo, que elas estão em uma relação linear causal (exemplo: cometeu suicídio por ter sofrido abuso na infância). E é claro que isso não significa que não devemos promover proteção e cuidado contra todos esses tipos de violência, mas talvez possamos tomar cuidado para não deixar outros atravessamentos de lado. Se tomarmos como exemplo o divórcio dos pais, um casal pode entender que continuar junto será protetor para os filhos, mas sua relação pode acabar sendo mais danosa a eles a partir dessa escolha. A existência não cabe nessas previsões, não se encaixa na expressão popular: “tão simples como dois e dois são quatro”.

Qual a via que associa o fracasso escolar ao suicídio? A escola - inserida numa determinada sociedade - não deve existir enquanto lugar de produção e desempenho, lugar onde os "fracassos" não são bem-vindos. Se algo não vai bem na escola e o aluno pode ser acolhido sem a pretensão de “corrigir um defeito”, ou apenas rotulá-lo, talvez a morte seja menos vista como uma opção de solução. Não devemos nos atentar às dificuldades escolares pensando que o aluno não deve se matar, mas sim, que ele deve ter a oportunidade de viver uma experiência escolar que considere todos os aspectos de sua existência e relações nesse contexto: o espaço físico, os funcionários, os colegas, a comunidade, a família, os métodos de ensino etc.<sup>24</sup>

Também parece haver uma naturalização das faixas etárias, um fator marcante apontado na cartilha sobre a população mais jovem é a impulsividade, como se todo adolescente fosse naturalmente impulsivo e como se não houvesse pessoas de outras faixas etárias com tal característica. Na outra ponta, são colocados fatores que configuram o estereótipo do idoso como uma pessoa solitária, enferma, dependente e afins, como se fossem explicações suficientes e as únicas motivações possíveis, deixando de lado outros modos de ser idoso: com a possibilidade de ser só e feliz, de ser querido pela família e mesmo assim querer pôr fim à sua vida, de se sentir “um peso morto”, não por sua idade, mas por não conseguir uma oportunidade

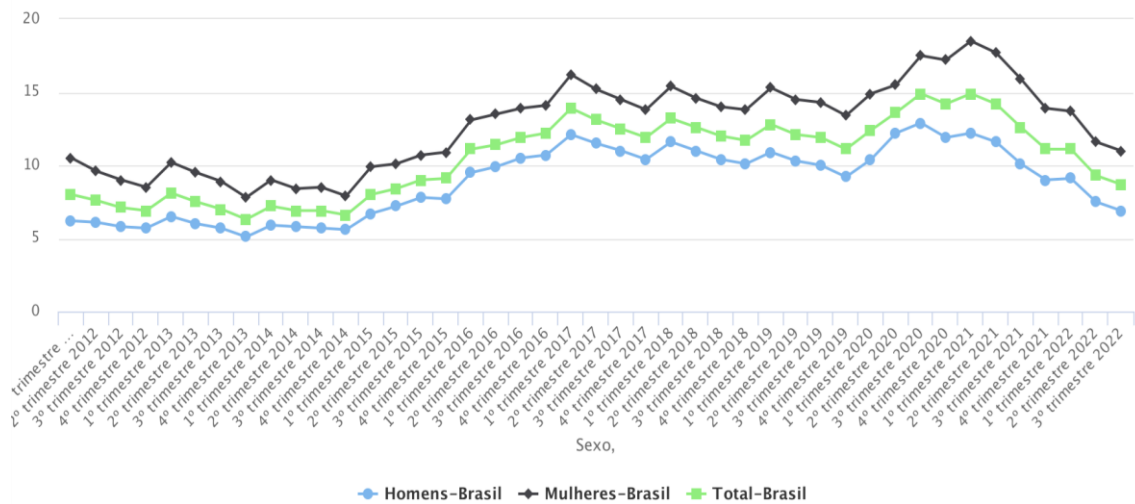
---

<sup>24</sup> Para um exemplo de manejo de questões escolares, recomendamos a leitura do texto “Orientação à queixa escolar” de Freller *et al.* (2001).

de trabalho devido ao preconceito de muitas empresas com a faixa etária<sup>25</sup> e infinitas outras possibilidades de existir e se relacionar com a vida e a morte.

Falando em mercado de trabalho, os desempregados também são classificados com risco maior de suicídio. No Brasil, obtivemos um índice de desocupação<sup>26</sup> crescente ao longo dos últimos anos, com raros períodos de declínio conforme gráfico 2.

Gráfico 2 - Taxa de desocupação no Brasil, por sexo, no período de 2012-2022



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=20652&t=series-historicas>.

Se o desemprego é fator de risco, questionamos: essas pessoas também estão classificadas com algum transtorno mental? Ou poderíamos encaixá-las nos 3,2% de “normalidade”, contrários aos 96,8% de pessoas que terminam com a própria vida e possuiriam um transtorno, como apontado pela associação? O tratamento seria realizado através de programas de recolocação no mercado de trabalho, acolhimento dessa angústia ou por medicamentos? Identificar questões como essa nos aponta para a importância de pensar as políticas públicas de forma articulada entre os diversos setores.

<sup>25</sup> Informação encontrada em diversas reportagens que incluem a dificuldade de conseguir emprego acima dos 60 anos, a dificuldade de acesso à aposentadoria e a crescente informalidade no trabalho. Como exemplo: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2019/11/01/trabalhadores-acima-dos-60-anos-relatam-dificuldades-para-conseguir-empregos-formais.ghtml>.

<sup>26</sup> Segundo o IBGE: “são classificadas como desocupadas na semana de referência as pessoas sem trabalho em ocupação nessa semana que tomaram alguma providência efetiva para consegui-lo no período de referência de 30 dias, e que estavam disponíveis para assumi-lo na semana de referência. Consideram-se, também, como desocupadas as pessoas sem trabalho em ocupação na semana de referência que não tomaram providência efetiva para consegui-lo no período de referência de 30 dias porque já o haviam conseguido e iriam começá-lo em menos de quatro meses após o último dia da semana de referência”.

O aumento das taxas de desocupação em 2020-2021 é correlato a um grave problema social: o crescimento dos índices de pobreza no Brasil. Uma matéria no Portal G1 (SILVEIRA, 2012) noticia que:

Em 2021, o número de brasileiros vivendo abaixo da linha da pobreza aumentou 22,7% na comparação com 2020. Já o número de pessoas em situação de extrema pobreza saltou 48,2% no mesmo período. [...] entre cada 10 brasileiros, aproximadamente três viviam abaixo da linha da pobreza e um em condição de extrema pobreza (s/p).

Machado *et al.* (2022) realizaram um estudo para investigar a associação entre suicídio e beneficiários de programas de transferência de renda no Brasil. A pesquisa abrangeu o período de 2004 (início do programa) a 2015 (últimos dados disponíveis naquele momento) e contemplou 114.008.317 pessoas vinculadas ao banco de dados da folha de pagamento do Programa Bolsa Família (PBF), com informações socioeconômicas e demográficas, e dados de registro de óbitos em âmbito nacional. Os resultados demonstram menores taxas de suicídio entre os beneficiários do PBF em todos os modelos analisados. As taxas de suicídio foi de 5,4 entre beneficiários e 10,7 entre não beneficiários (por 100.000 indivíduos). Além disso, realizaram outra análise, pareando características semelhantes que obteve a taxa de 5,5 entre beneficiários e 11,1 entre não beneficiários. O estudo aponta que os beneficiários do PBF tiveram um risco 56% menor de suicídio do que os não beneficiários.

Essa pesquisa apresenta dados curiosos: os beneficiários do PBF eram mais jovens (idade média 27,4 *versus* 35,4), tinham taxas de desemprego mais elevadas (56% *versus* 32%), um nível de escolaridade mais baixo, residiam em áreas rurais e apresentavam piores condições familiares. Essas características são tidas como fatores de risco para o suicídio e a intervenção realizada foi um programa de transferência de renda. Os autores apontam a possibilidade de o PBF ajudar na prevenção, considerando que a pobreza está relacionada a fatores que podem levar ao suicídio, como desemprego, dificuldades financeiras, instabilidade familiar ou violência, além de maior predisposição a transtornos mentais, como o alcoolismo e depressão. Afirmam também que a pobreza pode ser uma barreira ao acesso a bens, recursos e serviços (incluindo serviços de saúde mental), contribuindo para o sentimento de injustiça social gerado pelas desigualdades. A análise dos autores entende que o programa não tem somente a pobreza como alvo, mas também a formação profissional, o acesso aos serviços de saúde e à educação. Concluem que os resultados encontrados podem auxiliar os decisores políticos e autoridades de saúde para melhor conceberem estratégias de prevenção do suicídio (MACHADO *et al.*, 2022).

Na medicina geral, as condições clínicas não psiquiátricas, tais como: câncer, HIV, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças

reumatológicas como o lúpus eritematoso sistêmico, são consideradas fatores de risco. Um dos aspectos mencionados como relevantes é o momento inicial após o diagnóstico. Gostaríamos de analisar esse fator a partir do estudo de Arrais e Jesuino (2015), onde realizaram uma análise acerca da comunicação do diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos e concluíram que: “a revelação de notícias de forte impacto emocional de forma brusca, sem preparação ou observação da individualidade, pode ser iatrogênica” (p. 22).

Apontam questões como a omissão de informações ou problemas na forma de comunicar ao paciente, desconsiderando seus desejos, expectativas, vivências anteriores, que podem impactar nas reações, e seus conhecimentos prévios, que podem necessitar uma comunicação “traduzida” do vocabulário médico para um vocabulário mais popular e compreensível. As autoras afirmam que “observou-se como consequência destas limitações de comunicação uma maior dificuldade para a elaboração psicológica do diagnóstico e das vivências de adoecimento pelos pacientes que não possuem informações adequadas sobre seu estado de saúde” (p. 26) e, em todos os níveis de tratamento “encontrou-se pacientes que dificilmente compreendiam as possibilidades de tratamento e raramente tiveram a possibilidade de escolher junto aos profissionais quais as melhores opções de cuidado para a sua vida” (p. 30).

Apesar de não fazer parte do nosso escopo, a experiência analisada acima demonstra como a comunicação médica, por vezes, é tomada pela mesma visão que observamos em nossa pesquisa: a comunicação é feita de forma excessivamente técnica ou escolhe-se pelo paciente o que ele deve saber. Tais considerações podem nos indicar a necessidade de uma formação mais sensível onde os diagnósticos e prognósticos sejam comunicados de forma que o paciente tenha clareza de suas possibilidades, uma vez que muitas vezes os diagnósticos são dados de forma rápida, incompreensível e/ou insensível, o que pode atravessar o sujeito de um modo onde ele não veja outras saídas (que poderiam ter sido comunicadas pelo profissional de saúde).

A ABP menciona que “a OMS aponta três características psicopatológicas comuns no estado mental dos suicidas” (p. 24), sendo elas: ambivalência (entre o desejo de viver e de morrer), impulsividade (indicando que o impulso é transitório, dura minutos ou horas, e pode ser controlado se a crise for acolhida no momento) e rigidez (dificuldade de enxergar alternativas). O próprio termo “psicopatológico” já indica uma lógica voltada à doença - uma lógica de patologia psíquica. Afirma que “o funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar); inescapável (sem saída); e interminável (sem fim)” (p. 26) e chama a atenção para a existência de um “medo irracional e uma preocupação excessiva”

(p. 26). Poderíamos dizer que grande parte dos comportamentos suicidas tem sua "razão de ser", ou seja, sua racionalidade. Então por que considerariamos como irracional?

Além disso, quem define se a preocupação é excessiva? Palmieri e Cury (2007), ao falarem sobre um serviço de plantão psicólogo para acolhimento, afirmam que: "para alguns a emergência pode ser uma discussão com o namorado, enquanto para outro é a eminente tentativa de suicídio" (p. 476). Diversas situações podem estar envolvidas numa decisão dessas, portanto, não nos cabe julgar, mas sim acolher aqueles que buscam ajuda.

Gostaríamos de retomar as perguntas para avaliação:

São seis perguntas fundamentais em cada consulta, sendo três delas para todos os pacientes:

1. Você tem planos para o futuro?

A resposta do paciente com risco de suicídio é não.

2. A vida vale a pena ser vivida?

A resposta do paciente com risco de suicídio novamente é não.

3. Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?

Desta vez a resposta será sim para aqueles que querem morrer.

Se o paciente respondeu como foi referido acima, o profissional de saúde fará estas próximas perguntas:

4. Você está pensando em se machucar/se ferir/fazer mal a você/em morrer?

5. Você tem algum plano específico para morrer/se matar/tirar sua vida?

6. Você fez alguma tentativa de suicídio recentemente? (ABP, 2014, p. 30)

Uma pessoa que possui planos para o futuro não se mata? E o contrário: não ter planos é necessariamente não querer viver? Além disso, algumas dessas perguntas partem do pressuposto de que a morte deve ser temida e não aceita, principalmente a terceira delas, onde questionam se a morte seria bem-vinda. Ou seja, dizer que a morte é bem-vinda é um indicador de risco para o suicídio.

Na urgência/emergência opera a vigilância 24 horas, objetos perigosos devem ser afastados do paciente e sua bolsa deve ser revistada com a mesma finalidade, além de postular que as portas, inclusive do banheiro, não devem ser trancadas. Se houver necessidade de transferência entre instituições, essa deve ser feita por uma ambulância e não pelos familiares. Além disso, indica-se que "os pacientes com alto risco de suicídio e frágil suporte social devem ser internados em instituição especializada" (p. 44), contrariando os princípios da reforma psiquiátrica que privilegia o atendimento em regime não asilar, no território e, em casos de internação, em hospitais gerais.

A ABP afirma que "há que se garantir que essa pessoa que acabou de fazer uma tentativa de suicídio seja imediatamente colocada em tratamento para reduzir o risco de nova tentativa e de suicídio completo" (p. 50). Ao realizar tal indicação, assim como a vistoria dos pertences do paciente, as portas abertas, a impossibilidade do deslocamento por familiares e/ou amigos - sem

especificar condições de saúde que exigiriam tal cuidado, dentre outras, opera numa perspectiva de controle e tutela.

