



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Propesp
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
Mestrado em Psicologia Clínica – Turma 2019
Laboratório de Clínica Fenomenológica Existencial e
Psicossocial - Laclifep

Glaucia Fernanda Soares Cabral

Suicídio e Psicoterapia: Uma Compreensão Fenomenológica Hermenêutica
da Experiência de Pacientes que Buscam pôr Fim à Vida

Recife

2021

Glaucia Fernanda Soares Cabral

Suicídio e Psicoterapia: Uma Compreensão Fenomenológica Hermenêutica
da Experiência de Pacientes que Buscam pôr Fim à Vida

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica, na linha de pesquisa de Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto.

Recife

2021

C117s Cabral, Glaucia Fernanda Soares

Suicídio e psicoterapia : uma compreensão
fenomenológica hermenêutica da experiência
de pacientes que buscam pôr fim à vida / Glaucia
Fernanda Soares Cabral, 2021.

155 f. : il.

Orientadora: Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2021.

1. Psicoterapia - Pacientes. 2. Suicídio.
3. Fenomenologia. 4. Hermenêutica. I. Título.

CDU 615.851

Luciana Vidal - CRB-4/1338



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Propesp
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
Mestrado em Psicologia Clínica – Turma 2019
Laboratório de Clínica Fenomenológica Existencial e
Psicossocial - Laclifep

Dissertação intitulada **Suicídio e Psicoterapia: Uma Compreensão Fenomenológica Hermenêutica da Experiência de Pacientes que Buscam pôr Fim à Vida**, de autoria da mestranda Glaucia Fernanda Soares Cabral, apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco – Unicap como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica, na linha de pesquisa de Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr.^a Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (Orientadora)

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Prof^ª. Dr.^a Ana Lúcia Francisco (Membro)

Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Prof^ª. Dr.^a Elza Maria do Socorro Dutra (Membro)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Recife, 28 de setembro de 2021

Agradecimentos

A Deus, pai criador, que em seus mistérios me fez acreditar nesse sonho e me amparou a cada passo dado. Fonte de força e de um sentido maior quando tudo parecia tão difícil.

À Fraternidade Servos de Maria, ao Pai João de Aruanda e a todos os seres de luz que me acompanham nesta vida e durante este trabalho, pelo acolhimento amoroso e compreensivo, por me guiarem e me aliviarem quando eu mais precisei.

À minha amada família, em especial aos meus pais, Cinthya e Gliffiton, e ao meu marido, João Paulo, por cuidarem incansavelmente de mim e acreditarem nos meus sonhos. As palavras não são capazes de expressar todo o meu amor e gratidão por tudo que já fizeram (e ainda fazem) por mim.

Aos meus amigos que compreenderam minhas ausências e estiveram sempre disponíveis a me ajudar. E aos meus amigos de caminhada no mestrado, que me acolheram em Recife e tornaram essa jornada mais leve e cheia de aventuras e descobertas.

À minha orientadora, professora doutora Carmem Barreto, por sua disponibilidade em me acompanhar nesta travessia de um modo amoroso e paciente, inspirando-me com seu modo de ser e de viver a vida.

Às professoras doutoras Ana Lúcia Francisco e Elza Dutra pelos aprendizados que me possibilitaram por intermédio de seus trabalhos e por terem aceito fazer parte da construção desta pesquisa.

Aos meus colaboradores, por terem me permitido conhecer suas histórias mediante encontros tão potentes. Em suas falas encontrei abrigo para continuar a escrita daquilo que me inquietava.

À Capes, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa de mestrado em tempos tão difíceis em nosso País.

“A vida me fez de vez em quando pertencer, como se fosse para me dar a medida do que eu perco não pertencendo. E então eu soube: pertencer é viver. Experimentei-o com a sede de quem está no deserto e bebe sôfrego os últimos goles de água de um cantil. E depois a sede volta e é no deserto mesmo que caminho.”

Lispector (1999, p. 110).

Resumo

O suicídio é um fenômeno que nos últimos tempos tem despertado a atenção pela amplitude no número de casos no mundo, que alcançou um quantitativo de 800 mil mortes por ano, suscitando a criação de estratégias e serviços que possam auxiliar na prevenção. Nesse cenário, o psicólogo tem sido convocado a produzir compreensões e ações, sendo a psicoterapia uma prática psicológica apontada como espaço de cuidado e acolhimento para aqueles que pensam em pôr fim à vida. A partir desse horizonte, este estudo tem como objetivo geral compreender as possíveis ressonâncias da psicoterapia em pacientes que procuraram esse atendimento diante de ideações ou de tentativas de pôr fim à vida, e como objetivos específicos problematizar algumas concepções construídas acerca do suicídio ao longo da história, apresentar como as práticas psicológicas se posicionam diante de pacientes que buscam pôr fim à vida e compreender a experiência de pacientes que buscaram a psicoterapia diante do pensamento ou da tentativa de pôr fim à vida. Trata-se de um estudo que privilegia a orientação fenomenológica hermenêutica como caminho metódico. A pesquisa foi realizada na cidade de Teresina – PI, com a participação de quatro mulheres que pensaram e/ou tentaram pôr fim à vida e buscaram a psicoterapia por esse motivo. Os recursos utilizados na produção dos dados foram a entrevista narrativa e o diário de campo. As narrativas das colaboradoras e da pesquisadora foram compreendidas a partir das ressonâncias da Hermenêutica Filosófica de Gadamer. Nessa empreitada, foi possível acompanhar o emergir de fios narrativos que colocam em questão como a dor de uma existência esvaziada de sentidos, e que beira a decisão de pôr fim à vida, é compreendida e cuidada na cotidianidade. Os diagnósticos e a medicalização desvelaram-se como normatizações que, ao explicarem e provocarem o entorpecimento da dor, não acolhem a dimensão existencial. A psicoterapia apresentou-se como um modo de cuidado que se abre para uma possibilidade de acolhimento e tensionamento da questão entre o viver e o morrer,

entretanto sua ação clínica também pode incorrer em um modo técnico de cuidado, ressoando na existência do paciente como um controle e silenciamento da dor. Nesse sentido, cabe questionar como a psicologia tem se coadunado com o horizonte de prevenção atual, e que outras possibilidades de cuidado poderiam se delinear como escuta originária e libertadora ao paciente e aos seus sofrimentos.

Palavras-chave: suicídio, psicoterapia, fenomenologia hermenêutica, cuidado.

Abstract

Suicide is a phenomenon that recently has attracted attention by the breadth of case numbers in the world, approximately 800,000 deaths per year, raising the creation of strategies and services that can help in prevention. In this scenario, psychologist has been called to produce understandings and actions, and psychotherapy is a psychological practice pointed out as a space of care and reception for those who think about ending their lives. From this horizon, this study has as a general objective to understand the possible resonances of psychotherapy in patients who sought this care in face of ideation stems or attempts to end life, and as specific objectives to problematize some conceptions constructed about suicide throughout history, present how psychological practices are positioned before patients who seek to end life and understand the experience of patients who sought psychotherapy before thought or attempt to end life. This is a qualitative study that privileges hermeneutic phenomenological orientation as a methodical path, carried out in the city of Teresina - PI, with the participation of four women who thought and/or tried to end their lives and sought psychotherapy for this reason. The resources used in the production of the data were the narrative interview and the field diary. The narratives of the collaborators and the researcher were understood from the resonances of Gadamer's Philosophical Hermeneutics. In this work, it was possible to follow the emergence of narrative threads that call into question how the pain of an existence emptied of senses, and which borders on the decision to end life, is understood and cared for in daily life. The diagnoses and medicalization were unveiled as norms that, when explaining and causing the numbness of pain, don't accept the existential dimension. Psychotherapy was presented as a mode of care that opens to a possibility of welcoming and tensioning the issue between living and dying, however its clinical action may also incur a technical mode of care, resonating in the existence of the patient as a control and silencing of pain. It is necessary to question how Psychology has

been in line with the current horizon of prevention, and that other possibilities of care could be delineated as an original and liberating listening to the patient and his sufferings.

Keywords: suicide, psychotherapy, hermeneutic phenomenology, care.

Sumário

Apresentação.....	11
Introdução.....	14
1 Suicídio, Psicoterapia e Fenomenologia: Compreensões (Des)Veladas na Literatura.....	21
1.1 Método da Revisão.....	21
1.2 Resultados.....	22
1.3 Eixos de Discussão.....	25
1.3.1 Suicídio e fenomenologia.....	26
1.3.2 Suicídio e psicoterapia.....	30
1.4 Algumas Considerações.....	32
2 Horizontes em Diálogo: Significados do Suicídio ao Longo da História na Sociedade Ocidental.....	34
2.1 Suicídio em Perspectiva: Heroísmo, Pecado, Crime ou Loucura?.....	36
2.2 O Suicídio na Contemporaneidade: Um Panorama Geral.....	46
3 Psicologia e Práticas de Prevenção ao Suicídio.....	54
3.1 Psicoterapia e Ação Clínica: Tecendo Algumas Considerações.....	63
4 Travessia: O Lançar-se Rumo ao Fenômeno.....	70
4.1 A Bagagem que Carregamos na Jornada: Dos Recursos às Narrativas.....	75
4.2 A Lente de Aproximação: Hermenêutica Filosófica de Gadamer.....	79
4.3 Encontros no Caminho: O Abrigar-se em Companhia.....	84
5 O Escuta(dor), o Narra(dor) e os Retalhos da História: O Alinhavar de Compreensões Possíveis.....	88
6 Palavras em Travessia: Dos Fios Narrativos às Considerações Possíveis.....	135

Referências..... 142

Apresentação

Os caminhos deste estudo misturam-se com minha própria história. Para chegar até a questão que a motivou e as possibilidades compreensivas que se apontarão nas próximas páginas desta produção, foi necessário viver! Foi do emaranhado da vida, das minhas experiências que esta dissertação se tornou possível e me convocou a refletir, a desconstruir aquilo que eu achava que sabia e a me arriscar em outras compreensões. Costumo pensar que todo esse movimento caracteriza uma travessia. De um lugar-compreensivo lancei-me a outro. E vivi a aventura de um atravessar que não sei bem aonde chegará. Narrarei, nestas primeiras páginas, experiências que considero importantes, para que você, leitor, consiga compreender e apreender um pouco da minha experiência como peregrina e pesquisadora que se pôs a escrever esta investigação.

Nasci em 1995, em Teresina, capital do Piauí. Cidade conhecida pelo sol incandescente. Nessa cidade vivi quase toda a minha vida, e nutri um grande sentimento de pertencimento. Minha família materna é originária de uma pequenina cidade do interior do Piauí, e era para lá que eu ia nos meses de maio e setembro, no conhecido período de romaria. Tenho lembranças dos peregrinos, com os quais cruzava na estrada de chão batido... alguns de ônibus, outros de “pau de arara”, outros seguindo o caminho a pé... mas todos em busca de um milagre, uma compreensão para o que viviam, a cura para suas mazelas e tantas outras coisas. Cada um fazia sua travessia.

Eu também me colocava nesse caminho, sendo peregrina desde pequena, e, mesmo sem entender muita coisa, eu atravessava. É por essas memórias que me dou conta de que sempre fui peregrina. Todos nós de alguma maneira somos peregrinos na vida. Mas eu, ainda tão nova, tive a oportunidade de viver a experiência prática de uma travessia. Isso me marcou, compôs a

minha história e hoje encontra ressonâncias neste estudo. Recorro a uma imagem que guardei de um desses momentos de peregrinação para narrar o caminho deste estudo.

Era noite e chovia bastante, eu estava acompanhada dos meus pais e de minha avó, precisávamos atravessar, numa canoa muito pequena, aquele rio que cortava o caminho e demarcava o início da cidade. Entro na canoa e sinto que o tempo não passa, sou tomada pelo medo, minha família teve que aguardar a canoa retornar para atravessar, sinto-me sozinha. No meio daquela escuridão, só a lua tenta nos iluminar. Tomo fôlego, estou próxima da outra margem. E, ao chegar, lanço-me a correr, como quem sai à procura de algo, de alguém, de um rosto conhecido, de uma casa conhecida, que mais à frente encontro e me põe no rosto um sorriso de quem sabe que agora cumpriu a travessia.

É essa cena que me acompanha neste estudo. Eu estava em uma margem do rio quando uma questão se delineava para mim. Havia entrado na faculdade de psicologia, e via nela um mundo de possibilidades. Não lembro bem as razões, tampouco saberia explicar como isto aconteceu, mas passei a me interessar pelo fenômeno do suicídio. Era comum ouvirmos falar de casos de morte por suicídio em Teresina, eu mesma tive alguém muito próximo que tentou se matar. E desde a minha experiência pessoal com o fenômeno ele me intrigava, trazia-me interrogações. Talvez por isso passei a me dedicar ao estudo do tema. De qualquer maneira, nessa época tive acesso a cartilhas, manuais e discussões sobre o assunto, e, logo, na companhia de uma professora e de colegas que tinham o mesmo interesse, formamos um grupo de estudo.

Alguns anos se passaram e eu me via segura em meio a todos aqueles conhecimentos. Como partícipe de uma tradição que prima pelo controle e a previsibilidade dos fenômenos e a produtividade do indivíduo, minha perspectiva sobre esse tema do suicídio aproximava-se daquela das cartilhas que apontam manejos e técnicas para identificar e evitar o ato. No entanto, ao adentrar no estágio clínico e experienciar a situação terapêutica com pacientes que pensavam e tentavam findar suas existências, vi-me lançada à insegurança, e, mais do que isso, muitas

inquietações passaram a me acompanhar. Pus-me a questionar algumas explicações e associações atreladas ao fenômeno do suicídio, incomodava-me a ideia de que aqueles pacientes que pensavam em morrer frequentemente eram compreendidos apenas pelo viés de um transtorno mental. Sentia-me incomodada com algumas intervenções orientadas pela literatura que mais pareciam protocolos e me faziam sentir distanciada desses pacientes.

Além disso, a cada vez que eu testemunhava uma fala sobre alguém que pensava ou havia tentado morrer, ouvia, quase instantaneamente, das pessoas ao redor, que se fazia urgente um acompanhamento psicoterapêutico. Essa relação entre suicídio e psicoterapia passou a me intrigar. Mas, afinal, como o paciente com demanda suicida pode ser cuidado na situação terapêutica? Como se dá sua experiência? Como a psicoterapia ressoa na existência do paciente que pensa ou tenta findar sua vida? Ou ainda o que esperamos que a psicoterapia faça com ou por esses pacientes? Em meio a essas perguntas, eu começava a pensar de maneira mais crítica sobre o fenômeno, interrogava minhas próprias concepções, e tentava avistar se existiam outras possibilidades compreensivas, uma outra margem em que eu pudesse encontrar caminhos para pensar tais inquietações.

A travessia despontava junto das interrogações. Eu entrava no barco para atravessar o rio, rumo à outra margem, e a outras compreensões. O mestrado em psicologia clínica, então, delineou-se como possibilidade e me convidou a vivenciar essa travessia de maneira intensa, como eu jamais poderia imaginar. De Teresina a Recife. Atravessei fronteiras, e, em um outro lugar, propus-me a enfrentar as descobertas e as dificuldades dessa empreitada. A fenomenologia hermenêutica fez-se de companheira nesta estrada. Passei a refletir sobre a palavra suicídio e o emaranhado de sentidos moralizantes que a atravessavam, e, aproximando-me de Feijoo (2018b), adotei para substituí-la nesta dissertação o termo “pôr fim à vida”, que marca um distanciamento das concepções morais, permitindo que os sentidos do fenômeno surjam a partir dele mesmo.

Muitos dos meus pressupostos foram colocados em jogo e novos sentidos foram surgindo. O suicídio mostrou-se enquanto possibilidade existencial. Passei a meditar sobre a ação clínica ante essa questão e o modo tecnicista que ainda impera em nosso fazer psicológico. Nada disso foi fácil. Por vezes, no meio desse caminho, sentia-me insegura, como no escuro daquela noite da minha infância, e temia... temia não encontrar a outra margem e não chegar ao fim da travessia com alguma des-coberta.

Vejo-me fazendo um movimento muito parecido ao de Faria (2012), que, ao questionar a adequação de conceitos da metapsicologia freudiana para compreender a clínica do suicídio, considera:

O suicídio, que inicialmente eu via como fenômeno assustadoramente motivado por forças de difícil e duvidosa compreensão, começou a se configurar como mais uma das possibilidades do humano e, lentamente, se apresentou como uma alternativa humana para a desumana submissão do si-mesmo feita por um ambiente alheado das necessidades de ser do indivíduo. (p.145)

Apesar de apresentar uma leitura winnicottiana do suicídio, o autor oferece reflexões importantes na direção de outra compreensão que não esteja submetida a um viés naturalista e substancialista. A construção de seu pensamento marca uma travessia entre os pressupostos racionalistas, em que prevalece o discurso médico sobre o fenômeno, e produz engessamentos no modo de estar com o paciente, para uma outra margem que começa a se delinear – a compreensão do suicídio e do paciente que o apresenta como questão. A ação do clínico se desloca para um modo de estar com o paciente atento e inteiro, acompanhando-o sem necessariamente se restringir às interpretações teóricas e técnicas, sem submetê-lo ao conhecimento vigente.

Era a essa outra margem que eu queria chegar. E, mais ainda, era nessa margem que eu sentia que poderia questionar acerca da experiência desse paciente em psicoterapia, escutando

e acolhendo os sentidos que aí se desvelam. Eu desejava dar espaço às minhas inquietações e pensar nas possibilidades de cuidado que a psicoterapia possibilita aos pacientes com essa demanda. Dessa maneira, coloquei-me a escrever esta dissertação em plena travessia, no intento de encontrar possibilidades compreensivas para as questões que me mobilizavam.

Neste percurso imergi no campo da pesquisa e pude sentir a potência dos encontros. Abriguei-me nas experiências daquelas que aceitaram ser minhas colaboradoras e pude, junto de suas falas e histórias de vida, tecer compreensões e desconstruir ideias e perspectivas acerca do suicídio e das práticas psicológicas. Além disso, ao ouvi-las senti pulsar em mim o desejo de que elas pudessem ser abrigadas. Em meio a um fenômeno tão estigmatizado como o suicídio, busquei oferecer um espaço de escuta e de re-colhimento às suas experiências. Suas vozes ecoam neste trabalho, dando impulso para que eu continue a travessia. Como aquela menina que corre no intento de encontrar um abrigo, eu corro e continuo a correr, buscando encontrar caminhos-compreensivos para que a psicologia possa, cada vez mais, aproximar-se da experiência desses pacientes que pensam e/ou tentam pôr fim à vida.

Introdução

O suicídio é um fenômeno que nos últimos anos tem despertado a atenção das mais diversas áreas do conhecimento como a psiquiatria, a psicologia, a sociologia e a filosofia. Cada uma dessas disciplinas, articuladas em seu campo de saber, esforça-se para responder aos questionamentos e inquietações que emergem junto ao fenômeno, buscando explicações ou modos de compreensão que possam dar conta de sua complexidade.

O destaque que o suicídio tem recebido pode ser inicialmente compreendido a partir das marcas históricas que ele carrega, porquanto considerado ainda um modo de morrer estigmatizado com conotação de pecado, crime, e, no horizonte atual, um ato de loucura que subverte a lógica da ciência moderna, que busca a preservação e o prolongamento da vida, além da produtividade extrema (Lessa, 2018). Desse modo, quando o fenômeno se mostra no cotidiano é acompanhado por certo incômodo, espanto e pela exigência de respostas que, de maneira objetiva, o justifiquem.

Outra evidência para a notoriedade do assunto está na amplitude dos números de casos de morte voluntária no mundo que, segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2019), alcançou um quantitativo de 800 mil mortes por ano. Nesse sentido, a expressividade das estatísticas corrobora a existência de um problema de saúde pública cujo enfrentamento necessita de ações preventivas e profissionais capacitados.

Isso posto, tem-se observado uma mobilização de organizações e profissionais destinada à criação de estratégias e serviços que possam auxiliar na prevenção do suicídio. Uma das ações em desenvolvimento é a organização de núcleos de atendimento especializados no acolhimento daqueles que buscam pôr fim à vida, termo explicitado por Feijoo (2018b) que marca um distanciamento das concepções morais que atravessam o fenômeno e que é adotado neste estudo a fim de se aproximar desse a partir dele mesmo, e não de ideias prévias.

Ao ressaltar a importância do atendimento psicológico especializado para as pessoas que buscam pôr fim à vida, a autora citada ainda esclarece a possibilidade que oferece de acolher e acompanhar a experiência das pessoas que se encontram nessa condição, percebendo os sentidos que as ligam à vida diante da (in)decisão da morte. Além disso, é importante que os profissionais responsáveis por esse atendimento sejam preparados para lidar com o fenômeno, pois corre-se o risco de se assumir posturas moralizantes ou patologizantes que obscureçam a experiência relatada pelo paciente. Assim, ao naturalizar as concepções vigentes sobre o suicídio, a ação clínica pode incorrer numa forma de cuidado tutelar que visa impedir o ato e manter a vida a qualquer custo.

Sant'Anna (2018) evidencia que o psicólogo tem sido convocado a produzir explicações e ações diante do suicídio, podendo atuar reproduzindo concepções que moralizam e culpabilizam aquele que tem comportamento suicida ou agindo criticamente frente aos valores atuais, para oferecer uma escuta atenta e livre de ideias prévias sobre o fenômeno. Nesse toar, uma proposta considera uma associação determinista de causa e efeito que, se conhecidos, auxiliariam na previsibilidade e controle, enquanto outra propõe uma reflexão e afastamento da lógica de causalidade com o intuito de estar junto ao paciente e deixar aparecer os sentidos por ele articulados.

Diante das tessituras já elaboradas acerca de suicídio, prevenção e práticas psicológicas, torna-se claro que a Psicologia tem ensaiado modos de cuidar e de intervir próprios do horizonte moderno. Sobre esse esforço da ciência moderna, Dutra (2018) esclarece que mesmo diante de tamanho empreendimento em produzir um conhecimento objetivo sobre essa demanda, há algo que escapa e emerge novamente, pois, apesar de todo o saber construído a fim de evitá-lo, ele continua a se mostrar com certa expressividade, trazendo à tona a imprevisibilidade da existência e a ausência de respostas objetivas para o suicídio.

Assim, pode-se perceber que a prática psicológica tem sido apontada como um lugar de possível cuidado para aqueles que pensam em pôr fim à vida, apesar de se constatar que esse espaço, frequentemente, ainda está atravessado por pré-conceitos sobre o suicídio que podem dificultar a elaboração das intenções e sentidos do paciente que está na (in)decisão de consumir esse ato, pois há uma redução da sua experiência a causas e um apressamento em embotar/impedir essa possibilidade existencial.

A partir das reflexões aqui tecidas, pode-se pensar na psicoterapia como prática psicológica que se propõe ao acolhimento de quem busca pôr fim à sua própria vida. Diante disso, surgem inquietações acerca da experiência desse paciente que procura o atendimento clínico ante a possibilidade e/ou tentativa do suicídio, já que as investigações têm se detido prioritariamente no ensaio de práticas e serviços de prevenção, na instrumentalização do psicólogo e na determinação de causas. Portanto, este estudo pretende dar voz às narrativas daqueles que trazem à clínica a emergência entre o viver e o morrer, na busca de compreender: Quais as ressonâncias da psicoterapia em pacientes que buscam pôr fim à vida?

Ademais, além dessa questão mobilizadora e que se configura como um objetivo geral, esta dissertação tem como objetivos específicos: problematizar algumas concepções construídas acerca do suicídio ao longo da história, apresentar como as práticas psicológicas se posicionam diante de pacientes que buscam pôr fim à vida e compreender a experiência de pacientes que buscaram a psicoterapia diante do pensamento ou da tentativa de pôr fim à vida.

Diante disso, a presente dissertação encontra-se organizada em seis capítulos. Cada um deles apresenta um passo importante dessa empreitada, que, ao final, possibilitou a chegada a algum lugar-compreensivo. No primeiro capítulo expõe-se a revisão sistemática da literatura, os primeiros passos do estudo, que permitiu o desvelamento de compreensões acerca da relação entre suicídio e fenomenologia e suicídio e psicoterapia.

No segundo capítulo empreende-se uma viagem hermenêutica rumo aos principais períodos da história da humanidade, mantendo a atenção nos sentidos que revestiram o fenômeno do suicídio no Ocidente e no campo histórico que possibilitou a emergência de tais compreensões, e, conseqüentemente, de ações ante o ato. Reflete-se também sobre como o suicídio mostra-se no horizonte contemporâneo e como as normas e prescrições vigentes contribuem para sua moralização e para a elaboração de um modelo de prevenção que visa ao impedimento do ato a qualquer custo.

No terceiro capítulo conduz-se uma discussão sobre como a Psicologia tem se posicionado frente ao suicídio e quais práticas e intervenções psicológicas estão sendo ofertadas ao paciente que chega anunciando um sofrimento que beira o pôr fim à vida. São desveladas inquietações sobre como a ideia atual de prevenção coaduna-se com o apelo técnico de nossa Era, em que o controle e a previsão tornam-se a tônica de enfrentamento dos fenômenos. Além disso, abre-se um espaço para meditar sobre os sentidos da psicoterapia e da ação clínica e em como diferentes compreensões implicam modos de cuidar diversos.

No quarto capítulo apresenta-se o traçado metódico desta pesquisa, afastando-se da concepção moderna de método e recorrendo à compreensão de Heidegger. Além disso, descrevem-se os contornos do estudo, abrangendo a sua natureza, os recursos utilizados, os colaboradores selecionados, e, ainda, os pressupostos fenomenológicos que ressoaram nesse estudo e no modo como a pesquisadora se encaminhou no campo.

Já no quinto capítulo constrói-se um trançado-compreensivo a partir das narrativas das colaboradoras, dos registros do diário de bordo e dos diálogos possíveis travados com alguns autores e com os pressupostos da fenomenologia hermenêutica. Nesse espaço, puderam se desvelar fios narrativos que convocaram reflexões, desconstruções e a construção de possibilidades compreensivas acerca da experiência do paciente que busca pôr fim à vida em psicoterapia. As compreensões desocultadas permitiram alcançar um lugar-compreensivo,

como quem alcança uma outra margem de uma travessia e se põe a narrar o que encontrou. É nesse sentido que desponta o sexto capítulo, no qual se tecem as considerações possíveis ao fim da jornada. Fim que, ao abrir tantas questões e reflexões, pode também se configurar como um começo, um lugar de partida para novas travessias.

1 Suicídio, Psicoterapia e Fenomenologia: Compreensões (Des)Veladas na Literatura

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura voltada para o estudo do fenômeno do suicídio na relação que estabelece com a psicoterapia e a fenomenologia. Nesse toar, buscou-se acessar e dialogar com possíveis compreensões já desveladas em estudos desenvolvidos sobre a temática, bem como observar se existem aspectos que necessitam de maior tematização, orientando, desse modo, a realização de pesquisas futuras (Sampaio & Mancini, 2007). Nesse sentido, esta investigação inicial, a partir de artigos, dissertações e teses já publicadas sobre o tema, visa fundamentar a pesquisa de campo a ser desenvolvida posteriormente nesta dissertação.

1.1 Método da Revisão

Desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura orientada pelo objetivo de compreender de que maneira a literatura tem associado o suicídio, a psicoterapia e a fenomenologia. Para iniciar este estudo teórico, delinearam-se algumas etapas a serem cumpridas em sua concretização, com inspiração na descrição realizada por Sampaio e Mancini (2007) acerca da elaboração de uma revisão sistemática: definição do objetivo, planejamento da forma como os estudos serão encontrados (identificação das bases de dados, definição das estratégias de busca e dos critérios de inclusão e de exclusão), seleção e revisão dos materiais e apresentação dos resultados encontrados.

A busca dos materiais aconteceu por intermédio da escolha prévia das terminologias mais adequadas a serem utilizadas nas bases de dados. Essa seleção visa tornar a pesquisa mais eficiente, levando-se em consideração que a utilização de termos específicos torna possível recuperar materiais associados a esses termos nas fontes de informação. Desse modo, buscou-

se na Biblioteca Virtual de Saude – Psicologia (BVS-Psi) descritores da área de psicologia que tematizassem o foco deste estudo, optando-se por “suicídio”, “psicoterapia” e “fenomenologia”.

As consultas aos materiais encontrados, por sua vez, foram realizadas nas bases de dados Scielo, Pepsic e Lilacs, que estão indexadas como fontes de informação na BVS-Psi. Além dessas, também se utilizou como banco de pesquisa a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A coleta de dados ocorreu no período de junho a setembro de 2019.

Definiram-se como critérios de inclusão desta revisão que os materiais avaliados tivessem sido publicados em língua portuguesa, no período de 2009 a 2019, disponibilizados na íntegra, e que tratassem do suicídio nas relações estabelecidas com a psicoterapia e a fenomenologia. Por conseguinte, ressalta-se que as pesquisas que tenham sido publicadas em domínios de acesso pago, de língua estrangeira e que contemplassem discussões sobre temas alheios ao interesse deste estudo ou que os abordassem de forma isolada foram excluídas do corpus da investigação.

A seguir apresentam-se os procedimentos relativos à busca dos materiais nas bases de dados e os resultados obtidos nessa etapa. Posteriormente empreende-se uma breve discussão acerca do panorama revelado pela literatura.

1.2 Resultados

Mediante o cruzamento dos descritores com a utilização do operador boliviano AND, foram consultadas as bases de dados citadas. A Tabela 1 a seguir apresenta os resultados das buscas:

TABELA 1

Resultado da busca por trabalhos organizada por cruzamento de descritores e bases de dados associadas

Descritores	SciELO	LILACS	PePSIC	BDTD	Total
Suicídio + Psicoterapia	5	47	9	8	69
Suicídio + Fenomenologia	2	11	9	19	41
Suicídio + Psicoterapia + Fenomenologia	0	1	3	0	4
Total	7	59	21	27	114

Nota: Elaborada pela autora (2019).

Após esse procedimento de levantamento dos materiais disponíveis nas fontes de busca, realizou-se a análise dos títulos e resumos a fim de selecionar os estudos que atendiam aos critérios de elegibilidade e descartar aqueles que se encontravam dentro dos parâmetros definidos para exclusão. Nessa etapa eliminaram-se do corpus desta pesquisa 23 artigos repetidos e 75 estudos que se encontravam em língua estrangeira, antecederam o período delimitado ou não tratavam dos temas de relevância para esta pesquisa. Os passos seguidos na elaboração dessa etapa da revisão estão detalhados na Figura 1:

**FIGURA 1**

Fluxograma das etapas seguidas para seleção dos artigos revisados.

A partir dos materiais selecionados, realizou-se uma leitura mais criteriosa dos textos a fim de se avaliar novamente a elegibilidade de cada um deles no corpus desta revisão, o que

resultou na inclusão de 14 materiais, sendo 1 dissertação excluída por discorrer sobre atendimento psicológico sem o enfoque da psicoterapia. Dessa forma, os 14 estudos selecionados podem ser classificados por tipo de produção (Tabela 2) e por área de conhecimento (Tabela 3).