Dentre as ações indicadas pela associação que extrapolam o sistema de saúde, estão as seguintes: incentivar a criação de espaços de promoção de saúde na comunidade, como a realização de grupos de autoajuda nas igrejas e escolas, associações e ONGs, controlar/regular o acesso aos métodos mais utilizados, realizar construções inteligentes e planejamento da cidade com medidas de segurança, usar a mídia de forma estratégica para campanhas preventivas e maior cuidado na veiculação de notícias sobre ocorrências e, por fim, realizar campanhas nas escolas problematizando o assunto, de forma a desconstruir tabus e facilitar a prevenção.

Ou seja, basicamente se restringem à regulação de meios e da mídia, além de promover grupos de autoajuda e campanhas de problematização na escola. Não indicam nenhum outro tipo de articulação com políticas de cuidado multiprofissional em saúde mental, políticas de empregabilidade, de proteção à violência, dentre tantos fatores apontados durante o documento, confirmando nossa percepção de que sua operação está localizada no âmbito da saúde e especificamente da psicopatologia, da previsão/linearidade e controle/tutela.

**g) Manual “O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida” - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019)**

Antes de falarmos sobre o manual, gostaríamos de retomar a história do ministério que o criou. Em 2015, na reforma ministerial da ex-presidente Dilma Rousseff, foi criado o Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos (MATOSO; ALEGRETTI; PASSARINHO, 2015). No entanto, em 2016, a presidente sofreu um processo de *impeachment*, passando o cargo para o vice-presidente Michel Temer. Após a troca de governo, o ministério foi extinto, dando lugar ao Ministério dos Direitos Humanos, criado no governo do ex-presidente Michel Temer em fevereiro de 2017 (SANTOS, 2017). Em 2018, o Brasil elegeu como presidente Jair Bolsonaro, que antes de assumir já anunciou mudanças. Segundo uma matéria do portal de notícias Veja (2018), Bolsonaro revelou em novembro de 2018, em visita ao Santuário Nacional de Nossa Senhora Aparecida, a mudança que pretendia fazer no Ministério dos Direitos Humanos. Em entrevista à TV Aparecida, ele anunciou:

Isso está em fase final de discussão, houve um clamor por parte de alguns parlamentares neste sentido (para que o ministério fosse mantido). Nós temos uma política de direitos humanos de verdade, não essa que está aí, em que o primeiro a ser atendido é o algoz e não a vítima. E esse Ministério terá o nome de Família, que é tão cara e importante a todos nós (VEJA, 2018).

Há, nesse momento, uma marca ideológica: um ataque à perspectiva dos direitos humanos - como se fosse responsável por defender indevidamente determinadas pessoas - e um posicionamento “pró-família” num contexto religioso, além do uso do termo “Ministério da Família”, que remete àquele encontrado também em diversas igrejas<sup>27</sup>. Não à toa, sua posse no ano seguinte efetiva a criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos com a seleção de Damares Regina Alves, pastora evangélica, como responsável por ele - anunciada em dezembro de 2018 (MAZUI, 2018).

O portal de notícias G1 relata uma palestra de 2014 cujo tema era "Riscos que corre a família brasileira", onde Damares demonstrou preocupação com um decreto presidencial editado em 2009 pelo governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Ela afirmava que o texto defendia "que a família brasileira tem que ser destruída". O repórter esclarece que:

o decreto mencionado na palestra pela futura ministra trata do Programa Nacional de Direitos Humanos e estabelece a "desconstrução da heteronormatividade" sob o argumento de que é preciso "incluir nos sistemas de informação do serviço público todas as configurações familiares constituídas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais" (MAZUI, 2018).

Na ocasião, Damares proferiu o seguinte discurso: "eles querem muito mais que construir no Brasil a homonormatividade. Eles querem, pior, destruir a heteronormatividade. Isso me preocupa muito, mas eu gostaria que esta nação tivesse outro decreto. Sou cristã, pastora e a minha regra de fé é a Bíblia". Discurso que reverbera no manual em questão: “os pais são os responsáveis pela educação dos filhos, tarefa de **responsabilidade do pai e da mãe**, e não de um só” (p. 28, grifo nosso), onde reconhece apenas uma configuração familiar - pai, mãe e filhos.

Tendo em vista nosso tema de pesquisa, vale lembrar que a ex-ministra protagonizou polêmicas sobre o tema, afirmando que, quando criança, havia subido em uma árvore, com veneno em mãos, para pôr fim à sua vida, mas desistiu por uma visão que teve de Jesus. Relata que não queria se matar, mas acabar com o sofrimento e a culpa que sentia em decorrência das agressões. Seu sofrimento era decorrente de abusos sexuais sofridos na infância durante dois anos por um pastor da igreja que sua família frequentava. A reportagem afirma que: “Damares defende que família e igreja devem estar preparados para identificar e acolher crianças vítimas de violência sexual” (GONZALEZ, 2022).

Considerando o breve histórico exposto, chegamos ao manual. Quando o documento enfatiza a importância da preservação das relações íntimas iniciais e nucleares familiares, a

---

<sup>27</sup> Como exemplo, encontramos tal utilização na Igreja Metodista (Disponível em: <http://www.metodistalondrina.com.br/ministerios.php?cod=10>) e na Igreja Cristã Manancial da Vida (Disponível em: <https://www.manancialdavidavid.com.br/portfolio/ministerio-da-familia/>).

primeira questão que nos aparece é: de que família estamos falando e por que ela deve ser necessariamente preservada? Nenhuma relação é, por si, naturalmente boa e, portanto, sua valorização não deve ser generalizada ou naturalizada. A relação familiar pode contribuir positivamente ou negativamente na indecisão da pessoa sobre viver ou morrer, assim como pode não ter relação nenhuma com tal desejo.

O manual formula uma série de afirmações sem apontar a fonte das mesmas, como por exemplo: “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” (p. 9) e “muitos especialistas alertam para a especial relevância da busca pelo sentido da vida como elemento chave para o contorno da problemática” (p. 9).

Trata da formação profissional ao apresentar um relato de curso de prevenção ao suicídio, com carga horária de 6 horas, realizado no Hospital das Clínicas da UNICAMP, onde em um universo de 544 profissionais de enfermagem, apenas 317 aceitaram participar do treinamento. Destes, “não mais que 17% dos profissionais julgavam estar aptos para lidar com essa situação” (p. 10). O que nos surpreende não é que o número tenha sido baixo, mas sim a ideia de que uma formação de apenas seis horas poderia capacitar um profissional.

Quando recorrem a Durkheim para relacionar vínculo à menor probabilidade de suicídio, poderíamos inicialmente questionar que até mesmo um grupo solidamente constituído pode influenciar uma tentativa de suicídio, como foi o caso do “suicídio coletivo de Jonestown”, citado pelo documento, que ocorreu em 1978, onde quase mil pessoas colocaram fim em suas vidas, motivadas por um pastor de uma seita pentecostal. Mas, tendo como foco o manual, gostaríamos de nos ater à interpretação citada anteriormente. Nela, há deslocamento dos vínculos gerais para a exclusividade do campo familiar, do casamento e da maternidade/paternidade. Como se, além dessa estratégia ter sido colocada como eficaz para todas as situações, ela pudesse ocorrer apenas no domínio da família.

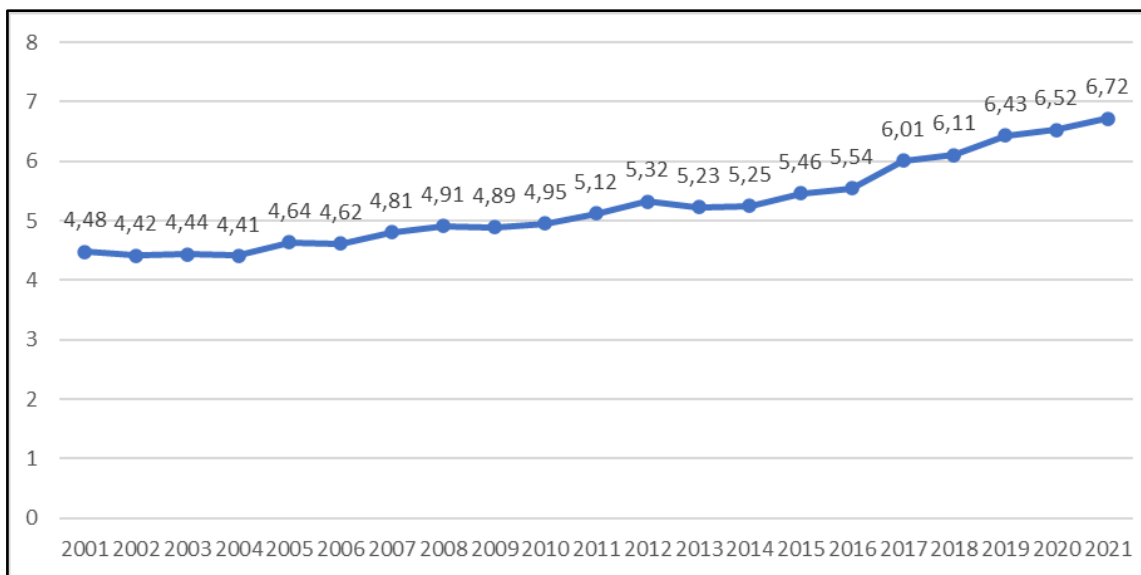
A prevenção por antecipação também se faz presente, uma vez que apontam a existência de sinais verbais e não verbais antes das tentativas. Opera uma ideia de vigilância e previsão para controlar uma possível tentativa antes que ela apareça de fato. Afirmam que “a prevenção não consiste em evitar todos os suicídios, mas sim aqueles que podem ser evitados” (p. 13), no entanto, não definem como seriam identificados os “suicídios evitáveis”.

Ao relacionar o suicídio a um “sofrimento profundo”, apesar de retirar do campo patológico, ainda opera em um reducionismo de causalidade, de que todos aqueles que tentam pôr fim em suas vidas estão passando por este sentimento e vinculado à família.

Embora o documento aponte decréscimo na quantidade de ocorrências em diversos países, no Brasil seguimos em constante aumento. Em 2017 a equipe de saúde mental do município de Encantado/RS, com recursos oriundos do Ministério da Saúde através do Projeto “Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional”, desenvolveu uma cartilha de prevenção ao suicídio (CAPS A CASA, 2017), onde informa um aumento no índice de suicídios no Brasil de 43,8%, entre 1980 e 2005 (período de 25 anos). Em nosso levantamento, podemos observar um aumento de aproximadamente 50% entre 2001 e 2021 (período de 20 anos). Ou seja, uma taxa de crescimento superior em um intervalo de tempo inferior.

Werneck *et al.* (2006) apontam a estabilidade em torno de 4 mortes por 100 mil habitantes no Brasil no período de escrita do artigo. Em 2021 esse valor se modifica para cerca de 7 pessoas por 100 mil habitantes (índice = 6,72). A evolução dos índices pode ser observada no gráfico 3.

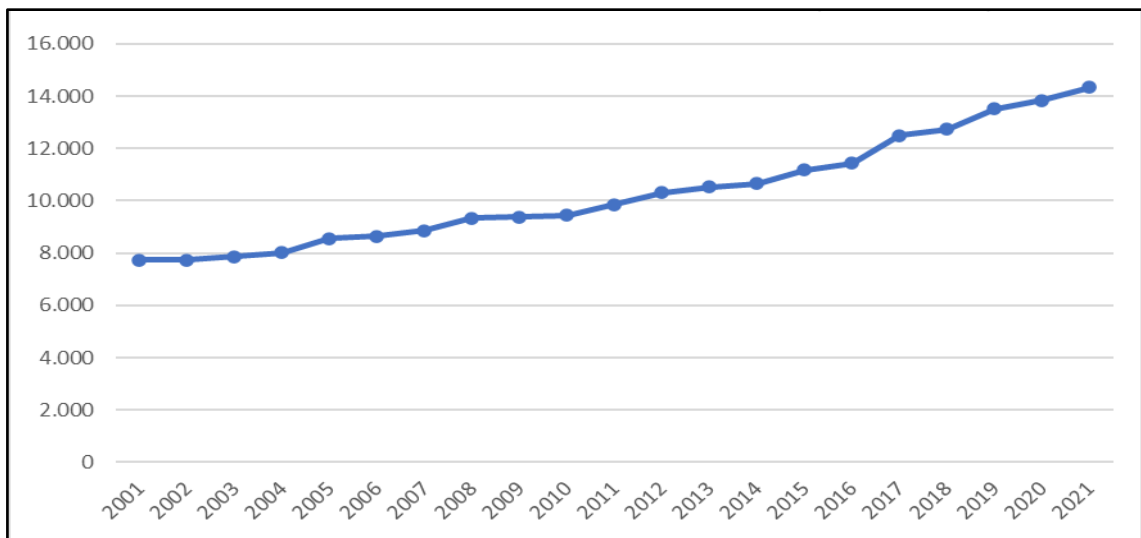
Gráfico 3 - Taxa de suicídios realizados no Brasil ao longo dos últimos 20 anos (2001 a 2021) por 100.000 habitantes.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no IPEA - 2001 a 2019 (disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/323>) e no SIM (disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/>) junto ao IBGE - Estimativas de População - 2020 e 2021 (disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente>).

Se considerarmos os números absolutos, o Brasil registrou quase 8 mil suicídios em 2001 e mais de 14 mil em 2021, representando um aumento de mais de 75%. No gráfico 4, podemos observar o crescimento ao longo dos últimos 20 anos.

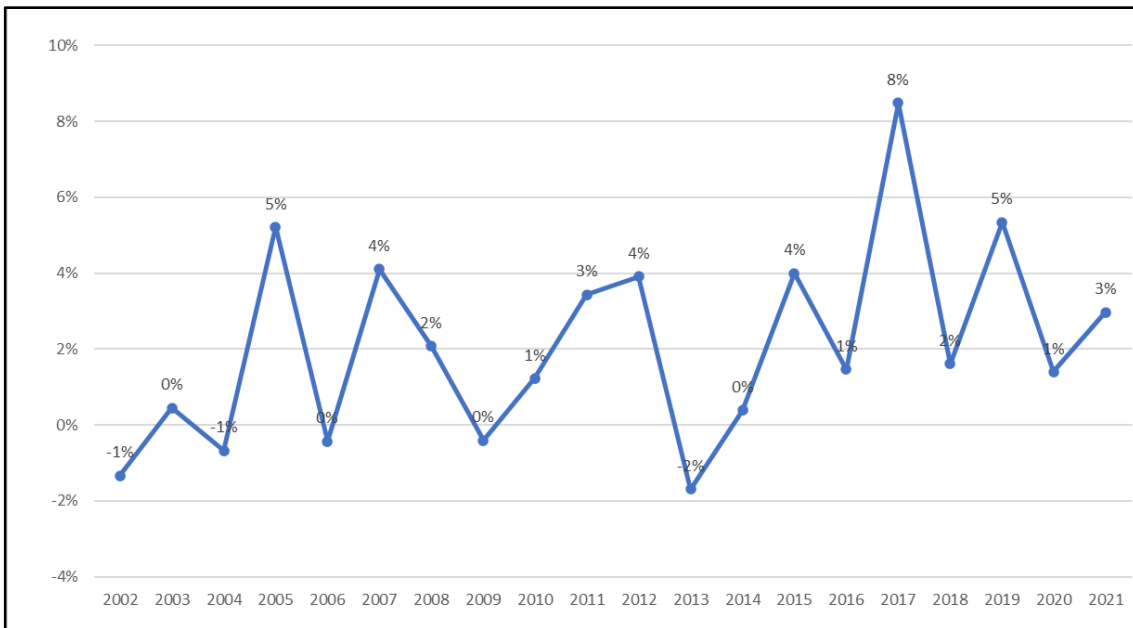
Gráfico 4 - Número de suicídios realizados no Brasil nos últimos 20 anos (2001 a 2021).



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no IPEA - 2001 a 2019 (disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/83>) e no SIM - 2020 e 2021 (disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/>).

Percentualmente obtivemos períodos de estabilidade, declínio e crescimento ao longo dos últimos 20 anos, com destaque aos períodos 2004-2005 (+5%), 2006-2007 (+4%), 2011-2012 (+4%), 2014-2015 (+4%), 2018-2019 (+5%) e principalmente 2016-2017 que obteve o maior aumento da série (+8%). Os períodos que não obtiveram aumento percentual foram 2002-2003, 2005-2006, 2008-2009 e 2013-2014 (0%) e os períodos com declínio foram 2001-2002 e 2003-2004 (-1%) e 2012-2013 (-2%), como observamos no gráfico 5.

Gráfico 5 - Aumento percentual da taxa de suicídios realizados no Brasil ao longo dos últimos 20 anos (2001 a 2021).



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no IPEA - 2001 a 2019 (disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/323>) e no SIM (disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/>) junto ao IBGE - Estimativas de População - 2020 e 2021 (disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente>).

O manual afirma que: “processos de risco relacionados ao contexto familiar se destacam entre os fatores que predisõem a ocorrência de ambos” (p. 25), informação que destoa da cartilha Informando para Prevenir (ABP, 2014) que coloca a tentativa prévia e os transtornos mentais como principais fatores de risco. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos posicionou o suicídio na esfera dos problemas familiares, afirmando que “grande parte dos adolescentes vítimas do suicídio enfrentavam algum problema familiar ou sofriam por necessitar de proteção ou de algum tipo de apoio psicossocial”, o que traduz um reducionismo em forma de causalidade: opta-se pelo suicídio pois há um problema familiar ou uma necessidade de apoio e proteção.

Além disso, carrega uma moralidade de um ideal de família protetora, que poderia impedir o acontecimento. Logo, em via oposta, se algo acontece, opera uma culpabilização dos familiares que não foram bons o suficiente. Na visão patológica que citamos anteriormente, a culpa se aloca em uma não vigilância: teria acontecido pois o deixaram sozinho e ninguém pode ver para impedir. Terezinha, a mãe que citamos anteriormente, escreveu um livro chamado “Pequeno Dicionário do Luto: Uma reflexão sobre as palavras no luto por Suicídio” (MAXIMO, 2021). Uma das palavras abordadas é a culpa. Além da culpa dos familiares por

não terem observado os sinais de que os profissionais tanto falam, também está presente a “culpa por não ser uma família perfeita” (p. 34). A culpa descrita por Terezinha dialoga com a teoria da família indicada no manual:

Como destacamos, há vários fatos que nos deixam culpados, um deles é que na prevenção existem os fatores de proteção, o principal é a família e nós como famílias nos sentimos fracassados, envergonhados e com medo dos julgamentos. Também escutamos que suicídios acontecem em famílias disfuncionais, e para não sermos apontados desta forma, nos recolhemos e não gostamos de falar no assunto com quem não passou pelo mesmo, pois ao compartilharmos nossas vivências, constatamos que somos rotulados o tempo todo (MAXIMO, 2021, p. 32).

A estratégia que coloca a família no centro da responsabilidade pelos suicídios se depara com a vida real: suicídios acontecem em lares de pais separados e em lares onde casais estão juntos há bastante tempo, com filhos presentes ou ausentes, em casais cheios de amor e companheirismo, com pessoas em tratamento e sem tratamento etc. (MAXIMO, 2021). No fundo, ela relata que fica a frustração e novamente a culpa:

Culpa por não termos sido a família como daqueles comerciais de margarina que tantos profissionais da área de saúde, da educação e os religiosos preconizam que há. Insistem que, quando se segue a receita e exemplos, suicídios não acontecem e se aconteceu, algo de errado existe na família (p. 34).

A perspectiva terapêutica indicada é a logoterapia e o manual naturaliza a questão do “saber por que viver” como inerente e pulsional a todas as existências e colocam a ausência de resposta como propulsora dos comportamentos suicidas. No entanto, a própria morte voluntária pode ser carregada de “sentidos”, o ser humano tem suas motivações em diversas ações, entre elas o viver e o morrer.

Há também uma visão reduzida das teorias e práticas psicológicas ao afirmarem que “a psicologia atual segue a vertente positiva que reconhece o potencial de cada sujeito em reverter o quadro psíquico no qual se encontra, a partir da ativação das redes internas (mnemônicas/cognitivas e comportamentais) e psicossociais de suporte” (p. 32), deixam de lado outras abordagens como, por exemplo, a psicologia fenomenológico-existencial e a psicanálise, que não trabalham com esses pressupostos, assim como muitas outras psicologias.

Em relação ao estudo sobre os efeitos da aplicação da logoterapia, gostaríamos de indicar algumas limitações observadas por nós:

- Constatou o aumento da identificação do sentido da vida, mas das duas intervenções, apenas esse grupo realmente tinha tal finalidade.
- O grupo experimental (logoterapia) apresentou diminuição nos índices de depressão, diferentemente do grupo controle. No entanto, este último se refere apenas ao

“tratamento médico tradicional”, o que não é especificado no texto e deixa de lado outros tipos de intervenção, tratamento ou acolhimento.

- O estudo não se ocupa de taxas de suicídio propriamente ditas, apenas associa que a diminuição da depressão e o aumento da identificação com o sentido da vida seriam eficazes para a prevenção. Há um salto interpretativo na descrição dos resultados.

Em relação às iniciativas sugeridas no documento para políticas públicas, também gostaríamos de realizar alguns apontamentos.

- Na dimensão social:
  - Há a indicação de uma promoção de cultura de valorização da família, mas não define que cultura seria essa e como seria valorizada;
  - O fornecimento de meios de acesso a trabalho voluntário, que se baseia numa compreensão de que este diminuiria a propensão à depressão e propõe parceria com clínicas de atendimento psiquiátrico nos parece um pouco preocupante, principalmente num cenário onde observamos o crescimento de instituições que vinculam trabalho e “cura” - como é o caso das comunidades terapêuticas, que acumulam uma série de denúncias de funcionamento indevido (CFP, 2018);
  - Consideramos relevante a facilitação de acesso ao emprego e aos estudos, uma vez que o desemprego é considerado um atravessamento importante conforme diversos documentos analisados em nossa pesquisa.
- Na dimensão espiritual:
  - Parcerias com instituições religiosas - No entanto, não explicam como, nem porque, apenas dizem que estas podem ser grandes aliadas. Considerando que o Estado é laico, basear uma política pública em fundamentos religiosos específicos nos parece inadequado. Apesar disso, no início do texto há uma afirmação de que o suicídio e a autolesão possuem “elevados índices, **independente de credo**, classe social, cultura etc.” (p. 9, grifo nosso).
- Na dimensão biológica:
  - Promoção de ações esportivas e facilitação do acesso - Restringe tal ação ao âmbito biológico e não explicita como tais ações impactam na prevenção;
- Na dimensão psicológica:
  - O apoio às ações realizadas pelo Ministério da Saúde e integração da perspectiva da família para a notificação dos casos de suicídio e automutilação não fica claro em termos operacionais no texto, mas novamente chamamos atenção para a

naturalização da relação familiar como necessariamente positiva, o que nem sempre é a realidade.

Ao final do manual, há a seguinte afirmação: “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” (p. 35), no entanto, há também uma contradição: “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**” (p. 35). O que fazemos quando a família não está presente? E se a família estiver dentro das motivações da pessoa para o ato? E se, lembrando dos relatos de Terezinha, a família estiver presente e mesmo assim a morte voluntária se concretizar? Depositando a responsabilidade na família, resta-nos a culpa de não ter sido “capaz” de impedir o que - teoricamente - era “evitável”.

#### **h) Cartilha “Falando Abertamente Sobre Suicídio” - Centro de Valorização da Vida (2017)**

Ao afirmar que vários motivos podem levar alguém ao suicídio, a cartilha parece desviar da perspectiva causalista, apontando que podem estar em jogos diversos motivações e situações. Apesar de apontar o suicídio como “parte da natureza humana” (p. 2), enfatiza a ocorrência nas pessoas que estão “exaustas por dentro” e “emocionalmente fragilizadas” diante de situações que despertam possibilidade de suicídio. Essa visão pode indicar que o problema está em uma força interior da pessoa e não na relação dela com suas motivações, com seus pares, com o mundo que habita.

Quanto à categoria de sexualidade e gênero, as causas culturais e preconceitos sociais, apesar de serem pontos importantes de atenção e direcionamento de políticas públicas, não devem ser as únicas analisadas. Devemos ficar atentos ao reconhecermos que nem toda motivação estará necessariamente relacionada à sexualidade - uma pessoa homossexual, por exemplo, poderia decidir pôr fim à sua vida por outros atravessamentos que não incluem sua orientação sexual.

Ao afirmar que é muito comum a presença de transtornos mentais em situações de suicídio, segue a moral patológica de predominância dos transtornos em correlação com os comportamentos suicidas. Também condicionam a possibilidade de desistir do ato ao recebimento de ajuda, mas nesta colocação, deixa de fora a possibilidade de a pessoa recuar por

si mesma e enfatiza uma interioridade que serviria apenas para deixar sair algo (observado na expressão “colocar para fora”), abdicando da perspectiva relacional dos acolhimentos.

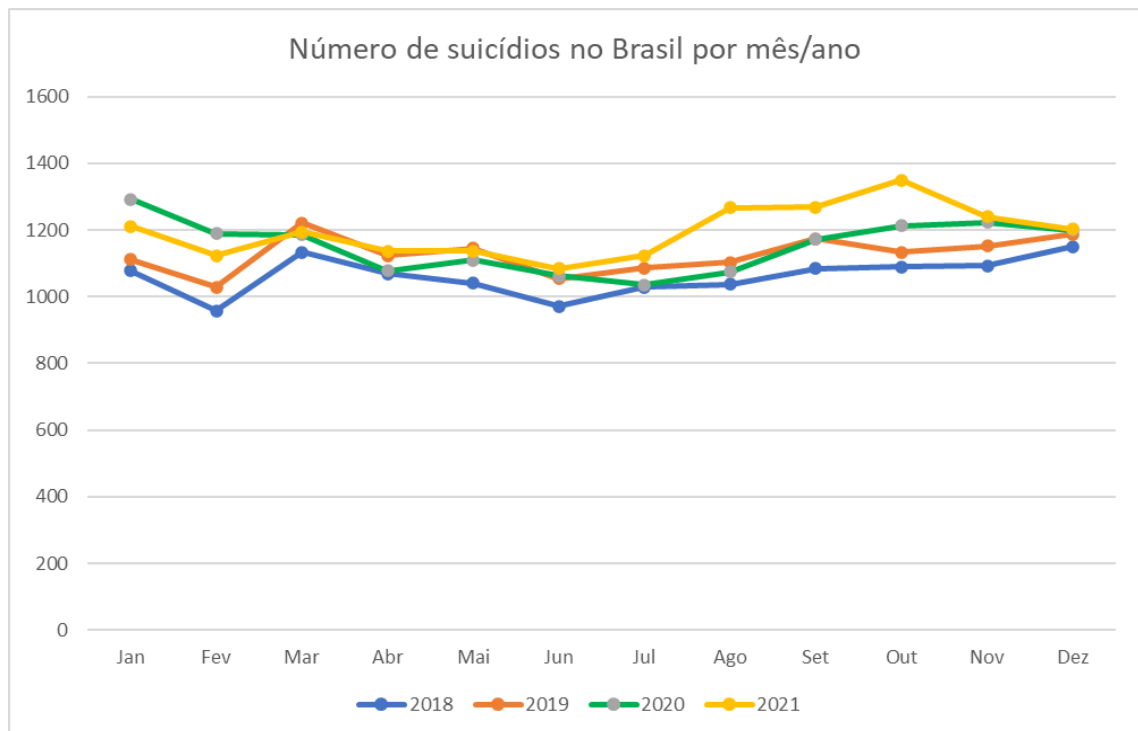
O CVV relaciona alguns sinais como pedido de ajuda, mas, apesar de apontar que não deve haver culpa ou responsabilidade por não terem percebido os sinais, uma vez que seriam de difícil identificação, operam numa razão generalizante e causalista, onde determinadas ações são naturalmente relacionadas a um desejo de pôr fim à vida, como doar objetos a que se era apegado ou dizer que os outros serão mais felizes sem a pessoa em questão (exemplos citados pela instituição). Alguns valores parecem comuns a outros documentos analisados nessa pesquisa: a centralidade da família, da religião – que de modo geral considera o suicídio um pecado - e de aspectos psíquicos, como a autoestima e o sentimento de utilidade - que ainda opera numa lógica de ter que ser útil para viver, uma lógica capitalista.

## 2.2. PREVENÇÃO A QUALQUER CUSTO?

No relatório da OMS (2021b), há uma série de codificações que tentam enquadrar o ato de pôr fim à vida, tais como sexo, idade e classe social. Certamente é possível ser afetado por uma ou mais dessas condições, somos atravessados constantemente por uma série de fatores em nossa relação com o mundo. No entanto, seria possível prever o comportamento humano com tamanha exatidão? Nosso questionamento se dá diante da pergunta se seria possível encontrar causas e assim antecipar preventivamente o fenômeno antes que ele mesmo apareça.