TABELA 2*Tipos de produção encontrados após seleção*

Tipos de produção	Quantitativo
Artigos	9
Dissertações de Mestrado	3
Tese de Doutorado	2
Total	14

Nota: Elaborada pela autora (2019).

TABELA 3*Número de produções científicas por tipo de produção e área de conhecimento*

Área de Conhecimento	Artigos	Dissertações	Teses	Total
Psicologia	9	2	-	11
Enfermagem	-	1	1	2
Saúde Pública	-	1	-	1
Total	9	4	1	14

Nota: Elaborada pela autora (2019).

O que se observa dessa amostra final é que a maioria dos estudos (9) são artigos científicos. A área de conhecimento que mais produziu sobre o tema de interesse desta revisão foi a psicologia, resultado já esperado, visto que o foco das investigações foi direcionado a uma prática psicológica – a psicoterapia. Ademais, a fenomenologia, outro tema deste estudo, mostra-se como campo filosófico e metodológico que tem ganhado destaque no espaço psicológico.

Outro dado a ser analisado diz respeito à quantidade de publicações e os anos correspondentes, apresentado no Gráfico a seguir (Figura 2):

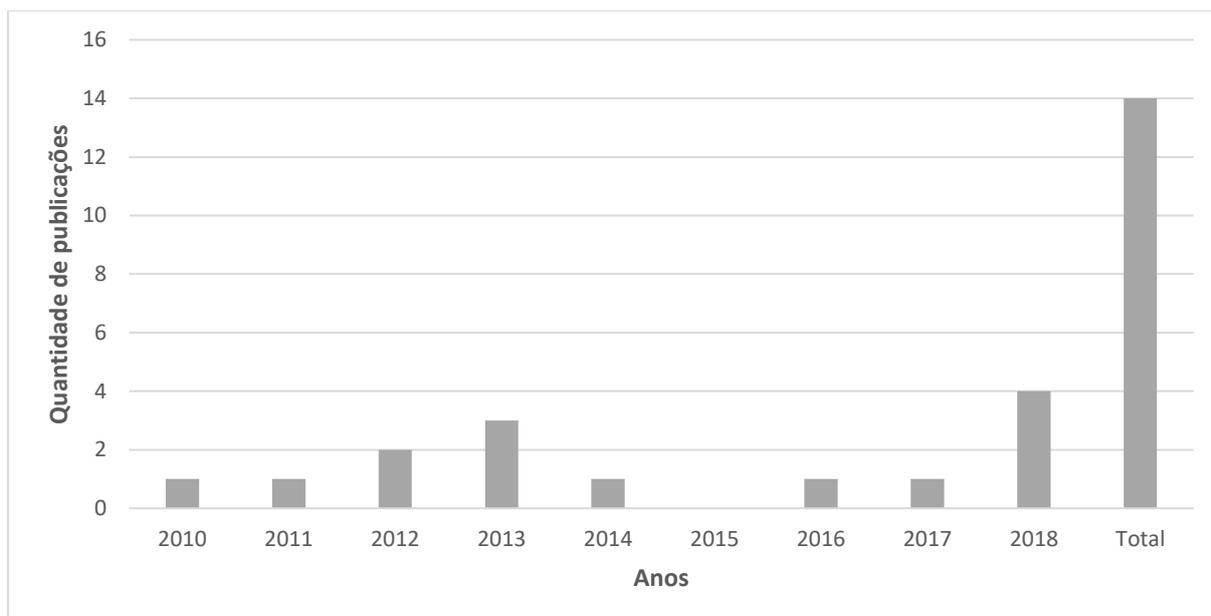


FIGURA 2

Gráfico da quantidade de publicações por ano.

De acordo com o Gráfico, o ano de 2018 foi o mais produtivo, contabilizando 4 estudos, seguido do ano de 2013, que apresentou 3 publicações. Os outros anos contaram com uma média de 1 publicação, exceto o de 2012, que registrou 2 produções. O ano de 2015 foi o único que não apresentou produção. Após essa descrição e comparação de alguns dados da amostra desta revisão, realiza-se uma discussão sobre o que foi encontrado no escopo dos estudos, destacando aproximações possíveis entre eles e como abordaram os temas da psicoterapia, fenomenologia e suicídio.

1.3 Eixos de Discussão

No intuito de organizar este espaço de discussão e tematização, elegeram-se os descritores usados nas buscas como eixos temáticos. Diante da escassez de publicações que associassem suicídio, psicoterapia e fenomenologia, apresentaram-se os materiais em dois eixos principais, “Suicídio e Fenomenologia” e “Suicídio e Psicoterapia”.

1.3.1 Suicídio e fenomenologia.

Agruparam-se neste eixo 11 estudos que relacionam o suicídio à fenomenologia, dos quais 6 são artigos, 3 são dissertações e 2 são teses. Quanto ao ano de publicação, notou-se que as produções são bastante atuais, pois 3 são de 2018, 1 é de 2017 e 1 é de 2016. Os anos de 2015 e 2014 não apresentaram publicações, já em 2013 e 2012 foram publicados 2 estudos em cada um dos anos e em 2011 e 2010 foi produzido 1 estudo em cada período citado.

Os estudos de Fukumitsu (2013) e Ribeiro (2016) são teses que abordam o suicídio e suas repercussões nos familiares com base no método fenomenológico. A primeira investigação descreve o luto de filhos de pais que se suicidaram e, a partir do método proposto por Clark Moustakas e do referencial da Gestalt-terapia, busca compreender o processo de luto de 9 filhos, que apresentaram sentimentos ambivalentes como culpa e alívio, busca por motivos, ausência de referências depois da morte, reorganização dos papéis familiares, e o silêncio que atravessa essa experiência junto aos outros membros da família.

A segunda publicação citada detém-se na compreensão do cotidiano de familiares de pessoas com comportamento suicida e tem como base a perspectiva da sociologia fenomenológica. Entrevistaram-se 15 familiares de indivíduos com sofrimento psíquico que eram acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e percebeu-se que cotidianamente eles buscavam proteção e cuidado pela via da administração de remédios, atenção aos possíveis riscos, atitudes diante das crises suicidas e apoio na espiritualidade e estímulo a projetos de vida que auxiliassem na qualidade de vida. Além disso, examinaram-se ainda as expectativas deles em relação ao futuro dos pacientes, sendo apontados a continuidade do tratamento, o afastamento do comportamento suicida e o estabelecimento de hábitos saudáveis.

Os estudos de Silva (2010) e Dutra (2012) abordam o suicídio e suas relações com a adolescência e a juventude. Silva (2010) disserta sobre o significado da tentativa de suicídio para adolescentes que atentaram contra a própria vida a partir de Merleau-Ponty e Heidegger, e, por intermédio de 4 entrevistados, entra em contato com a narrativa de suas experiências, que desvelam o fenômeno como uma antecipação da morte a fim de romper com os sofrimentos existenciais, uma possibilidade de não-ser-mais-aí e de solicitar ajuda. Destaca ainda algumas razões para a decisão como a disfunção familiar e a instabilidade emocional, e aponta que a tentativa, em alguns casos, vem acompanhada de arrependimento e ensaio de novos caminhos para a reconstrução da vida, que podem ser encontrados por meio do apoio social, profissional e espiritual.

Dutra (2012) centra-se no suicídio de jovens universitários e apoia-se na fenomenologia hermenêutica para refletir acerca do contexto acadêmico, social e cultural vivido por esses jovens. A autora ressalta a escassez de estudos sobre o tema e as altas taxas de suicídio de jovens de 20 a 24 anos, buscando justificar a necessidade de novas pesquisas que compreendam o fenômeno. Ademais, revela que o tédio é a tonalidade afetiva que marca o mundo atual da técnica e que atravessa a experiência dos universitários, que se percebem em um mundo desinteressante e vazio de sentidos.

Outro estudo da citada autora compõe esta revisão e antecipa algumas reflexões apontadas por ela. O artigo “Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: Algumas considerações”, publicado em 2011, aproxima-se do suicídio por meio da narrativa de 6 adolescentes que tentaram suicídio. Nele se evidencia o fenômeno como uma possibilidade existencial que expressa a angústia e o desamparo constitutivo do ser do homem, que, no caso dos jovens, tem motivação nas relações familiares e sociais em que, ao tentarem agradar o outro, perdem-se deles mesmos e mergulham em um não-sei-quem-eu-sou (Dutra, 2011).

Destaca-se que as duas publicações de Dutra lançam um olhar para o suicídio a partir da perspectiva de Heidegger e dos pressupostos descritos pelo autor em sua *Analítica Existencial*. Nesse toar, essa abordagem visa apresentar outra possibilidade compreensiva sobre o tema, diferente daquelas que categorizam seu estudo.

Rocha, Boris e Moreira (2012) versam sobre o suicídio sob a perspectiva humanista-fenomenológica com base em Carl Rogers e Merleau-Ponty, a partir dos dados colhidos em entrevistas com 6 pacientes de um hospital psiquiátrico que relataram sua experiência suicida. Evidencia-se em suas falas o contexto sociocultural no qual as relações podem motivar uma tentativa de morte, assim há que se considerar que o suicídio é um fenômeno mundano, já que a pessoa que tenta pôr fim à vida e o contexto em que se encontra inserida estão intimamente implicados.

Outro aspecto que chama atenção no artigo é a pouca eficácia da hospitalização nos casos acompanhados, pois investe-se mais na medicalização dos sintomas do que em recursos para se lidar com o que os pacientes estão sentindo. Nessa direção, os estudiosos explicam que essa é uma experiência que merece ser acompanhada na clínica psicológica, assim como outros fenômenos vividos.

Ainda na busca de se aproximar do fenômeno por intermédio de narrativas, Roehle e Dutra (2017) entrevistaram 20 pessoas entre familiares de suicidas e moradores de regiões que apresentam altas taxas de suicídio de agricultores. Nesse estudo, é possível, com base na *Analítica Existencial* de Heidegger, descrever algumas das condições de vida daqueles que se suicidam, percebendo-as como possibilidades fáticas, e associar o ato à frustração de projetos em que se recusa o peso do existir, pois diante da indefinição da existência o homem precisa cuidar de ser, sentindo-se desenraizado e angustiado na tarefa de ser-si-mesmo.

O artigo de Souza e Moreira (2018) é um estudo teórico que discute as diferenças entre tristeza, depressão e suicídio melancólico na perspectiva de Arthur Tatosian. As autoras

argumentam que a tristeza possui um objeto definido e que se deprimir é uma possibilidade para todas as pessoas, enquanto a melancolia produz em quem a vivencia um esvaziamento e um isolamento em si mesmo, o que leva o indivíduo a perder a comunicação e a confiança no mundo. Nesse último “estado” é que se tem uma aproximação com a morte, que pode se revelar como uma libertação do vivido.

Os autores referidos revelam a necessidade de se pensar na psicoterapia como uma proposta de prevenção, pois por meio desse espaço pode-se acessar o fenômeno vivido pelo depressivo e pelo melancólico que tenta pôr fim à vida. Pode-se trazer à tona os sentimentos e sentidos elaborados nas relações com o outro e com a vida e a morte.

O estudo de Capucho e Jardim (2013) trata do suicídio em um grupo específico de imigrantes provenientes das regiões eslavas e germânicas e que se fixaram no Espírito Santo, denominados pomeranos. Nessa comunidade verifica-se alto índice de suicídios e homicídios de imigrantes e descendentes, dado que gerou o interesse em investigar a percepção dos descendentes acerca de seus hábitos, suas relações com a agressividade, a violência e a incidência de homicídios e suicídios.

Entrevistaram-se 15 descendentes de pomeranos mediante a aplicação da entrevista semiestruturada, o que tornou possível perceber a associação entre depressão e alcoolismo nos casos recorrentes na comunidade. Além disso, a agressividade não foi considerada um traço predominante em suas personalidades, sendo, no entanto, mobilizada diante da impulsividade e do uso e abuso de álcool e outras drogas, como também o fechamento em si mesmo foi apontado como fator relacionado aos quadros depressivos.

Por fim, 2 publicações convergiram ao salientarem a ação dos profissionais diante do suicídio. Pinto (2018) explorou os conhecimentos e práticas de profissionais de saúde na prevenção do suicídio e, por meio da fenomenologia social de Alfred Schütz, buscou compreender a vivência desses. Inicialmente ressalta o impacto que lidar com esse fenômeno

produz para os profissionais, que, apesar de terem certo conhecimento sobre os fatores associados ao fenômeno, também revelam certo desconhecimento sobre as diretrizes nacionais de prevenção.

Quanto às práticas desenvolvidas, apontou a identificação de pessoas em risco, o acolhimento e o posterior encaminhamento dessas, frisando que nesses casos é necessário o acompanhamento em equipe, devido à complexidade que caracteriza o fenômeno. Por outro lado, evidenciou a dificuldade de se trabalhar em rede, a preocupação com o adoecimento dos próprios profissionais e a expectativa de que o tratamento se ampliasse para além da medicação.

Já no estudo de Hwang (2018), a investigação se volta para como a mídia aborda o suicídio. Entrevistaram-se 5 jornalistas e, por intermédio do método fenomenológico de Clark Moustakas, construíram-se categorias que destacam a falta de conhecimento acerca da forma de abordagem do tema nos meios de comunicação, as dúvidas sobre a possibilidade de contágio, ou seja, de influência na emergência de novos casos, e a exploração de casos de suicídio de pessoas famosas que são transformados em espetáculos. Teceram-se ainda reflexões acerca do papel da mídia na prevenção por meio da oferta de informações que possibilitem a conscientização da sociedade no tocante à necessidade de se discutir com maior criticidade os modos de se abordar o assunto.

1.3.2 Suicídio e psicoterapia.

Os estudos incluídos neste eixo são 3 artigos que articulam o fenômeno do suicídio no âmbito da psicoterapia. As publicações distribuem-se do seguinte modo: 1 estudo referente ao ano de 2018, 1 publicado em 2014 e 1 produzido em 2013.

A publicação de Feijoo (2018a) é a mais atual incluída nesse agrupamento e tem como enfoque a análise existencial do que é dito por aqueles que pensam em pôr fim à vida.

Utilizando a abordagem fenomenológica, aproxima-se dos sentidos que estão em jogo na decisão pelo suicídio de 2 pessoas encaminhadas ao núcleo de atendimento clínico de uma universidade pública, observando que, ao procurar o serviço, as pacientes apresentam uma (in)decisão frente ao suicídio e que, ao serem acolhidas, podem se demorar nessa questão, lançando luz em outras possibilidades existenciais para lidar com o sofrimento vivido.

Nessa direção, a autora ressalta a importância da criação de serviços destinados a acolher a demanda suicida, já que nos casos acompanhados fica explícito um pedido de ajuda e a necessidade da emergência de um espaço em que possa ser trabalhada a ambiguidade vida e morte que se mostra no existir daquele que pensa em dar fim à vida. Outro ponto destacado é a preparação dos profissionais e estudantes que atendem ou atenderão nesses serviços, pois é imprescindível que percebam as concepções que os acompanham e tentem suspendê-las, a fim de desenvolver uma ação clínica que não recaia na moralização ou na prevenção do ato a qualquer custo.

Essa ideia de que o trabalho do psicólogo não consiste em salvar vidas, mas sim em cuidar também se apresenta no trabalho de Fukumitsu (2014), que trata das possibilidades de manejo de pacientes em crise suicida. Por meio do levantamento bibliográfico e da experiência clínica da autora, elencam-se alguns aspectos a serem privilegiados no atendimento da pessoa com comportamento suicida como o trabalho interdisciplinar, o esclarecimento quanto ao sigilo e às situações em que ele pode ser rompido, a atuação voltada para a ampliação das situações em que o paciente se sente vivo – vinculado com a vida - e a tolerância ao que o paciente traz: seu sofrimento, os sentimentos e a falta de sentido frequentemente presente.

Outro estudo da autora também se volta para o manejo psicoterapêutico diante da crise suicida, vinculando-o à abordagem gestáltica. Nessa publicação, Fukumitsu e Scavacini (2013) tecem reflexões sobre o fenômeno mediante a Gestalt-terapia e explicam que, na psicoterapia, é importante explorar as situações nas quais o paciente vê o suicídio como solução e facilitar a

ampliação de outras possibilidades existenciais. Além disso, analisam o suicídio visualizando-o como um ajustamento criativo disfuncional que indica uma dificuldade de se lidar com o sofrimento.

Portanto, verifica-se que os estudos de Feijoo (2018a), Fukumitsu (2014) e Fukumitsu e Scavacini (2013) versam sobre a temática de interesse desse agrupamento, focalizando o psicoterapeuta e suas práticas frente ao suicídio, como também a importância do atendimento psicológico, da preparação do profissional e da criação de serviços voltados para a demanda.

1.4 Algumas Considerações

A partir das compreensões construídas nos estudos que integram esta revisão, percebe-se que há uma diversidade de modos de se abordar a temática do suicídio, e que, mesmo quando se direciona o olhar através de uma lente compreensiva como a fenomenologia, emerge uma pluralidade de enfoques teóricos. Desse modo, a fenomenologia em alguns estudos foi vista como um método a ser aplicado, e em outros como um caminho que buscava se aproximar do fenômeno do suicídio, e, assim, lançava mão de certos pressupostos para perceber a existência. É na direção desta segunda proposta que esta pesquisa busca compreender a experiência, em psicoterapia, daqueles que pensam ou tentam pôr fim à vida.

Diversas publicações trouxeram à tona a importância da psicoterapia no acompanhamento daquele que tenta pôr fim à vida, apontando o contexto terapêutico como aliado na prevenção. Entretanto, ao citarem isso, focalizaram as discussões nas possibilidades de manejo clínico, no impacto do profissional e na necessidade de instrumentalização para a lida com a demanda.

Diante dessa reflexão, observa-se que, mesmo destacando as possíveis repercussões da psicoterapia no paciente que tenta dar fim à vida, nenhum dos estudos abordou essa

compreensão a partir da perspectiva daquele que vive o fenômeno. Assim, há uma lacuna nas produções que tratam do tema, resultando em um discurso ainda distante da narrativa do paciente que busca a psicoterapia impelido por sua urgência entre viver e morrer.

Esta pesquisa busca lançar luz sobre essa lacuna, a fim de dar voz aos pacientes que pensam ou tentam dar fim à vida e buscam a psicoterapia, desvelando os sentidos de suas experiências e possibilitando a criação de serviços e práticas mais próximas do que o próprio fenômeno tem a dizer. Nesse sentido, o estudo justifica-se por privilegiar uma perspectiva ainda não explorada - o paciente - e por se fundamentar nos pressupostos da Analítica Existencial – uma visada pouco presente na literatura e que possibilita um outro modo de olhar para o fenômeno.

2 Horizontes em Diálogo: Significados do Suicídio ao Longo da História na Sociedade Ocidental

O suicídio é fenômeno sempre presente nas narrativas que versam sobre a história dos seres humanos. Seja de modo explícito nos documentos e na literatura de cada época, seja tacitamente em fontes variadas e extraoficiais, a morte voluntária manifesta-se por meio de casos reais e/ou fictícios que revelam que as pessoas, desde os tempos mais remotos, questionam suas existências e, às vezes, escolhem, mesmo que momentaneamente, findá-las.

As reações perante aqueles que buscam pôr fim à vida são diversas no campo histórico e podem ser compreendidas como resultado de um contexto compreensivo, em que os significados filosóficos, culturais, morais e religiosos vigentes produzem certas interpretações. Desse modo, não se pensa no suicídio de maneira neutra, assim como não se reage aos casos de modo indiferente, pois qualquer entendimento se dá em um nexos referencial que atesta a pertença a uma tradição – um horizonte que possibilita uma perspectiva do mundo e das coisas (Lawn, 2007; Nunes, 2010).

Nesse sentido, observa-se que a cada período histórico irrompem especificidades socioculturais, políticas e econômicas que possibilitam a produção de significados e compreensões sobre esse modo de morrer que ora reforçam contornos gestados em épocas anteriores, ora ensaiam novos traços capazes de ampliar a interpretação corrente – como horizontes que se modificam. Metaforicamente pode-se pensar que o suicídio vai adquirindo roupagens que o revestem e possibilitam explicações e ações que expressam os pré-conceitos herdados da vida histórica.

Venco e Barreto (2010) afirmam que a palavra suicídio, ao longo da história, adquiriu uma multiplicidade de significados que se expressam como loucura ou heroísmo, ofensa a Deus ou liberdade, coragem ou covardia, entre outros. Em algumas sociedades condenado, em outras

tolerado, ou ainda aceito em circunstâncias específicas. Isso aponta para a complexidade do tema, que pode ser percebida nessa luta constante entre o que se sabe e o que permanece como “mistério” sobre o suicídio.

As discussões sobre o assunto não se encerram, nem mesmo quando são silenciadas pelas autoridades jurídicas, religiosas ou por fatores culturais. Acerca desse silêncio - e da reprovação que paira sobre esse fenômeno -, costuma-se falar do tabu que ele representa e das significações que foram construídas sobre ele, principalmente no período da Idade Média, e que ressoam até os dias de hoje.

Apesar dessas primeiras impressões sobre o suicídio, percebe-se a necessidade de se (re)visitar sua história a fim de compreender como esse fenômeno foi interpretado – suas roupagens, como os horizontes históricos favoreceram certas compreensões e de que modo algumas delas ressoam no horizonte atual. (Re)visitar é ainda uma possibilidade de a autora se lançar em uma jornada que pode ampliar sua perspectiva atual sobre o tema, mediante o diálogo com alguns textos, em que coloca em jogo seus preconceitos, fazendo dessa uma empreitada interpretativa subsidiada pela filosofia hermenêutica de Gadamer.

Nesse toar, o objetivo deste capítulo é problematizar as concepções construídas sobre o suicídio ao longo da história e, para alcançá-lo, será necessário, assim como esclarece Lawn (2007), entender que o passado possui seu próprio horizonte, ou seja, suas perspectivas, que partem de uma tradição, e que o momento atual apresenta outro horizonte específico, do qual a autora faz parte e não pode se desprender. Assim, a tarefa da compreensão não se dá como um entendimento puro dos períodos históricos, mas no diálogo entre o horizonte presente e familiar e aquele pretérito e estranho – uma fusão de horizontes¹.

¹ Termo apontado por Gadamer que expressa a ideia de que um horizonte pode se aproximar de outro e se fundir, ou seja, produzir, modificar ou ampliar compreensões. Este aspecto será mais bem detalhado na metodologia deste estudo (Lawn, 2007).

Nessa direção, Nunes (2010) explica que a interpretação acontece em função dos pressupostos da época atual:

Compreendemos essa época distante, infamiliar, aproximando-a do presente, do familiar, onde nos situamos. Essa dialética da proximidade e da distância, completa-se pela apreensão da diferença entre as duas sociedades, a nossa e a pretérita, afastadas entre si pelo tempo. Uma não se identifica com a outra; são os contornos, os “horizontes” das duas que se fundem; e, por isso, ao compreendermos aquela em função da nossa, compreendemo-la de modo diferente. (p. 274, grifo do autor)

Após essas primeiras clarificações sobre o fenômeno que será tematizado neste capítulo e o caminho que se cogita seguir para compreendê-lo, pode-se adentrar na história.

2.1 Suicídio em Perspectiva: Heroísmo, Pecado, Crime ou Loucura?

A empreitada de se lançar nos horizontes históricos e tentar fazer uma breve narrativa da história do suicídio no Ocidente constitui-se em desafio, seja pela complexidade da tarefa de mergulhar em períodos tão distantes e interpretá-los, seja pela dificuldade de acessar fontes que apresentem dados e compreensões sociais sobre esse fenômeno.

Quanto às lacunas documentais, Minois (2018) argumenta que a escassez de matérias e arquivos referentes ao suicídio deve-se às significações produzidas sobre esse fenômeno, que o diferenciaram de outros modos de morrer. Vistas, frequentemente, como criminosas ou vergonhosas, as mortes por suicídio eram registradas em inquéritos criminais, ou tornavam-se fonte de reflexão de filósofos, artistas e jornalistas que, por vezes, lançavam indagações sobre as motivações e implicações que suscitaram sua ocorrência.

Apesar do tom negativo e impeditivo que, por vezes, ecoa nas narrativas sobre o suicídio na história do Ocidente, revela-se que, em alguns períodos, outras roupagens o

revestiram e proporcionaram sentidos de liberdade, admiração, dignidade e heroísmo. A Antiguidade greco-romana, também designada por era clássica, foi palco de grandes suicídios devido às personalidades e ao sentido por elas atribuídos ao fim de suas existências. Sócrates, Catão, Lucrecio, Cleópatra, Sêneca e Brutus foram alguns dos que decidiram pôr fim à vida e que até hoje são lembrados, amiúde, como heróis.

Entre todos os períodos históricos, a Antiguidade pode ser evidenciada como aquela em que o suicídio foi percebido com maior abertura, assumindo diversos sentidos e sendo comumente aceito pelo Estado (Venco & Barreto, 2010). Quanto a essa pluralidade de concepções, Berenchtein (2007) esclarece que os filósofos clássicos refletiram sobre o fenômeno e o compreenderam de maneira bastante matizada, abrangendo desde uma oposição dos pitagóricos, que rechaçavam o suicídio pela ideia de que a alma precisa realizar sua expiação até o fim, até uma aceitação dos cínicos, epicuristas e estoicos, que atribuem a decisão de viver ou morrer à liberdade do indivíduo.

Nesse tocante ainda se inserem as discussões de Platão e Aristóteles. A compreensão platônica é a de que o suicídio é ato condenável, porém o filósofo reconhece a existência de três situações que excepcionam sua prática, tornando-o tolerável: a doença, um destino indigno ou uma condenação. Já Aristóteles não hesita, é categórico em sua condenação e considera que o ser humano, ao findar a vida, comete uma injustiça contra si mesmo e desrespeita sua cidade, pois foge de suas responsabilidades perante a vida (Berenchtein, 2007).

No cenário da Roma Antiga, a corrente filosófica estoica exerceu grande influência sobre a elite e, desse modo, o suicídio era reconhecido por simbolizar o mais alto grau de liberdade, sendo executado muitas vezes de forma pública. Por outro lado, a aceitação do ato estava condicionada à posição social, assim, somente os homens livres tinham permissão para pôr fim à vida. Escravos e soldados eram proibidos de atentar contra a vida, podendo sofrer punições no caso de tentativas malogradas (Barbagli, 2019).

Ainda de acordo com esse autor, o contexto clássico que, em geral, era permissivo quanto aos casos de suicídio, foi se transformando e se tornou mais rígido no Império Romano, que passou a prever o confisco de bens daqueles que se matavam durante o julgamento de um crime. Esses primeiros sinais de mudança sinalizaram a abertura de um campo fértil para a produção e consolidação do pensamento cristão, que condena o ato e que predominou durante toda a Idade Média.

A era medieval trouxe em seu bojo uma roupagem para o suicídio que pode ser metaforicamente comparada a uma armadura, pela severidade e rigidez de sentidos que lhe são atribuídos, em que o fenômeno já se desvela como grave pecado, covardia e loucura. Essa “armadura moral” se enrijeceu e se institucionalizou de tal forma, que até os dias atuais dificulta a articulação de outras compreensões sobre o fenômeno.

A Igreja, maior instituição de poder da época, havia herdado da história as hesitações da Antiguidade, que, como visto, não apresentava uma única posição sobre o fenômeno. Entretanto, diante das crises vividas pelo Estado romano, foram propostas discussões sobre a morte voluntária, entre as quais se destaca a de Santo Agostinho, criador de uma base sólida para a repulsa e punição do ato (Botega, 2015).

Agostinho de Hipona apresentou argumentos que propiciaram um endurecimento das concepções perante o suicídio. É possível sintetizar seu pensamento no quinto mandamento da Lei de Deus: “Não matarás”. A princípio esse dispositivo era interpretado como uma interdição ao homicídio, mas o teólogo e filósofo o radicaliza ao afirmar que Deus se referiu tanto a morte de outros quanto de si mesmo (Barbagli, 2019). Dessarte, o suicídio torna-se um pecado e ofensa contra Deus que não admite exceções e que se equipara a um assassinato.

São Tomás de Aquino foi outra personalidade de contribuições expressivas na consolidação da posição da Igreja em relação ao suicídio. Partindo das afirmações de Santo Agostinho e influenciado por Platão, ele descreveu três motivos pelos quais o ato era

condenável e se tornava até mais maléfico que o homicídio: tratar-se de crime contra a natureza, que inclina o homem à autopreservação; contra a sociedade, pois quem o comete foge de suas responsabilidades sociais; e contra Deus, que é o senhor que oferece a dádiva da vida (Berenchtein, 2007).

Nesse cenário imperou uma moralização do suicídio que o tornava repulsivo e que exigia punições pelo seu caráter pecaminoso e injusto. As interpretações sobre ele articulavam-se diretamente à compreensão religiosa, assim costumavam atribuir sua causa a tentação diabólica - fatores sobrenaturais, ou ainda a um estado de loucura em que o indivíduo não se responsabilizava pelos seus atos e poderia ser desculpado (Minois, 2018). As duas explicações sugerem que era impensável existir justificativas racionais para o ato e apontam para a raiz de diversos estigmas que perduram até os dias atuais.

Ante um modo de morrer tão inumano e provocado por forças malignas, as reações das autoridades da época eram extremas e previam o confisco de bens e a execução do cadáver. O corpo daqueles que se matavam sofria duras penas como ser arrastado pelas ruas, pendurado de cabeça para baixo, enterrado em encruzilhadas e distante dos cemitérios, isso porque também lhe eram negados o sepultamento e os ritos religiosos (Araújo & Bicalho, 2012).

Compreende-se que as práticas de punição tanto se baseavam nas crenças de que os corpos dos que se mataram eram impuros e poderiam produzir efeitos desastrosos – influências malignas, capazes de provocar até mesmo catástrofes naturais, quanto funcionavam como controle externo, que buscava desencorajar aqueles que pensavam em pôr fim a vida (Barbagli, 2019).

Após esse período, em que se observa uma tentativa de silenciar a questão do suicídio por meio da repressão, tem início, em meados do século XVI, o Renascimento, em que foram resgatadas discussões da era clássica sobre o fenômeno e apresentadas novas perspectivas. A retomada da Antiguidade deu-se principalmente mediante as artes e a literatura, em que os

suicídios retumbantes foram lembrados e surgiram reflexões sobre os discursos repressivos ditados pela Igreja (Minois, 2018).

Isso pode ser observado no livro de John Donne, produzido em meados de 1610 e publicado postumamente em 1647, a pedido do autor, por reconhecer que adentrava em um campo perpassado por proibições e que sua abordagem se opunha à tradicional. *Biathanatos* é considerado o primeiro tratado dedicado ao suicídio, cujo interior expõe as contradições presentes nos discursos religiosos e filosóficos que afirmam que o suicídio fere a lei natural, racional e divina (Botega, 2015).

É também nesse período que se inicia uma tentativa de desmistificar o suicídio, promovida mediante a análise médica do processo psicológico que poderia estar associado a esse fenômeno. A melancolia foi tema de tratados e de discussões que a colocavam como causa do suicídio e que buscavam compreender seu processo fisiológico, já que era considerada uma doença. Robert Burton, em *A anatomia da Melancolia*, descreve-a como um excesso de bile negra que algumas pessoas já nascem predestinadas a ter e que pode ser agravada pela influência do contexto social (Botega, 2015).

A grande contribuição de sua obra foi conceber o suicídio não como pecado que evoca julgamentos fervorosos, mas como doença de que se é vítima por estar privado de razão. Contudo, analisando criticamente o discurso do autor, percebe-se que, por estar enraizado em sua tradição, não lhe foi possível desvincular-se da ideia de que o suicídio só pode ser compreendido como ato irracional.

Ainda no Renascimento, esse novo olhar para o suicídio como patologia colaborou com a diminuição dos vereditos de *felo de se*, ou seja, de criminoso de si mesmo, e aumentou consideravelmente aqueles que consideravam o acusado dessa prática de *non compôs mentis*, que significava insano, não dono de si. Os casos de loucura e melancolia eram, em grande parte, desculpados e não sofriam punições como o confisco de bens. Em alguns casos, os corpos

dos falecidos sob essas condições poderiam ser sepultados, mediante a observância de pequenas restrições acordadas entre juristas, religiosos e a comunidade (Araújo & Bicalho, 2012; Barbagli, 2019).

Em contrapartida, foi nesse século que se estabeleceu a Ordenança de 1670, na França, que discorre sobre os casos em que se permitia a instauração de processo contra o cadáver ou a memória do morto. O suicídio foi codificado como crime, que previa a instauração de investigação e a aplicação de penas (Minois, 2018). Porém, o que parecia ser a expressão máxima da reação repressiva das autoridades e se contrapor à flexibilização das condenações, na verdade, foi apenas uma oficialização do que já ocorria há séculos em diversos países como a Inglaterra, desde a Idade Média.

Na continuidade, verifica-se que, a partir do século XVII, a perspectiva médica, que concebe o suicídio como patologia e loucura, foi se delineando como campo dominante na lida com o fenômeno (Berenchtein, 2013). A temática, que por vários séculos esteve predominantemente sob o domínio religioso e cuja referenciação era marcada por proibições, passou a ser discutida nos salões nobres e apresentada na literatura até de maneira “favorável”, suscitando declarações, ainda que ousadas para a época, de que o suicídio começava timidamente a assumir outra face, ou melhor, a trajar outra roupagem, que não só aquela de grande pecado.

Essa mudança de perspectiva pode ser também compreendida por meio da elaboração de um nome específico para o ato, que até o momento era chamado de assassinato de si mesmo. Foi na Inglaterra, em uma obra publicada por Thomas Browne, no ano de 1642, que surgiu o neologismo *suicidium*. Esse termo resultou de um esforço destinado a diferenciar o ato de matar a si mesmo, condenado como pecado e ato insano pela Igreja, do suicídio heroico dos antigos gregos e romanos representados por Catão (Bertolote, 2013). Nos anos subsequentes, o termo

suicídio foi incorporado em obras e discussões, que o disseminaram em diversos países e, conseqüentemente, em suas línguas nativas.

Apesar dessa tentativa de desmistificação do ato por meio da elaboração de uma nova palavra para designá-lo, Berenchtein (2013) revela que essa continuou a carregar as compreensões anteriores de morte bárbara, de mal a ser controlado e que acarreta a estigmatização daquele que põe fim à sua vida e de seus familiares.

No Século das Luzes, os questionamentos sobre o suicídio persistiram e tornaram-se públicos. Os tratados, romances e debates filosóficos multiplicaram-se, assim como a diversidade de opiniões sobre o ato (Lessa, 2018). As discussões acirravam-se entre os que insistiam na condenação e aqueles que criticavam a repressão e as sanções aplicadas aos casos de suicídio.

As reflexões galgadas nos debates públicos contribuíram para a emergência de uma compreensão do ato a partir da razão, das explicações científicas e das condições sociais. O suicídio nas classes baixas e médias geralmente era motivado por situações de miséria e de sofrimento, que eram expressas em cartas suicidas (Minois, 2018).

O estudioso destaca que a exposição dos bilhetes suicidas em jornais, foi um movimento típico da época que buscou lançar a luz da razão sobre um fenômeno que durante séculos foi relegado ao campo religioso. Nessa virada de pensamento promovida pela intensificação da busca da razão, da liberdade e das ciências, evidencia-se uma tentativa de se aproximar a concepção vigente de suicídio de uma compreensão humana, e não irracional. Logo, o olhar para o fenômeno passou a ser ditado pela medicina, mediante suas explicações psicofisiológicas, e pelas condições sociais, que, a partir de sua conjuntura, poderiam favorecer a emergência de sofrimentos.

Assim, de pecador e criminoso, aquele que decide pôr fim à vida passa, no século XVIII, a ser visto como

Vítima de sua psicologia cerebral, vítima das desgraças que atingem seus familiares, vítima do comportamento dos mais próximos que contraria suas relações afetivas ou sua sensibilidade, vítima de uma organização política e social que conduz à miséria e ao desespero. (Minois, 2018, p. 376)

Como uma vítima pode ser condenada e sofrer graves punições? Como um cadáver pode ser penalizado por um ato realizado em vida e motivado por questões profundamente humanas? Como é possível que se permita que a família daquele que finda a vida sofra com as consequências das punições aplicadas a ele? O caráter absurdo da criminalização do suicídio era a principal resposta dada pelos personagens dessa época, que estimulavam a sua desmitificação enquanto crime e contribuíam para o abandono do confisco de bens e dos rituais violentos que se aplicavam ao corpo do morto.

A descriminalização do suicídio foi lenta e durou cerca de dois séculos. Cada país, a seu tempo, revisou os códigos penais e aboliu as leis que o tipificavam como crime e suas sanções. A Inglaterra, apesar de palco de grandes debates, foi o país que o descriminalizou mais tardiamente, por volta de 1961 (Araújo & Bicalho, 2012; Venco & Barreto, 2010).

A reformulação dos códigos jurídicos que retiravam o suicídio do rol de crimes não foi suficiente para apagar as marcas das punições aplicadas e das concepções por trás dessa prática. As penas e os sentimentos de culpa e horror subjacentes consolidaram-se como estigmas que se dirigem, com tom de reprovação, aos que tentam o suicídio e aos seus familiares. O constrangimento de se lidar com esse tema permaneceu presente no contexto social e continuou promovendo proibições e pactos de silêncio em torno dele.

Isso pode ser observado na repercussão e na tentativa de proibição da obra *Os sofrimentos do jovem Werther*, do poeta Goethe, em 1774. O livro conta a história de um jovem que se apaixona por uma moça comprometida e decide pôr fim à vida. O romance impossível é retratado por intermédio de cartas narradas pelo próprio protagonista, que detalhadamente

descreve suas experiências de amor e de sofrimento.

O livro tornou-se um grande sucesso e Werther foi reconhecido como um herói por um coletivo que já estava sensibilizado com os grandes debates e as frequentes notícias de suicídio. Diante disso, surgiram preocupações quanto aos casos de suicídios que pareciam estar relacionados ao livro de Goethe, seja por encontrarem o livro junto aos pertences daquele que pôs fim à vida, seja por estar vestido de modo semelhante ao personagem, e a obra acabou sendo repudiada e proibida em algumas regiões (Lessa, 2018).

Botega (2015) aponta que a ideia de pessoas se inspirarem na história desse personagem ao imitar o ato de pôr fim à vida ficou conhecida como *efeito Werther* e foi objeto de estudo científico. Essa atribuição de um efeito devastador à obra de Goethe é atravessada por um tom moralizante de que esse tema, ao ser abordado, pode produzir uma onda de suicídios, reforçando uma necessidade de se silenciar quaisquer comunicações sobre o fenômeno.

Lessa (2018) argumenta que essa associação entre o livro e os casos que surgiram na época se deu de modo especulativo e que, se analisada criticamente, revela-se um argumento infundado, já que nesse período e nos anteriores foram lançadas diversas obras com histórias semelhantes à contada pelo autor. O *efeito Werther* foi um recurso utilizado para explicar o aumento no número de suicídios e, por consequência, possibilitou que as discussões e notícias sobre o assunto fossem abafadas.

Por fim Goethe (2006), mediante seu protagonista Werther, foi capaz de fazer transparecer a moralização que imperava - melhor dizendo, ainda impera - sobre o suicídio:

Que direitos têm os homens. . . para caracterizarem repentinamente qualquer ação, apelidando-a logo: é boa, é má, é louca, é de sábio? O que significa tudo isto? Tendes vós por acaso já examinado os motivos particulares de uma ação? Sabeis desenvolver e averiguar com exatidão as causas por que ela se cometeu e por que se devia executar? Se vós as soubésseis, sérieis menos precipitados nos vossos juízos. (p. 70)

Essa valoração do ato enquanto bom ou mal, positivo ou negativo e seus sentidos subjacentes antecipam a mostraçã do fenômeno, são como preconceitos, ou seja, concepções prévias que na tradição vigente possibilitam certas interpretações e ações. Tal compreensão pode ser aproximada daquilo que Foucault (1984) nomeia como moral - valores e regras que se prescrevem aos indivíduos e constituem um código que é ensinado e transmitido de modo explícito, ou ainda implicitamente, em um contexto e que pode se sedimentar, como também pode ser questionado e transformado.

A partir disso, entende-se que o ato suicida foi, ao longo da história, pré-compreendido como um mal, um pecado, um crime e uma loucura. De modo geral, a moralização que incidiu sobre ele determinava sua interdição em favor do divino e do social, em outras palavras, prescrevia o respeito à vida concedida por Deus e a manutenção da organização social.

Deve-se ressaltar que, mesmo diante dessas prescrições, surgiram outras interpretações e condutas diferentes dessas dominantes como a aceitação ou desculpa do ato diante de certos motivos e até o encobrimento de suicídios por familiares e comunidades, o que aponta para escapatórias e resistências que os indivíduos podem fazer ante as determinações morais. Essa variação no comportamento constitui a ambiguidade moral, que diz respeito às diferentes maneiras de se conduzir “mais ou menos completamente a um princípio de conduta” (Foucault, 1984, p. 26).

Retomando o caminho histórico aqui percorrido, percebe-se que diferentes determinações se construíram, desde uma moral que tolerava a morte por suicídio como na Grécia e na Roma antiga, até uma em que esse tipo de morte é visto como pecado e/ou crime. Conforme explicitado, entre esses dois extremos existiram variações e concepções que os questionavam e abriam brechas para o aparecimento de outras roupagens compreensivas, mas ressalta-se que a tônica resultou na consolidação do suicídio como tabu.

Entre os séculos XVI e XVIII, foi possível observar uma tentativa de desconstrução, ou ainda de reconfiguração dessa moral que se sedimentou sobre o suicídio. Buscou-se percebê-lo não apenas dentro de uma conjectura religiosa, mas como dilema humano e problema a ser entendido no âmbito das ciências fisiológicas, psicológicas e sociológicas. Assim, foi emergindo uma outra moral que, apesar de não anular a anterior, ganhou força nos tempos modernos e transformou o suicídio em uma doença a ser tratada e evitada, em prol da vida que deve ser preservada a qualquer custo (Lessa, 2018).

2.2 O Suicídio na Contemporaneidade: Um Panorama Geral

A contemporaneidade é costumeiramente pensada como um período em que a sociedade se transformou significativamente, opondo-se à tradição das eras anteriores e testemunhando a consolidação do progresso científico e técnico. Valores, relações com o mundo e consigo foram modificadas e assumiram contornos de individualismo, hedonismo, racionalidade e consumismo (Lipovetsky, 2005; Nery da Cruz, 2013).

No tópico anterior já foram apresentados, entre os séculos XVI e XVIII, os primeiros avanços das ciências na compreensão do suicídio e na emergência de um outro modo de lidar com o fenômeno. No entanto, entende-se que por volta da metade do século XX a contemporaneidade emergiu – compreendida por alguns autores como pós-modernidade ou hipermodernidade -, e protagonizou grandes transformações sociais, que se tornaram alvo de estudos científicos e possibilitaram uma intensificação do olhar científico para o suicídio como nunca visto antes.

Dessa feita, este tópico irá se deter nas compreensões do suicídio no horizonte atual e na moralização que se construiu sobre ele a partir da atual visão técnico-científica. Além disso, arrisca-se a lançar reflexões sobre esses tempos, aos quais a autora adere, sem que fique

impedida, assim como explana Agamben (2009), de estabelecer uma relação singular com o tempo, fixando o olhar sobre ele e percebendo o jogo de luz e sombra que o constitui – ser contemporâneo ao tempo.

Como pertencente à tradição vigente, peço licença para tonar este texto mais pessoal. Ao assumir essa postura, penso que poderei tornar mais claras para o leitor (e sobretudo para mim) as concepções prévias das quais parto para compreender o fenômeno estudado, além de descrever minhas afetações e interpretações dos textos que aqui utilizo para refletir sobre o “pôr fim à vida” na modernidade.

Desde que iniciei meus estudos sobre o suicídio, deparei-me com estatísticas e definições que o associavam a fatores determinantes e recomendações de como se deve intervir frente a ele. Fatores de risco e de proteção, estratégias de prevenção, avaliações de risco, protocolos de segurança, restrição de acesso aos meios, capacitação de profissionais da saúde e de comunicação. Esses são os principais termos que encontramos nas cartilhas e relatórios de organizações de referência em saúde acerca do suicídio, além de dados numéricos alarmantes.

Mas o que isso nos diz? Para que compreensões do suicídio essas palavras podem apontar? E que práticas se estabelecem a partir desse olhar imperante? No intento de responder a essas perguntas retomarei algumas das informações veiculadas no primeiro relatório sobre o suicídio no mundo da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), intitulado *Preventing suicide: A global imperative*, traduzido como *Prevenção do Suicídio: Um imperativo global*.

A publicação teve como objetivo alertar para a problemática do suicídio e para a necessidade de tornar sua prevenção alta prioridade na agenda global de saúde pública. O fenômeno é apresentado como questão de saúde pública que provoca cerca de 800 mil mortes por ano, sendo ainda a segunda causa de morte entre jovens em idade entre 15 e 29 anos. Além disso, ressalta-se que os números podem ser maiores devido à subnotificação dos casos.

Nesse sentido, o suicídio assume a roupagem de um problema a ser enfrentado mediante estratégias, ou seja, ações previamente pensadas e executadas a fim de se controlar o número de casos. Sua prevenção é um modo de afastamento ou impedimento do ato e sua eficácia encontra-se, em um panorama geral, na diminuição das estatísticas de óbitos e de pessoas hospitalizadas por tentativas de suicídio.

Refletindo sobre essas primeiras informações sou lançada a alguns questionamentos. O primeiro é quanto ao status que a ciência adquiriu no horizonte moderno, no qual ocupa lugar privilegiado de fala sobre qualquer fenômeno. Segundo Heidegger, “Hoje predomina a crença de que somente a ciência proporciona a verdade objetiva. Ela é a nova religião.” (2017, p. 44, grifo do autor).

Nessa direção, o suicídio tornou-se objeto de estudo das ciências e, ao assumir o método das ciências naturais, busca explicações, relações causais que assegurem o controle sobre o processo de adoecimento e a antecipação ao ato suicida. É um modo de compreender o fenômeno, cerceando-o para que se possa dominá-lo e, até mesmo, se fosse possível, extingui-lo.

O estudo de Durkheim sobre o suicídio é um dos maiores exemplos da aplicação do método positivista empregado nas ciências naturais às outras disciplinas, nesse caso, à sociologia. Em suas investigações, Durkheim (1897/2011) observou dados estatísticos e elaborou relações entre as taxas de suicídio e algumas variáveis sociodemográficas (estado civil, religiosidade, escolaridade e outras). O estudioso ressaltou ainda a interação e a coesão social como preditoras dos casos e, a partir disso, apresentou três tipos de suicídio: egoísta, altruísta e anômico².

² Essa classificação está presente na obra *O suicídio*, do sociólogo Émile Durkheim. De modo geral, nos tipos de suicídio egoísta e altruísta encontra-se em jogo o grau de integração social do indivíduo. Assim, no suicídio egoísta há uma individualização excessiva que demarca uma desintegração social, enquanto no altruísta há uma integração demasiada ao corpo social, motivando o sujeito a sacrificar-se em prol do outro ou de seus grupos. Já o terceiro tipo de suicídio, denominado anômico, seria provocado pela ausência de regras e parâmetros sociais, situação bastante comum em momentos de crise e que implica a desorientação do sujeito.

Desde então, a maioria dos estudos que tematizam o suicídio seguem esse método. Atualmente a Organização Mundial de Saúde é o principal órgão de investigação do assunto, e apresenta dados de acordo com variáveis como sexo, idade, países, entre outras. O último relatório, intitulado *Suicídio no mundo: Estimativas globais de saúde*, de 2019, apontou o suicídio como epidemia global e ratificou sua redução como prioridade mundial que requer respostas coordenadas “para garantir que a tragédia do suicídio não continue a custar vidas e afetar milhões de pessoas com a perda de entes queridos” (WHO, 2019, p. 7).

Diante do apelo da ciência para a interdição do suicídio, desenvolvo meu segundo ponto de reflexão: em um horizonte em que se propõe uma prevenção que controle e impeça o suicídio, quais sentidos são articulados para esse fenômeno? Qual a moral que vigora sobre o ato e que determina nossas interpretações e práticas na atualidade?

Diante de tais questões, a primeira reação que se apresenta é a de incômodo. O suicídio incomoda quando aparece, seja por meio de notícias ou de casos próximos, seja quando chega aos hospitais e convoca os profissionais a cuidar daquele que tentou pôr fim à sua existência. Os motivos desse sentimento são diversos, e quando comparados a outros eventos encontrados na história, sabemos que não há novidade. Porém, na contemporaneidade, deparamos com um cenário distinto do que se desenhava nos tempos passados, em que predominam o individualismo e a supervalorização de si, a competitividade, o consumo exacerbado e a efemeridade das relações (Fensterseifer & Werlang, 2017), que revestem o suicídio de outros sentidos.

O incômodo que o fenômeno evoca parece estar associado à lógica imperante de preservação e prolongamento da vida, da qual a ciência é a principal porta-voz (Botega, 2015). Ir contra essa determinação produz espanto e incompreensão e exige respostas claras e objetivas, pois é um absurdo que alguém decida deliberadamente morrer em um mundo que diz que a vida é um direito, o bem maior pelo qual se deve lutar para alcançar bem-estar,

sucesso e autorrealização. A morte torna-se tabu, enquanto a vida é dever –tarefa individual que se deve não só conservar, mas tornar em projeto de investimentos constantes e sem precedentes (Han, 2017; Lipovetsky, 2005).

As normas que recaem sobre o indivíduo são as da produtividade, do desempenho e da eficiência, o slogan “eu quero, eu posso” é prescritivo, e quem foge a essa norma encontra-se adoecido (Dutra, 2018). Nesse contexto, aqueles que decidem partir de um mundo que é apresentado como fundo de reserva para o prazer e a felicidade absoluta, tornam-se estranhos e, no mínimo, desarrazoados, relegados à categoria de doentes mentais, necessitando de tratamento e de medicação para seus sofrimentos, a fim de retornarem à “normalidade”, ou melhor seria dizer, à normatividade?

Pode-se dizer que é nesse caminho que se encontram as explicações e intervenções técnicas propostas por organizações e estudiosos de referência. Manuais como o da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) e os estudos de Botega (2010, 2015) apontam como um dos principais fatores de risco para o suicídio a incidência de transtornos mentais como depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias e outros. É sobre essa determinação que Berenchtein (2013) faz uma crítica ao constatar uma contradição nos discursos científicos atuais que definem o suicídio por sua complexidade e multifatorialidade (interação de fatores biológicos, psíquicos, socioambientais e culturais), porém, em seguida, afirmam que quase todos os casos são determinados por fatores orgânicos e psíquicos que, se tratados, evitariam as tentativas e consumação de mortes por suicídio.

É também nesse âmbito que as falas do cotidiano encontram eco, pois espelham o imperativo da vida e também compreendem o suicídio por meio de um transtorno mental – comumente o transtorno depressivo. Um exemplo disso encontra-se na música *Desconstrução*, de Tiago Iorc (2019):

Entrou no escuro de sua palidez

Estilhaçou seu corpo celular

Saiu de cena pra se aliviar

Vestiu o drama uma última vez

Se liquidou em sua liquidez

Viralizou no cio da ruína

Ela era só uma menina

Ninguém notou a sua depressão

Seguiu o bando a deslizar a mão

Para assegurar uma curtida

O artista consegue, de maneira sensível, fazer transparecer o cenário cibernético, de relações líquidas e produtor de sofrimentos em que vivemos, mas termina por reproduzir o discurso científico e social sobre o fenômeno e encarcerá-lo em uma explicação causal, ao dizer que ninguém notou a depressão dessa menina, antes que ela se lançasse para a morte. Mas será que o diagnóstico de depressão e de outros transtornos é suficiente para dizer de um sofrimento humano que vê no suicídio uma possibilidade? E o cenário descrito nada nos fala sobre os modos de viver e de adoecer nessa sociedade? Essa justificativa não continua a recair, como vimos ao longo da história, em uma maneira de tornar o suicídio em um ato irracional e de loucura, e, em consonância, não obscurece uma compreensão das condições em que se é existente?

O que percebemos é que, mesmo diante de tantos avanços científicos, de diversos estudos que apontam causas e indicações de manejo e outras formas de prevenção, o número de pessoas que decidem pôr fim à vida continua bastante elevado – ainda acontece uma morte a cada 40 segundos, a mesma indicada no primeiro relatório de 2014 (WHO, 2019). Parece que algo continua escapando das determinações científicas e a “conta não fecha”, como se diz no

popular. Então, cabe perguntar: O que não estamos conseguindo enxergar em uma sociedade que, apesar de se “vender” como campo de alto desenvolvimento tecnológico em favor da vida, produz modos de ser e de sofrer que, por vezes, motivam tantas pessoas a buscar a morte?

Podemos pensar junto a Dutra (2018) que, nesse modo de fazer técnico em que se coisifica, explica, treina e medica o homem, a dimensão existencial não é considerada, ou seja, os sentidos daquela existência não são acolhidos e não é possível se aproximar da experiência daquele que sofre. Como podemos cuidar sem nos aproximarmos da dimensão singular do que procura (do latim, cuidado), do que busca cuidado? Heidegger (2017) pode nos oferecer algumas provocações:

Na ciência contemporânea encontramos o querer dispor da natureza. . . . O predeterminar como o processo da natureza deve se desenrolar para que eu possa agir com segurança perante ele. . . . Exige-se uma certeza no querer controlar. O que se pode calcular de antemão, antecipadamente, o que pode ser medido é real e apenas isso. Até onde isso nos leva perante uma pessoa doente? Fracassamos! (p. 46)

O filósofo nos fala de um fracasso diante do cuidado existencial, de um modo de cuidado que de antemão obscurece os sentidos desvelados pelo próprio ser adoecido ao categorizar e generalizar sintomas e indicações terapêuticas. Apesar de não compreendermos nessa dissertação o suicídio como uma patologia, essa fala pode nos alertar para o modo como a existência humana tem sido vislumbrada no horizonte técnico-científico.

Entendemos que a perspectiva de que Heidegger parte é outra e, por isso mesmo, continuaremos a ver as ciências buscando respostas objetivas e produzindo protocolos e manejos para os profissionais. No entanto, isto que não impede que, enquanto profissionais e seres que habitam o mundo, reflitamos sobre esse modo de lidar com o suicídio e com a própria existência humana.

Em suma, o suicídio tem se desvelado na contemporaneidade como um problema-doença complexo e que exige respostas e profissionais especializados e eficientes que consigam “resolver-lo”, impedi-lo e contribuam para a prevenção em escala global (OMS, 2014; 2019; ABP, 2014). É nesse campo que nós psicólogos nos inserimos e somos convocados, como “profissionais da saúde mental”, a responder e cuidar daqueles que tentam pôr fim à vida.

Diante dessas determinações científicas de controle do suicídio e das moralizações que incidem sob o fenômeno – ainda como pecado e atualmente como doença mental, devemos nos perguntar: Como nós, da área da psicologia, temos nos colocado junto aos pacientes que pensam ou tentam pôr fim à vida? O que a psicologia, enquanto disciplina científica, tem compreendido e proposto para a questão do suicídio?

3 Psicologia e Práticas de Prevenção ao Suicídio

*“Aos meus irmãos na dor já disse tudo
E não compreenderam!...Vão e mudo
Foi tudo o que entendi e o que pressinto...*

*Mas se eu pudesse, a mágoa que em mim chora,
Contar, não a chorava como agora,
Irmãos, não a sentia como a sinto!...”.*

(Florbela Espanca, O meu impossível, 2018a, p. 122)

O trecho do poema de Florbela Espanca narra a experiência de uma dor que se expressa e não encontra lugar. Lugar não enquanto espaço concreto, mas como acolhimento compreensivo que pode se dar no encontro com os outros. Expõe ainda como compartilhar sua experiência de dor poderia implicar um outro modo de sentir. A possibilidade de encontrar um alívio por meio da fala e da compreensão do outro torna-se para ela impossível.

Parto desse poema para pensar na psicologia. De algum modo ele me remete à importância da clínica psicológica, já que em nossas práticas nos propomos à escuta das pessoas, numa tentativa de acolhê-las e acompanhá-las em suas dores. Além disso, disponibilizamo-nos à escuta daquilo que, muitas vezes, no contexto contemporâneo, não encontra espaço, sendo incompreendido e negado.

Quanto a esse lugar de escuta de interditos que a psicologia frequentemente ocupa, Figueiredo (1995/2015) retoma a história para nos falar que o campo psicológico foi gestado num território marginal, ou seja, naquilo que era excluído do projeto epistemológico da modernidade. As singularidades, afetações, desejos e outros aspectos que pudessem

comprometer o sujeito epistêmico e seu acesso à experiência pura eram expurgáveis pelo método positivista e, concomitantemente, tornavam-se parte do território psicológico.

Nessa direção, Figueiredo (1995/2015) nos convoca a refletir sobre nossas práticas, pois diante do tradicional lugar ocupado pela psicologia, é comum que diferentes campos de força como as ordens médicas, científicas e sociais produzam e dirijam seus “dejetos” ao psicólogo, a fim de que se realize uma reciclagem, ou seja, uma readequação daqueles que se mostram fora da norma. É na esteira dessa discussão que questiono de que modo o suicídio, tema de interesse deste estudo, tangencia o lugar de “dejeito”, por se contrapor à norma imperante de preservação e valorização da vida (Rigo, 2013), e vem sendo endereçado ao psicólogo como profissional capacitado para cuidar e prevenir o fenômeno.

Nessa perspectiva, se a psicologia tem sido convocada a cuidar daquele que subverte a lógica dominante e pensa em pôr fim à vida, cabe interrogar: como os psicólogos têm se posicionado? Quais os pressupostos que estão presentes na sua compreensão de homem e que norteiam sua ação clínica? Que tipo de escuta e acolhimento tem sido ofertada diante daquele que comunica um sofrimento que beira a decisão entre o viver e o morrer?

A fim de se aproximar dessas perguntas e de possíveis compreensões de como a psicologia tem se posicionado frente ao suicídio, quais práticas e intervenções psicológicas estão sendo desenvolvidas, buscou-se inicialmente materiais como cartilhas e manuais das organizações de saúde e do Conselho Federal de Psicologia, que são referências para a atuação do psicólogo junto ao fenômeno do suicídio.

O primeiro manual a ser abordado é *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*, da OMS (2000) e faz parte da iniciativa global da organização para a prevenção do suicídio denominada Supre, sigla em inglês para *Suicide Prevention Program*. A publicação tem como objetivo capacitar profissionais que atuam na

porta de entrada da rede de saúde e possuem uma relação de proximidade com a comunidade. Tal vínculo é apontado como importante fator para a promoção de ações preventivas.

Dessa forma, o manual citado também se dirige aos profissionais de psicologia e ressalta que as equipes devem estar preparadas para “identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade” (OMS, 2000, p. 4). A proposta de capacitar o profissional para lidar com essa demanda vai se afinando com essas ações, tanto que todo o conteúdo da cartilha se volta para elas, apresentando direcionamentos práticos e técnicos de como identificar, como abordar e como lidar com o paciente e o que fazer e o que não fazer diante dele.

Encontramos uma postura semelhante na cartilha *Informando para prevenir*, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), que ressalta que a prevenção do suicídio é possível, desde que se tenha profissionais preparados para “reconhecer os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzirem tal risco, e evitar o suicídio” (p. 10), e detalha como se deve proceder no manejo clínico. Tais informações sugerem que estar qualificado significa estar munido de conhecimentos-ferramentas a serem aplicados, com o intuito de prever e controlar o fenômeno, como também trazem à tona a relação quase que direta entre suicídio e fatores de risco, na qual a ação preventiva deve se centrar para que seja efetiva.

Entende-se que, mediante certa compreensão do fenômeno, surgem possibilidades de intervenção e até mesmo uma definição do que se nomeia como prevenção. Por isso, chama-se atenção para a associação exposta em que o suicídio é visto em relação a certos aspectos que podem aumentar a probabilidade de suicídio – fatores de risco. Os dois materiais discutidos abordam essa definição e descrevem fatores sociodemográficos, psicossociais e destacam os transtornos mentais como principal fator relacionado ao suicídio, sugerindo uma relação de causa e efeito ao enfatizar que “quase todos os suicidas tinham uma doença mental” (ABP, 2014, p. 16).

Diante dessas afirmações e dos termos utilizados nas cartilhas, que tipo de prática parece se constituir? Como a prevenção desse fenômeno, que parece ser explicado por fatores de risco, tem sido pensada e praticada pelos profissionais de psicologia? Recorro aos itens das publicações que versam sobre como abordar e como lidar com o paciente, a fim de perceber o modo como se propõe a estar junto ao paciente.

Nesses trechos são sugeridas perguntas em uma ordem gradual de aprofundamento, a fim de se investigar e identificar o estado mental do paciente - sentimentos e pensamentos que sinalizem para um sofrimento e para o comportamento suicida. Posteriormente orienta-se a adoção de medidas interventivas balizadas pelo estado de gravidade do caso, que pode ser de baixo, quando há somente pensamentos suicidas; médio, em casos nos quais além de ideias, há um planejamento não imediato; e de alto risco, quando o paciente relata planos e meios para tentar pôr fim à vida (ABP, 2014; OMS, 2000).

Tal intervenção, nomeada como avaliação de risco, e outras propostas interventivas, apresentadas como “ações necessárias”, são sugeridas de maneira análoga nos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2006), a exemplo da cartilha *Prevenção ao Suicídio: Manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental*, em artigos de psicologia (Cerqueira & Lima, 2015; Rocha & Lima, 2019) e livros da área nomeada como Suicidologia (Botega, 2015).