Nos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, analisando os anos 2018 a 2021, não observamos queda de ocorrências no período que abarca a campanha Setembro Amarelo, pelo contrário, parece exibir índices ainda mais altos (gráfico 6). Tal correlação é insuficiente para avaliar a eficácia da campanha, no entanto, é um ponto onde também podemos direcionar nossa atenção.

Gráfico 6 - Quantidade de suicídios realizados no Brasil mensalmente ao longo dos anos 2018, 2019, 2020 e 2021.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade (disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/>).

Todos esses dados encontrados e analisados são extremamente complexos, não há como atribuir relações simplistas de causa e efeito ou análises rasas sobre as razões envolvidas. No

entanto, podemos afirmar que mesmo com todos os esforços, o suicídio não só continua acontecendo, como cresce sua incidência a cada ano, o que nos levanta novamente a questão: quais são as lacunas presentes no modo como a prevenção tem sido tomada?

Nossa questão é posicionar o suicídio como uma possibilidade existencial a todo aquele que vive, logo, ressaltar a necessidade de atuação no campo comunitário, na vida cotidiana, fora do pensamento calculante que ao colocar os sinais, calcula, antecipa e assim busca prever. E nesse caminho, abrir espaço para um pensamento que se demora na questão para que o sentido de terminar com a própria vida possa aparecer em sua complexidade.

Silva (2018) afirma que “imersos no horizonte da técnica, somos tomados por uma visada instrumental, que a partir de um obscurecimento, enxerga a lógica do controle como única possibilidade” (p. 10). Essa é a forma que predominantemente o suicídio é abordado na produção acadêmica e nos noticiários: prever para controlar. O suicídio é classificado como um tipo de morte violenta, mas consideramos relevante a afirmação de Magliano (2018) de que “[...] os discursos disciplinares, a modalidade e o estigma a que são submetidos esses indivíduos também o são” (p. 25).

No blog do CVV, há uma matéria intitulada “O alarme do sentimento suicida” onde o terapeuta americano Will Hall fala sobre a necessidade da escuta, pois se tentarmos desligar o alarme sem identificar onde está o fogo, a chance de mudança é baixa. Ele também se apresenta como sobrevivente do suicídio e critica a internação hospitalar forçada:

É como se agora que eu tive a força e consegui falar sobre o meu sentimento, eu estivesse sendo punido por isso. Na minha experiência, isso foi muito ruim pra mim. Eu fiquei muito vulnerável e sensível, senti muito medo, fui restrito e isso fez com que, na verdade, aumentasse a minha necessidade de isolamento (CVV, c2023).

Nessa previsão para controlar, ou seja, nessa antecipação, Feijoo (2021, p. 274) relata um encaminhamento ao núcleo de atuação clínica (NAC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), de uma menina de 12 anos que dizia não temer a morte. Não relatou nenhum problema a tratar, tinha boas relações com os amigos e familiares, mas ia contra a norma social de repulsa frente à temática da morte. Independente de tudo isso, agora carregaria consigo o rótulo e o temor dos familiares e profissionais diante de uma suicida em potencial. Este cenário se dá a partir de uma concepção hegemônica onde a morte deve ser temida por todos e, no caráter preventivo, o contrário disso é considerado um sinal de alerta que desconsidera quaisquer outros sentidos envolvidos na fala da criança. Tal exemplo deixa clara a precariedade dos modelos preventivos baseados em predição e controle. Essa concepção reducionista não surge descontextualizada, pelo contrário, está intimamente ligada ao nosso horizonte histórico,

a uma estrutura social, um jogo de forças em que o saber repercute também no modo de pensar e agir das profissões, dentre elas a Psicologia.

Lessa (2018), em seu texto “Um Estudo Sobre A Moralização Do Suicídio”, demonstra a historicidade do fenômeno que já foi considerado como feito heroico, como pecado, como crime contra o Estado e atualmente como consequência de um transtorno mental. A autora afirma que em tempos mais remotos, os gregos não carregavam a visão moral acerca do suicídio, esta foi surgindo em outros contextos: Pitágoras o definia como um atentado aos deuses, Platão posicionava a vida como um dever com a divindade e Aristóteles a via como um dever com a cidade, sendo a morte voluntária um ferimento social. Já os epicuristas e estoicos defendiam a liberdade e a possibilidade de encerrar suas vidas quando considerassem que estas não estivessem sendo suficientemente boas. O cristianismo também passa a condenar o suicídio, proibição que se liga à uma determinada organização social, onde os escravos não podem dar prejuízo aos seus senhores pondo fim às suas vidas.

As penalidades duraram bastante tempo. Nos anos 1700 e 1800, ainda eram realizadas punições ao corpo daquele que pôs fim à sua própria vida, como prisões e confisco de bens e títulos. Já em 1969, um adolescente que tentou suicídio foi condenado ao açoite com vara pelo tribunal da Ilha de Man. Pouco a pouco, a ação é atribuída à loucura, à desrazão, aos transtornos mentais. Cai a lei divina e a lei do Estado, dando lugar ao poder biomédico, transicionando o crime e o pecado ao status de doença (LESSA, 2018).

Quando falamos da restrição de meios, o IPEA aponta um retrocesso na política brasileira quanto à regulação das armas de fogo. O Atlas da Violência de 2020 afirma que

Mesmo com todas as evidências científicas a favor do controle responsável das armas de fogo e pelo aperfeiçoamento do Estatuto do Desarmamento, a legislação instituída desde 2019 vai exatamente no sentido contrário. Até o momento de consolidação do presente relatório (julho de 2020), haviam sido exarados onze decretos, uma lei e quinze portarias do Exército que descaracterizaram o Estatuto, geraram incentivos à disseminação às armas de fogo e munição, e impuseram obstáculos à capacidade de rastreamento de munição utilizada em crimes (CERQUEIRA *et al.*, 2020, p. 11).

Em 2020, o registro de armas por civis teve um aumento de 91% em relação a 2019, segundo a Polícia Federal (BENTO, 2022). O que revela uma contradição quando analisamos junto às políticas de prevenção ao suicídio.

Como citamos anteriormente, o suicídio sofreu diversas atribuições de sentido ao longo do tempo: foi visto enquanto ato heroico ou covarde, crime, pecado e hoje é majoritariamente vinculado à patologia. Cada contexto histórico forjou um significado distinto e aquele em que nos encontramos atualmente, é produto e produtor de uma estigmatização do ato. Tal estigmatização impacta a vida daquele que é permanentemente considerado suicida, ao mesmo

tempo que precariza a própria epidemiologia, uma vez que acaba sendo subnotificado (OMS, 2021b), impactando o direcionamento de políticas públicas. Uma reportagem no jornal O Globo (2014) intitulada “Tabu é entrave a políticas públicas contra suicídio” afirma que

Falar sobre suicídio é tabu na maior parte dos países. E isso, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), está levando a dois problemas: pessoas que têm a ideia em mente não buscam ajuda; e, além disso, se a procuram, há pouca oferta de serviços de suporte em boa parte das nações (s/p).

Outro fator considerado é a limitação de direitos ou benefícios quando a morte se dá por suicídio, conforme o Art. 798 do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002): “o beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, observado o disposto no parágrafo único do artigo antecedente” (BRASIL, 2002, s/p).

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei 13.819/2019) trouxe uma alteração relevante no acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde, acrescentando à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o seguinte trecho: “Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do caput e o § 1º do art. 1º desta Lei **deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio**” (BRASIL, 2019, s/p, grifo nosso).

Infelizmente, a garantia legal de assistência, apesar de muito importante, ainda é insuficiente. Podemos observar a partir dos estudos de Sampaio e Boemer (2000 apud XAVIER, 2018) como o despreparo e o preconceito dos profissionais que atendem os pacientes que tentaram pôr fim à vida integram também esse aspecto violento. As autoras apresentam um relato a respeito de um auxiliar de enfermagem que ao atender uma dessas pessoas, dizia: “faz suas besteiras e depois vem dar trabalho pra nós; você trata de ficar quietinho senão eu vou ‘te conter’” (p. 273), novamente retornando ao caráter de julgamento do ato, violência e desvalorização daquele que tenta realizá-lo. Esse aspecto é essencial para pensarmos a formação profissional, afinal, quais os referenciais que psicólogos, enfermeiros, médicos, técnicos e outros trabalhadores compartilham em seu percurso acadêmico? Se a lógica hegemônica é a técnica, o ato continuará sendo enquadrado em moldes de patologia, erro, desrazão ou “besteira”, encerrando a oportunidade de fala e escuta daquele que questiona sua permanência na vida ou tenta pôr fim a ela.

De acordo com os dados do *Oxford Languages*, tutelar (adjetivo) significa: "1. que tem sob sua responsabilidade ou ação a guarda, a defesa ou a proteção de alguém ou algo. 2. relativo à tutela". Para tutela, encontramos a definição: "1. proteção exercida em relação a alguém ou a algo mais frágil. 2. encargo jurídico de velar por, representar na vida civil e administrar os bens

de menor, interdito ou pessoa desaparecida; tutoria. 3. a autoridade legal para fazê-lo; tutoria. 4. dependência, sujeição vexatória".

Optamos por utilizar o adjetivo "tutelar" para ilustrar como aquele que pensa em pôr fim à sua vida é posicionado como frágil, dependente, interdito e, em última instância, considerado incapaz de agir por si mesmo. Magliano (2018) nos auxilia nesta reflexão ao dizer que “enquanto psicólogos não podemos deliberar autoritariamente sobre o existir alheio” (p. 36). E prossegue:

Ao mantermos o suicídio tabu, aquele que manifesta tal ideiação não encontra muito espaço de expressão e acolhimento. Ao contrário, torna-se prontamente alguém ou excluído ou vigiado ou tutelado. [...] a nós psicólogos não cabe pré-julgar, enfim, aquilo que somos convocados a compreender (p. 37).

Desse modo, a imediata repulsa demonstrada por muitos profissionais ao tentarem pôr fim ao discurso daquele que decide falar sobre sua (in)decisão por viver ou não (FEIJOO, 2019), compromete o próprio acolhimento, que está mais preocupado em controlar o sujeito do que em escutá-lo independente de suas decisões.

Entendemos que ao tomar uma posição de prevenção antes que o fenômeno se mostre, estaremos muito mais atuando no sentido de dificultar a sua mostração, uma vez que, de antemão, estamos muito mais atentos a evitar o ato do que propriamente às razões ou aos motivos que mobilizam o querer pôr fim à vida (Feijoo, 2018, p. 88).

Não é à toa a utilização do termo ‘preocupado’. É de fato uma preocupação em termos *heideggerianos*, na forma de indiferença e substituição (SANTOS; SÁ, 2013; SILVA, 2018), uma vez que se tem a intenção de naturalizar os sentidos do outro como dados, fazer por ele e, em última via, tutelá-lo, retirando suas possibilidades de ele mesmo saber o que quer e o que pode, conforme aponta Feijoo (2019):

E cada vez que dizemos ao outro como proceder e, afinal, o que ele deve fazer, mais esse homem esquece-se da possibilidade existencial de saber o que afinal ele quer e ele pode. A psicologia que segue mais especificamente um modelo disciplinar vai passar a dizer como o outro deve proceder e o que ele é. Assim, rouba do homem a possibilidade de ele mesmo se encontrar em seu sentido (p. 164).

Diante desta historicidade, buscamos clarear as chaves hermenêuticas presentes na atual concepção hegemônica, ou seja, temos como intuito discorrer sobre os atravessamentos do nosso tempo que circulam nossa relação com a morte voluntária de determinada forma, como se este modo fosse a melhor ou a única possível. A atitude fenomenológica possibilita o estranhamento necessário à desconstrução das verdades estabelecidas.

Queiroz (2018) relaciona tal perspectiva ao modelo da história natural da doença, onde há uma relação entre a exposição ao agente patógeno e a vulnerabilidade do hospedeiro em cadeias lineares de causalidade, onde poderíamos intervir com determinados métodos

calculados previamente. Para o suicídio, há essa mesma ideia de linearidade entre o processo de identificação dos fatores ou populações de risco e a intervenção antecipadora através de sinais ou escalas de risco. A partir da identificação, são realizadas diversas ações tutelares visando a contenção do ato, como a internação, a medicação, a vigilância constante, dentre outras. Em contrapartida, podemos afirmar que

Pensar o suicídio sob o ponto de vista existencial exige assumirmos uma postura fenomenológica, ou seja, que tomemos uma atitude antinatural de modo a nos aproximar do fenômeno sem partir de premissas acerca do suicídio como doença, patologia, sofrimento, desespero, controle (FEIJOO, 2019, p. 165).

Nós, enquanto psicólogas, questionamos este lugar da psicologia como um modelo disciplinar. Acreditamos que a existência se dá de uma forma imprevisível e mutável, não sendo possível determinar o que alguém é ou pode ser, muito menos controlá-lo a partir de tal postura.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou o livro “O Suicídio e os Desafios para a Psicologia” que é fruto da transcrição dos debates online “Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica” e “Suicídio: o luto dos sobreviventes”, realizados pelo CFP, respectivamente, em 24 de julho e 21 agosto de 2013. Optamos por destacar esse documento dos demais analisados pois, de modo geral, não propõe diretrizes de enfrentamento, mas sim reflexões acerca dos fenômenos.

A primeira parte do livro é nomeada como “Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica”. No primeiro capítulo, o psicólogo Berenchein Netto discute o modo como a morte é um tabu especialmente na sociedade capitalista, uma sociedade onde não se gosta e não se quer ouvir falar de morte, o que leva a uma busca desenfreada pela manutenção da vida.

Retornamos à Augusto (1989) que afirma que as intervenções do Estado são formas de manifestação do padrão de domínio existente na sociedade e é esse padrão de repulsa à morte e busca por controle que torna o suicídio uma questão de interesse geral, um problema político. Nesse sentido, a morte voluntária caminha na contramão da ciência e pode ser compreendida como uma contestação do suposto poder médico que busca essa manutenção da vida a qualquer custo. Também caminha na contramão da sanidade, pois nessa lógica da manutenção da vida, aquele que deseja a morte voluntária só poderia ser considerado louco. A desqualificação e estigmatização da morte voluntária é uma forma de silenciamento, uma vez que, transformada em insanidade ou descontrole, impede que apareça aquilo que o sujeito poderia dizer. O psicólogo afirma que “há que se pensar que toda e qualquer morte traz à tona algo sobre a sociedade em que ela acontece” (p. 17).