As ações junto ao paciente, de maneira geral, visam à identificação do “estágio” em que se encontram no comportamento suicida (pensamentos, planejamento ou tentativa), à atenuação de um sofrimento e ao afastamento do desejo de morte, mediante reforço de aspectos positivos da pessoa. Em casos considerados mais graves, orienta-se ainda o encaminhamento imediato a profissionais especializados, quebra de sigilo para os familiares e/ou internação.

O que essas intervenções nos indicam? Por que precisamos garantir quase de imediato o alívio de um sofrimento que começa a se desvelar? Por que é necessário assegurar que o

desejo de viver logo se sobreponha aos pensamentos de morte? Observo que se constrói uma prática quase protocolar para assegurar, de modo direto - ou indireto, com a rede de apoio -, que o paciente se mantenha longe de qualquer possibilidade de planejamento e tentativa de suicídio. Isso fica mais evidente quando se sugere “usar a força do vínculo” (ABP, 2014, p. 65) para estabelecer um contrato/promessa de que o paciente não irá tentar suicídio sem comunicar ao profissional ou por um determinado período.

O que sustenta esse modo de estar com o paciente é a intenção de acolhê-lo em suas dores ou uma tentativa de silenciar um fenômeno que nos desestabiliza enquanto sociedade e nos provoca? O que sustenta essas práticas que solicitam que se motive e reforce os aspectos positivos do paciente em um momento que ele traz suas dores? É claro que essas perguntas não possuem uma única resposta, pois exigem uma reflexão aprofundada do psicólogo, além de depender do modo como ele se posiciona diante do que é orientado, podendo recair em uma reprodução irrefletida ou mantendo certa criticidade.

No entanto, o que se pode dizer do conteúdo desses materiais, é que refletem uma atuação que segue diretrizes, orientada pela busca de “sinais” que acenem para algum espectro do comportamento suicida. Diante disso, adotam-se meios para afastar o paciente do suicídio. Essa noção de identificar, abordar e manejar para afastar o suicídio – um após o outro - parece coadunar-se com o que se chama de prevenção, ou seja, prevenir vai se revelando uma ação planejada, que busca investigar e constatar a presença do fenômeno para então adotar estratégias que o impeçam de se realizar. Previsão e controle tornam-se atitudes frequentes nesse horizonte de cuidado.

Uma busca sobre o significado de prevenção no Dicionário Online de Português (Prevenção, 2020) indica que se refere a um “conjunto de atividades e medidas que, feitas com antecipação, busca evitar um dano ou mal”. Desse modo, a compreensão de prevenção ao suicídio afina-se com essa definição mais ampla, o que por consequência nos convida a refletir

sobre como o suicídio pode estar sendo considerado um mal, um dano que precisa ser evitado, um fenômeno (in)desejado, ou ainda, nos termos dos manuais, um grave problema a ser enfrentado (MS, 2006; OMS, 2000).

No tocante a essa questão, recorro ainda a referência mais específica da área da psicologia, a cartilha *Suicídio e os desafios para a psicologia clínica*, do Conselho Federal de Psicologia (2013), que já em seu título indica o modo como o fenômeno é visto – como um desafio. O suicídio desafiaria os psicólogos ao trazer para perto um fenômeno tabu e que acarreta dificuldades no encontro clínico como a resistência do paciente na implicação do seu tratamento, ou ainda na lida com os familiares. Ademais, desafia a sociedade em seus aspectos sociais, econômicos e políticos.

Se nos demoramos um pouco mais nessa descrição do fenômeno enquanto desafio, assim considerado aquilo que provoca, impacta, incita a luta ou ações de enfrentamento, podemos perceber que o modo como a demanda chega à clínica já carrega pré-conceitos que implicam um modo de agir – uma atuação que contorne as dificuldades e impeça o fenômeno que aparentemente evoca tais questões, o suicídio, de acontecer. Decerto, não há aqui uma negação da possibilidade de se enfrentar dificuldades na clínica com esse paciente, mas uma provocação de como esse desafio é visto de modo generalizado, e solicita uma prevenção à qual Berenchein (2013), nessa mesma publicação, refere-se como um evitar em prol de uma valorização da vida que parece não se preocupar com as condições de vida singulares de cada paciente.

Isso me lança a uma certa moralização do fenômeno e me faz questionar se não estaríamos propondo, mediante o conhecimento científico, uma prevenção que se aproxima de uma proibição do suicídio, já que se propõe um modo de cuidar que se apressa em conter riscos e impedir um desfecho (in)desejado. Uma proibição que talvez se desvele como um

silenciamento da experiência do paciente que é visto como adoecido, podendo ser deslegitimado em seu sofrer e tutelado até que esteja em segurança.

Mas como é possível falar em silenciamento na clínica psicológica, se anteriormente foi dito que se tratava de um espaço de escuta do humano e de seus interditos? Interessa-nos compreender como essa escuta se dá no âmbito psicológico, para onde se dirige a atenção quando o paciente fala de sua dor e da possibilidade de pôr fim à vida. Como também importa de-sencobrir a compreensão de homem e de sofrimento que norteia essa ação clínica. A partir disso, poderemos refletir sobre as possibilidades compreensivas e os possíveis encaminhamentos que se apresentam nessa clínica.

O estudo de Cerqueira e Lima (2015), ao tratar da prática dos psicólogos diante do suicídio, retoma muito daquilo que já foi apresentado nas cartilhas, como a orientação de que a necessidade de conhecer os fatores de risco e de proteção pode colaborar com a criação de estratégias de prevenção. Esse conhecimento, aliado aos principais sinais verbais ou comportamentais que possam indicar a presença de comportamento suicida, constituem as ferramentas de trabalho do psicólogo frente à demanda. Ademais, este estudo contribui no nosso intento de entender como se dá a escuta do psicólogo junto ao paciente que tenta pôr fim à vida na tentativa de desvelar os pressupostos presentes na ação clínica que exerce.

Os autores afirmam que a escuta do psicólogo se mantém atenta ao estado mental, aos planos de suicídio e à rede de apoio do paciente. Eles esclarecem que os conhecimentos acerca dos fatores de risco e proteção precisam ser utilizados de maneira crítica, compreendendo os sentidos que revelam na vida do paciente. Apesar desse olhar mais contextualizado, percebe-se que a escuta do psicólogo de antemão “sabe” para *que* se dirigir, mantendo-se numa postura investigativa no intento de (re)conhecer sinais de (des)ordem e evitá-la.

Entretanto, se me ponho junto ao outro tentando enxergar “acenos” e escutar “ecos” de um fenômeno que já espero de determinado modo, é possível vê-lo a partir de sua própria

experiência? Não se restringe a compreensão desse paciente a certos aspectos e, em virtude disso, pode-se se perder de vista outros? Talvez seja nesse sentido que possamos falar no silenciamento da experiência do paciente, uma dor que é compreendida dentro de certos enquadramentos e uma prática que está normatizada sobre como deve acontecer.

O caminho que as principais intervenções aqui apresentadas vêm tomando se identificam com a própria vocação técnica do Ocidente discutida por Heidegger (2012). Essa técnica não diz meramente de meios, instrumentos ou protocolos que são adotados, mas sobretudo do modo como o próprio fenômeno é desvelado. Para Heidegger, podemos nomear os aparatos e instrumentos de técnica, mas isso não seria suficiente para revelar sua essência e, assim, expressar nosso modo-de-ser nesse horizonte.

Para compreender a essência da técnica moderna, o filósofo busca nos gregos um caminho apropriado de reflexão e retoma a palavra *techné*, que pertence ao modo de produção da *poíesis*. Nesse sentido, há um pro-duzir que conduz do encobrimento ao desencobrimento e, assim, oferece oportunidade para que algo apareça – um deixar viger. A *techné* se apresenta como uma forma de desocultamento.

A técnica moderna guarda parentesco com a *techné* e também se configura como um modo de desencobrimento. No entanto, esse desocultar é particular e afasta-se do sentido da *poíesis*, que deixa vir à luz os entes. Na técnica moderna, os fenômenos em seu desvelamento são provocados, desafiados, na intenção de serem dominados e tornarem-se disponíveis para uma multiplicidade de fins.

Isso pode ser observado mediante a relação estabelecida, nas últimas décadas, com a natureza, vista como fonte de reserva inesgotável, já des-coberta como recurso a ser explorado e dominado (Heidegger, 2012). Entretanto, por ser um acontecimento de dimensão historial, não é só com a natureza que a técnica se ocupa e se impõe, o próprio homem encontra-se sob

a intimação da técnica, em tal medida que essa convocação regula nossos saberes, ações e como nos relacionamos com os outros e com nós mesmos (Duarte, 2010).

A partir dessas considerações, pode-se pensar como a técnica moderna, enquanto abertura em que os entes são desencobertos, tem possibilitado compreensões e ações frente ao fenômeno do suicídio, apresentadas nos manuais e indicações já discutidos neste trabalho. Também importa questionar em que medida as práticas psicológicas propostas refletem a interpelação provocadora própria da ótica técnica.

Por meio da discussão realizada anteriormente, observa-se que o suicídio se desvela no âmbito da saúde, e para a psicologia, como aquilo que de antemão precisa ser previsto e dominado em suas possibilidades de manifestação. Para se assegurar disso, há uma tendência a se privilegiar o pensamento calculante, ou seja, aquele que usa a razão e mensura, prevê, conta com certas associações para dominar o ente (Critelli, 2011). É nessa lógica que se observam as práticas de prevenção do suicídio, pois a partir de certas representações do fenômeno – como sua associação com transtornos mentais e outros aspectos existenciais – são elaboradas previamente intervenções a serem “aplicadas” numa margem de previsibilidade e controle.

Os protocolos descritos de avaliação de risco, conhecimentos de fatores de risco e proteção e manejos necessários são parte de um enquadramento prático que a técnica moderna desenvolve para se “certificar” e até mesmo convocar/provocar que o fenômeno apareça da mesma maneira. Dessa feita, na era da técnica, os profissionais frequentemente se tornam técnicos de saúde e acreditam ter a técnica sob seu jugo quando, na verdade, encontram-se submissos à sua intimação provocadora, delimitados e determinados em seus modos de ser e de cuidar (Heidegger, 1995).

Com tais considerações, não se busca apenas tecer críticas à forma como a prevenção tem sido pensada, mas principalmente refletir sobre como tem se dado, lançando algumas

inquietações e possibilidades compreensivas que surgiram ao se demorar sobre ela. Além disso, compreendo que, dentro do contexto atual, essa maneira de propor a prevenção encontra-se bastante próxima dos pressupostos técnicos que nos constituem. E, por nos constituírem, muitas vezes são tomados como naturais.

Se a técnica moderna determina nosso modo de cuidar dos outros e, conseqüentemente, de nós mesmos, não seria essencial pensarmos criticamente sobre isso? É claro que não podemos, como bem esclarece Heidegger (2012), negar a técnica moderna e abominá-la, pois esse já é nosso destinamento epocal. Entretanto, não nos furtamos da liberdade de pensar em como correspondemos ao seu apelo de dominação e naquilo em que ela se mostra insuficiente, meditando sobre outros possíveis modos de desvelamento dos entes, para além do fundamento calculador e provocativo desse horizonte.

Ora, se seguirmos esse caminho de reflexão com relação ao suicídio e às práticas de prevenção adotadas pelos psicólogos, abriremos espaço para mais perguntas: as representações que sustentam o modelo de prevenção atual têm sido suficientes para a compreensão do suicídio e da pessoa que pensa/tenta pôr fim à vida? Tem sido possível acolher e acompanhar os pacientes e suas experiências? Como nós, psicólogos, podemos acolher aquilo que a técnica nos oferece sem incorrer numa obediência cega que nos aliena da escuta do outro e de nós mesmos? Haveria aqui outras possibilidades de pensar a prevenção e nossas ações junto ao paciente que busca pôr fim à vida? Tais questionamentos podem abrir caminhos para outras compreensões sobre o fenômeno.

3.1 Psicoterapia e Ação Clínica: Tecendo Algumas Considerações

A psicologia é um campo de conhecimento e uma profissão reconhecida por sua dispersão teórica e pela pluralidade de práticas psicológicas. Apesar disso, é comum ainda

observarmos, seja no imaginário popular, seja na perspectiva de profissionais e estudantes da área, a ideia quase que hegemônica de uma psicologia enquanto clínica, esta última, por sua vez, representada pela prática da psicoterapia.

Essa representação da psicologia tem sido alvo de discussões de diversos estudiosos (Dutra, 2004; Figueiredo, 1995/2015; Moreira, Romagnoli, & Neves, 2007) que refletem sobre os aspectos que sustentam tal compreensão. Seja pela construção histórica da psicologia – sua vinculação ao modelo médico, seu engendramento em meio a um contexto de práticas higienistas e que correspondessem ao apelo individualista da modernidade –, seja pelo *status social* do clínico em relação aos profissionais das outras áreas de atuação do psicólogo, há uma tônica que considera a prática da psicoterapia como espaço privilegiado da clínica psicológica.

Tal dominância também pode ser constatada quando retomamos a questão de interesse deste estudo – o suicídio. Se revisitarmos as cartilhas e manuais já discutidos, ou fizermos uma busca na literatura como na revisão apresentada no primeiro capítulo desta dissertação, encontraremos a psicoterapia como a principal prática psicológica indicada para o acompanhamento de casos de ideação ou tentativa de suicídio.

Para ilustrar essa constatação, recorro à cartilha do Ministério da Saúde (2006), que se volta para os profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Os transtornos mentais associados ao suicídio constituem a principal discussão do material, que apresenta ações destinadas a auxiliar no manejo clínico. Dentre as práticas citadas, o trabalho do psicólogo parece se restringir quase que exclusivamente à psicoterapia.

Evoca atenção o fato de a psicologia aparecer de maneira tão restrita em um campo que prega o trabalho em rede e o cuidado psicossocial. Seria a psicoterapia a única prática psicológica possível a ser ofertada nesses casos? O que se espera da psicoterapia, ou melhor, o que se supõe que acontece nela para que seja a principal intervenção indicada? Essa modalidade

estaria “afinada” com as especificidades dos espaços em que são recebidas as pessoas com comportamento suicida?

Esses questionamentos conduzem-me a outro que me parece mais fundamental: Afinal, o que estamos nomeando como psicoterapia? Uma busca no dicionário define que consistiria em tratamento ou técnica em que se discutem os problemas do paciente (Psicoterapia, 2021). O Conselho Federal de Psicologia apresenta uma caracterização semelhante a essa no artigo primeiro da Resolução CFP nº 10, de 20 de dezembro de 2000 (CFP, 2000):

A Psicoterapia é prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos.

Se meditarmos sobre essas definições, perceberemos que estamos diante de uma perspectiva que considera a psicoterapia como psicologia aplicada, ou seja, uma aplicação técnica de teorias psicológicas capaz de produzir resultados determinados como a resolução de problemas, a adaptação (ou mesmo correção) do paciente, a cura ou o alívio de certas condições consideradas patológicas e outros efeitos que sejam desejáveis e, em certa medida, controláveis (Mattar & Sá, 2008; Pompeia, 2000a).

Esse modo de pensar a psicoterapia ancora-se em uma perspectiva cientificista da psicologia, descrita por Figueiredo (2008) ao identificar as matrizes que constituem o espaço psicológico. Dentro do campo de diversidade que constitui a psicologia, há, pelo menos, duas grandes matrizes que abrigam escolas e movimentos – submatrizes – do pensamento psicológico: as matrizes cientificistas e as matrizes românticas e pós-românticas. Naquelas denominadas cientificistas há, de maneira geral, uma tentativa de aproximar a psicologia das

Ciências da Natureza mediante a reprodução de métodos e operações como a construção de hipóteses, a tentativa de prever e controlar o fenômeno por meio do pensamento calculante, e a formulação de classificações e leis gerais preditivas.

Enquanto psicoterapeuta observo que essas compreensões ecoam no sentido que os próprios pacientes dão à psicoterapia. É comum ouvirmos na clínica que o motivo de estarem ali é um sofrimento que irrompe e desaloja, diante do qual solicitam a resolução daquilo que parece provocá-lo. Assim, buscam a cura para depressões, ansiedades e outros transtornos mentais, ou ainda a mudança e controle de comportamentos que comprometem suas vidas e suas relações.

Frente a essas demandas nós, psicólogos, somos frequentemente solicitados a dar respostas, mostrar o caminho para alcançar o bem-estar e “ensinar” a maneira “certa” de lidar com as situações, como se detivéssemos um saber (ou uma verdade) que pudesse ser empregado universalmente. O psicólogo torna-se um técnico – um especialista – que toma o paciente como objeto de intervenções, baseadas num conhecimento racional, que visam a uma transformação “projetada dentro de uma margem razoável de previsibilidade” (Sá, 2017, p. 73).

A partir disso, entende-se que essa clínica psicoterápica se ancora numa postura metafísica e corresponde ao horizonte de sentido da técnica moderna, já discutido nos escritos de Heidegger (1995/2012) – pautando-se por representações para explicar os fenômenos humanos e controlá-los, des-encobrendo a própria existência como disponibilidade. A ação do psicólogo, nesse cenário, configura o cuidar como um ajustar e dominar o paciente e suas demandas (Ximenes & Morato, 2015).

Apesar dessa pretensão de domínio, o que se observa na prática, no encontro clínico entre paciente e psicoterapeuta, é a ausência de controle frente às situações que irrompem, a perplexidade e incerteza diante do inusitado que se mostra na experiência do paciente, a

dificuldade em lidar com aquilo que resiste aos enquadramentos teóricos e técnicos como a dor, e a falta de controle com relação à direção que os encontros vão tomando. Mesmo nas psicoterapias de orientação mais diretivas, em que pode haver uma estruturação das sessões, não há garantias de como o encontro se dará, nem mesmo de que efeitos serão provocados no paciente e no terapeuta.

Desse modo, parafraseando Heidegger (2012), a concepção de uma psicoterapia enquanto recurso técnico pode ser considerada correta, mas não verdadeira. Pelo caminho que tomamos entendemos que é concepção corrente e coerente com os pressupostos (cientificistas) dos quais ela parte, entretanto, não abarca dimensões fundamentais que dizem da experiência do **diálogo clínico**.

Podemos tomar outro caminho em busca de uma compreensão da psicoterapia, pensando na etimologia da palavra, Sá (2017) nos esclarece que:

O termo “psicoterapia” deriva de duas palavras gregas: *psyché* e *therapéia*. O sentido mais originário de *psyché*, alma, é “respiração”, “sopro de vida”, “princípio vital”. Em Homero, o herói morre quando *psyché* escapa-lhe pela boca. *Therapéia* quer dizer “cuidado”, “zelo”, “tratamento”. Assim, psicoterapia significa etimologicamente “cuidado pela vida”. (p. 78, grifos do autor)

Considerar a psicoterapia como cuidado pela/com a vida pode ser traduzido como um modo de estar e acompanhar o paciente que clama por cuidado em um momento que sua existência se complicou, e tal situação o afeta em sua totalidade, em seu modo de existir. Dessa maneira, a psicoterapia centra-se na existência e nos sentidos que nela se tecem, e não necessariamente no funcionamento técnico do homem.

Ao passo que reconhecemos a insuficiência dos pressupostos scientificistas para compreender o que acontece em psicoterapia e com a existência humana, podemos nos aproximar de outros pressupostos que nos iluminem com um outro modo de pensar a psicologia

e suas práticas. Nesse sentido, lançamo-nos junto às matrizes românticas e pós-românticas do pensamento psicológico apresentadas por Figueiredo (2008). Nesse grupo de matrizes, há o reconhecimento da especificidade do “objeto” da psicologia, em que o olhar se volta para as experiências humanas, compreendendo que são dotadas de sentido. Além disso, há um distanciamento dos procedimentos das Ciências da Natureza e a tentativa de legitimar a psicologia como ciência independente.

Como já foi sublinhado, esse grande grupo matricial abriga uma diversidade de escolas e movimentos que se diferenciam no modo de se compreender a existência. Encontramos aqui, por exemplo, as matrizes vitalistas e naturistas, que dão base às psicoterapias humanistas e gestálticas; e as matrizes compreensivas, que contemplam as psicoterapias de base psicanalítica, e fenomenológicas. Por essa diversidade e também especificidade de cada corrente de pensamento, não teremos aqui espaço para nos aprofundarmos em todas, assim, a seguir nos aproximamos de concepções fenomenológicas da psicoterapia. Tomamos esse caminho por nossa pesquisa ser de inspiração fenomenológica, mas ressaltamos que não há aqui uma imposição de que essa seja a única (ou melhor) possibilidade de se pensar a clínica.

A psicoterapia fenomenológica hermenêutica aproxima-se da definição apresentada anteriormente por Sá (2017), pois parte das descrições de Heidegger sobre a existência para pensar o cuidado. Ao nos voltarmos para a existência, entendemos que estamos a deparar com singularidades, com sentidos e questões que surgem de uma experiência de vida particular e para as quais não existem respostas a priori. É nessa direção que a terapia se constitui como um caminho, uma trilha que se abre a cada passo dado no diálogo terapeuta-paciente, e que espreita possibilidades existenciárias de ser (Mattar & Sá, 2008).

Não há imposição de direção, seja pelo psicólogo, seja pelo paciente, mas sim a produção de um espaço comum – um horizonte – em que se acompanha o desenrolar da vida. O cuidado se revela como um testemunhar e estar junto diante do que surge, ou seja, é um

cuidar que se dá em relação (grifo nosso) – palavra de origem latina, do verbo *Fero, Ferre* que significa levar diante de si, aproximar (Cytrynowicz, 1997). É nesse aproximar-se que a psicoterapia se sustenta, ao possibilitar intimidade para que o paciente se mostre para o terapeuta e para si mesmo.

A partir dessa discussão, encontramos-nos diante de compreensões distintas de psicoterapia. A primeira, sustentada por premissas científicas, representa-a enquanto técnica, em que a ação do psicólogo teria fins pragmáticos; a segunda reflete os pressupostos compreensivistas, em um recorte fenomenológico, ao retomar a compreensão grega para ampliar o sentido do cuidado que acontece na terapia – um cuidar capaz de provocar o cuidado de si e outros modos de existir.

Apesar de haver certa divergência em como o cuidado se dá e a que se destina, observamos como ponto comum entre tais concepções a ideia de uma ação clínica. Independentemente da abordagem ou dos pressupostos adotados pelo psicólogo, toda psicoterapia (assim como outras práticas psicológicas) parte da ação clínica, ou seja, do modo como o psicólogo se coloca junto e em ação com o paciente (Barreto, 2006).

É a partir dessa ação, seja ela técnica e pragmática, seja mais comprometida com a totalidade existencial do paciente, que o terapeuta se põe a cuidar daquele que chega à clínica. Por meio dessa elaboração, retomamos o fato de a psicoterapia ser uma das práticas mais indicadas para o acompanhamento de pessoas que buscam pôr fim à vida, propondo alguns questionamentos que nos inquietam: O que se tem esperado desse encontro terapêutico, sobretudo da ação do psicólogo junto ao paciente que traz essa demanda? Como os psicólogos estão se colocando junto a esses pacientes e como esses percebem que tem sido ofertado o cuidado? E, principalmente, como as intervenções clínicas têm ressoado nas existências daqueles que pensam em pôr fim à vida?

4 Travessia: O Lançar-se Rumo ao Fenômeno

“Estamos aqui, o caminho também é um lugar.”

Peixoto (2020, p. 100).

Travessia é um substantivo que indica a ação de ir de um lado a outro, viagem rumo a uma região ou lugar de interesse. Uma aventura que se destina a um lugar ainda desconhecido, mas que se deseja (des)cobrir. Travessia é deparar com o inusitado, o inesperado e arriscar-se. É ter que encontrar rotas, desvios e caminhos para que se alcance um ponto diferente daquele em que nos encontramos. Travessia é passagem.

Além de passagem é, em si mesma, lugar. Permite-nos descobertas, experiências e afetações que podem, de alguma maneira, mudar a direção que tomamos e a nós mesmos. Representa a nossa condição humana de peregrinos em busca de respostas para aquilo que nos inquieta. Viajantes que a cada empreitada tecem e (des)tecem os sentidos da própria existência.

A pesquisa, como fazer humano, também pode ser compreendida como travessia. No lançar-se interrogante rumo ao fenômeno que nos interessa, irrompem caminhos possíveis, rotas de aproximação que se abrem na construção do conhecimento. A ação de pesquisar nos convoca a pôr-nos a caminho, a partir do lugar compreensivo em que estamos rumo a um destino que guarda mistérios – aquilo que está oculto, não revelado e que pode ou não se (des)ocultar.

É comum que a pesquisa-travessia seja vista como um caminho retilíneo cujo percurso seria enfrentado pelo pesquisador-peregrino mediante um mapa já cartografado, com paisagens, planícies e distâncias já representadas. Caberia então ao caminhante apenas seguir o que já está posto, com destreza e racionalidade, e a (des)coberta – o conhecimento – estaria assegurada no destino final. Assim, o caminho se delinaria como meio de acesso – o método

– que subordina pesquisador e objeto, pois determina tanto o modo de proceder, como o que é passível de ser descoberto (Heidegger, 2017).

Isto é o que conhecemos como caminho para o saber. O método científico, herdeiro do paradigma positivista, é entendido como conjunto de procedimentos e técnicas previamente estabelecidos que permite a produção de conhecimentos confiáveis (Marconi & Lakatos, 2003). Foi a partir dessa compreensão de método que as ciências naturais se desenvolveram, adquirindo grande status frente às outras disciplinas e tornando-se modelo para a produção de saber.

É nesse âmbito que observamos a transposição dos métodos aplicados às ciências naturais ao campo das ciências humanas. Apesar de serem campos distintos por contemplarem fenômenos fundamentalmente diferentes, testemunhamos historicamente que, na busca por reconhecimento científico, as ciências humanas e sociais acabaram por incorporar procedimentos metodológicos que visavam à racionalização e à busca por explicações causais, assim como à mensuração, à previsibilidade e à neutralidade daquele que realiza a pesquisa.

Nesta pesquisa partimos de outro entendimento de método. Ao retomar nossa descrição da pesquisa como travessia, iremos deparar com a transitoriedade do caminho, ou seja, com a imprevisibilidade que se impõe nos encontros, nas rotas que se abrem e no modo como somos afetados pelo campo (Cabral & Morato, 2019). O caminho e tudo que nele acontece tem primazia, mas essa soberania não se encontra na imposição de etapas ou atitudes, nem mesmo na subordinação do saber a esse modo de proceder; mas na abertura a que ele nos convoca, no estar em trânsito seguindo a própria dinâmica que o campo apresenta.

Não há garantias quanto aos passos que daremos, muito menos como será o seu fim – o “resultado da pesquisa”. Sabemos apenas que algo se revelará sobre o fenômeno e essa será uma compreensão verdadeira. A verdade encontrada não é absoluta, mas uma perspectiva, e, enquanto tal, não esgota a totalidade do ente. Desse modo, distanciamos-nos da ideia de que a

verdade é fruto de uma operação metodológica, e nos aproximamos da compreensão grega de *aléthea* - desocultamento, em que verdade é aquilo que nos aparece, que se desoculta e também se oculta, pelo próprio movimento fenomênico do mostrar-se do ser (Critelli, 2019).

Numa tentativa de ampliar um pouco mais nossos esclarecimentos sobre o método, recorreremos aos escritos de Heidegger, pensador que inspira a pesquisa realizada e que elaborou considerações sobre essa questão. Em sua obra *A caminho da linguagem*, Heidegger (2015b) nos oferece uma compreensão de método enquanto caminho, e demora-se no sentido da palavra caminho:

Pensando com mais rigor, caminho é o que nos permite alcançar o que nos alcança, o que nos lança uma intimação... É o campo que concede caminhos. O campo en-caminha. Entendemos a palavra en-caminhar no sentido de: conceder e inaugurar caminhos. Normalmente, compreendemos esse en-caminhar como movimentar, fazer com que alguma coisa mude de lugar, com que aumente ou diminua, em suma, com que se altere. *Be-wängen*, en-caminhar diz aqui: conferir caminhos ao campo. (pp. 154-155, grifos do autor)

A partir disso, entendemos que o caminho pertence ao campo, e não o contrário. Campo é assim chamado por abrir caminhos, conduzindo-nos a territórios e perspectivas que nos possibilitam alcançar aquilo que nos convoca como questão, numa tentativa de compreensão. Como pesquisador-peregrino nos é dada a tarefa de nos colocarmos junto ao que aparece, atentos ao campo e seu vigor.

No tocante a esta pesquisa, aquilo que nos intima e nos concede os primeiros movimentos no campo é a questão: Quais as possíveis ressonâncias da psicoterapia em pacientes que procuraram esse atendimento diante do pensamento ou da tentativa de pôr fim à vida? Essa inquietação me alcançou a partir da experiência clínica junto a pacientes que buscavam pôr fim à vida. Percebia em suas narrativas e nas de seus familiares uma expectativa

de que a psicoterapia os ajudasse, provocasse-os de alguma maneira a refletir sobre o seu desejo de morte. Ouvia também de colegas de profissão e de pessoas do meu convívio que alguém que pensa em pôr fim à vida precisa estar em acompanhamento psicoterápico. Essas falas me colocam a pensar sobre a experiência e as expectativas dos pacientes que buscam a psicoterapia por pensar em findar suas existências. Como também fiquei mobilizada em procurar compreender como cada um experienciou a situação clínica e quais as repercussões de tal situação nas reflexões que pôde elaborar sobre a demanda que norteou sua busca pela psicoterapia.

Diante de tais reflexões e questionamentos delineamos os objetivos deste estudo. Estabelecemos como principal objetivo o de compreender as ressonâncias da psicoterapia em pacientes que procuraram esse atendimento diante do pensamento ou da tentativa de pôr fim à vida. Em seguida, desdobramos esse objetivo mais amplo nestes objetivos específicos: problematizar as concepções construídas acerca do suicídio ao longo da história, apresentar como as práticas psicológicas se posicionam diante de pacientes que buscam pôr fim à vida e compreender a experiência de pacientes que buscaram a psicoterapia diante do pensamento ou da tentativa de pôr fim à vida.

É no intento de compreender a experiência destes pacientes que nos lançamos no território da pesquisa, sabendo que, a partir da questão apresentada, alguns contornos do campo começam a se configurar. Traços aparentes se formam e sustentam o nosso fazer, pois desde a elaboração da pergunta já estamos imersos num processo hermenêutico, assim, já existem interpretações prévias que nos acompanham e nos encaminham no campo –colocando-nos em certa mirada que avista as primeiras linhas da travessia e que, de algum modo, aponta para certos horizontes compreensivos.

O primeiro traço que se apresenta é quanto à abordagem da pesquisa. A investigação qualitativa delineia nossa postura fundamental ao centrar-se na compreensão das experiências

humanas (Turato, 2005). Nesse contexto, compreender é distanciar-se das causas e buscar uma aproximação e a descrição dos sentidos tecidos nas relações e acontecimentos da vida. O pesquisador-peregrino encontra-se no campo da experiência de seus colaboradores, tornando-se também parte do campo mediante suas implicações e reflexões (Flick, 2009).

Entre a diversidade de posturas epistemológicas definidas como investigações qualitativas, privilegia-se aqui a fenomenologia hermenêutica, inspirada no pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. Essa decisão aponta para outro contorno do campo que se coloca junto àquele primeiro e reforça, ou melhor, amplia nossa postura compreensiva ao considerar que compreender é uma condição ontológica do ser do homem, por isso é a estrutura básica da experiência (Schwandt, 2006).

Debruçamo-nos sobre os pressupostos fenomenológicos entendendo que não há uma aplicação filosófica, mas um caminhar inspirado nas reflexões apontadas, as quais nos encaminham de outra maneira no campo. Assim, as compreensões suscitadas a partir da Fenomenologia Hermenêutica de Heidegger e da Hermenêutica Filosófica de Gadamer ressoam em nosso modo de conceber a própria pesquisa, vista como um pôr-se adiante uma questão junto àqueles que podem, mediante suas experiências, colaborar com a produção de sentidos e compreensões sobre determinado fenômeno. Nesse território que segue a trilha da experiência, encontram-se implicados os colaboradores e o pesquisador-peregrino, logo, é um caminho com-partilhado que acompanha o movimento fenomênico – o velar e (des)velar – do que se está a “investigar” (Silva & Santos, 2017).

Antes de prosseguirmos rumo a outros contornos e recursos que fizeram parte da pesquisa-travessia em questão, há um esclarecimento fundamental a ser feito. Apresentamos em outro momento nossa questão de interesse nesta pesquisa – a experiência de pacientes que buscaram psicoterapia por pensar e/ou tentar pôr fim à vida – e, logo adiante, descrevemos a

pesquisa como caminho a ser apreendido a partir da experiência. Afinal, o que estamos a compreender por experiência?

Esse termo é cotidianamente utilizado para falar daquilo que é vivido e que provoca certo tipo de conhecimento. Entretanto, neste estudo, aproximamo-nos do que Heidegger (2002), no livro *Caminhos de Floresta*, discorre sobre o conceito de experiência. Para o autor, experiência designa o “ser” do ser do homem, o próprio *Dasein*. É o que fazemos ao fazer nossas vidas, “é o próprio estar a ser de cada um no exercício fático ou na realização da sua vida” (Borges-Duarte, 2020).

Na palavra alemã que corresponde a experiência – *Erfahrung* -, encontramos a raiz *fahr/fahren*, que significa ir orientado, ir em determinada direção. Nesse sentido, experienciar é estar a caminho, fazendo-se nesse caminhar, mover-se levando aquilo que se é e projetando-se em possibilidades (do ainda-não) (Borges-Duarte, 2020). Nessa toada, o que inicialmente podemos dizer quanto à tentativa de compreensão da experiência dos colaboradores, é que buscamos apreender o caminho que eles fizeram e como compreendem que o fizeram, quando nos encontramos em nossas entrevistas.

Partindo desses primeiros traçados da pesquisa-travessia, podemos apresentar outros passos dados que deram contorno, chão, cor e som ao caminho. Narraremos a seguir o próprio itinerário construído nesta pesquisa – O que levamos na bagagem ao sair para esta aventura? Qual a lente que nos possibilitou aclarar e compreender o caminho e o que se dava nele? Quais os encontros e (des)encontros que puderam acontecer nessa estrada?

4.1 A Bagagem que Carregamos na Jornada: Dos Recursos às Narrativas

Partir. Foi preciso sair do ponto em que estávamos, cheios de inquietações, rumo a outros destinos. Mas não saímos vazios, pelo contrário, tínhamos alguma ideia de que seria

necessário carregar em nossa pequena bagagem alguns “suprimentos” para a jornada. Recursos que nos auxiliariam a entender nossa própria experiência neste caminho/pesquisa, como também tornariam possível uma aproximação da experiência daqueles que fizeram parte desse caminho – nossos colaboradores.

Mas o que esses recursos, de fato, possibilitam? Um acesso à experiência por meio da narrativa. Narrar é mostrar-se mediante a linguagem, o dizer que abriga a experiência e desvela seus sentidos. É a cont(ação) de uma história que desnuda aquele que narra ao re-velar seu modo de estar a ser, suas afetações e tantas outras marcas que aparecem nessa comunicação. A narrativa nos convoca a entrar em contato com os acontecimentos não como fatos, mas como acontecimentos que se dão em certo horizonte de sentido, sob certa perspectiva. Penso que é nessa direção que aponta Fernando Pessoa (2011) ao afirmar que narrar é criar e que as coisas não valem senão na interpretação delas.

Há um autor que nos inspira ao falar da narrativa. Walter Benjamin (1994) a descreve como forma artesanal de comunicação que se sustenta na expressão da experiência e que tem se extinguido nos tempos modernos – em que a arte de contar e experienciar tornam-se subalternas frente à técnica moderna, e o que interessa é o novo, o objetivo e aquilo que pode de antemão ser determinado. Benjamin (1985) demarca a diferença entre a narrativa e a mera emissão de informações:

Ela não está interessada em transmitir o "puro em si" da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (p. 205)

Desse modo, enquanto a informação se volta para fatos e explicações, tendo seu vigor em sua atualidade, a narrativa evita o ato de explicar e não se esgota com o passar do tempo, pelo contrário, é capaz de resistir a ele e nele se desenvolver, produzindo ainda interesse, dando

liberdade a quem ouve e a quem narra para produzir interpretações e tecer outros fios de sentido. A riqueza da narrativa encontra-se na possibilidade de reconstrução da história, pois ao se ouvir a experiência de alguém é-se constantemente afetado e pode-se produzir novas compreensões, tornando-a infinita e ampla em possibilidades, assim como o próprio existir do homem (Dutra, 2002).

É reconhecendo que a experiência é inerente à narrativa, por cujo intermédio podemos produzir compreensões acerca da questão que mobiliza este estudo, que lançamos mão de dois recursos metodológicos que auxiliam na produção de narrativas, tanto dos colaboradores como também do pesquisador-peregrino, a **entrevista narrativa** e o **diário de bordo**.

A entrevista narrativa é recurso que solicita ao participante que narre sua própria experiência de determinado fenômeno, estimulando-o por meio de uma pergunta disparadora (Flick, 2009). Esse modo de entrevistar permite que o colaborador tenha maior liberdade para contar sua história, pois evita seguir um roteiro previamente estruturado de perguntas, voltando-se para o que acontece no encontro. Assim, o pesquisador acompanha atentamente o desenrolar da história narrada, sendo atravessado pela trama de sentidos apresentada e partindo desta para a produção de outras perguntas que se abrem no horizonte da conversação (Muylaert, Sarubbi, Gallo, Rolim, & Reis, 2014).

Costumeiramente a entrevista narrativa dá-se de modo presencial, em que pesquisador e colaborador encontram-se em um espaço físico que resguarde o sigilo e ofereça certa privacidade e hospitalidade para que a entrevista aconteça. Em nossa pesquisa, três dos quatro encontros realizados foram presenciais, entretanto, uma entrevista foi realizada no formato remoto e síncrono por intermédio da plataforma de videoconferência Zoom. Esta última aconteceu de modo online devido às especificidades vividas atualmente em virtude da pandemia da covid-19 causada pelo novo coronavírus. Foram adotadas medidas sanitárias de

distanciamento e isolamento social que dificultavam, ou ainda inviabilizavam a entrevista presencial.

Em meio a uma crise sanitária que se configura como emergência mundial de saúde pública, a pesquisa teve que se reinventar. O campo mais uma vez teve primazia e nos solicitou novas rotas para que pudéssemos seguir com nossa pesquisa-travessia. Nos encontros presenciais, tivemos que adotar o distanciamento, o uso de máscaras e o espaço precisava ser arejado. E quanto ao virtual? Há diferenças entre uma entrevista online e presencial?

De alguma maneira o online já integrava as pesquisas atuais mediante ferramentas de gravação, transcrição e até se configurava como fenômeno a ser investigado. Entretanto, é preciso compreender que a colheita de dados online demanda cuidados e adaptações. Schmidt, Palazzi e Piccinini (2020) evidenciam que a entrevista online pode acontecer de forma síncrona, com interação simultânea e que se torna mais próxima da entrevista presencial, ou assíncrona, em que a comunicação entre pesquisador e colaborador não se efetiva no mesmo tempo. Além disso, é necessário ter atenção à segurança e confiabilidade da rede de Internet e da plataforma utilizada, buscar um espaço privativo em que possam ser evitadas em algum nível as interrupções e considerar as dificuldades e limitações do colaborador nesse ambiente virtual, em relação, por exemplo, à sua familiaridade com as ferramentas e até com o acesso à internet, como também a fadiga que o uso de tecnologias da informação e da comunicação (TIC) pode provocar.

Seja no formato online, seja no presencial, buscamos nos aproximar da experiência que nos fala mediante a narrativa dos colaboradores. Desse modo, elaborou-se como questão disparadora da narrativa: Conte-me da sua experiência em psicoterapia, buscada no momento em que pensou/tentou pôr fim à vida. Para auxiliar na colheita de dados da pesquisa foi utilizado um gravador de voz para a obtenção integral das falas dos participantes, mediante autorização prévia obtida no início da coleta, a fim de tornar os dados válidos e fidedignos.

O diário de bordo foi outro recurso metodológico que nos acompanhou nesta empreitada. Ele se fez companheiro que testemunhou o caminhar do pesquisador-peregrino – minhas afetações, sentimentos, descobertas, desafios, as marcas que o campo deixava em mim e que abriam outras inquietações. De orientação etnográfica, o diário de bordo, ou diário de campo, como é mais conhecido, é utilizado na psicologia para registrar as principais informações do que acontece no encontro com o campo. No entanto, aqui vamos além da emissão de descrições, observações e notas informativas, damos espaço à narrativa que desvela a experiência do pesquisador, o qual do próprio punho deixa nascer um dizer que desnuda “o mundo em torno, os outros, nós mesmos” (Aun, 2005, p. 30).

Há no diário de bordo um caráter inventivo. Como meio em que o pesquisador repousa na escrita a aventura dos encontros vividos, ele tece e destece compreensões, encontra-se com suas próprias afetações e pode despertar novos sentidos sobre o fenômeno vivido. O texto produzido torna-se, então, possibilidade, abertura para a emergência de outras interpretações e de novos vestígios a serem seguidos (Aun, 2005; Silva & Santos, 2017).

4.2 A Lente de Aproximação: Hermenêutica Filosófica de Gadamer

No caminho da pesquisa deparamos com escritos e narrativas orais. São textos que dão base ao nosso traçado rumo à questão de interesse, falas dos colaboradores que constroem uma história, escritos autorais e a própria construção do texto da pesquisa. Não lidamos apenas com palavras e suas significações. Estamos diante da arte de interpretar, da verdade que se expressa nos materiais da pesquisa e nos lança numa empreitada compreensiva e interpretativa.

É nesse âmbito que a hermenêutica se apresenta como lente que nos possibilita uma aproximação daquilo que se apresenta na pesquisa. Mas dizer isso não é suficiente, pois o termo “hermenêutica” tornou-se obscuro com o passar do tempo. Desde a Antiguidade grega tal

palavra é entendida como a arte, ou ainda técnica de se interpretar textos, extraindo deles mensagens implícitas e conseqüentemente a verdade (Nunes, 2010). Neste estudo, orientamo-nos por outro modo de pensar que vê na arte da interpretação não um procedimento metodológico a ser aplicado, mas um caminho que se trilha no intuito de compreender como se dá a compreensão (Barreto, Prado, & Leite, 2019). Esse modo de fazer-pensar encontra sustentação nas ressonâncias da hermenêutica filosófica de Gadamer.

A compreensão correta é o que sempre esteve em questão na história, entretanto o modo de chegar até ela estava submetido a algum tipo de método infalível. Na hermenêutica romântica, a tarefa estava na reconstrução do ato criativo do autor do texto, cabendo ao intérprete apenas reproduzir o significado que já está posto, assim a compreensão seria possível mediante o autor em questão. Já para Gadamer, que desenvolve uma hermenêutica filosófica, esse ato de recriação que se estrutura em uma identificação empática é impossível, porquanto supõe que o intérprete é capaz, por um ato de vontade, de se deslocar de suas próprias circunstâncias históricas e alcançar com esse procedimento uma interpretação (Schmidt, 2014).

E o que essa hermenêutica articulada à filosofia tem a nos dizer? Como ela pode nos iluminar os caminhos? Antes de qualquer descrição sobre a produção de Gadamer e como ela nos auxilia na pesquisa, devo ressaltar que não operamos nenhum tipo de aplicação filosófica, mas nos guiamos a partir das compreensões desveladas sobre a dimensão hermenêutica como condição da existência, e, como tal, todo entendimento humano parte de um compreender prévio e condicionando pelo/no mundo que somos.

Esses primeiros apontamentos traduzem a questão central e o ponto de partida de Gadamer. Em sua obra *Verdade e Método*, publicada em 1960, o autor problematiza a questão do método científico como único caminho de acesso à verdade e as rupturas causadas por tal preceito moderno: o descrédito da tradição e da autoridade e a hegemonia (ou autoridade) da razão sobre toda forma de entendimento (Lawn, 2007).

Como sua questão de interesse é a compreensão e como ela acontece, seja nos textos, seja nos diálogos, Gadamer retoma a compreensão como descrita por Heidegger: uma condição ontológica do *Dasein*, ou seja, um modo fundamental de todo ser-no-mundo que é enquanto abertura compreensiva para tudo que lhe vem ao encontro (Heidegger, 2015a). A explicitação da condição hermenêutica no amago da existência possibilita a desconstrução do compreender enquanto faculdade lógica/racional e a desloca a um lugar de primazia; sendo um existencial, é tácita e primária a qualquer forma de conhecimento (Casanova, 2017; Nunes, 2010).

Desse modo, estamos a cada momento compreendendo e interpretando aquilo que nos toca, nos interpela ou que vivemos na cotidianidade. A interpretação funda-se no compreender, mas não acontece de maneira separada e nem se torna diferente da compreensão a que se encontra aderida, nela são elaboradas as possibilidades projetadas na compreensão (Heidegger, 2015a). No entanto, há aqui um ponto de extrema importância. Ao falarmos de possibilidades, o filósofo nos esclarece que enquanto ser-no-mundo, somos possibilidades jogadas, ou seja, somos um poder-ser que já se encontra numa teia de significância que nos abrem em determinadas possibilidades.

Essa indicação de que nossas compreensões e interpretações partem sempre de uma totalidade conjuntural, é o que vai ser denominado como círculo hermenêutico, e nele se apresentam as estruturas prévias da compreensão (posição prévia, visão prévia e concepção prévia). De maneira geral, o que Heidegger (2015a) nos expõe é que o interpretar nunca é um ato neutro, pelo contrário, é um existencial que, pelo seu caráter arremessado, parte de pressupostos. Gadamer retoma a compreensão e o círculo hermenêutico como descrito anteriormente para empreender sua hermenêutica filosófica.

As estruturas prévias da compreensão são o que Gadamer (1997) nomeia de preconceitos. A palavra preconceito recebeu conotação negativa a partir do Iluminismo, período em que a razão se tornou o crivo para o conhecimento e, conseqüentemente, todas as

formas de saber e de práticas tradicionais foram questionadas e até mesmo descredibilizadas. Nesse sentido, o preconceito era compreendido como juízo sem reflexão, e assim como a tradição foi rechaçado. Para Gadamer, o termo não guarda em si conotação positiva ou negativa, apenas significa nossos pré-juízos ou pré-julgamentos nos quais o compreender se sustenta, e “incluem tudo que sabemos consciente ou inconscientemente. Eles incluem o significado das palavras, nossas preferências, os fatos que aceitamos, nossos valores e juízos estéticos, nossos juízos sobre a natureza humana e o divino, e assim por diante” (Schmidt, 2014, p. 147).

Nossos preconceitos atestam nosso pertencimento à tradição. Herdamos um conjunto de preconceitos do contexto histórico em que somos e vivemos. Gadamer (1997) retoma o significado de tradição, do latim *tradere*, “passar adiante”, para reestabelecer sua autoridade. A tradição não é a transmissão passiva de costumes, crenças, conhecimentos e práticas; ela é a preservação daquilo que é reconhecidamente legítimo, pois requer um processo de reflexão e re-elaboração com o passar do tempo. Dessa forma, a tradição não é oposta à razão, pois até mesmo aquilo que é definido como racional a cada época, é determinado em um certo contexto histórico – numa tradição (Lawn, 2007).

Como seres enraizados em um contexto cultural, esse se torna o horizonte prévio de nossas compreensões. Assim, tenhamos consciência ou não, somos efeito da tradição, ou seja, nossas compreensões são efetuadas historicamente (Gadamer, 1997). Não podemos escapar dessa conjuntura, mas também não estamos presos passivamente a ela, já que, assim como a tradição é um grande horizonte que se transforma, nossos horizontes de preconceitos herdados também podem, ao serem provocados/questionados no diálogo ou no texto, alterar-se mediante a exclusão e/ou inclusão de outros conceitos prévios (Barreto et al., 2019).

A interpretação acontece a partir de um horizonte, um âmbito de visão que possibilita e ao mesmo tempo limita o que e como é visto. Como dito, os horizontes não são fixos, ao

passo que se caminha, eles podem mudar, restringindo-se ou ampliando-se, e isso acontece porque compreender é um processo de fusão de horizontes:

A fusão de horizontes evidencia o movimento circular da compreensão, no qual um horizonte pode ser colocado em contato com outro horizonte em um processo de fusão, no qual o círculo não se dissolve quando a compreensão acontece, mas alcança sua realização mais autêntica ao revelar-se num jogo compreensivo que acontece no intercâmbio entre horizontes. (Barreto et al., 2019, p. 61)

A fusão de horizontes é a expressão do diálogo entre contornos que se aproximam, se tangenciam. O que acontece a partir desse encontro não é algo estabelecido pelos intérpretes em questão – não há substituição ou acordo por via do convencimento do outro. O que acontece é um deixar ser interpelado, estar em jogo, em um movimento de conversação que não é previsível:

A conversação é um processo pelo qual se procura chegar a um acordo. Faz parte de toda verdadeira conversação o atender realmente ao outro, deixar valer os seus pontos de vista e pôr-se em seu lugar, e talvez não no sentido de que se queira entendê-lo como esta individualidade, mas sim no de que se procura entender o que ele diz. O que importa que se acolha é o direito de sua opinião, pautado na coisa, através da qual podemos chegar a nos por de acordo com relação à coisa. (Gadamer, 1997, p. 561)

O jogo de pergunta e resposta produz o diálogo. As respostas se apresentam como possibilidades compreensivas e não encerram o jogo, na realidade, encaminham-no para outras questões e horizontes de sentidos possíveis. Essa abertura do diálogo é produtiva e pode nos levar a uma nova perspectiva sobre determinado fenômeno, pode nos surpreender e nos colocar em risco – de nos perdermos, mas também de nos encontrarmos em novos caminhos compreensivos (Lawn, 2007).

É por meio dessa convers(ação) com os textos, os colaboradores e as narrativas produzidas que podemos nos lançar no jogo compreensivo, sem saber previamente quais interpretações serão re-veladas, nem em que horizonte chegaremos. No entanto podemos, com certo esforço, a partir dessa lente compreensiva, aclarar o caminho que vamos percorrendo, atentos ao acontecer da compreensão e o que nela desponta como verdade, ainda que seja provisória e possa nos abrir a outras rotas posteriormente.

4.3 Encontros no Caminho: O Abrigar-se em Companhia

Sáimos em aventura, pesquisador-peregrino com suas bagagens e ainda sem muito conhecimento do que encontraríamos pela frente. Quem encontraríamos e o que testemunharíamos? Isso só a própria caminhada e o campo conseguiram nos dizer. Durante a tessitura desta pesquisa, fomos surpreendidos com uma crise sanitária (e também política e social), foi preciso fazer uma parada, re-encontrar rotas, e, quando foi possível, retornamos ao caminho da pesquisa, ainda receosos, mas era preciso seguir. Os encontros com os colaboradores me abrigaram depois dessa parada forçada – em companhia desses pude mergulhar em suas narrativas e perceber como a estrada tomava outros contornos, ganhava cores e sons. E, o mais controverso desse abrigo, é que ele não só trouxe amparo para as compreensões que se delineavam, ele trouxe sobretudo intempéries – abalos naquilo que já era compreendido. A esse assunto retornaremos logo, por agora é preciso conhecer quem encontrei e me ofertou tal abrigo.

A pesquisa foi realizada na cidade de Teresina-PI, lugar onde esta pesquisadora reside, e contou com a participação de 4 mulheres que pensaram ou tentaram pôr fim à vida e buscaram a psicoterapia por esse motivo. Desse modo, entende-se que a amostra deste estudo é

intencional, já que os colaboradores foram “escolhidos” por terem vivenciado o fenômeno de interesse deste estudo e, em função disso, poderiam contribuir com a pesquisa.

Antes de encontrar os colaboradores, foi necessário estar em contato com outras pessoas que me auxiliaram a chegar até eles. Por intermédio de psicólogos clínicos que atendem ou já haviam atendido pacientes que buscaram pôr fim à vida, pude me aproximar da possibilidade do encontro. Os psicólogos foram contatados a fim de que conhecessem a pesquisa e propusessem tal convite de participação aos seus pacientes. Desse modo, o primeiro contato com os possíveis colaboradores foi realizado por tais profissionais, na intenção de se manter o sigilo da psicoterapia. Somente a partir da manifestação do interesse desses em participar do estudo, a pesquisadora teve autorização para entrar em contato com eles e marcar um primeiro encontro.

No primeiro contato com cada uma das colaboradoras, buscou-se perceber se correspondiam aos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, além de apresentar a eles com mais detalhes a pesquisa. Como critérios de inclusão foram definidos: 1. Homens e mulheres que pensaram ou tentaram pôr fim à vida e buscaram a psicoterapia por esse motivo. 2. Ter idade igual ou superior a 18 anos. Não participaram do estudo pessoas que, mesmo atendendo aos critérios estabelecidos, estivessem em psicoterapia por um período inferior a 6 meses. Esse tempo mínimo foi proposto a partir do nosso interesse em compreender as repercussões da psicoterapia nos pacientes/colaboradores, assim, pressupõe-se que a partir desse tempo é possível que o participante possa refletir sobre sua psicoterapia, como também se percebe alguma mudança no modo como encaminha sua vida.

Após os contatos mediados pelos psicólogos clínicos, a amostra desta pesquisa foi composta por mulheres, fato que se deu de modo acidental. No momento em que nos encontramos para realizar as entrevistas, elas foram, mais uma vez, esclarecidas quanto aos aspectos de suas colaborações e convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). Importa também situar que o início desta pesquisa se deu somente após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco, de número 03241618.1.0000.5206, em novembro de 2018.

A seguir apresento as mulheres que deram voz a este estudo. Os nomes pelos quais atendem são fictícios, a fim de preservar o anonimato. De idades entre 20 e 30 anos, são jovens que estudam e/ou trabalham, que narram suas condições de vida e suas experiências em psicoterapia. Apenas uma buscou a psicoterapia por iniciativa própria, as outras foram levadas por familiares e/ou pessoas próximas. E mesmo aquelas que foram por solicitação de terceiros, mantiveram-se em psicoterapia por mais de seis meses. No momento da entrevista, Miriam não estava conseguindo encontrar sua psicóloga para as sessões, porque os encontros foram afetados em virtude da pandemia. Liana, Catarina e Amélia migraram para o atendimento psicoterápico no formato remoto para dar continuidade. A Tabela 4, a seguir, apresenta as informações coletadas sobre as colaboradoras.

TABELA 4
Informações das colaboradoras

Nome	Idade	Orientação sexual	Estado civil	Religião	Profissão	Busca por psicoterapia	Tempo em psicoterapia
Miriam	30 anos	Heterossexual	Solteira	Católica	Empreendedora	Familiar	5 anos com interrupções
Liana	20 anos	Homossexual	Solteira	Católica	Estudante de psicologia	Familiar	7 meses
Catarina	20 anos	Homossexual	Solteira	Evangélica	Estudante de direito e secretária	Própria	11 meses
Amélia	22 anos	Heterossexual	Relaciona- mento sério	Agnóstica	Estudante de medicina	Namorado	7 meses

Nota: Elaborada pela autora (2021).

Junto dessas mulheres fui escutadeira, como bem diz Eliane Brum (2017), as palavras delas romperam meu repouso no isolamento social, trouxeram abrigo, tempestades, cansaços... imagino que não só meu, já que ouvi delas exposições sobre uma luta constante diante da vida e da morte. Suas narrativas “rastejaram para dentro das minhas orelhas com suas unhas compridas, raramente limpas, e me contaminaram para sempre. Foi ali que comecei a me tornar uma escutadeira que conta. E conta. Para contar.” (Brum, 2017).

5 O Escuta(dor), o Narra(dor) e os Retalhos da História: O Alinhavar de Compreensões Possíveis

Páginas em branco se colocam à minha frente. Por onde iniciar? Por quais linhas posso começar a contar como se deu meu encontro-caminhada com minhas companheiras de travessia? Me inquieto, pois há tanto para falar, tantas narrativas re-colhidas junto a Miriam, Liana, Catarina e Amélia. Houve tantos afetos e também (des)abrigos, que pareço me perder no emaranhado de sentidos (des)velados. Talvez me perder seja mesmo necessário, afastar-me do conjunto de sentidos previamente “definidos” que podem me fazer buscar nas falas das colaboradoras aquilo que eu gostaria de encontrar. Perder-me, cheia de receios, afinal aqui estamos a fazer uma pesquisa e há uma pergunta a nos nortear. Uma pergunta que nos convoca a estar em movimento, num diálogo, em busca de compreensões possíveis.

Clarice Lispector (1999, p. 21) nos diz que “enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever. Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?” Sou tomada por essa fala. Quando parti ao encontro das minhas colaboradoras e companheiras de pesquisa, uma pergunta me inquietava e encontrava abrigo nas experiências delas: Será que a psicoterapia possibilitou reflexões sobre o modo como estão encaminhando suas vidas, e, principalmente, teve alguma ressonância na decisão de pôr fim à vida? Esse não-saber me impulsionava a estar ali, a continuar ali, ouvindo-as atentamente para compreender suas experiências. Fui escuta(dor). Daqueles que escuta histórias e mergulha em imagens e sentimentos, imaginando a narrativa e sendo tocado pelo desenrolar dos acontecimentos. Mesmo diante da imaginação, havia aqui a dura certeza de que estávamos diante de existências concretas, daquelas cheias de histórias de dor. Pus-me a escutá-las!

Mas então poderia dizer que esse é meu início? A pergunta e a escuta que se coloca diante dela? Arrisco a dizer que não, como bem nos revelou Clarice, “as coisas acontecem antes

de acontecer”. A minha pergunta me abriu ao diálogo junto às colaboradoras, entretanto minha experiência não começa exatamente aí. A própria pergunta nos dá pistas de que parti de outros lugares, de uma prévia compreensão que permitiu uma certa abertura em um horizonte de conversação (Gadamer, 1997). O início parece não abarcar somente os diálogos com minhas colaboradoras e companheiras nesta pesquisa, mas também o que aconteceu antes, quando essa questão se formulou como uma inquietação (já marcada pela minha “bagagem” de preconceitos) e posteriormente despontou em uma pesquisa. Sem a pretensão de encontrar onde tudo aconteceu e se iniciou (se é que seria possível), cabe a mim apontar que, de algum modo, já iniciamos essa narrativa e que ela se esclarecerá ao passo que formos narrando nossos encontros e (des)encontros neste caminho.

Narrar. Diante de tantas escutas, debruço-me nestas páginas para ser narra(dor). Os papéis se invertem, e posso dizer que, durante esta pesquisa-travessia, eles se inverteram por diversas vezes. As colaboradoras como aquelas que narram, eu como aquela que prontamente escutava. Mas na convers(ação) elas também puderam me escutar, atentas a cada pergunta que surgia em nossos horizontes. E eu? Eu agora narro. Alinhavando retalhos de suas histórias e da minha experiência junto a elas.

Neste capítulo-narrativa narro as histórias de Miriam, Liana, Catarina e Amélia. Em retalhos narro suas dores, que beiraram o pôr fim à vida, e como se deu suas experiências em psicoterapia no momento em que pensaram ou tentaram suicídio. Narro também minha travessia, mediante os diários de bordo, em que fui acolhida por intermédio das palavras e me desnudei ao mostrar meus afetos e (des)construções no campo da pesquisa. Assim, ponho-me a escrever, a construir um trançado-compreensivo entre o que escutei nas entrevistas, o que se mostrou nos diários de bordo e os diálogos que tive com os textos e pressupostos da fenomenologia hermenêutica - lente que nos permite aproximação e construção de tessituras.

Nessa empreitada hermenêutica, a escrita é arte, e, assim, pura criação. Por seu

intermédio podemos construir uma rica tapeçaria, permeada pelos fios de narrativas tão diversas que estiveram comigo nos caminhos desta pesquisa. A tapeçaria talvez seja nossa descoberta que se dá e se faz durante a pesquisa-travessia, como uma arte, uma produção que oferece oportunidade e ocasião para aquilo que aparece – *poíesis* (Heidegger, 2012).

Nesse sentido, apresentaremos a seguir os fios narrativos e seus emaranhados. A cada passo os fios tomam direções, tons e podem se alinhar – se movimentam. Eu como caminhante e também como artesã-peregrina desta pesquisa, apresento como a tapeçaria foi se tornando vigente para mim, o que ela des-encobriu e, assim, deixou aparecer. Por onde caminhei com os fios e como participei de tal produção. Você como leitor, é convidado a também se lançar nessa empreitada, sendo escuta(dor) e também narrador, que reconhece outros fios e possíveis tessituras. Afinal, a narrativa é lugar de intercâmbio de experiências, em que há liberdade para interpretá-la e re-contá-la, fiando ou tecendo novos sentidos, deixando sua marca na história e tornando-a rica em possibilidades (Benjamin, 1985).

Os fios narrativos serão apresentados de modo destacado (em negrito), a fim de salientar os movimentos e direções que o texto vai tomando. Num primeiro momento, acredito ser importante apontar as afetações iniciais que o campo me trouxe enquanto pesquisadora que se põe a interrogar e escutar. Este é o primeiro fio narrativo que apresento, nele narro os anseios que me acompanhavam no encontro com as colaboradoras, além das (des)construções e travessias que precisei viver para mergulhar junto-a-elas nas histórias narradas. A partir desse primeiro fio, outros puderam se tornar vigentes e encontraram um lugar na tapeçaria que começa a ganhar forma.