Berenchtein cita um trecho de uma entrevista que foi publicada no PSI, Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP-SP), no ano de 2003, que afirma que os fatores determinantes do suicídio são múltiplos e de interação complexa, mas em seguida afirmam que cerca de 90 % dos casos e 40% das tentativas de suicídio estão associados a transtornos mentais, principalmente depressão e abuso de substâncias psicoativas. Ele questiona a entrevista da seguinte maneira:

Ao mesmo tempo em que se afirma que os fatores determinantes são múltiplos e de interação complexa, na sequência, afirma-se que mais de 90% dos casos de suicídio concretizados estão relacionados aos transtornos mentais, à depressão e ao abuso de substâncias psicoativas. Não teriam tais fatores também determinantes múltiplos e de interação complexa? (p. 18).

Outra citação é sobre uma entrevista concedida à revista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), pelo professor Neury Botega, uma das grandes referências dos estudos sobre suicídio em nosso país, onde ele afirma que “em 97% dos casos, segundo vários levantamentos internacionais, o suicídio é um marcador de sofrimento psíquico ou de transtornos psiquiátricos” (BOTEGA, 2010 apud CFP, 2013, p. 19). Berenchtein aponta a importância de esclarecer que sofrimento psíquico e transtorno psiquiátrico não são sinônimos.

Quero ressaltar que, com isso, o sofrimento psíquico é algo da ordem da vivência, algo da ordem da existência, todos nós mais hora ou menos hora, em maior ou em menor intensidade, desenvolvemos sofrimentos psíquicos, o que não é exatamente a mesma coisa no que se refere aos transtornos psiquiátricos (p. 19).

Essa consideração nos parece relevante, uma vez que a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio passa a usar a expressão “sofrimento psíquico” ao invés de transtorno mental.

O palestrante afirma que a sociedade capitalista é marcada pela exploração, opressão, desigualdade, competitividade e individualismo, e questiona onde estão esses elementos quando analisamos as ideações, tentativas e suicídios consumados. Afirma, de modo crítico, que o que temos feito enquanto profissionais da saúde é adaptar os indivíduos e incutir-lhes a ideia de que são os únicos responsáveis por seus sucessos e fracassos. É a armação apontada por Han (2018) que descrevemos anteriormente, onde o poder inteligente posiciona os sucessos e fracassos nos esforços individuais, tornando o indivíduo seu próprio algoz.

Ainda no livro do CFP, encontramos a afirmação que o suicídio acontecia frequentemente entre os escravizados e buscava-se um modo de diminuir sua ocorrência sem alterar o regime de escravidão. Do mesmo modo, o psicólogo aponta que estamos buscando o mesmo na sociedade capitalista, reduzir ocorrências sem alterar a ordem social, “sem alterar

aquilo que faz com que as pessoas desejem e busquem pelas próprias mortes” (CFP, 2013, p. 21).

Quantas vezes faz-se com que o sujeito permaneça vivo, mas sem lhes dar qualquer condição de entender por que ele está buscando a morte, por que ele está desejando essa morte. Ele simplesmente continua suportando aquela condição por achar que é um pecado, por não querer causar um transtorno ainda maior para sua família, acaba suportando essa condição miserável de vida que lhe é imposta, sem sequer questioná-la, muitas vezes por não compreendê-la, ou não saber ou acreditar que é possível mudá-la (p. 22).

A medicalização da vida serve ao mesmo propósito. Quando o diagnóstico e a prescrição de psicofármacos são feitos de forma irresponsável ou banalizada, ocorre a transformação de questões existenciais em questões de ordem médica. A explicação para os fenômenos do suicídio passa a ser a presença de um transtorno mental e a solução comumente é o uso de um (ou vários) psicotrópico(s).

[...] é oferecida como solução a utilização de psicofármacos, que em absoluto transformam a realidade adoecedora em que vivemos, mas que, ao atuar em nossa química orgânica, dá-nos uma percepção distinta dessa realidade, que permanece a mesma, aquela, que até então nos fazia desejar a morte (p. 22).

O segundo capítulo da publicação, referente à fala da psicóloga Blanca Werlang, aponta o aumento da ocorrência do suicídio nas últimas quatro décadas e destaca o crescimento especialmente na população de adolescentes e jovens adultos. Blanca aponta que são fases em que o indivíduo escolhe a ocupação, a profissão e o parceiro para viver, posicionando o assunto como impactante nesse sentido por influenciar termos emocionais e econômicos. Não há uma descrição detalhada sobre o que seriam esses termos, mas nos parece que novamente o sujeito é colocado como um recurso, um trabalhador perdido para o suicídio, e, por isso, um impacto econômico. A psicóloga afirma que “há sempre uma vulnerabilidade psíquica que precisa ser compreendida” (p. 28) e tal afirmação insere os comportamentos suicidas em um problema no psiquismo. Se pensarmos nos diversos atravessamentos existenciais que podem estar presentes, a vulnerabilidade não estará no psíquico, mas sim nas relações que o ser estabelece no mundo em que vive.

O terceiro capítulo, referente à fala da psicóloga e psicanalista Soraya Carvalho Rigo, traz uma perspectiva mais voltada à clínica psicanalítica do suicídio. A abordagem de Soraya é majoritariamente voltada para a ligação entre suicídio e depressão, realizando um trabalho clínico há 22 anos com pessoas em risco de suicídio no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (Neps), uma instituição pública que faz parte do Centro de Informações Antiveneno (Ciave), centro de referência em toxicologia ligado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Ela informa que o Neps disponibiliza acompanhamento psicológico, psiquiátrico e terapia ocupacional. Também promove reuniões informativas sobre depressão e suicídio com as famílias e realiza cursos de capacitação com profissionais de saúde para que possam reconhecer os sinais e sintomas que indiquem risco de suicídio e encaminhar precocemente os pacientes para tratamento. Essa perspectiva opera através da previsão e controle, buscando antecipar através da observação dos profissionais a possibilidade dos comportamentos suicidas.

Soraya aponta que apesar de alguns estudos relacionarem o suicídio a transtornos mentais, principalmente à depressão, esquizofrenia e alcoolismo, outros estudos mostram que “apenas 15% a 20% das pessoas com depressão se suicidam” (p. 32). Assim, posiciona a depressão como fator de risco e não como causa. Podemos recorrer à fala de Berenchtein no primeiro capítulo em relação à multiplicidade de determinantes para o diagnóstico (CFP, 2013), para questionar se olhar para esses determinantes não poderia ser um caminho mais interessante do que olhar apenas para a existência ou não de um diagnóstico psiquiátrico.

A psicanalista também faz uma crítica à sociedade orientada pela lógica capitalista, onde impera um discurso imperativo de gozo e de satisfação. Segundo ela, nesse discurso “não há lugar para a tristeza, para a falha, ou mesmo para a dor” (p. 33). Disto decorrem duas conclusões da palestrante: que o suicídio é uma forma de livramento da angústia provocada pela incapacidade de atender às expectativas do Outro e, ao mesmo tempo, uma forma de desestabilização social, uma vez que subverte a ordem médica, contraria as leis cristãs e desafia a lógica capitalista.

Um dos trabalhos apontados por Soraya é informar e instrumentalizar familiares e profissionais para que não façam julgamentos baseados em valores equivocados e que condenem o paciente. Compreendemos que falar sobre morte e suicídio na sociedade é uma forma de abrir espaço para que seja possível pedir ajuda sem medo, seja este medo do julgamento, da condenação, da medicação forçada, da internação ou de qualquer outra coisa. É preciso poder falar e, do outro lado, é preciso poder ouvir. Há nesse capítulo um relato da autora de um atendimento que trazemos a seguir:

Em sua primeira consulta no ambulatório do Neps, um paciente, logo que entrou na sala, disse: “Eu não vinha porque eu não tinha o dinheiro para o transporte”. Ele morava muito longe e chegou com três horas de atraso para o atendimento. Ao sair de casa, sua mulher lhe perguntou como iria à consulta se estava sem dinheiro. Ele lhe respondeu: “Vou a pé e volto com uma música”. Eu lhe perguntei: “Como assim, volta com uma música?” E ele me respondeu: “Ah, é porque eu faço música”. E eu falei: “Você faz música? Então canta uma música sua para eu ouvir”. Ele ficou tão impactado com o que eu havia lhe dito e deixou escapar: “Poxa, é a primeira vez em minha vida que alguém me pede para eu cantar uma música minha” (p. 38).

Situar a prevenção do suicídio exclusivamente no tratamento farmacológico nos parece uma perda considerável de outras possibilidades de trabalho, de escuta e de produção de vida.

### 3. PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO? OUTROS OLHARES PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A terceira etapa do método fenomenológico-hermenêutico é a construção. Segundo Feijoo (2023), na construção devemos nos afastar de perspectivas explicativas e dicotômicas dos fenômenos para compreendermos como eles se constituem em um tempo historicamente constituído.

No capítulo anterior, analisamos alguns documentos que discutem a prevenção suicídio no âmbito das políticas públicas e na esfera das diretrizes profissionais. Observamos que o modo de prevenir tem sido orientado hegemonicamente pela composição técnica do mundo: tomar como objeto, prever e controlar.

De que modo essa composição se apresenta? Dentre os fundamentos encontrados em nossa análise, destacamos os seguintes:

**Previsão e controle:** diretamente representado pelo pensamento calculante descrito por Heidegger, que orienta a ciência moderna, tomando o ser enquanto objeto mensurável. Trata da crença na possibilidade de identificar sinais padronizados que apontem risco, antecipando comportamentos e tutelando as pessoas para que não cometam o ato.

**Patologização da vida:** afirmação de que a maioria das pessoas que cometem suicídio possuem um transtorno mental (96,8%), explicando os comportamentos suicidas a partir da existência de um diagnóstico psicopatológico, desconsiderando as condições de existência e até mesmo de adoecimento dessas pessoas, transformando questões sociais, políticas, morais, culturais e/ou existenciais em questões de ordem médica.

**Moralização e culpabilização familiar:** responsabilização da família na proteção ou influência para o suicídio e compreensão do núcleo familiar enquanto naturalmente bom para todos. Quando ocorre um suicídio, a família é culpabilizada por ser considerada disfuncional, problemática ou incapaz de notar os sinais supostamente apresentados pela pessoa.

**Omissão dos processos de vulnerabilização:** apontamento de diversas populações vulneráveis, definidas estatisticamente pelos índices de ocorrências, sem problematizar tais números. Desse modo, deixam de lado as violências sofridas historicamente por diversas populações, como os povos originários, e outras violências e processos de vulnerabilização como o desemprego, a falta de moradia, dentre outros.

Apesar dos esforços para a prevenção, vemos que os índices seguem crescentes. Questionamentos sobre o que poderia estar oculto nesse modo de desencobrimento. Em decorrência do tempo disponível para a execução de nossa pesquisa, faremos breves apontamentos acerca de outras possibilidades de trabalho com os fenômenos do suicídio.

Apresentaremos alguns trabalhos de base fenomenológico-existencial que podem servir de exemplo para outro modo de acolher aqueles que pensam em pôr fim à própria vida, considerando aspectos que ficariam ocultos no modo de ver da ciência moderna.

Feijoo (2021) aponta que algumas perspectivas psicológicas possuem modelos normativos e adaptativos e que, no caso do suicídio, a norma posicionada é a base patológica e a adaptação normalmente acontece pela via medicamentosa. O trabalho da autora busca sustentar uma crítica ou destruição fenomenológica de tais modelos.

Assim como a autora, encontramos o seguinte dilema: como não assumir uma postura policialesca e, ao mesmo tempo, não agir na indiferença - sem preocupação com aqueles que pensam em suicídio? Para ela, são necessários locais destinados ao atendimento, profissionais qualificados e que se desloquem para os espaços em que ocorrem aumentos de casos de suicídio. Derrubar tabus, preconceitos e estereótipos é uma forma de sustentar a dignidade daqueles que pensam na morte voluntária (FEIJOO, 2021).

O Laboratório de Fenomenologia e Psicologia Existencial (LAFEPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tem desenvolvido uma série de pesquisas e práticas de atenção ao suicídio sob coordenação da professora Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo. Em 2016, o LAFEPE iniciou seu primeiro projeto sobre suicídio, criando um núcleo de atendimento psicológico na perspectiva fenomenológico-existencial, voltado para pessoas que apresentavam ideias suicidas e/ou tentativas de suicídio, assim como proporcionar maior preparo dos profissionais e estudantes de Psicologia nessa área de atuação.

O projeto constatou que um número significativo de pessoas procura ajuda antes de cometer o ato, justificando a pertinência e criação de núcleos de atendimento clínico com pessoas devidamente preparadas para lidar com a situação. Assim, foi criado o Núcleo de Atuação Clínica (NAC/UERJ), com ações destinadas a pessoas em risco de suicídio. Para incidir sobre a formação profissional, foi oferecida uma disciplina eletiva que versava sobre suicídio e luto, tanto para a graduação, quanto para a pós-graduação na UERJ (FEIJOO, 2021).

Posteriormente, diante da reação dos pais ao receberem a notícia do óbito de seu filho por motivo de suicídio, o LAFEPE identificou a necessidade de atuar junto aos pais enlutados. Foram encontradas diversas reportagens relatando como os pais sentiam o ocorrido. A experiência dos pais enlutados comporta sentimentos como tristeza, culpa, vergonha e raiva, articulados à concepção de morte da modernidade, algo repulsivo até mesmo de ser falado.

Alguns pais relatam o desejo de fazer o mesmo que os filhos, o que indica a necessidade de acolhimento dos mesmos. Nos relatos foi observado que nem sempre há sinais para observar,

assim como nem todo sinal é realmente um indicativo de ideação suicida, como discutimos ao longo dessa pesquisa.

A família facilmente é vista pela sociedade como disfuncional e/ou negligente, que teria provocado o ato a partir de suas supostas dinâmicas prejudiciais e foi supostamente incapaz de enxergar o desenrolar da situação. Nesse sentido, falar sobre a morte por suicídio pode ser um desafio ainda maior para os pais, pois, além de sua dor, lidam com diversos julgamentos que alimentam a vergonha e a culpa.