Um passo para trás: “A gente não vem trabalhando só o fato de eu ter tentado me matar”

Primeiros passos no campo da pesquisa. Em meio a um cenário pandêmico causado pelo novo coronavírus, as entrevistas da pesquisa começavam a ser agendadas com as

colaboradoras. Esse foi um momento marcado por receios em virtude da crise de saúde que vivíamos. Tal como uma crise, fomos retirados do ritmo cotidiano, aparentemente estável, e lançados à sensação de insegurança frente a tempos desconhecidos (Borges-Duarte, 2020). Planos de vida suspensos ou interrompidos, novos modos de cuidado com a saúde, a casa como ambiente de trabalho, as pesquisas em formato remoto... Muitas foram as mudanças diante da necessidade de encontrarmos novos (ou possíveis) modos de habitar o mundo.

Além desse campo de incertezas, havia um temor que me acompanhava enquanto pesquisadora. Preocupava-me com o desenrolar das entrevistas. Frequentemente me via a questionar se a partir da pergunta disparadora (Conte-me da sua experiência em psicoterapia, buscada no momento em que pensou/tentou pôr fim à vida) eu conseguiria alcançar alguma compreensão sobre as possíveis ressonâncias da psicoterapia na vida de minhas colaboradoras, principalmente na ideia delas de pôr fim à vida. Essa questão esteve comigo a cada entrevista, por vezes tomava minha atenção, e me fazia procurar, entre o que era narrado, pistas sobre a experiência em psicoterapia.

A preocupação me tomava por estar diante do inesperado que se apresentava em cada narrativa. Na pesquisa nos lançamos interrogantes frente a um fenômeno, e não temos qualquer garantia do que encontraremos. Na pesquisa fenomenológica, isso parece ser ainda mais sublinhado, já que o método é pensado não como um procedimento que visa ao controle e ao asseguramento do que será investigado, mas sobretudo como um caminho que vai se abrindo ao nos colocarmos no campo, mantendo-nos abertos ao fenômeno. Em meio a tal desalojamento, próprio do pesquisar (e também do existir), cabe-nos a tentativa de acompanhar e de nos deixar conduzir pelos caminhos que aparecem naquilo que é narrado – deixar que o campo nos en-caminhe.

A cada encontro com as colaboradoras fui percebendo que a experiência em psicoterapia se misturava a suas histórias. Aparecia em relances, em meio a outros modos de

cuidado e tratamentos. Para que pudesse ser tematizada, elas precisavam narrar as dores e sofrimentos que as levaram a pensar ou tentar pôr fim à vida, e os caminhos que seguiram até buscarem a psicoterapia. Por vezes, essa maneira como o fenômeno aparecia me fazia pensar:

Será que tenho conseguido compreender como se deu a experiência das colaboradoras em psicoterapia? Tenho escutado o que elas me narram ou será que, de algum modo, perdi-me no meio dessas narrativas ou me mantive tão centrada naquilo que eu gostaria de escutar que não consegui acompanhá-las? (Diário de Bordo da pesquisadora, 2020)

Diante de tantas inquietações, o campo abriu caminhos e me possibilitou outra compreensão a partir do encontro com Liana, minha segunda colaboradora entrevistada. Encontrei Liana virtualmente, por intermédio de uma plataforma de videoconferência, pois, em virtude da pandemia, ela encontrava-se em sua cidade de origem, no interior do estado. E mais uma preocupação surgiu, pois essa era minha primeira entrevista no formato remoto:

Dias antes me percebi pensando em como este encontro se daria, preocupada com os aparatos técnicos, que tanto fazem parte do nosso cotidiano, mas que agora se fazia como um meio de estar em diálogo com alguém que eu ainda não conhecia. Como nos sentiríamos nesse espaço? Diante de tal questionamento, dou-me conta de como me sinto em atendimentos remotos, esses me exigem mais atenção e até um esforço para que eu me sinta presente e mais próxima ao outro. De qualquer modo, essa foi a maneira que pudemos nos encontrar, preparei-me naquilo que era possível, testando os recursos técnicos, e me coloquei ali junto a ela, no intento de ouvi-la e acompanhá-la. (Diário de Bordo da pesquisadora, 2020)

Em sua narrativa, Liana explicou como se sentia antes de entrar na terapia, os conflitos que vivenciava com a mãe adotiva e no namoro descrito como problemático. Falava de um “*esgotamento*” e que com o fim do relacionamento amoroso vivenciou um “*desfecho*”, que a fez se perceber no “*fundo do poço*”. Des-fecho foi a palavra usada por Liana para descrever o

fim de seu namoro, e o modo como se percebeu mergulhando em seus sofrimentos, pois como ela disse: *“Foi meio que um desfecho para eu me entregar... foi o que terminou de me jogar no fundo do poço.”*. Pompeia (2000b, p. 39) medita sobre a palavra des-fecho e nos diz que *“como experiência humana, o desfecho é sempre fecho e des-fecho, sempre encerra e propõe, tira alguma coisa e coloca outra no lugar. E esta coisa nova é um jeito de ser diferente do anterior”*. Nesse caso, o término revelou-se como passagem para a experiência de um sofrimento ainda mais intenso e que parecia a assolar, prejudicando seu sono, seus estudos, suas atividades cotidianas, a totalidade da sua existência. Foi a partir daí que ela se viu implicada a buscar ajuda médica, e, posteriormente, psicológica.

Ao falar sobre sua experiência em psicoterapia, Liana revelou: *“Então, na terapia... a gente não vem trabalhando só o fato de eu ter tentado me matar. A gente procura muita coisa”*. Nesse momento, minhas inquietações quanto à maneira como a experiência em psicoterapia aparecia nas narrativas e o medo de me perder em meio a tantos fenômenos que eram evocados nas falas das colaboradoras, foram sendo acolhidos e des-construídos.

Parece algo tão simples, mas essa fala de Liana convocou a pensar que a psicoterapia é provocada e procurada por outros fenômenos, por acontecimentos ou diante daquilo que se desenrolou na caminhada da vida. Assim, como esperar falas centradas apenas em psicoterapia e/ou no fenômeno do suicídio? Talvez seja impossível. Ela me narrou o que a levou e ainda leva à psicoterapia, o que está em jogo em suas tentativas e pensamentos de pôr fim à vida e me trouxe uma riqueza de reflexões sobre cuidados tutelares, relações familiares, o lugar da medicalização em sua vida. (Diário de Bordo da pesquisadora, 2020)

Um passo para trás. Esse foi o meu movimento ao refletir sobre a fala de Liana, como se buscasse uma visão mais ampla do horizonte que se colocava à minha frente. Esse passo se dá não como um ato de vontade, mas como um movimento do próprio jogo dialógico que me

interpelou, colocou-me em contato com outro horizonte e me lançou a examinar minhas concepções prévias – o que eu esperava encontrar, e, ao mesmo tempo, possibilitou a tomada de outra posição no jogo compreensivo (Gadamer, 1997).

Eu estive tão preocupada com aquilo que eu esperava encontrar que não havia me dado conta de algo tão simples e de tamanha importância para compreender as narrativas que se apresentavam ali. O fenômeno da psicoterapia se re-velou, tornou-se visível em sua singularidade. Psicoterapia é procura. Nela se “procura muita coisa”. A partir disso, vi-me implicada a pensar junto a Pompeia (2000a) o sentido de psicoterapia enquanto pró-cura. A palavra ganha um hífen e abre-se a nós em um sentido mais original. Do latim, cura significa cuidado, assim, se a terapia é pró-cura, é fundamentalmente para cuidar.

Mas a que cuidado nos referimos? Seria esse cuidado que o paciente se põe a buscar quando algo em sua existência se complica e ele adentra o espaço da psicoterapia? O terapeuta seria, então, aquele que cuida? Catarina nos auxilia a refletir sobre isso a partir de uma imagem que descreve como ela se sentiu cuidada na terapia:

Ela praticamente pegou em minha mão e saiu desbravando todos os meus medos, todos os meus traumas junto comigo. Não era uma coisa que eu tinha que ir sozinha, e ela lá longe, sabe? Foi como andar de bicicleta, e sinto que ainda hoje, ela tirou as rodinhas, mas ainda está ali atrás me segurando. (Catarina, 2020)

O cuidado descrito se desvela como um estar junto, acompanhando, dando suporte e preocupando-se com o paciente. No entanto, é ele que precisa andar, dar direção à sua existência, lidando com que vem ao seu encontro. O terapeuta cuida do modo com que o paciente cuida do seu existir. Cuida para que esse possa se apropriar do seu encargo existencial. Essa atitude de preocupação se revela para além de uma descrição ôntica em que o cuidado se caracterizaria por uma técnica ou procedimento que implica zelo ou atenção. Na verdade, fala de um modo de já estarmos no mundo sendo junto às coisas e, nesse caso, a um outro existente.

Desse modo, aproximamo-nos de uma compreensão ontológica de que somos cuidado:

Cuidar é considerado como a tessitura da teia de relações dos seres humanos entre si, podendo se apresentar como outra possibilidade hermenêutica de compreensão do ser humano. Partindo de tal premissa, o desdobramento que Heidegger faz de *Sorge* (cuidado) em *Bersorgen* (ocupação) e *Fürsorgen* (preocupação e solicitude) pode abrir outras possibilidades para mediar à *[sic]* compreensão de ação clínica como “ação pré-ocupada”, atenta aos modos como o paciente vive tanto o “cuidado de si”, como a procura de um modo de “estar-uns-com-os-outros”, destinando-se e encaminhando sua história. (Barreto, 2017, p. 41, grifos do autor)

É nessa ação preocupada (*Fürsorgen*), própria da relação entre dois *Dasein*, que a clínica se configura como modo próprio de cuidar. Aquilo de que se cuida é a própria existência e o que nela acontece é tematizado – o desenrolar dos acontecimentos e o (des)velar de sentidos. É nesse emaranhado de histórias que a ação clínica se debruça, e a pró-cura se dá. Retomo a fala de Liana “*na terapia... a gente procura muita coisa*”. Juntas, ela e sua psicóloga se lançam em um caminho de cuidado, atentas não só à ideação suicida da paciente, mas também à sua totalidade existencial. Cada fio da história tem importância e articula sentidos a essa existência.

Ao alcançar esse outro horizonte de compreensão sobre a psicoterapia, consigo ampliar meu olhar para as narrativas que constroem esta pesquisa. Atenta em compreender as ressonâncias da psicoterapia nas existências das colaboradoras, não posso perder de vista os fenômenos que aparecem e compõem suas tramas narrativas. São esses fenômenos que possibilitam a psicoterapia ser pro-curada e, em certo sentido, a sustentam como espaço em que se pode refletir sobre eles. De alguma forma, minhas colaboradoras pré-compreendiam isso. Para elas, era preciso narrar o caminho que fizeram até chegar a terapia e os motivos que as levaram a pensar no suicídio como possibilidade existencial. Era preciso falar sobre as dores de existir e os modos de cuidado que se fizeram presentes em suas existências!

A dor de existir sem um para quê: “Para que eu estou aqui? Para que eu vou ficar aqui se eu só tenho vontade de chorar e tristeza? Eu não quero mais viver!”

Ouvir sobre essas dores não é tarefa fácil. Recordo que ao finalizar minha primeira entrevista com Miriam fui tomada pelo cansaço. Suas palavras sobre a dor que sentia ecoavam em mim: *“Era uma dor imensa que eu não conseguia explicar para ninguém, para ninguém mesmo, o que era essa dor que eu estava sentindo dentro e que me perturbava muito; perturbava, perturbava e só via a morte como solução.”* (Miriam, 2020)

A dor era imensa e perturbava! Que dor era essa que a fazia pensar na morte como saída? Nem ela mesma conseguia explicar. Talvez porque não haja explicação para aquilo que se sente. Não há fórmulas, causas ou definições claras sobre o que sentimos, apesar de frequentemente ouvirmos no/do cotidiano que existem explicações e até modos de lidar e controlar o que sentimos. Miriam ouvia isso frequentemente da família:

Ah bota uma coisa na tua cabeça que passa. . . vai fazer alguma coisa que passa essa ansiedade, essa agonia que tá na tua cabeça. Todo mundo fala isso, todo mundo mesmo. Isso é muito chato, porque não é assim. . . você botar uma coisa na cabeça e sua mente vai automaticamente sair. . . sair uma dor que você está sentindo, uma agonia. (Miriam, 2020)

Miriam sentia-se incompreendida frente às respostas dadas pelo cotidiano. A ocupação se colocava como meio de não sentir, de sair da dor, da agonia, do desassossego. No entanto, esse modo de cuidar – ocupando-se para não sentir, tão frequente em nossa sociedade utilitarista e demarcada por discursos de produtividade (Han, 2017), não parece ser capaz de corresponder ao que ela vivencia. *“Não é assim”*, ela nos diz, não é com um simples ato de vontade que as dores desaparecem. Ela pensa em sair da dor, mas de outra maneira, daquela que anuncia a decisão de não mais viver. A morte despontava como solução para não ter que arcar com as dores em seu existir. Ela parece compreender que, enquanto existimos, estamos

destinados à dor, pois, lançados no mundo, sem garantias, temos de nos construir, temos que ser. Existência e dor coexistem (Dutra, 2018; Sant'Anna, 2018).

Encontro dor nas falas de Catarina e Amélia também:

Eu comecei com a psicoterapia quando eu percebi que já não tinha mais pra onde correr... Eu venho de uma família tradicional, e minha mãe começou a me perseguir assim que me tornei evangélica... Logo depois começou por conta da minha orientação sexual... E aí que começou que eu me envolvi em um relacionamento abusivo, o qual eu não conseguia sair. Durante esse relacionamento eu tive várias tentativas (de suicídio), várias! Meu corpo vivia em uma constante guerra! Era uma guerra tão desgastante, porque por um lado eu queria muito, pensava nisso (suicídio) 24 horas. . . Eu tinha, de certa forma, uma vontade de viver, mas eu não aguentava mais me encarar com aquele tipo de situação, com aquele tipo de relacionamento. (Catarina, 2020)

Eu cresci em uma família que eu era colocada de lado. Eu tive que deixar de ser criança para cuidar dos meus irmãos... Eu sempre fui muito comparada a eles. E aí eu fui me diminuindo, diminuindo. Eu nunca era boa o suficiente pros meu pais... Chegou um ponto que eu não aguentava mais viver naquela casa, eu já não aguentava mais viver tanta pressão sobre mim, porque sempre jogavam coisas sobre mim e eu falava “poxa, eu não quero ter isso, São meus irmãos, não são meus filhos. Eu não quero ter essa responsabilidade”. E jogavam tantas coisas que eu falei: “por que? Qual o sentido disso tudo? (Amélia, 2020)

Catarina e Amélia nos contam suas histórias, como suas vidas foram perdendo o sentido, e o suicídio se delineando como possibilidade. Catarina fala de uma luta consigo mesma entre o viver e o morrer. A dor que a motiva a não mais existir aparece constantemente. São dores motivadas pelo peso das relações – os conflitos com a mãe e sensação de ser

perseguida dentro de casa, além das experiências de abuso em uma relação afetiva. Penso na palavra que ela traz: luta. Catarina luta consigo e com o mundo para ser. Precisa lutar, pois a violência se estampa em seus vínculos, nos enquadramentos religiosos e heteronormativos com os quais é confrontada. Ela se desgasta, a vida ainda pulsa e ela pensa em viver, mas está cansada para encarar tantas situações e questiona: “*meu Deus, o que eu estou fazendo aqui?*”. Ela se sente “*vazia, vazia, muito vazia. . . é como se eu estivesse vivendo... sabe quando você só passa vida?... no automático, só fazendo as coisas, que enfim, é para sobreviver até ali.*” (Catarina, 2020)

Sobreviver: permanecer vivo apesar de algo; continuar vivendo depois de uma situação desastrosa (Sobreviver, 2021). **Catarina** permanece viva “*até ali*”, mesmo diante de tanta dor. Ela sobre-vive, mantém-se viva na cotidianidade das tarefas, assim como é dito a Miriam, coloca-se em funcionamento como uma máquina biológica, na cadência do dia a dia, como se isso fosse capaz de atenuar a dor. Catarina mergulha no trabalho e nos estudos, para não ter que pensar e, se pudesse, até escolheria não sentir. No entanto, reconhece que esse modo de estar em vida é diferente de vivê-la. Não encontra mais um sentido pelo que viver e se vê vazia. As atividades não preenchem aquilo que lhe falta e o vazio retorna como um eco em sua fala. Um dizer que mostra, desvela o que lhe acontece existencialmente.

Amélia também não vê sentido! Reflete sobre suas relações familiares e não encontra um lugar na própria casa. Ela se sente “*de lado*”, como se não tivesse importância e se vê sozinha. Ela fala de pressão. A pressão das responsabilidades com os irmãos e das comparações. O não aguentar mais viver na casa da família em meio às cobranças a faz pensar/sentir que não aguenta mais viver. Além disso, suas outras relações também estão fragilizadas e/ou ausentes: “*Na faculdade eu era péssima, não conseguia ter amizade, eu tinha essa fobia, não conseguia manter relações*” (Amélia, 2020). A vida despontava como insustentável. “*Eu me cobrava o tempo todo, eu não conseguia estudar... não estava mais rendendo na faculdade.*

Em casa, estava horrível. . . . Eu só queria acabar com tudo... eu não era capaz de fazer nada”
(Amélia, 2020).

Catarina e Amélia vivem sem saber pelo que, questionam o sentido de estar e permanecer em vida. Tudo parece ter se tornado insignificante, até mesmo o cotidiano. As atividades que antes podiam preencher algum espaço, agora se mostram também **vazias**. Um fazer sem sentido que enuncia o automatismo. Para Amélia, nem mesmo esse afazimento é possível, ela não consegue mais se absorver em tais tarefas, a inutilidade é sentida como um peso e ela se culpa. Não sendo capaz de nada, ela quer pôr fim a tudo!

Que esvaziamento é esse que toma toda a existência das colaboradoras? Elas se abrem em uma atmosfera de total insignificância. Como é estar a viver assim? Sinto que nessa tentativa de narrar a ausência de sentidos e a dor que sentem, elas deixam aparecer como encontram-se afinadas afetivamente. Diante disso, questionamos: quais as afinações que Amélia, Catarina e Miriam nos deixam transparecer?

Num ímpeto de compreender o que acontece com minhas colaboradoras, ponho-me a pensar com Heidegger (2015c) mediante sua célebre obra *Ser e Tempo*. O filósofo, ao elaborar uma analítica sobre o ser-no-mundo (*Dasein*), esse ente existente que nós somos, revela-nos que estamos sempre dispostos afetivamente, ou seja, o mundo e os entes já nos tocam e são compreendidos em um certo tom. Somos ontologicamente afetividade. Nossas tonalidades afetivas podem ser denominadas como cotidianas, quando nos absorvem no mundo e no campo de sentidos a que ele nos normatiza, ou fundamentais como o tédio e a angústia, que nos retira da cadência do mundo, devolvendo-nos à nossa condição originária de desterro (Casanova, 2020).

Se escutarmos pacientemente aquilo que minhas colaboradoras falam, perceberemos que estamos diante do despertar de tonalidades afetivas fundamentais, visto que elas experienciam um esvaziamento radical de sentidos, e, assim, sentem-se desalojadas em seu

existir. Nada se desvela como motivo para viver, e nem mesmo o cotidiano tem sido capaz de oferecer refúgio em seu campo de sentidos.

Casanova (2020) nos esclarece que tanto na angústia como no tédio há um rompimento com a cadência do mundo, e tudo torna-se insignificante. No entanto, “enquanto na angústia tudo se mostra como possível, no tédio profundo tudo se esgota imediatamente na renúncia do ente na totalidade” (Casanova, 2020, p. 66). Essa diferenciação me possibilita pensar que ainda que essas tonalidades afetivas possam ser despertadas conjuntamente, no caso das minhas colaboradoras há uma predominância do tédio. Entediadas, o mundo abre-se para elas em uma total indiferença.

Esta indiferença das coisas e de nós mesmos para com elas não é resultado de uma soma de avaliações. Ao contrário, tudo em geral e cada coisa em particular tornam-se de uma tacada só indiferentes... Como dissemos, o ente tornou-se na totalidade indiferente, sem excluir a nós mesmos enquanto estas pessoas determinadas... O vazio consiste aqui, portanto, na indiferença que abrange o ente na totalidade. (Heidegger, 2015b, p. 182, grifos do autor).

É o próprio existir que se entedia. A indiferença aponta para o esvaziamento dos sentidos cotidianos, para a não familiaridade, a ausência do sentir-se em casa. As explicações e orientações que antes podiam tranquilizar e empenhar as colaboradoras na cotidianidade e na vida, agora perdem o sentido. O tempo público, que ditava um ritmo para as tarefas e para a existência, é rompido. Portanto, não é possível mais se ocupar como antes, usar de passatempos para “se retirar” do tédio, pois os entes se recusam, não nos atraem, não matam o tempo. É isso que Catarina nos revela ao dizer que recai em um automatismo, no entanto, não consegue pertencer a ele. Não encontra sentido para viver ao se preencher com o habitual. Amélia também nos aproxima de uma compreensão do tédio profundo ao dizer “*eu não era capaz de fazer nada!*” (Amélia, 2020).

No tédio, a absorção no horizonte histórico sedimentado (mundo/casa que habitamos) é confrontada. Os sentidos se esvaziam, o mundo se retrai em sua indiferença e o *Dasein* pode deparar com sua condição mais própria de nada estrutural - sua indeterminação ontológica (Casanova, 2017). Amélia e Catarina defrontam-se com o esvaziamento radical de sentido. Indiferentes em suas próprias vidas, não avistam caminhos para seguir de outro jeito, sentem-se assoladas pelos acontecimentos de suas vidas. Miriam também fala dessa mesma sensação:

Não foi só uma coisa que chegou a esse ponto de querer me suicidar. Foram muitas questões. Tive a perda da minha avó que eu era muito apegada. Tive uma bactéria no estômago, gastrite, refluxo... em tratamento eu estava restrita de comer muita coisa que eu gostava. Eu fiquei sem trabalhar, desanimada pra sair, porque não tinha dinheiro... Foi muita coisa que acumulou... Então veio a questão: Para que eu estou aqui? Para que eu vou ficar aqui (na vida) se eu só tenho vontade de chorar e tristeza? Eu não quero mais viver... a solução para eu não chorar mais de noite, de eu não conseguir mais dormir, de ninguém me entender era melhor eu morrer do que sentir tudo aquilo. Se eu morresse era a solução. (Miriam, 2020)

Miriam nos convida a caminhar com ela e conhecer suas dores. Tenta esclarecer para mim, e talvez até para ela, os motivos que a fizeram se perceber sem sentido para viver, e a morte se apresentou como resposta. As perdas da avó, do emprego, da sua saúde foram se acumulando, como se, ao perder, ela também somasse dores. A ausência ocupava um espaço muito grande em sua vida, preenchendo-a de vazios. As restrições não me parecem referir-se apenas à sua alimentação. Restrita daquilo que gostava. Restrita em seus sentidos para viver, ela se questiona: “*Para que eu estou aqui? Para que eu vou ficar aqui (na vida) se eu só tenho vontade de chorar e tristeza?*” (Miriam, 2020).

Mais uma vez a dor. Ter que existir quando tudo se torna insignificante, quando a tristeza se abate e parece não querer mais ir embora. Essa mesma tristeza tão incompreendida

por aqueles que nos rodeiam e que pregam a tônica da felicidade e do sucesso como medidas do viver. A mostraçãõ de seu tédio se dá em choro, tristeza, em não conseguir mais dormir, em não ter mais um motivo para estar em vida. É a existênciã que grita. Vazia, numa insignificânciã da própria vida, não encontra compreensãõ nem mesmo no mundo.

Reflito sobre as narrações de Miriam, Catarina e Amélia. A angústia se enuncia como dor de ter que existir sem um para quê e a vida torna-se pesada demais para suportar. Por não termos um padrão, o natural que é existir pesa (Barreto, 2017). Com o campo de sentidos suspenso, e devolvidas à condiçãõ originária de des-abrigo, elas precisam continuar cuidando de ser, e, de um modo ou de outro, têm de assumir a responsabilidade pelo seu existir. No entanto, assumir esse cuidado mostra-se para elas demasiadamente incômodo ou mesmo insuportável, como vemos na narrativa de Amélia: *“Eu falava – ou era isso (morrer) ou era ir para aquela faculdade. Eu não aguento mais... eu não estou mais vendo sentido em minha vida, eu não aguento mais isso.”* (Amélia, 2020). O que ela e as colaboradoras gostariam, na verdade, era de não sentir, não viver essas situações. Por não conseguirem encontrar possibilidades de fazer isso em vida, vislumbram o morrer, o findar a própria existênciã para aplacar o sofrimento.

O pôr fim à vida passa a se delinear como possibilidade existencial, e, em alguns momentos, é apontado como única possibilidade. Seria a morte uma saída para não se ter mais que deparar com o existir sem sentido, com a falta de fundamento para ser, quando ser se torna tão difícil? Poderíamos pensar o suicídio como um modo que elas encontraram para cuidar de suas existênciãs, decidindo, ainda que momentaneamente, não mais lidar com aquilo que lhes parece insuportável, e, principalmente, com essa sensaçãõ de uma vida vazia e, paradoxalmente, pesada?

Entendemos que somos seres que habitam no sentido, ou seja, sem essênciã que nos fundamente, buscamos um para quê, um destinar-se que articule a existênciã (Casanova, 2015;

Pompeia, 2000a). Quando perdemos a direção – esse sentido que nos abre as possibilidades existenciais, é como se nos sentíssemos privados da própria vida, ou, como disse Liana, nos víssemos com “*aquela sensação de que tu já morreu por dentro, sabe?*” (Liana, 2020). Diante disso, como podemos lidar com a ausência de sentido? Como cuidar de uma existência que se sente morta “por dentro”? Ainda é possível que algum sentido se articule? Catarina esclarece que foi quando se viu “*sem ter para onde correr*” (Catarina, 2020), sem caminhos ou sentidos que articulassem um campo de possibilidades para viver que a terapia se delineou como necessária para ela. Talvez seja principalmente nesses momentos em que nos vemos sem destinação, ou uma morada existencial, que mais precisamos de cuidado.

Como Miriam, Liana, Catarina e Amélia têm se cuidado nesse momento em que a vida se tornou tão árida? Catarina já nos disse que se ocupa e sobre-vive. Ela se ancora nas obrigações, busca um sentido na produtividade e na ocupação, mesmo que ainda perceba que aí existe um vazio. Miriam também nos desvelou que esse modo de cuidar da dor já lhe foi sugerido, no entanto isso não possibilitou um acolhimento. E ela também sofre por isso, assim como Amélia, ao não conseguir “*render*” na faculdade, relacionar-se e alcançar “*aquele padrão que todo mundo idealiza*”. As normativas encharcam suas falas, como se, ao se perceberem des-abrigadas de qualquer sentido, nesse sem uma natureza, ainda tentassem corresponder às orientações do mundo.

No entanto, nesse horizonte de sedimentação, aquilo que se desoculta como tédio e traduz a dor de existir sem para quê é compreendido por uma outra via. As tonalidades afetivas fundamentais, ao abalarem a absorção do ser-aí no mundo cotidiano, expulsando-o da familiaridade e devolvendo-o à sua condição originária, tendem a ser compreendidas como incômodas e são des-encobertas como doenças que requerem diagnóstico e tratamento (Dantas, Sá, & Carreteiro, 2009; Mattar, 2020). Liana entende bem o que isso significa, pois imaginou que tudo o que estava sentindo se devia a algum distúrbio: “*Eu estava sem dormir, eu não*

conseguia aproveitar nada da faculdade... eu não conseguia estudar, nem fazer mais nada; daí pra mim, era um problema no sono, distúrbio, alguma coisa, daí fui ao neuro.” (Liana, 2020).

Devo dizer que a partir daqui nossa narrativa tomará outro caminho, um outro fio de sentido passa a ser tecido. Ao adentrarmos de maneira mais clara nas determinações e normatizações deste mundo em que já somos, veremos que aquilo que por ora foi compreendido como dor de existir e que motivava o pôr fim à vida das colaboradoras, passa a ser enquadrado, explicado e até mesmo apartado de suas existências. Modos de cuidado irrompem e elas narram como, atravessadas pelo discurso do coletivo, puderam se compreender e lidar com suas dores e com a possibilidade de findar suas existências. Afinal, o que o nosso horizonte histórico oferece (ou melhor dizendo, normatiza) sobre dores existenciais que, por vezes, apontam para o suicídio como possível saída?

Modos de cuidado: “Acho que o remédio é um pouco – Ah se você estiver dormindo, você não se mata!”

Lembro-me de que quando encontrei Amélia, logo pensei o quanto ela era delicada. A voz suave, os gestos leves e contidos, a fala vagarosa, o olhar que se vislumbrava com a natureza do espaço em que estávamos e rapidamente se desviava para os papéis e para ela mesma. Ela pouco fitava seu olhar no meu. Começamos a nos apresentar, e, aos poucos, ainda que com dificuldade, Amélia tentava me olhar e colocar em palavras o que viveu ao pensar em pôr fim à sua vida. Mediante suas palavras, aquela imagem de delicadeza logo foi dando lugar a uma menina fragilizada.

Ela narrava sua história com o vigor de um passado que não passou. Era como se eu pudesse sentir, ainda que de modo muito diminuído, o seu sofrimento:

Eu me pergunto, será se esse problema foi meu ou de onde eu cresci, de como me trataram? Minha mãe é daquelas antigas, então eu cresci apanhando. Tive uma infância de medo... Como que fala para uma criança que está apanhando que ela não

pode chorar? Ela está sentindo dor e não pode chorar? Essa foi a minha infância e eu acho que isso foi construindo minha personalidade. Às vezes falam “poxa Amélia, mas tu é tímida, tu não fala”, mas isso me construiu, esse medo de falar, de ser repreendida a todo custo e isso foi horrível e hoje continua do mesmo jeito?” (Amélia, 2020)

A colaboradora traz aquilo que viveu na infância como algo que a construiu e “*hoje continua do mesmo jeito*”. Aquilo que “passou” parece permanecer junto a ela no presente. A existência mostra-se em sua circularidade temporal, em que a cada vez somos “um passar que aguarda (futuro), um passar que fica junto (presente) e um passar que conserva (passado) (Michelazzo, 2002, p. 19). O medo e a timidez se conservam, como ressonância de um ser-criança que precisou calar suas dores diante das imposições violentas da mãe. Esse é o olhar de Amélia para sua história. Ela percebe que foi a partir dessas experiências que começou a vislumbrar o pôr fim à vida como possibilidade:

Bom, só agora eu percebi o motivo que me levou a [pensar em] tirar minha própria vida. Foi algo que foi se construindo desde a minha infância e culminou num ódio, na minha depressão. E meu psiquiatra me diagnosticou com ansiedade generalizada, então tu imagina?! E fobia social. . . . Aí eu comecei a me tratar, a tomar remédio... ainda hoje, depois desse tempo todinho, eu ainda sinto ansiedade, avalie. Mas eu até estava falando para minha psicóloga que não tenho mais essa vontade de me matar. Muitas vezes eu fico tão estressada comigo que tenho vontade de me bater. Mas eu controlo, eu ainda me controlo, mas não tenho mais essa vontade de me matar. (Amélia, 2020)

Ela fala de motivo. O que foi se delineando em sua infância culminou em um sentimento – um ódio - e em um sofrer que a fez pensar no suicídio. Motivação é a razão pela qual uma possibilidade pode se dar ao humano. Em sua narrativa, inicialmente, não há causas, não há um condicionamento de que, por viver isso, ela precisaria pensar em findar sua existência – como

uma sequência. No entanto, tal experiência a moveu ao pôr fim à vida, resguardando sua liberdade de decidir-se (Heidegger, 2017). Em seguida, Amélia nos diz que isso a levou também à depressão, e logo outros diagnósticos surgem: fobia social e ansiedade. Nesse momento, vejo-me confusa. Essas categorias diagnósticas seriam uma repercussão daquilo que ela viveu? Ou seriam, na verdade, o que lhe possibilitou querer se matar, e, por isso, ao se “tratar”, tal vontade desaparece?

Por um momento, sinto que toda aquela densidade existencial, ou seja, toda a força de suas experiências e sofrimentos é aplacada pelos diagnósticos. Esses se sobrepõem e explicam o que ela sente e o porquê: *“Eu comecei a pesquisar mais sobre ansiedade, sobre... fobia social, como era a depressão. E comecei a ver – poxa parece tanto comigo. Isso é uma doença, está aqui no livro, pode ser tratado. E comecei a ver cura pra aquilo.”* (Amélia, 2020). Amélia se tranquiliza ao se identificar com os discursos médicos. O que ela tem vivido é uma doença e tem cura!

Doença: alteração biológica do estado de saúde de um ser, manifestada por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não (Doença, 2021). Seu sofrimento é traduzido como biológico, nesse caso, podemos dizer que é reduzido também ao psiquismo e aos transtornos mentais. Facetas do existir que explicariam o que ela tem sentido. A vida fragmentada em dimensões. Alguma dessa acolhe o tédio e a indiferença do mundo? A ausência de sentidos para viver que Amélia tanto narrou tem espaço para ser pensada, cuidada ou é tomada como um sintoma a ser suprimido? Aquilo que não tinha causas, passa a ter. Em virtude de alguma perturbação neurofisiológica, ela padece. E, assim, “a dimensão existencial parece não existir” (Dutra, 2018, p. 114).

Ao mesmo tempo que Amélia se descobre em adoecimento, pode agora procurar meios para melhorar: ela se trata, toma remédios e se controla. Por essa via de compreensão, o tédio, assim como outras afinações que possam estar despertas, configura-se como patologia a ser

combatida e seu cuidado é relegado ao campo das explicações e dos procedimentos médicos (Dantas et al., 2009). Esses são modos de cuidado que também encontram lugar nas narrativas existenciais de Miriam, que foi diagnosticada com “*bipolaridade, depressão crônica e ansiedade.*” (Miriam, 2020). Em seu caso, as tentativas de tratamento foram diversas e, por tantas vezes, não faziam efeito:

Miriam: *Tem muita coisa que eu não lembro, porque como minha depressão foi crônica, muito grave... eu tomava todo tipo de remédio e nenhum estava fazendo efeito. Todos os remédios possíveis do SUS, eu tava tomando. Aí eu tive que ser internada no hospital psiquiátrico... fiquei 20 dias internada lá, porque minha família não conseguia me controlar em casa. Eu tomava o remédio, aí quando passava o efeito voltava tudo, tudo, tudo.* (Miriam, 2020)

Pesquisadora: *O que que voltava?*

Miriam: *A vontade de se matar, direto.*

Qual esse efeito que ela, sua família e os médicos buscavam? À primeira vista, percebo que tinham o intento de controlar a vontade que ela apresentava de findar sua existência. O medicamento para depressão deveria ser capaz de atenuar tal desejo? A medicação consegue corresponder e cuidar dessa dor existencial que faz Miriam pensar em pôr fim à vida? A própria depressão, como categoria nosológica, é suficiente para compreender o que Miriam e Amélia expressam em sua dor de existir?

Essas perguntas ressoam em mim. Miriam me abre caminhos para o pensar quando expõe que, ao passar o efeito da medicação, a vontade de morrer voltava. A vontade volta? Para onde ela havia ido? Em algum momento o desejo de pôr fim à vida se ausentou de Miriam? O que se desvela quando a medicação cessa seus efeitos? A dor que não foi embora re-aparece. E, ao se manifestar em toda a sua vivacidade, também evidencia um lugar de sofrimento que não cessa (e talvez nem se acessa) com a presença da medicação.

Distante de qualquer tentativa de rechaçar o uso de fármacos como modo de cuidado que, em alguns casos, faz-se necessário, o que ponho em questão é a relação direta que passa a ser evocada entre transtornos mentais, destacando-se a depressão e o suicídio, e medicalização. A depressão toma os discursos de Amélia e Miriam, e, de maneira mais tímida, ou seja, menos centralizada, também é descrita por Liana: “*Eu realmente estava com depressão, todos ficaram surpresos, porque eu nunca deixei transparecer nada.*” (Liana, 2020) e Catarina: “*Eu sempre tive esse histórico depressivo.*” (Catarina, 2020).

Todas nomeiam aquilo que vivem como depressão. Estaríamos diante de uma coincidência? Acredito que não. Essa associação entre o suicídio e a depressão é bastante conhecida. Os discursos públicos são demarcados por essa compreensão, e as principais organizações de saúde reforçam isso ao afirmar que quase todos os casos de suicídio apresentam relação com algum quadro de desordem mental, principalmente o transtorno depressivo (ABP, 2014; OMS, 2006).

Com isso, o suicídio, assim como foi historicamente, permanece associado à desrazão, que nesse caso é representada pelo adoecimento psíquico. O sofrimento das minhas colaboradoras ganha nome, descrição e tratamento. No entanto, se nos permitirmos meditar sobre o que acontece àquele que é diagnosticado com depressão, dar-nos-emos conta de que estamos diante de alguém profundamente tocado pelo tédio, pois suas queixas despontam como um esvaziamento dos sentidos, um total desinteresse por tudo que está à sua volta, inclusive o que lhe dava prazer anteriormente e, conseqüentemente, uma sensação de apatia e não pertencimento ao ritmo do mundo e à tônica da produtividade (Dutra, 2018; Mattar, 2020).

A depressão revela-se como fenômeno de delimitações difusas e denominada como mal do século. Na verdade, denuncia os modos de existir na contemporaneidade e seus imperativos como a produtividade, a sobrecarga e a exploração de si e do mundo. Ao se negar a corresponder a tais modos de ser, o fenômeno é concebido como uma doença a ser reparada.

Desse modo, a depressão torna-se a expressão de um sofrimento epocal e a medicação “passa a concentrar todas as esperanças de libertação do sofrimento psíquico” (Mattar, 2020, p. 48). Os psicofármacos transformam-se tanto numa promessa de cura como em um modo de dominação, e, no caso das minhas colaboradoras, visam ainda ao controle do suicídio, que, por consequência, mantêm-nas em vida. Miriam viveu isso na pele, quando tentava se matar, era levada pela família ao hospital: “*Eles faziam lavagem... e se piorasse, eu ia pro hospital psiquiátrico. Acho que eu tomei milhões de injeções, daquela lá, como o povo fala, ‘sossega leão’.* Eu tomava e pronto, não via mais nada, não lembrava de nada.” (Miriam, 2020).

Miriam foi submetida a diversas medicações, mas elas não faziam efeito. O pôr fim à vida continuava a acompanhá-la como possibilidade. Foi internada em um hospital psiquiátrico, tomou “*milhões*” de injeções “*sossega leão*” e sossegava, mesmo que momentaneamente e em sono profundo. Ela não via mais nada, calava-se e o corpo se “*tranquilizava*”, ou seriam os que estavam à sua volta que se tranquilizavam? Imagino que, para eles (seus familiares), viver essa situação também não era nada fácil, lidavam como podiam, buscando o auxílio das equipes de saúde. Tudo era feito para que ela ficasse em vida.

A manutenção dessa vida torna-se a tônica dos profissionais que a atenderam, assim como o é para a sociedade contemporânea. Viver é um bem supremo, um direito, mas também um dever, que se deve empenhar em realizar, afastando qualquer possibilidade da finitude. Portavales Silva observa que “O homem passa a estar fadado a viver, o que possibilita que a vida se torne um fardo a ser carregado.” (2018, p. 12). Como ouvi-dor, apreendo a tônica da vida nas palavras de Liana, que, depois de fazer uso de alguns psicofármacos, percebe que “*nada funcionava*” e acaba tentando o suicídio com as medicações. Ao procurar o psiquiatra, acaba por ouvir que “*eu era muito sortuda, que eu levasse isso (a tentativa malograda) como uma segunda chance e tudo mais. Só que daí em diante só foram mais tentativas, até eu perder a posse dos medicamentos.*” (Liana, 2020).

Liana tenta pôr fim à vida e frustra-se. Acorda e fica “*decepcionada por estar viva*”. Para seu médico nisso reside a sua sorte. Ela permanece viva, ainda que sem sentidos e decepcionada. Precisei questioná-la: “Como foi pra você ouvir isso?”. Eu pressentia que havia ali uma história, para a qual a escuta foi negada. A própria dor foi negada? Ela foi vista, ouvida, compreendida? Sou remetida a um trecho do poema de Florbela Espanca (2018b, p. 133):

A minha dor é um convento. Há lírios
 Dum roxo macerado de martírios,
 Tão belos como nunca os viu alguém!
 Nesse triste convento aonde eu moro,
 Noites e dias rezo e grito e choro!
 E ninguém ouve...ninguém vê...ninguém...

A dor é esse convento em que moramos. Ela compõe a nossa história e nossos sentidos, ainda que de maneira tão pungente. Há aqui um modo de pertencimento. A dor nos pertence, assim como pertencemos a ela. No entanto, isso parece não ter sido considerado pelo psiquiatra de Liana, ele se volta para a vida, e a dor da paciente se recolhe, guarda-se nas “paredes” de seu existir, assim como o convento de Florbela, que abriga e isola aquilo que é sentido. Liana nos conta como foi ouvir as palavras do médico: “*Eu achei inútil. É tipo aquela coisa, você está convivendo numa sociedade que te estimula a ser resiliente, a tudo enquanto, mas aquela sensação de que tu já morreu por dentro, sabe? Era isso que eu sentia.*” (Liana, 2020).

Ser estimulada a ser resiliente, a suportar tudo, quando a própria vida se abre numa total indiferença. A colaboradora nos convoca a pensar nos discursos da esfera pública (o impessoal), à qual já estamos destinados em nossa existência, e que nos normatiza ao formular como devemos nos comportar, agir e sentir (Casanova, 2017). Para Liana, a orientação de ser resiliente não a retira de sua dor, pelo contrário, estampa seu próprio vazio de existir, sua indiferença em meio às coisas e o desenraizamento do mundo e de sua teia de determinações

Do mesmo modo, a prescrição de que a vida é o grande bem a ser preservado, relegando o suicídio a um lugar de moralizações, não permite um acolhimento do que ela tem vivido, e me faz meditar acerca dos enquadramentos nos quais estamos absorvidos em nosso horizonte histórico, e suas repercussões:

Essas categorias do impessoal também podem ser produtoras de sofrimento, quando aprisionam de maneira rígida e identitária os modos de ser, tornando-se uma normatização disciplinadora dos modos de sentir e sentir-se. É na fuga e esquecimento do ser próprio como abertura, que se instaura o sofrimento, seja porque a familiaridade não dá conta, seja porque ela dá conta demais, preenche completamente e determina em excesso. (Mattar, 2020, p. 155)

A partir disso, podemos também nos aproximar de como a prevenção ao suicídio aparece nas narrativas de Miriam e Liana. As colaboradoras nos apresentam o prevenir em sua cotidianidade, na praticidade dos procedimentos e discursos médicos, em que a prevenção é sinônimo de controle. Ademais, como nos esclarece Heidegger (2012), na Era da técnica, os fenômenos em seu desocultamento são provocados, na intenção de que sejam dominados. É isso que acontece quando o desejo de morrer se manifesta. Ele deve ser previsto e controlado. Nesse horizonte, os modos de cuidar também são determinados por essa ótica da técnica, e o que constatamos é um cuidar que classifica e generaliza (como a associação entre suicídio e depressão), prevê e controla mediante ações, uso de fármacos e outros possíveis tratamentos como a internação e a restrição ao acesso de meios letais.

Além disso, ao fazê-las permanecer nessa vida esvaziada de sentido, eles cuidavam se ocupando e decidindo por elas. Heidegger (2015) já nos descreveu sobre os modos básicos do cuidado, e neste texto já recorreremos a essa compreensão. Retomamos então o cuidado que se refere às relações humanas – A preocupação (*Fürsorge*). Nela há duas possibilidades de realização: a substituição e a solicitude. Nos deteremos na primeira. Na substituição, colocamo-

nos junto-ao-outro assumindo suas ocupações, substituindo-o em suas escolhas, podendo torná-lo dependente ou dominado pela relação. É esse cuidado que substituí que aparece nas falas das minhas companheiras de pesquisa-travessia, ao narrarem as intervenções e discursos a elas dirigidos, e as suas experiências com o uso das medicações.

Entendo que tal lida é bastante comum e até mesmo necessária no âmbito da saúde, quando nos encontramos fragilizados no cuidado de si (Braga, Ferreira, Takeshita, & Delavia, 2012). No entanto, como me propus a caminhar e compreender o que minhas companheiras de travessia viveram, preciso questionar: como Miriam e Liana compreendem o cuidado disposto a elas? Como se sentiram ao se verem submetidas às medicações e às outras intervenções que visavam tratar suas dores, transtornos e vontade de pôr fim à vida? E as outras colaboradoras, como percebem a presença e as repercussões desse modo de cuidado em suas vidas?

Miriam: *Assim, o remédio me dopava, eu ficava assim, e dormia, e passava um pouco... eu dormia, acordava e já estava com aquela mesma dor. Já quando eu ia pro psicólogo, a gente conversava... e eu começava a entender aquela dor. . . . A minha irmã conheceu o psiquiatra e aí ela mostrava as receitas – “Ela está tomando esse remédio e não tem melhora... Eu não soube do processo da minha irmã conhecendo ele, mas ele disse que tinha solução o ECT. Já ouviu falar? Isso me ajudou bastante.*

Pesquisadora: *E como você se sentia com esse procedimento?*

Miriam: *Muita dor de cabeça a reação. Muita dor de cabeça... aí eu passava o dia dormindo, passava o dia tomando remédio pra ficar mesmo dormindo. E a reação dele, o efeito dele é esquecimento.*

A medicação a dopava, a fazia dormir, mas, ao acordar, a dor despertava junto dela. “Como explicar tamanha dor só por diagnósticos?” (Diário de Bordo da pesquisadora, 2020). A voz de Catarina entoava um discurso semelhante: “*Se eu tô de folga, passo o dia dormindo, porque eu tomo o remédio, durmo e pronto, acordo. Acho que o remédio é um pouco – Ah se*

você estiver dormindo, você não se mata. Eu não sei como reage... quais são os efeitos no corpo.” (Catarina, 2020).

Entorpecimento da dor. É como elas percebem que psicofármacos atuam. Catarina não entende quimicamente como isso funciona, mas narra a sua experiência. Enquanto a dor mantém-se anestesiada, a vida e a possibilidade da morte ficam em suspenso. Em adormecimento não é possível se matar, como também não é possível viver. Elas sabem disso! Vejo o incômodo em suas expressões. Entendem que a medicação tranquiliza, e, em certa medida, impede que pensem ou tentem o suicídio – é uma forma de prevenir. No entanto, isso é suficiente para viver? Ou é um sobre-viver, como já nos falou Catarina?

Qual é o lugar da medicação na vida de quem pensa em morrer por suicídio? Pra que tal medicamento serve? Como a dor pode ser cuidada por esta via? Anestesiando a dor do paciente é um caminho? O que resta dele, quando tudo se entorpece? Como é para ele viver ou permanecer a viver desta maneira? Há outros caminhos de cuidado? (Diário de Bordo da pesquisadora, 2020).

Retomo a narração de Miriam na busca de compreender melhor essas questões e iluminar algum caminho possível. Ela repete que os remédios não funcionavam, o que a levou à Eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos graves de algumas condições psiquiátricas. Enquanto a medicação a dopava, a ECT a fazia esquecer. Isto me tocou profundamente. Esquecer uma dor que só dói, por aquilo que toca e que, de alguma forma, nos é importante.

Lembro-me da fala de um paciente que, ao narrar sobre sua dor, se questionou: “Mas quem sou eu sem essa dor? Eu não sei o que sobra de mim sem ela.”. As dores compõem a melodia da existência, tons e sons nem sempre agradáveis e que, tantas vezes, em nossa sociedade e em nossos modos de cuidar, tentamos (profissionais e pacientes) apagar, anestesiando, corrigir, esquecer..., entretanto, essa dor já faz parte da melodia, se retirada, deixa vazios que se traduzem num silêncio e na ausência de nós mesmos.

(Diário de Bordo da pesquisadora, 2020)

Nesse sentido, esses modos de cuidar por meio dos psicofármacos e de procedimentos médicos e científicos que se voltam para os aspectos neurobiológicos, até podem atenuar sintomas, promover uma elevação no humor, controlar sentimentos e comportamentos como a tentativa de pôr fim à vida. Podem até mesmo, em alguma medida, atenuar o sofrimento causado pelos sintomas. Contudo, algo escapa dos efeitos da medicalização, a dor volta de seu adormecimento, como se reivindicasse o seu lugar naquela existência e solicitasse um outro olhar, um outro modo de acesso e de cuidado. Parece existir uma dimensão que a medicação não consegue alcançar. Pompeia (2002, p. 62) nos elucida que “os psicofármacos não trazem para o paciente os significados de que ele precisa, e, eliminando os sintomas, amputam algo de onde poderia *[sic]* emergir significados.”.

Portanto, quando Catarina, Liana e Miriam apontam o não funcionamento das medicações, ou ainda o entorpecimento do próprio existir que não as retira da dor e da vontade de morrer, estão a nos falar de um plano da existência que continua a pedir atenção, que clama ao não encontrar mais sentidos para viver e padece. Há na dor uma necessidade de compreensão, assim, por mais que a medicação tenha benefícios cientificamente comprovados e atenuar o sofrer, ela não dá conta do campo dos sentidos, tão essencial para o ser humano. Então me interrogo, como cuidar do existir e dos sofrimentos que aí se desvelam? Como podemos nos lançar numa tentativa de acolher e cuidar dessa dimensão do existir?

Miriam nos auxilia a pensar. Sua fala demarca uma diferença: a medicação a anestesiava, mas a dor ainda estava ali; enquanto que na psicoterapia conseguia falar e, assim, começar a compreender o que se passava consigo. A psicoterapia seria, nesse caso, um modo de cuidar diferente? Poderia ser esse espaço de cuidado que resguarda e se centra nos sentidos da vida? Como, no espaço terapêutico, o existir esvaziado e a possibilidade de findar a vida

que se aponta para as colaboradoras podem ser compreendidos e acolhidos? A colaboradora nos abre um novo caminho a ser perseguido e compreendido nesta narrativa.

O pôr fim à vida no entre terapêutico: “Era a única pessoa que chegava e dizia que me entendia. Não dizia que eu estava ficando louca porque eu queria me matar, por querer acabar... E ela [psicóloga] começou a abrir isso para mim.”

Percorremos um longo caminho até chegar a este fenômeno – a experiência das colaboradoras em psicoterapia, tema de tamanha importância neste estudo. Compreendemos que isso foi necessário para que pudéssemos nos aproximar do próprio caminho feito por elas, afinal, experiência é esse pôr-se a caminho, fazendo-se a cada passo, no existir fático (Heidegger, 2002). Miriam, Catarina, Liana e Amélia nos permitiram conhecer os cenários, as dificuldades, as rotas (ou pelo menos algumas) que foram encontradas, as compreensões gestadas à beira do caminho, e as companhias que se aproximaram e, por vezes, afastaram-se delas e do que elas buscavam, nessa temporada de suas vidas.

Daremos, agora, mais um passo rumo ao caminho que minhas companheiras de travessia percorreram ao adentrar o espaço terapêutico. Na busca de encontrar alguém que a acompanhasse, Catarina procurou o espaço da psicoterapia, queria a ajuda de uma profissional para lidar com a “guerra” que se entranhava em seu existir.

Catarina: *Meu corpo vivia em uma constante guerra! Era uma guerra tão desgastante, porque por um lado eu queria muito [morrer], pensava nisso 24 horas. Às vezes eu estava trabalhando e só pensando como é que eu iria me matar quando saísse de lá... parecia um anjinho e um diabinho, dizendo: “vai, faz”, “não, não faz, aguenta mais um pouquinho”... Eu sabia que precisava de ajuda, mas eu não tinha encontrado uma profissional que me fizesse me sentir à vontade, que me fizesse pensar melhor sobre isso, porque eu tinha de certa forma, uma vontade de viver... Eu procurei uma psicóloga, mas eu não via nela... ela não me deu abertura suficiente pra eu dizer que*

era lésbica, que eu tinha um relacionamento com uma mulher. Eu não me senti acolhida por essa profissional. E aí eu procurei uma segunda psicóloga. Não desisti... Só que essa outra era pirada, eu dizia para ela que estava em um relacionamento e ela dizia assim “Você tem que ser ruim. Se você for ruim ela vai vim atrás de você”... Parecia aquelas coisas de revista pronta, “dez passos para ser feliz”. Ela tinha esse manual, eu não gosto disso.

Pesquisadora: *E como você se sentia quando ela pontuava isso?*

Catarina: *Eu fui só uma vez nela, só... Logo ela ficava muito distante e eu sentia ela muito vazia, sabe. Ela não prestava atenção, ela queria resolver. E eu não funciono assim, nessa pressa louca.*

Eu apreendo o des-abrigo que Catarina põe em palavras. Ela não se sentiu acolhida em suas primeiras experiências com essas psicólogas. Com a primeira, o espaço da psicoterapia não se revelava como abertura em que ela podia aparecer e trazer sua história. O temor de ser julgada por sua orientação sexual se fazia presente, e ela decide se retirar. Lança-se rumo a outro espaço e uma outra companhia, e outra vez vê-se des-abrigada. Nesse caso, havia a sensação de desamparo e de incômodo. As respostas prontas, as orientações de como ela deveria agir frente a situações tão singulares parecem também não ofertar um espaço-compreensivo para suas experiências.

Catarina expressa como enxerga a psicóloga: distante e vazia. Ouso dizer que essa distância não é física. É um distanciamento existencial que abre sua companhia em um completo vazio. Pre-ocupada em resolver os problemas da paciente, a psicóloga se afasta dos sentidos e perspectivas da existência que está à sua frente. É um pre-ocupar que substitui, ao tentar fazer ou decidir pelo outro, e que acaba por recair em uma ação clínica (um modo de estar junto ao paciente) que tutela o cuidar e se apropria como se detivesse um saber sobre o outro (Barreto, 2017). Mas que saber é esse que aparece na fala da profissional? A colaboradora

nos diz que parecia ser um manual, algo que se aproxima do que encontramos em revistas, na cotidianidade. O falatório (*Gerede*), próprio do domínio da esfera pública, mostra-se nas palavras da terapeuta, num discurso que repete o que todos já dizem, sem qualquer apropriação (Vattimo, 1996).

Parece-me que ao deparar com o falatório do senso comum e com um cuidado que a substituía, Catarina, na verdade, não se sentiu cuidada. Estava em busca de outros sentidos. Ela precisava de alguém que a acompanhasse e sustentasse a questão do seu pôr fim à vida, pois tudo ainda se delineava como (in)decisão. Havia uma guerra, no sentido, de uma luta entre sua vontade de morrer e de viver. No entanto, na pressa de retirar a paciente do seu sofrimento, qualquer expressão dele foi calada, “não havendo interrogação sobre o sentido singular desta situação ou deste sofrimento para aquele que o experiencia” (Barreto, 2017, p. 45). “*Na pressa louca*” não houve tensionamento, questionamento, acolhimento... parece não ter existido uma escuta.

Miriam também teve a experiência de passar por mais de um psicólogo. Seu primeiro contato aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Quando eu ia pra lá... eu tinha receio, eu ficava olhando as pessoas lá de todo tipo né?... eles [profissionais] sempre me pediam pra ficar lá, passar o dia e fazer o acompanhamento, mas eu nunca conseguia ficar... Aí fazia só o acompanhamento mesmo, só a conversa com o psicólogo e ia pra casa... lá ela conversava, perguntava o que eu sentia, porque eu queria fazer aquilo [pôr fim à vida]... eu falava tudo resumidamente... tudo eu ainda tinha receio de falar. Eu não tinha muito aquele acompanhamento. Só uma vez na semana, ou 15 em 15 dias. Eu tinha receio de falar as coisas que eu pensava. Tinha tipo aquele preconceito comigo e com os outros. “Se você tá indo na psicóloga, você é louca!” (Miriam, 2020).

A colaboradora narra como foi para ela se perceber frequentando o Caps. O medo de estar com pessoas com transtornos mentais, e também, em certa medida, de compreender que integrava aquele grupo a afastava da instituição e, até mesmo, dos acompanhamentos ofertados. Ela desvela o preconceito, ainda tão presente em nossa sociedade, com relação ao adoecimento psíquico e à procura de um profissional da Psicologia. *“Se você tá indo na psicóloga, você é louca”*. No entanto, ela vai, ainda que levada por sua família, e resguarda-se em seu falar, não permitindo que suas dores apareçam e, quem sabe, sejam cuidadas. Ela não se sente acompanhada. Isto se deu por sua dificuldade em se colocar junto ao psicólogo? Ou pode ter relação com o modo como os atendimentos aconteciam, os espaçamentos dos encontros, como também é apontado em sua fala?

De qualquer maneira, Miriam continuou, junto de sua família, procurando outros acompanhamentos psicológicos. *“Outros psicólogos passaram, e eu fui entendendo a importância deles na minha vida... a ‘precisão’ de um psicólogo estava sendo maior que qualquer tipo de remédio... eles entendiam minha dor, porque era uma dor que os remédios não estavam me ajudando...”* (Miriam, 2020). A *“precisão”* de um psicólogo realça como a colaboradora percebe a necessidade de que sua dor seja compreendida e não apenas medicalizada. Essa é uma fala que se destaca em toda a narrativa dessa colaboradora. Ela repete isso, como se nos pedisse atenção redobrada ao fato de que há uma dimensão do sofrer que clama por entendimento. O psicólogo e a psicoterapia, como prática, conseguiriam contemplar e cuidar dessa dimensão do sofrer? Como acontece essa compreensão e como ela repercute na vida do paciente?

Tudo ele me explicava e falava porque tava acontecendo... Aí eu já botava na cabeça que ali eles podiam estar me ajudando sobre a minha dor, a tirar a minha dor... Quando eu ia ao psicólogo, ele conversava, explicava tudo e eu começava a entender àquela dor... e principalmente, me ensinavam como agir quando eu tivesse com essa dor. Isso

foi o mais importante. Os psicólogos ensinam, ensinam como conseguir aliviar, como superar essa dor, eles ensinam, eles entendem a dor da gente. (Miriam, 2020).

O compreender-se é uma ressonância da sua psicoterapia? A compreensão que a colaboradora procurava eram as explicações e ensinamentos que o psicólogo conseguiu oferecer? Essas orientações permitem que o paciente cuide do seu sofrimento ou também o encapsula em normativas de como lidar, como sentir, como entender sua própria dor? Estaríamos diante, mais uma vez, de uma ação clínica que substitui? Essa não seria mais uma maneira de aliviar a dor, tranquilizando-a em meio a justificativas oferecidas pelo cotidiano e pelo campo da ciência?

Talvez esse seja um ponto que faz com que me confronte com minhas próprias questões. O psicólogo como um educa-dor. Por um lado, sinto que ela fala como se tais conhecimentos pudessem trazer um conforto em ser compreendida e ajudada por alguém. No entanto, por outro lado, pensar que somos educa-dores me dá a sensação de uma certa autoridade sob a vida do outro. Eu, como psicóloga, ponho-me a pensar se teria alguma autoridade sobre a vida do meu paciente. Se saberia educar uma dor com a qual não vivo, e ainda dizer como poderia lidar com ela, se nunca senti seu peso, nem calcei seus sapatos... Ainda que para compreender não seja necessário viver exatamente o que o outro vive, considero perigoso se colocar nessa posição. E de alguma maneira escolher pelo outro como cuidar de uma dor que é sua. (Diário de Bordo da pesquisadora, 2020)

Cabe aqui apontar que estamos partindo da narrativa das colaboradoras, assim, de como elas compreenderam/interpretaram as intervenções dos psicólogos que as acompanhavam. Neste âmbito, vejo-me implicada a pensar o que pode ser compreendido desse ofício de ensinar do psicólogo. Por um lado, percebo que em nosso fazer clínico estamos a cada momento colocando em palavras aquilo que é trazido pelo paciente e que nos toca ou nos leva a algum

entendimento, como se traduzíssemos o que foi expresso, num intento de confirmar ou até mesmo de abrir outros campos de sentido e possibilidades. Nessa direção, tal ação pode ser vista como um ensinar, pois é como se estivéssemos, mediante o diálogo clínico, possibilitando um aprendizado, ou seja, um conhecimento acerca daquela pessoa, o descortinar de uma perspectiva ainda não vista ou até mesmo uma compreensão acerca daquele sofrimento vivido. Nessa compreensão do ensinar não haveria a imposição de um saber, mas a produção de um conhecimento junto ao paciente, buscando aquilo que se apresenta com sentido para ele.

Por outra via, reconheço que ser um educa-dor é mais comum do que se imagina nos tempos atuais e pode ter um significado bem diferente do anteriormente descrito. Em um campo de saber em que impera a concepção de ciência aplicada e o pensamento técnico/calculador, o psicólogo pode se tornar um técnico que “detém um saber científico que o legitima em seu lugar profissional enquanto capaz de produzir representações objetivas da sua demanda, e a partir delas, efetuar intervenções técnicas que produzam transformações projetadas dentro de uma margem razoável de previsibilidade” (Sá, 2017, pp. 72-73). É esse modo de cuidar que se mostra nas terapias de inspiração científicistas e que, no horizonte atual, faz tanto sucesso ao promover o controle dos fenômenos (Figueiredo, 2008). É um ensinar que nomeia e orienta aquilo que o paciente traz, visando seu funcionamento dentro das normativas vigentes. E como a ação clínica, partindo dessas compreensões, pode cuidar? Como o pôr fim à vida do paciente pode ser compreendido?

Continuaremos a caminhar nas narrativas, atentos a essas questões e a outras que podem surgir. Retomo a história de Catarina, afinal, ela continuou a pro-curar a psicoterapia e encontrou uma psicóloga através de uma rede social – o Instagram. *“Eu já fui para ela muito desesperançosa, ela foi muito paciente comigo. E assim, a psicoterapia com a pessoa certa salvou a minha vida. Porque inúmeras vezes, durante o meu tratamento eu pensei [em pôr fim à vida] ...muitas vezes. E ela ficou do meu lado.”* (Catarina, 2020). Depois de sentir-se

desalojada na companhia de outras psicólogas, Catarina, encontrou alguém que a pudesse acompanhar. Ela narra que a profissional certa salvou a sua vida. Pode o psicólogo salvar alguém? Como isso seria possível? Como minha colaboradora compreende esse ato de salvar em sua psicoterapia?