A análise do LAFEPE destacou os sentidos presentes nas experiências analisadas: o impacto e a impotência frente ao deparar-se com o filho morto; a despedida; a preocupação com a estigmatização da família; a ênfase nas características positivas do filho; a culpabilização dos outros ou de si mesmos; a saudade; a carta que ameniza a dor dos pais ao informar as motivações ou a ausência da mesma que mantém o desconhecimento das circunstâncias. A dor dos pais apareceu como algo do imensurável e atemporal e a atuação dos profissionais ocorre de modo a confirmar a dor do outro, compreendê-lo na sua dor e aguardar que da dor surja outra possibilidade de articulação com a vida (FEIJOO, 2021).

Em 2019, foi iniciada a terceira pesquisa sobre suicídio, ocupando-se da atuação do psicólogo junto à comunidade escolar.

A equipe é solicitada para atuação na comunidade escolar, contemplando três modalidades de trabalho: informativa, catártica e elucidativa. Quando ocorre uma situação de suicídio, a comunidade pode ficar abalada de diversas formas, conforme foi percebido pela equipe. Ocorre uma busca por informações, risco de contágio (desejo de fazer o mesmo), culpa, preocupação com questões pessoais, mobilização/indignação, busca por atendimento individual. É possível compartilhar informações em relação ao suicídio e aos locais onde é possível buscar ajuda, assim como promover atividades de expressão e catarse, e promover um espaço de troca entre a comunidade de alunos, pais e profissionais da escola acerca do assunto.

**Atuação clínica em situação:** trata do atendimento solicitado quando está ocorrendo uma tentativa de suicídio e a tentativa de intervenção ocorre no local. Diante do risco iminente, devemos ter um cuidado ainda maior com aquilo que tentamos fazer ou dizer, de modo que não devemos nos aproximar bruscamente e sem a autorização da pessoa, assim como não devemos tentar segurá-la, já que essas ações podem aumentar o impulso para que o ato ocorra e podem nos colocar em risco (principalmente nas situações onde a pessoa busca se atirar de um local alto e poderia nos levar junto se tentássemos contê-la).

Aquilo que dizemos também é de extrema relevância, todas as concepções prévias devem ser suspensas, não falamos que a família se importa com ela ou que tem amigos que a

amam, por exemplo, pois qualquer questão pode ser, na verdade, parte da motivação que a levou até tal situação. Ao invés disso, escutamos e buscamos algum fio apresentado na fala da própria pessoa que possa nos auxiliar na desistência do ato ou em aumentar a demora na indecisão para que algo possa ser feito.

**Atuação clínica em consultório:** há o interesse por uma lida diferente com a morte, onde a vida não seja tida como um bem supremo, que ela possa ser passível de desinteresse. Este espaço não deve ter como objetivo convencer aquele que busca ajuda, mas sim permitir que ele se demore em sua indecisão, para que outras possibilidades possam aparecer. Assim, cria-se um espaço que facilite “a expressão daquele que pensa em suicídio, totalmente livre do medo de falar e ser diagnosticado ou até internado à revelia” (FEIJOO, 2021, p. 270).

Para exemplificar, apresentaremos uma situação clínica acompanhada na perspectiva fenomenológico-existencial que dialoga com diversos fatores analisados no capítulo anterior.

### **Jujuba: o desafio de existir em um horizonte histórico racista**

Marta Ribeiro (2017) relata o desenrolar clínico de Jujuba, uma criança de nove anos que chega ao consultório dela encaminhada pela escola e pela Secretaria Municipal de Educação. Segundo a avó, Dona Moça, a criança já havia tentado suicídio algumas vezes: ingeriu álcool, jogou água sanitária no próprio corpo e ficou com queimaduras enormes, além de ter comido três tubos de pasta de dente. Ela já havia passado por diversos profissionais, médicos e psicólogos, e as hipóteses iam de transtornos alimentares a transtornos mentais como ansiedade e depressão (tratados com fármacos), ideações suicidas e até um transtorno obsessivo por produtos de limpeza foi sugestionado. Os relatos a descreviam como uma criança agressiva, irritada, que chorava demasiadamente sem motivo aparente. Na escola, relatavam que ela “apresentava comportamentos que perturbavam a ordem na sala de aula, agressividade, recusa a obedecer à professora, a realizar as tarefas obrigatórias, choro e desorganização” (p. 96).

Depois de todas essas informações, coube à psicóloga suspender o que soube e receber Jujuba para ver o que ela apresentaria de si. No início, Jujuba tentava cobrir suas feridas e cicatrizes e Marta decidiu não interrogar, já que ela parecia não querer falar sobre o assunto. A autora descreve a criança como “uma menina negra, de olhos cor de mel e cabelos crespos” (p. 99) e esse atendimento é especialmente marcado por um encontro: a psicóloga também era negra, de cabelos cacheados. A criança, por vezes, acariciava a pele da profissional, assim como seu cabelo, elogiando-os, ao contrário do modo como falava de sua própria pele e cabelo.

Ao longo dos atendimentos, Jujuba fala sobre sua rotina escolar. Ela estudava em uma escola de classe média na Região dos Lagos/RJ. Relata que a professora já disse que sua pele

era suja e que os colegas de classe implicavam com seu cabelo, nariz, boca, tom de pele e outros aspectos físicos. Em um determinado momento, ela produz um desenho: uma menina branca, de cabelos lisos loiros e olhos claros, a qual se refere como sendo ela mesma. Ao ser questionada pela psicóloga, responde: “É, tia, até parece que você não sabe. Ser preta é muito ruim. Às vezes eu gostaria de ser branquinha” (p. 107).

Com o tempo, a menina começa a falar sobre suas intenções com os atos tomados como tentativas de suicídio, as queimaduras e uso dos produtos de limpeza tinham o intuito de deixar sua pele mais clara, pois percebia esse efeito quando arrancava as casquinhas dos machucados, assim como desejava modificar seu cabelo. Cida Bento (2022) revela os efeitos do racismo através do pacto da branquitude, que não racializa a pele branca porque a tem como o padrão, como universal, sendo os não-brancos racializados enquanto “outros”. Ela afirma que nas escolas as professoras e as gestoras costumam ser brancas, assim como os brinquedos, os livros didáticos, os planos de aula e os projetos político-pedagógicos que dialogam apenas com a branquitude.

Infelizmente a experiência apresentada nessa situação clínica não é exceção. Bento (2022) conta sobre um relato que ouviu de uma jovem negra que falava sobre suas dificuldades para conseguir um cargo de liderança. Ela era experiente, fluente em três idiomas e pós-graduada na área de negócios na principal universidade de São Paulo que prepara lideranças. A jovem ouviu da consultora de recursos humanos que: “o seu perfil nas redes profissionais era muito ‘descolado’ (cabelo crespo, volumoso, roupa colorida), e que o cabelo liso e roupas mais ‘sóbrias’ poderiam ser mais apropriados e favoreceriam que ela encontrasse uma oportunidade qualificada de trabalho” (p. 106).

Na música “Ismália”, do rapper Emicida, encontramos os seguintes trechos:

Ela quis ser chamada de morena  
 Que isso camufla o abismo entre si e a humanidade plena  
 [...]
 E como analgésico nós posta que  
 Um dia vai tá nos conforme  
 Que um diploma é uma alforria  
 Minha cor não é um uniforme  
 Hashtags PretoNoTopo, bravo!  
 80 tiros te lembram que existe pele alva e pele alvo (EMICIDA, 2019b)

Emicida nos apresenta, de forma dolorosa e emocionante, a dor causada pelo racismo. Enquanto vige o imperativo de impedir a morte voluntária, contraditoriamente vige também a indiferença aos assassinatos constantes de pessoas negras.

Marta realiza seu trabalho a partir da compreensão heideggeriana de que homem e mundo se constituem juntos, logo, nosso horizonte histórico altera as formas de subjetivação e

de movimentação dentro da existência. Assim, compreende que a criança fala de como ela se via no mundo e de como o mundo a via, e alerta para a importância de não tratarmos as questões étnico-raciais como algo da ordem de uma não aceitação, baixa autoestima, culpabilização ou vitimização. Ela afirma que:

Compreender o sentido da frase “ser preta é ruim” é entender o contexto histórico e social no qual Jujuba está inserida e na qual ela também me incluía. Desejar ser “branquinha” só faz sentido pela existência a priori de uma ideologia discriminatória que desqualifica a sua cor de pele e privilegia o não-negro, uma vez que a história não é uma abstração universal, mas o próprio acontecimento da existência (p. 108).

Ao invés de realizar indicações de adaptação e controle, como, por exemplo, uma possível sugestão de troca de escola, o trabalho se desenvolve numa perspectiva que compreendemos como contracolonial, reafirmando seu corpo e cultura no mundo, na perspectiva de Nêgo Bispo: “ideia e prática que afirma formas de produzir e circular conhecimentos dos povos afropindorâmicos como estratégia de sobrevivência em aliança com os povos originários, das favelas e dos quilombos” (CAVALIERI, MELLO E TIRIBA, 2022, p. 175).

Inicialmente, Jujuba começa a pesquisar porque brancos não gostam de negros e descobre que há uma lei que pune esse tipo de comportamento. Um dia ouve o motorista de táxi chamar sua avó de macaca velha e mandá-la comprar bananas e conta que gritou para o motorista: “racismo é crime, sabia? Da próxima vez mando te prender, pra você comer as bananas que minha avó comprará pra você na cadeia” (p. 114). Também relatou que fez uma cartinha de Natal para a minha professora com várias reportagens sobre racismo.

Porém, em um segundo momento, quer ser professora de história para ensinar às outras crianças coisas boas que aprendemos com a África. Como gostava de dançar, ela e Marta encontraram um projeto que ensinava capoeira, jongo e outros ritmos de cultura africana para as crianças do bairro. Outro dia apareceu no consultório com um turbante em seu cabelo.

Além disso, fez um novo desenho de si, ostentando seu cabelo crespo, e disse ao entregar à psicóloga: “crespos também são lindos” (p. 117). Bento (2022) aponta que: “o cabelo volumoso, indisciplinado, pode evidenciar uma provocação para outro jeito de ser no mundo ou, quem sabe, para uma concepção plural das possibilidades de estar no mundo”, contrariando a visão eurocêntrica dominante. Compreendemos que a paciência de Marta para recuar diante das apresentações feitas sobre Jujuba, assim como a suspensão das possibilidades de classificação e diagnóstico da menina, estão de acordo com o pensamento que medita e a abertura ao mistério apontados por Heidegger (1959/2000), e possibilitaram que outra relação aparecesse, o que deu início à abertura de outras possibilidades no campo existencial de Jujuba,

sem desconsiderar os atravessamentos do nosso horizonte histórico que, infelizmente, ainda não superou sua perspectiva racista.

O exemplo que apresentamos dialoga diretamente com nossas análises, pois aponta que Jujuba possuía diversos comportamentos que eram classificados como sinais e sintomas, assim como tentativas propriamente ditas, mas ao analisarmos com mais paciência, percebemos que ela não queria morrer, mas sim ser branca. Por sua vez, o desejo de ser branca se articula com um horizonte histórico de preconceito, discriminação e colonialidade, que produz formas de existir no mundo. Por um lado, encontramos a necessidade de políticas públicas intersetoriais de combate ao racismo – como a própria revisão do material escolar que ofereça diferentes referenciais de seres humanos – e, por outro, percebemos a possibilidade de trabalho sem prescrições de comportamento, abrindo espaço para existir através da relação com o outro.

### 3.1 SUICÍDIO E ARTES: UM DIÁLOGO POSSÍVEL

Considerando que as teorias e diretrizes técnicas por vezes se distanciam da existência, gostaríamos de recorrer a algumas produções artísticas para tratar do assunto de outro modo. Selecionamos dois contos, um filme e uma música para nossa análise.

Em *“To be or not to be”* (ASSIS, 1876), Machado de Assis conta a história de André Soares, um jovem de vinte e sete anos que vivia no Rio de Janeiro e encontrava-se num emprego há cinco anos que lhe pagava cento e vinte mil-réis por mês. O protagonista aspirava um salário de duzentos mil-réis e sonhava com passeios de carro, teatros, bons charutos, luvas de pelica... Poderíamos retomar a discussão dos efeitos do capitalismo e em como esse desejo pode impactar a vida de um cidadão, mas, já tendo feito considerações sobre o assunto nos capítulos anteriores, vamos nos deter à outra questão.

André tem seu sonho frustrado ao receber uma carta noticiando a impossibilidade de alcançar a posição desejada, o que passa a ser a desgraça completa de sua vida, seu maior infortúnio, o motivo pelo qual não valeria mais viver. Assim, escolhe pôr fim à sua vida e decide fazê-lo por afogamento, numa das barcas de Niterói. Já na barca, esperando o momento para passar ao ato, avista uma moça que lhe desperta atenção, especialmente seus pés. Encantado com a moça, passa a acompanhá-la e adia seu plano de jogar-se no mar.

Volta para casa “tão contente como se houvera tirado a sorte grande” (s/p), diz o autor, e passa a dedicar seu tempo a sua nova paixão. Para encurtar a história, depois de trocar cartas, palavras e planos de casamento – que ainda colocava sua condição financeira como obstáculo – André ouviu um comentário que o fez desconfiar de sua amada. Entre brigas e confusões, recebe uma carta da moça terminando tudo. Devido à sua desconfiança, o jovem rapaz dedicou muito tempo tentando descobrir se havia outro disputando com ele a atenção da pretendida e, com isso, recebera uma segunda carta noticiando que estava sendo dispensado de seu trabalho também.

Um mês depois, viu passar a moça com o homem que desconfiara antes – estavam casados. André grunhe: “Miseráveis!”. Sem emprego e sem sua amada, ele não expressa nenhum desejo de morrer. Contrariando todos os fatores de risco: desemprego, desilusão amorosa, tentativa anterior, a moralidade do conto, segundo o autor, é que “tanto é certo que o suicídio depende mais das impressões e disposições do momento, que da gravidade do mal” (ASSIS, 1876, s/p). Compreendemos que o suicídio se localiza no espaço desse momento, aquele que impulsiona (quando não consegue o aumento de salário), aquele que faz recuar (a

moça desconhecida na barca) ou aquele que, tendo todas as indicações para uma conduta, a nega, pela imprevisibilidade existencial.

O filme “O pior vizinho do mundo”, dirigido por Marc Forster, conta a trajetória de Otto Anderson (Tom Hanks), descrito como “um viúvo mal-humorado e muito obstinado”<sup>28</sup>. No início do filme, percebemos Otto como um senhor realmente mal-humorado e sempre alerta ao cumprimento das normas na vizinhança. Está se aposentando, aparentemente porque a situação no trabalho não ia bem. Sua esposa havia falecido há seis meses devido a um câncer e alguns anos antes ela havia perdido os movimentos dos braços e pernas, além de uma gestação de seis meses, em um acidente de ônibus. Otto decide pôr fim à sua vida se enforcando, após cancelar os serviços básicos como energia e gás. Mas é interrompido pela bagunça dos novos vizinhos de carro. Marisol, seu marido e suas duas filhas têm o primeiro contato com o protagonista.

Em um momento posterior, ele tenta novamente e a corda arrebenta. Depois resolve tentar de outro modo: com o gás do carro em sua garagem. Mas novamente é interrompido pela família vizinha para ir ao hospital pois o marido de Marisol havia caído da escada. No hospital, fica brincando com as crianças (os filhos do casal) e torna-se o “*abuelo Otto*”.

Na quarta tentativa, se jogaria nos trilhos do trem, mas acaba salvando uma pessoa que cai antes dele, ato que é filmado e gera uma grande repercussão em sua vida. Já na quinta, opta por uma arma, mas é interrompido por Malcom, ex-aluno trans de sua falecida esposa, que pedia abrigo pois havia sido expulso de casa pelo pai. O protagonista se envolve em uma série de relações durante o filme, inclusive ajudando amigos para não serem removidos de sua casa. Por fim, após alguns anos ele morre porque tinha coração grande e deixa uma carta para Marisol (a vizinha que mantinha relação mais próxima com ele).

Otto estava fora do emprego, perdeu sua esposa, parecia não ter mais vínculos com a vida. O encontro com os vizinhos, com as crianças, o episódio do trem, o ex-aluno de sua esposa e a ajuda aos vizinhos que iam perder a casa parecem tê-lo religado à vida. Ele passa a ter relações que mudam sua perspectiva da vida, o que não diz respeito a estar solteiro ou casado, mas sim à condição de ser relacional, de partilhar sentidos, afetos e propósitos com estas outras pessoas que surgiram ao acaso. Poderíamos questionar se existia algum transtorno mental no protagonista, mas, nesse caso, independente da resposta, a mudança da sua condição não foi impulsionada por tratamentos psicoterapêuticos ou psicofarmacológicos, foi transformada pelo encontro puro com a própria vida.

---

<sup>28</sup> Trecho da sinopse do filme na plataforma Amazon Prime. Disponível em: <https://www.primevideo.com/-/pt/detail/O-Pior-Vizinho-do-Mundo/0JWW128V3DYTQAHXZFBHLI718Z>.

Ao caminhar, foi possível perceber que a questão ultrapassa a pergunta sobre a existência de diagnósticos psiquiátricos e uso de medicamentos, na verdade, gostaríamos de questionar o que é possível além destas alternativas. O cantor, rapper e compositor Fabio Brazza, traz sua passagem de dor à arte. Uma entrevista realizada em 2020 pela Rede Brasil Atual<sup>29</sup> revela que a criação de um de seus trabalhos foi durante um período difícil de sua vida. O artista diz que enfrentava a depressão desde o ano anterior e que esses sentimentos foram expressos na música “Inquilina da dor”. O texto da entrevista afirma que: “apesar do momento, Brazza relata que conseguiu converter suas angústias em arte, o que ajudou a enfrentar a doença”. Em uma entrevista ao canal Cacao Flow<sup>30</sup>, ele conta que escreveu as quatro primeiras linhas numa tristeza paralisante e precisou de um tempo para que essa tristeza fosse transformada em uma que permite falar. A letra começa assim:

Nas madrugadas frias, pensamentos suicidas  
 Peguei na caneta, a única saída que eu tinha  
 Já me disseram que minhas músicas salvariam vidas  
 Desculpa, mas essa aqui eu fiz pra salvar a minha (BRAZZA, 2020).

Mesmo diante de uma possibilidade distinta, seja ela artística, psicoterápica ou outra, é preciso tempo. Um tempo para que haja possibilidade de falar, de algum modo – este que poderá variar de acordo com as pessoas e situações em que se encontram. Brazza compreende a tristeza como uma ferramenta de escrita, como motor de poesia, como diz adiante na mesma música:

Minha maior tristeza seria  
 Se a tristeza me abandonasse um dia  
 E me deixasse órfão da poesia  
 Antes a sua companhia do que andar de alma vazia  
 É que o poeta só caneta se tiver melancolia (BRAZZA, 2020).

Ainda no universo do rap, temos um trecho composto por Emicida, que diz da transformação do sofrimento em arte, ao mesmo tempo que denuncia as condições de existência que o levam a esse lugar de dor:

Só eu e Deus sabe o que é não ter nada, ser expulso  
 Ponho linhas no mundo, mas já quis pôr no pulso  
 Sem o torro, nossa vida não vale a de um cachorro, triste  
 Hoje cedo não era um hit, era um pedido de socorro (EMICIDA, 2019a).

Essa composição traz no início do clipe uma mensagem de voz de um amigo, onde em determinado momento ele diz: “parece que depois daquela merda lá, tio, eu tenho que demonstrar que tô bem todo dia, mano, e nenhum ser humano consegue tá bem todo dia, tá ligado?”. Emicida fala sobre a utilização dessa mensagem de voz na música, diz que perguntou

<sup>29</sup> Entrevista disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cultura/fabio-brazza-novo-disco-depressao/>.

<sup>30</sup> Entrevista disponível em: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=wfnCRtFd7Wo>.

para uma “doutora” o que poderia fazer nesses casos e ela disse para estar presente, assim, ele diz que era isso que fazia, trocava várias mensagens com esse amigo e tentava estar presente para ele<sup>31</sup>.

Na mesma música, encontramos a importância de não nos prendermos em determinadas concepções, rótulos, diagnósticos e tentativas prévias. Olhar para as cicatrizes não diz nada sobre as circunstâncias que causaram o ferimento, assim como pensar em alguém como sobrevivente, não nos permite saber nada sobre sua própria vivência, é preciso permitir que se fale, voltar as coisas a elas mesmas.

Permita que eu fale  
 Não as minhas cicatrizes  
 Tanta dor rouba nossa voz  
 Sabe o que resta de nós?  
 Alvos passeando por aí  
 Permita que eu fale  
 Não as minhas cicatrizes  
 Se isso é sobre vivência  
 Me resumir à sobrevivência  
 É roubar o pouco de bom que vivi (EMICIDA, 2019a).

Em “Oito Vidas” (FEIJOO, 2021), Yan Sousa de Almeida conta a história de uma mulher que ouve de uma conselheira todos os motivos que tem para não ficar triste: linda, com todos os dentes na boca, um bom emprego com promoção recente, um aparente pretendente... Recomendou que ela se animasse! A moça entende que seu silêncio naquele momento é a melhor opção e a conselheira o entende como vitória.

Ela vai para casa e pensa em tentar seguir os conselhos recebidos. Acorda no dia seguinte sem aquele desgosto amargo, não escolhe roupa por já ter dormido vestido, não escreve carta pois não gosta da ideia de ser lida, toma café por hábito e sai “rumo às alturas” (p. 10). No caminho, ela não pensava em nada, fora atormentada pela dor por tanto tempo que naquele momento mal a sentia.

Sobe um prédio para atirar-se do alto. Não consegue gritar, nem chorar, sua dor está impossibilitada de transposição. É nesse instante que sente algo em sua perna: um gato. Eis que entre olhares o gato mia e seu som rompe com o silêncio daquela que estava a um instante de se jogar. A moça despenca em choros e gritos e agarra o gato – seu instante de salvação. O autor finaliza dizendo que: “doar-se no silêncio do outro é uma dádiva” (p. 12).

Do mesmo modo que no conto de Machado de Assis, o instante, o encontro inesperado, rompe o planejamento de encerrar a própria vida. Listar os motivos que uma pessoa tem para

---

<sup>31</sup> Essa fala foi retirada do programa Papo de Segunda, da GNT, trecho disponível em: <https://www.facebook.com/watch/?v=1909319629459723>.

estar feliz ou viva são insuficientes, não acolhem a experiência daquele que busca ajuda. É preciso que haja espaço para o silêncio e para a fala, espaço para o encontro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todo histórico de políticas públicas e campanhas, o número de suicídios cresce de forma significativa no Brasil e as publicações a seu respeito também. Há quem questione: deveríamos deixá-las de lado? Esta parece uma leitura apressada de dados brutos que, na verdade, são apresentados para motivar outros estudos, não para encerrar a questão.

A partir desta inquietação, decidimos questionar quais as problemáticas envolvidas nos modos que estamos estudando e trabalhando com tal fenômeno. Realizar a reconstrução histórica foi o modo que utilizamos para o descobrimento do pensamento vigente sobre a prevenção e os fenômenos do suicídio, onde verificamos que as políticas públicas e campanhas são construídas a partir de ideologias, circunstâncias políticas e estruturas de poder.

As estratégias citadas aqui, como a campanha Setembro Amarelo, parecem contemplar de forma parcial a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Elas se ocupam de alguns objetivos descritos na lei, como informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção e tentar prevenir a violência autoprovocada, mas deixam de lado outras propostas.

Uma dessas propostas não contempladas é a promoção da saúde mental, que, apesar de não especificada pela política, pode ser realizada de diversas formas, desde a viabilização de espaços de expressão e acolhimento, até o incentivo ao esporte, à cultura e ao lazer, por exemplo. Podemos acrescentar outro elemento da política: a articulação entre os diversos setores da sociedade, principalmente buscando extrapolar a esfera da saúde. Isto podemos exemplificar a partir da observação sobre a necessidade de proteção de determinadas populações historicamente vulnerabilizadas e na importância das ações de geração de emprego e renda.

A educação permanente para gestores e profissionais da saúde, objetivo da Política, também carece de atenção. É necessário que os profissionais estejam preparados, ou seja, exemplos como o que citamos aqui a respeito da auxiliar de enfermagem que prestou atendimento a um paciente, julgando-o e deixando de lado a possibilidade de acolhê-lo, devem ser evitados através de bons programas de capacitação, e não com mero tecnicismo e moralização. É preciso que os currículos contemplem a temática da morte, já que ela é inerente à vida de cada um.

A visão do suicídio como algo defeituoso retoma o pensamento da psicologia funcionalista e comportamental, de modo que pensar em "comportamento suicida" reduz a

psicologia a determinadas abordagens, onde os comportamentos devem ser mudados necessariamente. Na sociedade paliativa em que vivemos, a dor só pode aparecer rapidamente para servir ao nosso desenvolvimento. Krenak (2020) nos traz uma valiosa lição ao dizer que precisamos nos desenvolver menos e nos envolver mais.

Em nossa perspectiva, a busca direta pela mudança de comportamento dissocia a existência da pessoa, ou seja, não há um interesse genuíno em compreender suas motivações e sentidos próprios, assim como oculta os atravessamentos histórico-sociais presentes nos fenômenos do suicídio. É como se disséssemos apenas: “se esforce para não cometer esse erro novamente”. Assim, psicólogos têm perdido seu lugar de escuta e compreensão para dar lugar à ação e controle, adequando suas atuações ao *modus operandi* do nosso horizonte histórico na busca por determinados resultados.

Quando a ABP aponta que as pessoas que cometem suicídio tinham uma doença mental, mesmo que não diagnosticada, ela busca aumentar o diagnóstico, mas não diz nada sobre como as pessoas estão vivendo. Não estamos exercitando o pensamento meditante, pois a sociedade do desempenho em que vivemos exige encontrar soluções no menor tempo possível e com o menor esforço, nos falta o tempo da meditação.

As ações pautadas no diagnóstico individualizam a questão, enquanto a prevenção, no âmbito das políticas públicas e campanhas de ampla circulação, deveria abranger o campo social, contemplando elementos que aniquilam o ser humano (como no caso dos povos originários) e também a criação de grupos de convivência no território, nas Unidades Básicas de Saúde, nas escolas e outros espaços onde seja possível valorizar interesses e formas de existir no mundo.

Acreditava-se que nosso problema era a ausência de uma política pública de prevenção, no entanto, verificamos ao longo dos anos a prevenção tornar-se inimiga em determinados contextos, resumindo-se a encontrar fatores de risco, trabalhar com eles e resolver o problema. Quando a via de prevenção é diagnosticar e medicar, a prevenção torna-se o próprio tratamento. É como observamos no livro *O Alienista*, de Machado de Assis, onde o Dr. Simão Bacamarte busca identificar precocemente aqueles que poderiam sofrer de algum mal mental e começa a isolá-los na casa verde para tratá-los. Basta pouco tempo para que toda a cidade esteja internada na instituição (ASSIS, 1994). A obra expõe os perigos da antecipação.

No caso clínico da Jujuba, podemos observar que cada automutilação ou cada tentativa de pôr fim à vida é única, carrega consigo seu modo de existência, é só é possível compreender quando nos demoramos em nossa escuta, sem a ambição de encerrar a questão. Como observamos em algumas situações, as pessoas não querem ouvir sobre suicídio, elas dizem o

quanto a pessoa é “bonita, saudável e tem a vida toda pela frente”, assim como clamam para não falar sobre isso, para falar de “coisa felizes”<sup>32</sup>.

Ao analisar as políticas públicas e diretrizes profissionais de prevenção do suicídio, verificamos que operam as morais de previsão e controle que buscam antecipar e deter o ato a qualquer custo, além da afirmação da presença de psicopatologias em quase todas as ocorrências, operando numa lógica medicalizante, desconsiderando os atravessamentos presentes em cada caso.

Os fatores de risco, quando analisados com calma, demonstram indícios de vulnerabilizações existenciais que são omitidas nas descrições dos documentos, como é o caso do racismo, da violência com os povos originários, das condições de imigração, do desemprego e do uso danoso de substâncias. Constatar sua ocorrência estatisticamente não nos diz nada sobre as motivações que fazem com que os números sejam cada vez maiores.

A idealização da família como responsável por proteger ou causar um suicídio tem efeitos drásticos, dos quais podemos destacar os sentimentos de culpa e vergonha, decorrendo na dificuldade de expressar seus processos de luto, uma vez que, ao falar sobre o assunto, os familiares carregam consigo a fama de família disfuncional, que não foi capaz de observar os ditos sinais, ou seriam a própria causa do ato. Abdicar do pressuposto da antecipação permite que os enlutados possam viver sua experiência sem o acréscimo dos julgamentos alheios.

As taxas de suicídio seguem expressivas e aumentam na população jovem (WHO, 2021b). As políticas públicas se mostram incertas e variam conforme o local de aplicação (KOCH; OLIVEIRA, 2015). O assunto segue em um aparente clima de tensão, onde profissionais não sabem o que fazer, ao mesmo tempo que ditam que façamos este ou aquele procedimento, conforme presente nas cartilhas e manuais das disciplinas da saúde. Haveria outro modo de lidar com tal fenômeno? Poderíamos ir para além de tal tecnicismo?

Yan Sousa, em seu conto “Oito Vidas” (FEIJOO, 2021), diz que “até mesmo o maior dos barulhos se torna silêncio quando você se permite acostumar-se com ele” (p. 11). Podemos dizer que uma proposta de política pública destinada ao fenômeno do suicídio é justamente um desacostumar-se com o barulho, permitir que ele apareça, em voz ou silêncio. É a partir desta iluminação que pretendemos estabelecer uma atitude antinatural, buscando novas articulações frente ao ato de pôr fim à vida. Para tanto, foi preciso, primeiramente, compreender os impasses na apreensão do suicídio no modo do pensamento calculante, que busca antecipar e controlar o

---

<sup>32</sup> Exemplos retirados da fala de alunos de psicologia que participaram de uma roda de conversa oferecida pela autora em duas instituições de ensino superior.

ato a qualquer custo, a partir da compreensão de que é possível objetificar a existência como algo estável e previsível, que oferta sinais parametrizáveis.

Em seguida, buscamos outros olhares através do pensamento que medita, aquele que suspende as concepções desse modo hegemônico de prevenção do suicídio e caminha para deixar que outras possibilidades apareçam, não tendo a pretensão de esgotar a temática, nem fornecer todas as respostas. Nosso intuito foi ampliar os modos de ver. Acreditamos que essa abertura torna possível pensar em políticas sociais, comunitárias, artísticas, dentre tantas outras deixadas de lado quando escolhemos ver com uma lente só.

Se antes apontamos o perigo de nos perdermos no pensamento que calcula, agora pontuamos o perigo de nos encontrarmos nele, principalmente pelo conforto que ele pode oferecer: o de acharmos que temos todas as respostas. Já o pensamento que medita exige paciência, um tempo que por vezes é escasso para nós. Mas diante das respostas fornecidas, encontramos a lição de Machado de Assis: “tanto é certo que o suicídio depende mais das impressões e disposições do momento, que da gravidade do mal” (ASSIS, 1876, s/p).

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2014.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.

ARRAIS, R. H.; JESUINO, S. L. C. dos S. A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento por pacientes oncológicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 18, n. 2, p. 22-44, 2015.

ASSIS, M. **O Alienista**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bv000231.pdf>. Acesso em 19 fev. 24.

ASSIS, M. *To be or not to be*. **Jornal das Famílias**, 1876. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/fs000141.pdf>. Acesso em 22 nov. 23.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: Informando para Prevenir**. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília, 2014.

AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social**, v. 1, p. 105-119, 1989.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2.ed. Santos, SP: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 2010.

BRASIL. Decreto nº 10.225, de 05 de fevereiro de 2020 - Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 06 fev. 2000. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. 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. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 26 abr. 2019. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1-74.

BRASIL. Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília, DF.

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. 2017a.

BRASIL. Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. 2017b.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

BRAZZA, F. Inquilina da dor. São Paulo: *White Monkey Recordings*, 2020. Disponível em: <https://youtu.be/GcVF3Z6KT9s?si=uxrW0NN1TqQJRGcC>. Acesso em 30 nov. 23.

BRIGHENTI, C. A. Colonialidade do poder e a violência contra os povos indígenas. **Revista PerCursos**. Florianópolis, v. 16, n.32, p. 103-120, set./dez. 2015

BEZERRA, I. C. *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 61-74, 2014.

BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, C. M. de. Tristeza na aldeia: Por que jovens indígenas se matam mais do que brancos e negros da mesma idade no Brasil. *Uol*. São Paulo, 18 mai. 2023. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/suicidio-indigena/#page10>. Acesso em 09 dez. 2023.

CAVALIERI, L.; MELLO, T. de F. O. de; TIRIBA, L. V. Notas de uma metodologia contracolonial teórico-brincante: encontros de educadoras e educadores a ‘qual’ distância? *Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade*, v. 31, n. 66, p. 173-190, 2022.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) A CASA. **Cartilha Municipal de Prevenção ao Suicídio**. Encantado, RS. 2017. Disponível em: [https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Cartilha\\_de\\_Prevencao\\_ao\\_Suicidio.pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Cartilha_de_Prevencao_ao_Suicidio.pdf).

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Cartilha: Falando abertamente sobre suicídio**. 2017. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Cartilha-Falando-Abertamente-2020-vers%C3%A3o-impress%C3%A3o-A4.pdf>. Acesso em 12 abr. 2023.

CERQUEIRA et al. **Atlas da violência 2020**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL (CRP-DF). **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. Brasília: CRP-DF, 2020.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial*. *pmed*. **1001190**, 2012.

DIAS, M. J. F. Roda de Diálogo: experiência baseada nos 7 princípios do Open Dialogue. 3º **Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental da ABRASME**. 2017. Disponível em: [https://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1494714563\\_ARQUIVO\\_Rodadeconversa2017.pdf](https://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1494714563_ARQUIVO_Rodadeconversa2017.pdf). Acesso em 20 nov. 23.

EMICIDA. Amarelo. *Laboratório Fantasma*, 2019a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PTDgP3BDPIU>. Acesso em 19 fev. 2024.

EMICIDA. Ismália. *Laboratório Fantasma*, 2019b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EtN1jBk0ZQg>. Acesso em 19 fev. 2024.

FEIJOO, A. M. L. C. de. A psicologia clínica: técnica e técnica. **Psicologia em estudo**, v. 9, p. 87-93, 2004.

FEIJOO, A. M. L. C. de. Phenomenological-Hermeneutic Method: From Research in Philosophy to Psychology Research. **Paidéia**, v. 33, p. e3337, 2023.

FEIJOO, A. M. L. C. de. Suicídio: uma compreensão sob a ótica da psicologia existencial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 1, p. 158-173, 2019.

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

FEIJOO, A. M. L. C. de. Uma Análise Crítica Dos Estudos Fenomenológicos Sobre Suicídio. In: \_\_\_\_\_. **Suicídio: entre o morrer e o viver**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2018, p. 67-104.

FRANCES, A. **Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle**. Rio de Janeiro: Versal Editores LTDA, 2017.

FRAZÃO, P.; MINAKAWA, M. M. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 407-430, 2018.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Ed. FIOCRUZ, 2017.

FRELLER, C. C. *et al.* Orientação à queixa escolar. **Psicologia em Estudo**, v. 6, p. 129-134, 2001.

GONZALEZ, M. Abuso sexual, suicídio, visões de Jesus: o que diz Damares em seu 1º livro. **Uol**. São Paulo, 20 abr. 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2022/04/20/abuso-sexual-visao-de-jesus-suicidio-o-que-diz-damares-em-seu-1-livro.htm>. Acesso em 10 abr. 2023.

HAN, B.-C. **Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder**. Belo Horizonte: Editora Yiné, 2018.

HAN, B.-C. **Sociedade do cansaço**. Editora Vozes, 2015.

HAN, B.-C. **Sociedade paliativa: a dor hoje**. Editora Vozes, 2021.

HEIDEGGER, M. A questão da técnica (1953a). In: \_\_\_\_\_. **Ensaaios e conferências**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 11-38.

HEIDEGGER, M. Ciência e pensamento do sentido (1953b). In: \_\_\_\_\_. **Ensaaios e conferências**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 11-38.

HEIDEGGER, M. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009.

HEIDEGGER, M. **Serenidade** (1959). Instituto Piaget, 2000.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. de. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, p. 161-172, 2015.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LANE, S. T. M. **O que é psicologia social**. 22ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LISPECTOR, C. **A paixão segundo G. H.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020.

LUSSI, C. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. **Psicologia USP**, v. 26, p. 136-144, 2015.

MACHADO, D. B. *et al.* *Relationship between the Bolsa Família national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: A quasi-experimental study*. **PLoS Medicine**, v. 19, n. 5, p. e1004000, 2022.

MAGLIANO, F. da R. Considerações Preliminares Sobre A Compreensão E Finitude Humana. In: FEIJOO, A. M. L. C. de (org.). **Suicídio: entre o morrer e o viver**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2018, p. 17-38.

MAGLIANO, F. da R. **Meditação e Clínica: uma aproximação entre Filosofia e Psicologia**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2019.

MATOSO, F.; ALEGRETTI, L.; PASSARINHO, N. Dilma anuncia reforma com redução de 39 para 31 ministérios. **Portal G1**. 02 out. 2015. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2015/10/dilma-anuncia-reducao-de-39-para-31-pastas-na-reforma-ministerial.html>. Acesso em 10 abr. 2023.

MATA, K. C. R. da; DALTRO, M. R.; PONDE, M. P. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 74-87, 2020.

MATTAR, C. M.; DE SÁ, R. N. Os sentidos de “análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 8, n. 2, p. 191-203, 2008.

MAXIMO, T. C. G. **Pequeno dicionário do luto: Uma reflexão sobre as palavras no luto por Suicídio**. No *m'oblidis*, 2021. Disponível em: [https://nomoblidis.com.br/pequeno-dicionario-do-luto-Beta\(2\).pdf](https://nomoblidis.com.br/pequeno-dicionario-do-luto-Beta(2).pdf). Acesso em 12 abr. 2023.

MAXIMO, T. C. G. Suicídio, prevenção e as incoerências. No *m'oblidis*. 07 mar. 2020. Disponível em: <https://nomoblidis.com.br/suicidio-prevencao-e-as-incoerencias/>. Acesso em 12 abr. 2023.

MAZUI, G. Assessora de Magno Malta é anunciada ministra de Mulher, Família e Direitos Humanos. **Portal G1**. Brasília, 06 dez. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/12/06/assessora-de-magno-malta-e-anunciada-ministra-de-mulher-familia-e-direitos-humanos.ghtml>. Acesso em 10 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **II Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/SumarioExecutivoIIRelatrioBrasileirosobreDrogas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. **O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/01/20190104-Manual-de-estudos-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Suicidio-MDHMC.pdf>. Acesso em 12 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/coletiva-suicidio-pdf/view>. Acesso em 10 abr. 2023.

MUNDIM, P. S.; SANTOS, C. S. R. dos. Preconceito racial ou competição econômica? A opinião pública sobre a vinda de estrangeiros para o Brasil. **Colombia Internacional**, n. 110, p. 123-144, 2022.

OLIVEIRA, M. E. C. de *et al.* Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, e3191, p. 1-10, 2020.

PALMIERI, T. H.; CURY, V. E. Plantão psicológico em hospital geral: um estudo fenomenológico. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, p. 472-479, 2007.

QUEIROZ, A. S. Prevenção Do Suicídio, Técnica E Psicologia Fenomenológico Existencial. In: FEIJOO, A. M. L. C. de (org.). **Suicídio: entre o morrer e o viver**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2018, p. 195-212.

RIBEIRO, M. V. As experiências doces e amargas de Jujuba. In: FEIJOO, A. M. L. C. de.; FEIJOO, E. L. (orgs.). **Situações clínicas 2: infantil**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2017. p. 93- 119.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SANTOS. A. B. Governo Temer anuncia a criação do Ministério dos Direitos Humanos. **Rádio Senado**. 06 fev. 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2017/02/06/governo-temer-anuncia-a-criacao-do-ministerio-dos-direitos-humanos>. Acesso em 10 abr. 2023.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, D. de G.; SÁ, R. N. de. A existência como " cuidado": elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. **Revista da Abordagem Gestáltica: PhenomenologicalStudies**, v. 19, n. 1, p. 53-59, 2013.

SEIKKULA, J.; ARNKIL, T. E. **Reuniões dialógicas de Redes Sociais: formas de dialogismo no trabalho psicossocial**. Ed. FIOCRUZ, 2020.

SHAFFER, D.; CRAFT, L. *Methods of adolescent suicide prevention*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 2), p. 70- 74, 1999.

SCHMIDT, J. P. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do direito*, v. 3, n. 56, p. 119-149, 2018.

SETTI, V. M. G. Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil. *ÂNDÉ: Ciências e Humanidades*, v. 1, n. 1, p. 104-113, 2017.

SILVA, R. B.; CARVALHAES, F. F. de. Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, p. 247-256, 2016.

SILVA, V. P. Um Projeto De Uma Outra Compreensão Acerca Do Suicídio. In: FEIJOO, A. M. L. C. de (org.). *Suicídio: entre o morrer e o viver*. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2018, p.7-16.

SILVEIRA, D. Extrema pobreza bate recorde no Brasil em dois anos de pandemia, diz IBGE. **Portal G1**, Rio de Janeiro, 02 dez. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2022/12/02/extrema-pobreza-bate-recorde-no-brasil-em-dois-anos-de-pandemia-diz-ibge.ghtml>. Acesso em 27 fev. 2022.

VEJA. Bolsonaro anuncia mudança no Ministério dos Direitos Humanos: o nome. **Veja**. 20 nov. 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/bolsonaro-anuncia-mudanca-no-ministerio-dos-direitos-humanos-o-nome>. Acesso em 10 abr. 2023.

WERNECK, G. L. *et al.* Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2201-2206, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Comprehensive Mental Health Action Plan*. 2021a. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental\\_health\\_action\\_plan\\_flyer\\_member\\_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1\\_7&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_flyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true). Acesso em 02 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros*. Genebra: 2006. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de->

[preven%C3%A7%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-para-conselheiros.pdf/809e493d-291f-f716-2a61-e7135ddb3b40?t=1648938692609](https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643). Acesso em 02 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em 02 abr. 2023.

XAVIER, I. F. L. A (In)Decisão De Pôr Fim À Vida: Uma Análise Fenomenológica Dos Discursos Clínicos. In: FEIJOO, A. M. L. C. de (org.). **Suicídio: entre o morrer e o viver**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2018, p.267-292.