Ela nos conta sobre um dia em que, ao discutir com a namorada, desespera-se e

Quis bater o carro... Foi por muito pouco, aí eu liguei pra minha psicóloga, mandei mensagem no carro, e disse para ela que não queria fazer isso, mas que era minha vontade naquele momento, para ela me ajudar. E ela me ajudou! (Catarina, 2020)

Indago-me: quem salvou Catarina? A psicóloga, ao ouvi-la e se disponibilizar a estar com ela nesse momento? A própria paciente, que, ao se ver na (in)decisão entre o viver e o morrer, ainda que em uma situação de grande tensão, busca ajuda? Poderíamos atribuir a uma só pessoa a responsabilidade desta situação? Parece-me insuficiente pensar por essa via. Nas palavras de Catarina parece se enunciar a potência de um vínculo. Um vínculo terapêutico em que alguém diante de um grande sofrimento consegue encontrar ajuda na figura da psicóloga que a acompanha. Compreendo que a disponibilidade e a escuta ofertada pela psicóloga que a atende foram de grande valia para ela, que não se sentia compreendida, nem por sua namorada, nem por sua mãe. Esse cuidado, como um modo de estar junto, significava para ela *“fortemente um apoio, de alguém que eu podia contar”* (Catarina, 2020).

A colaboradora parece pôr em palavras a hospitalidade ofertada por sua terapeuta. Hospitalidade refere-se ao ato de acolher aquele que chega, o estrangeiro. O paciente é como esse estrangeiro, ou seja, um outro que em sua singularidade chega à situação terapêutica solicitando cuidado. Para Catarina, sentir-se abrigada compreensivamente por sua terapeuta parece ter possibilitado que ela pedisse ajuda diante da (in)decisão de pôr fim à sua vida. O vínculo possibilitou o sustentar do questionamento entre o viver e o morrer. Assim, o salvar se constituiu não como ato onipotente da profissional, mas como possibilidade que se delineou

diante do encontro vigoroso entre paciente e terapeuta. Tal relação pode, muitas vezes, propiciar a abertura de novos sentidos e o pulsar de outras possibilidades frente à vida.

Observo que o tensionamento entre a vontade de morrer e a vontade de viver é marcadamente presente no existir de Catarina, e em sua psicoterapia. Arrisco uma pergunta, como um pergunta-dor, sei que toco na fragilidade das próprias questões da colaboradora, mas me mantenho atenta para acompanhá-la. “Como que está a sua luta hoje, Catarina?” e prontamente ela responde: “*Ainda está bem constante. Eu não planejo como planejava antes, mas... tipo se acontecesse algo comigo hoje, eu não questionaria, eu gostaria que acontecesse.*” (Catarina, 2020).

Ela não planeja como antes sua própria morte. Entretanto, passivamente espera e, poderia dizer até que torce, para que algo lhe aconteça e a morte a alcance. O que a mantém nesse aguardar? O que mudou para que ela deixasse de tentar encontrar a morte por meio de suas próprias ações?

Isso foi um processo graças a terapia... principalmente dessa última vez que eu tentei mesmo, e a psicóloga me ajudou, foi uma das vezes que passou, eu disse “meu Deus, eu iria mesmo fazer isso!”. E hoje ela me ajudou a ter mais controle sobre a situação, a parar mais um pouco, a resistir... a viver mais um dia... Ela me ajudou a encontrar um pouco do meu valor, me ajudou a ter autoconhecimento... Ela fazia um exercício comigo de 5 coisas para você ser grato no final do dia, eu sempre fazia isso e encontrava felicidade nas pequenas coisas. E hoje, eu não planejo, mas eu estou nessa situação de que, não é cem por cento a vontade de viver. Eu tenho sim, vontade de não estar mais aqui, de não achar sentido para continuar..., mas eu aprendi um pouco na psicoterapia a ter um pouco desse controle. (Catarina, 2020)

As primeiras ressonâncias da psicoterapia começam a se desvelar. Essas ressonâncias aqui são compreendidas não como consequências do fazer terapêutico, e sim como o modo

como o cuidado ofertado pôde tocar e repercutir na existência das colaboradoras.

Em sua psicoterapia, Catarina pôde encontrar seu valor e se conhecer. Ademais, não planeja mais findar a sua vida. Ela resiste, para, controla. Aprende a controlar a vontade de morrer, e assim vai se mantendo em vida. Junto à sua psicóloga e de uma intervenção técnica, tenta encontrar motivos para ser grata. Gratidão é reconhecer um benefício, sentir-se agradecido (Gratidão, 2021). Porque Catarina precisa procurar algo pelo que deve ser grata? Ela deve? Sentindo-se grata, ela encontraria sentidos para viver? Vejo um esforço nessa tarefa. A atividade afina-se ao horizonte técnico de nossa era, e pro-voca a paciente a desvelar a vida como um bem. É uma pro-vocação que manipula e explora o próprio existir (Critelli, 2011, Heidegger, 2015). É como se, ao tentar preenchê-la de sentidos, o pôr fim à vida pudesse ser afastado, ou como nos diz a própria paciente, controlado. Contudo, teria o psicólogo, em seu fazer demarcado pela técnica, a possibilidade de dispor sentidos para a vida de outra pessoa?

O controle do pôr fim à vida se descortina como uma possível ressonância de uma ação clínica técnica. Dessa maneira, passam a se apresentar possibilidades compreensivas para alguns questionamentos já introduzidos neste texto, em especial, como se dá o cuidado em psicoterapias inspiradas nas matrizes científicas, e que tanto se coadunam com a vocação tecnicista do nosso tempo. Por outro lado, como bem esclarece Sá (2017), a psicoterapia, de uma maneira geral, não estaria livre desse horizonte de sentido, assim, seja em concepções mais científicas, seja naquelas de inspiração romântica e pós-romântica, pode-se testemunhar um fazer que traz como marcas o controle e a eficácia, pois, muitas vezes, o próprio profissional, imerso nessa abertura historial, não se apropria dessa condição.

Volto a pensar em como Catarina foi cuidada, e como esse controle, que se mostra nas intervenções da psicóloga e que passa a fazer parte de sua vida consigo mesma, toca a sua questão entre o viver e o morrer. Pressinto que ainda há a necessidade de uma meditação, visto que, ao iniciar sua narrativa, ela afirmava estar em busca de alguém que a ajudasse a pensar

sobre isso. Consigo compreender que ao se controlar a questão, em certa medida, preserva-se. A vontade de morrer ainda a acompanha, assim como um desejo de viver, mesmo sem saber pelo quê. Entretanto, haveria, nessa tônica de resistir aos pensamentos de morte, um espaço para refletir e se demorar no que está em jogo em seu questionar? Os sentidos que se tensionam entre o viver e morrer podem aparecer? Ou só uma dimensão do seu questionamento evoca atenção e é alvo de todos os esforços terapêuticos?

As perguntas me transportam a uma música da banda Frejat (composição de Frejat, canção: Pergunta urgente, 2020) “Uma pergunta é urgente/A vida segue se eu desviar? /Uma resposta depressa/ Só que talvez eu não queira escutar”. Repito: A vida segue se desviarmos dela mesma? Se desviarmos dos sentidos que se abrem em nosso existir? A vida segue, se desviarmos a possibilidade do suicídio que já se apresenta ao paciente? Como essa vida pode seguir?

Darei um passo diferente ao da canção, e não teremos respostas apressadas, este texto pede outro ritmo, o próprio perguntar nos convida a uma reflexão, a um olhar e uma escuta mais aprofundada que aguarda o aparecer do fenômeno. Caminharemos um pouco mais, ainda precisamos conhecer os passos dados por Amélia e Liana no *entre* terapêutico.

Amélia chegou ao espaço da psicoterapia por intermédio de seu namorado, após uma tentativa de suicídio, presenciada por ele. E quando tudo parecia insustentável, a psicoterapia surgiu como uma ajuda.

Era a única pessoa que chegava e dizia que me entendia. Não dizia que eu estava ficando louca, porque eu queria me matar, por querer acabar. Não dizia que era frescura minha por eu não conseguir manter nenhuma relação, que entendia que isso era um problema, era uma doença e eu precisava tratar. No início foi mais isso, ela começou a me acolher, entender meus problemas, entender que não era culpa minha, eu precisava me tratar. (Amélia, 2020)

A colaboradora narra como sentiu-se compreendida ao estar junto de alguém que não a julgava como louca, e, dessa forma, evidencia a moralização que incide sobre o fenômeno do suicídio. A associação entre o fenômeno do suicídio e a loucura é fruto de uma construção histórica, mas até nos dias de hoje repercute no modo como o ato é interpretado. Amélia desconstrói esse pré-conceito em sua psicoterapia, e passa a compreender que aquilo que ela tem vivido é uma doença. O pôr fim à vida distancia-se do âmbito da loucura e aproxima-se do campo das doenças psiquiátricas. E, nesse campo, o suicídio não continua a ser relegado a um ato de desrazão? Não estaríamos diante de mais uma perspectiva moralizante?

Minha inquietação ganha abrigo nas palavras de Borges (2020, p. 364), que, ao escutar pais que perderam um filho por suicídio, vê-os procurando no adoecimento uma resposta para o ato:

Este estar doente. Quase como ser doente, Quase como uma condição necessária. Volto novamente a Miguilim, de Guimarães Rosa (2016): “Ué, p’ra se sarar basta estar doente”. E simples assim sarar. Sarar podia mudar tudo, se fosse a doença era preciso sarar? Sadio, Léo não teria morrido. Sadio, não haveria dor. Sadio, seria possível. Sadio, haveria tempo. Sadio, não expiraria a vida porque é a doença que mata? Sadio, estaria prescrito o viver.

Parafraseio este trecho: Sadio, Amélia não pensaria em morrer? Sadio, não existiria sofrimento? Sadio, estaria destinada a viver? É a doença que a faz pensar e tentar pôr fim à sua vida? A vida é sinônimo de saúde, enquanto pensar em findá-la só pode se revelar como um adoecimento? O que sustenta esse nosso modo de conceber o suicídio? A vida se torna uma prescrição, a tônica de nosso tempo, e tudo que se desvie disso deve ser apartado, controlado, extinguido (Lessa, 2018).

Amélia continua, e agora nos desvela como percebe o cuidado em sua psicoterapia:

No início... ela começou me acolher, entender meus problemas. E depois, ela começou a fazer questionamentos pra mim. Eu comecei a ver tudo por outra ótica, não só a minha... E hoje eu estou mais aberta, mais livre para tudo isso... Ela me ajudou muito, ela fazia perguntas pra mim e eu ficava “poxa é verdade isso que ela tá falando”. E eu questionava comigo mesma... Ela começou a abrir possibilidades: “Amélia, tem alguma coisa que faça você querer ficar aqui?” E eu falei para ela que queria dar orgulho ao meu pai... eu falei para ela que hoje são vários motivos para querer estar naquela casa, mesmo sendo um ambiente tão hostil: são os meus estudos e querer dar um significado para todo o esforço que meu pai teve comigo... e minhas cachorrinhas que também são como filhas para mim. De resto, eu posso perder muita coisa; claro que vai me deixar triste e abalada, mas não a ponto de querer tirar minha própria vida, porque eu sei, tenho a plena certeza que tem alguém por mim. (Amélia, 2020)

Em meio ao diálogo, Amélia é acolhida e acompanhada. O cuidado foi se dando no âmbito da hermenêutica, em que o perguntar abria um campo de possibilidades e de sentidos que lhe permitia examinar opiniões prévias e vislumbrar um outro âmbito de visão (Gadamer, 1997). Nessa conversação, a colaboradora passou a interrogar sobre os sentidos do seu existir, dando-se conta dos motivos que a fazem querer viver: o pai, seus estudos e continuar a cuidar de seus animais de estimação. Os vínculos com a vida se tecem e o suicídio torna-se, nesse momento, uma possibilidade distante.

A ação clínica, ou seja, o modo como a psicóloga se colocou na relação com a colaboradora, voltou-se para os sentidos, dimensão tão falada por minhas companheiras nesta pesquisa. E antes de oferecer antecipações quanto à maneira que Amélia deveria se cuidar, sentir-se e lidar com o que sentia, mediante respostas “fechadas” que tentam afastar a ideia do pôr fim à vida, a mostraçãõ do tédio possibilitou um campo compreensivo que dava abertura ao meditar sobre o que era vivido. A clínica psicológica configurou-se como situação

hermenêutica que, partindo das concepções prévias da paciente, permite a apreensão e confrontação de seus modos de ser, e o desvelar de novos horizontes de sentido (Andrade & Barreto, 2020).

Dessarte, na situação terapêutica é Amélia que se questiona e que se põe a falar sobre o sentido de existir, revelando os motivos que a fazem permanecer em vida. Questiono-me se também houve espaço para pensar sobre o que a mobilizava a querer morrer. Esse também não seria um questionamento importante na situação hermenêutica clínica junto aos pacientes que buscam pôr fim à vida? Por intermédio dessa pergunta o paciente poderia apreender o modo como tem cuidado de si e o que está em jogo em sua decisão? Nesse espaço resguardado para o pensar, ele poderia deparar com outros sentidos e possibilidades, ou ainda decidir-se de maneira mais própria? De qualquer modo, percebo que no caso de Amélia, a terapeuta tende a cuidar sem substituir a paciente, acompanhando-a e deixando-a manifestar as possibilidades próprias do seu existir (Prado & Caldas, 2013).

Ocupar-se de outro como Fürsorge consiste em assistir-lhe de modo solícito, escutando-o e retirando-se, elaborando em conjunto com ele suas experiências em um discurso exortativo, estimulando-o a levar adiante seus questionamentos e sofrimentos na busca de encaminhar, de modo singular, a sua vida. (Barreto, 2017, p. 47)

A situação terapêutica ressoa, toca-a, permitindo que ela pense, questione, desconstrua, fale e escolha. Ela se percebe mais aberta, mais livre. *“Eu tenho visto as pessoas, o mundo, de uma forma bem diferente do que via, porque eu via tudo numa caixinha.”* (Amélia, 2020). Seu horizonte compreensivo se amplia, e o viver aparece de outra maneira, ainda com sofrimentos e dificuldades, mas há direção, destinação.

Liana, assim como Amélia, chegou à psicoterapia depois de uma tentativa de suicídio. Apesar disso, sua narração é bem diferente, ela direciona sua fala para os acontecimentos de sua vida que se deram durante a terapia, e que, muitas vezes, eram levados para o diálogo com

a terapeuta. O modo como ela se percebeu sendo cuidada e os sentidos que esse espaço teve para ela foram despontando à medida que as questões de sua vida eram tematizadas. Ela dizia: “*O que eu conto pra minha psicóloga, não é pra todo mundo que eu conto. Não é todo mundo que vai entender ou acolher o que eu falo.*” (Liana, 2020). A psicoterapia resguardava um acolher e compreender que ela não encontrava em outras relações.

Quando nos encaminhávamos para o final do nosso encontro, perguntei “Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre a sua experiência em psicoterapia?” Lanço o questionamento, como quem tenta iluminar aquilo que se mostrou em relances em nosso diálogo. E ela se coloca a narrar, fiando palavras e sentidos que ainda não tinham se apresentado:

No início da terapia, eu sempre dizia que não tinha muito tempo, porque como eu estava vindo de uma tentativa, eu sabia que não ia demorar muita para eu tentar outra vez e a gente nunca sabe se vai conseguir ou não. O fato de eu não ter tentando significa muito. Acho que a última vez que eu tentei foi há dois meses, e, enfim, significa muito e a terapia ajudou muito. Acho que sem terapia eu não sustentaria... não que eu não tenha pensamentos, mas não chegar ao ato. Claro que eu já tive na terapia e tentei, mas não tentar mais significa muito e isso tem contribuição da terapia. (Liana, 2020)

Liana chega à terapia desejando morrer. O tempo nesse espaço seria só o intervalo entre a última tentativa malograda e a próxima. Ela sabia... O que poderia acontecer nesse intervalo de tempo? Na verdade, preciso corrigir essa pergunta. O que foi possível acontecer para que Liana, mesmo que momentaneamente, escolhesse não tentar mais morrer? Ela fala que a terapia a ajudou a sustentar. O que foi sustentado e como a psicoterapia contribuiu pra isso? O não tentar mais suicídio é uma possível ressonância do seu processo terapêutico, do modo como ela pôde encontrar-se com seu questionamento e cuidar de si?

Eu sou altamente grata por ter realmente me permitido entrar em terapia, depois de tudo que aconteceu e meio de não ver muito sentido, mas de tentar ver ou entender ou

insistir. E de certa forma, ainda tentar dar essa segunda chance pra mim mesma. E o fato de estar dando certo, claro que não vai ser com 6, 7 meses de psicoterapia e eu tenho paciência de respeitar o meu tempo e respeitar o processo. E isso para mim, por hora, está muito bom. Entendo que não vou ficar boa, vou querer viver uma vida maravilhosa, perfeita. Vou aceitar que tenho uma vida pra viver, até porque eu não aceitei isso, eu estou em busca de entender o que eu estou fazendo aqui e a terapia me ajuda a aceitar... a entender muitas coisas. Sinto que estou evoluindo... deixando de acreditar em muitas coisas. Entendendo o verdadeiro significado de bem estar subjetivo, de respeitar o meu momento. (Liana, 2020)

O tempo da colaboradora em psicoterapia desvelou-se como o tempo da experiência. Podemos nomeá-lo, a partir do mito grego, de Kairós, e seu sentido distancia-se daquele do relógio. “Kairós é o tempo oportuno, que faz um acontecimento ser especial, memorável, não em seus números, mas em sua significância” (Pedroni, 2014, p. 246). A psicoterapia a marcou, ressoou nesse momento em que ela pensava em pôr fim à vida, ajudou a sustentar. Sinto que agora consigo compreender o que Liana nos fala com esta palavra – sustentar. Penso no tensionamento entre o viver e o morrer. Em terapia, foi possível aguardar, ficando junto a essa questão e buscando entender o que a faz ficar em vida e o que ainda a motiva a morrer. Ao se demorar nisso, a colaboradora não tenta suicídio, dá-se uma oportunidade de compreender, ver o que está em jogo para ela. Esse modo de inclinar-se e cuidar do paciente, traduz aquilo que Sá (2017) define como o sentido da clínica:

O espaço clínico busca acolher e sustentar a vida enquanto questionamento, enquanto produção de narrativa de sentido. Em outras palavras, a clínica não fala pela vida, permite que ela fale por si mesma através dos fenômenos que aparecem e que não têm o caráter de verdade ou de mentira, mas de possibilidades de sentido em jogo na abertura que constituiu o espaço de diálogo clínico. (p. 77)

Desse modo, a psicoterapia não só ressoou, na verdade, encontra-se ressoando na vida de Liana por intermédio de uma ação clínica atenta e solícita, que sustenta o questionamento entre o viver e o morrer e permite que a dimensão existencial possa ser cuidada, sem a pressa de nos remetermos ao tempo cronológico. Além disso, a colaboradora nos fala de um evoluir enquanto desconstrução e aceitação de que a vida não é maravilhosa e que não ela não ficará boa. E quem ficará bom? Só se pode ficar bem se a vida parar de doer? Isso é possível? Talvez Liana queira nos dizer sobre um não ficar bem, numa perspectiva de que a vida não irá parar de doer e que teremos que lidar com sua indeterminação e o peso de existir. A situação hermenêutica no encontro clínico possibilitou que a colaboradora se defrontasse com suas sedimentações prévias, abrindo-se para outras compreensões sobre seu modo de ser e para uma apropriação da sua condição humana (Andrade & Barreto, 2020).

Por conseguinte, a ação clínica e suas ressonâncias no existir da colaboradora se distanciam de uma perspectiva tecnicista que, como já vimos, lança mão do controle da dor e do existir daquele que pensa o suicídio. Nessa dimensão da técnica moderna, não tentar mais suicídio poderia ser considerado uma repercussão, ou melhor, uma consequência do fazer clínico, já que “os procedimentos visam garantir que o ato não seja executado” (Queiroz, 2018, p. 208). Entretanto, nas falas de Amélia e Liana percebemos uma ação clínica mais livre e que se volta para os sentidos que estão em jogo na experiência do pôr fim à vida. Um outro modo de prevenir se delineia, e suas repercussões vão além do afastamento do fenômeno. Vieira (2020) nos descreve essa modalidade de cuidado como:

Um caminhar junto à paciente, sem fazer pressuposições ou afirmações precoces, mas a acompanhando em seu próprio caminhar, estando atenta para aquilo que aparece como sentido. Essa atenção só pode se dar em paciência. A paciência possibilita que a escuta ocorra e o encontro com o outro aconteça no seu próprio mostrar-se, no seu tempo e na maneira desse mostrar-se. Muitas vezes, o que fica do trabalho em conjunto na clínica

psicológica não pode ser visto pelo *público* ou especificado cientificamente como um resultado. (p. 272, grifo do autor)

A mãe de Liana não compreendia as ressonâncias da sua psicoterapia e a questionava: “*O que te falta? Quantas terapias vão ser? Eu tô pagando remédio e terapia. O que falta pra ti?*”. A colaboradora sente que é exigida a uma “*melhora momentânea rápida*”. A pergunta me atravessa – quantas terapias vão ser? – sou tomada pelo burburinho de mais perguntas: o que se espera da terapia e do psicólogo? O que esperam, a mãe de Liana e a sociedade em geral, do processo terapêutico diante da demanda suicida? Qual o sentido da psicoterapia no cenário da prevenção do suicídio? A terapia e a medicação são suficientes para cuidar da dor e do vazio existencial que se desvelam junto a esse fenômeno?

A colaboradora continua:

Eu não acho que ela entenda o que realmente acontece... não entende a importância da terapia para a situação... que não é da noite para o dia, que vai ser aos poucos que a gente vai conseguir essa melhora e que, talvez, não vá ser essa melhora significativa. Ela meio que negligencia essa situação, todo o sentido da terapia. (Liana, 2020)

O sentido da terapia para Liana não é o mesmo que para sua mãe. A colaboradora entende que a psicoterapia leva tempo, aquele próprio do existir, e que qualquer apressamento distorce essa experiência, desvia-a das suas questões e do seu próprio ritmo de ir ao encontro de suas possibilidades e sentidos. Mas a mãe pede pressa, afinal, o que é eficiente, no horizonte atual, é o que produz maiores efeitos no menor tempo (Pompeia, 2002x). E quais efeitos ou quais melhoras são esperadas na psicoterapia? Seria ela não buscar mais pôr fim à vida? Nessa expectativa, a melhora e as suas transformações podem parecer insignificantes, já que a vontade de morrer permanece, sendo acolhida e tensionada. O tratamento então não estaria sendo eficiente? Mas o que seria uma psicoterapia eficiente diante do pôr fim à vida?

Talvez tal eficiência esteja atrelada à ideia de que é preciso afastar, a qualquer custo, o suicídio e o psicólogo, como um profissional da singularidade, deteria as ferramentas para essa tarefa. Percebo que essa compreensão se apresenta, com certa frequência, nas narrativas de muitas pacientes, assim como de algumas das minhas colaboradoras.

Quando eu conversava com a psicóloga “oh eu quero me matar, isso, isso e isso”, ela não brigava comigo. Ela me dava um apoio, me dava alguma ação para eu fazer pra tirar aquilo da minha cabeça... algumas ideias. Ela botou boas ideias na minha cabeça. Botava pra eu ficar lembrando coisas para o futuro. (Miriam, 2020)

Então, esse símbolo de ter alguém e de ter uma profissional... ela sabe o que tá fazendo. Eu tenho segurança de que ela sabe o que ela sabe o que está fazendo. É como se eu fosse ao médico, eu vou tomar o remédio que ele me disse, porque ele estudou pra isso. Então ele sabe o que é melhor pra mim...pro meu corpo. É como se ela (psicóloga) soubesse o que é melhor pra minha mente, para meu bem-estar. Então eu tenho muito, assim, essa obediência, eu sigo à risca o tratamento. (Catarina, 2020)

Por essas narrações, passo a refletir se alguns psicólogos também não tomam esse lugar de técnicos, dotados de um saber capaz de prevenir o suicídio. Um prevenir que se apresenta, como já apontado neste texto e em algumas narrativas das minhas companheiras nesta pesquisa, como um controle, um modo de impedir que o paciente pense e tente findar sua existência, por meio de técnicas e intervenções, normalmente voltadas para o reforço do vínculo com a vida. Mas quem deve fazer esse reforço? O psicólogo? Ele sabe como vincular alguém à sua própria vida? Que saber é esse? Vieira (2020) nos responde a esta última questão ao dizer que nós, psicólogos, “mergulhamos na ilusão de um saber elevado” (p. 274).

Nessa posição, o modo como nos colocamos junto ao paciente poderá ressoar nele como um asseguramento que mantém aprisionados sua dor e o desejo de pôr fim à vida, emprestando para ele sentidos previamente fabricados e modos de cuidado técnicos. Eis aqui uma

possibilidade de cuidado, afinada à Era da técnica, e que pode se apresentar em qualquer abordagem terapêutica. Não há qualquer julgamento moralizante quanto a essa modalidade de cuidado, o que almejo com essas palavras é desvelar um modo de se inclinar ao paciente que apresenta a questão entre o viver e o morrer, e mais ainda despontar as perguntas que provocaram durante a escuta de cada caminhante que esteve comigo nesta pesquisa-travessia. Mergulhando nossos pacientes, e a nós mesmos, nessa ilusão de um saber elevado, é possível cuidar da dimensão do existir daquele que beira a decisão de pôr fim à vida? É possível se aproximar da sua experiência e resguardar um espaço em que ele pode encontrar-se consigo mesmo e meditar sobre sua (in)decisão?

Essas reflexões me conduzem a pensar se a clínica psicológica tem se apresentado como espaço de escuta àqueles que pensam ou tentam findar suas existências. Escuta não é apenas ouvir os sinais sonoros emitidos pelo paciente, mas centrar-se no fenômeno, nos sentidos revelados. “É entrega, é abandono, é largar-se à coisa, ao sentido que, *subitamente irrompendo*, faz ou põe coisa como coisa, como *esta* coisa. Escuta, então, é cuidado, *cura*. (Fogel, 2017, p. 92, grifos do autor). A escuta é um modo de estar com o paciente, cuidando e correspondendo àquilo que ele mostra em seu dizer (Heidegger, 2017). Portanto, a escuta, e, conseqüentemente, a situação clínica, configurar-se-iam como *poíesis*, ou seja, um aguardar que oferece recepção ao que o paciente desencobre.

Nessa direção, estaríamos nos distanciando da ação clínica afinada pela técnica moderna que, ao provocar o fenômeno do suicídio em seu desvelamento, lança mão do controle de suas possibilidades de manifestação, e assim obscurece sentidos que poderiam ser despontados e escutados na relação terapêutica (Critelli, 2011). Por outro lado, uma ação clínica que se liberta da hegemonia técnica, e propõe-se a acompanhar de modo atento e solícito a experiência e os questionamentos do paciente que pensa em findar sua existência, passa a se delinear como possibilidade de escuta mais originária. Isso me mobiliza a pensar em uma ação

clínica inspirada nos pressupostos fenomenológicos hermenêuticos que, ao projetar a clínica como cuidado, entremeado pela escuta e a fala, disponibiliza-se a cuidar sem substituir ou decidir pelo paciente, resguardando-lhes um espaço de meditação e de liberdade no modo como encaminhará sua existência (Morato, 2017).

Destaca-se que essa perspectiva é apontada como possibilidade de cuidado e que outras perspectivas podem e, na verdade, já atuam junto a pacientes com demanda suicida. No entanto, o que requer questionamento é o modo como essa escuta tem se dado e como o paciente tem sido cuidado. Afinal, a ação clínica não deveria possibilitar ao paciente uma escuta mais originária das suas questões e uma compreensão dos sentidos que estão em jogo em seu sofrimento?

As perguntas nos per-seguem nesta travessia. E nós as per-seguimos. Talvez porque para atravessar seja preciso sair a perguntar, conhecendo os territórios encontrados e destinando-se aos horizontes desconhecidos. Perguntar, na tentativa de compreender, apreender e seguir... Eu sigo atravessando e sendo pergunta-dor. Miriam, Liana, Catarina e Amélia também seguem, cada uma a seu passo e em sua travessia de existir e se cuidar.

6 Palavras em Travessia: Dos Fios Narrativos às Considerações Possíveis

“Toda história contada é um corpo que pode existir.

É uma apropriação de si pela letra-marca de sua passagem pelo mundo.

O ponto-final de quem conta nunca é fim, apenas princípio.”

(Brum, 2017, p. 98).

Lançamo-nos nesta grande pesquisa-travessia, eu como pesquisadora que ouvi-dores, e minhas companheiras e colaboradoras como narra-dores, aventurando-nos na des-coberta de suas experiências e dos seus sentidos. O que é próprio do aventurar? É o inesperado, o des-fecho incerto, o risco ou ameaça de se expor. Eu me arrisquei, incorri no perigo de me perder nos caminhos que se abriam com as narrativas de Miriam, Catarina, Liana e Amélia. No entanto, foi exatamente por seguir as trilhas de suas falas, voltando-me aos fenômenos que emergiam na caminhada, que eu pude acompanhá-las e chegar até aqui, cheia de fios narrativos que me despertam a novos horizontes e a possíveis caminhos.

E onde foi possível chegar nesta jornada? Sabe-se que em toda travessia aspira-se chegar a algum lugar, a um destino final. Nesta pesquisa, isto também aconteceu. Buscávamos encontrar possíveis compreensões para aquilo que nos inquietava - um entendimento acerca da experiência em psicoterapia do paciente que pensa ou tenta pôr fim à sua vida. É como se, nessa empreitada hermenêutica, estivéssemos à procura de um lugar-compreensivo para tal questão. E agora, depois de tanto caminhar, ocupamos esse lugar, trazendo na bagagem algumas compreensões gestadas, como também questionamentos que foram despontados e que nos solicitam outras travessias em busca de possíveis respostas. Assim, o fim da jornada marca uma passagem entre a pesquisa que aqui se finaliza e as inquietações e provocações que dão abertura para outras investigações.

Antes do ponto final que encerrará tal estudo e que poderá ser rearticulado como ponto de partida para outros peregrinos em suas pesquisas-travessias, é preciso fazer alguns apontamentos. É comum que, ao fim de uma longa jornada, faça-se uma pausa para meditar sobre tudo que aconteceu ao longo do caminho. Um movimento de voltar-se para trás como quem tenta se apropriar de tudo que viveu. Enquanto escrevo estas palavras, é isso que tento fazer. Tento me apropriar da minha história enquanto pesquisadora que produziu, e mais ainda viveu esta pesquisa. Tento me apropriar das compreensões desveladas na convers(ação) com minhas colaboradoras e que agora fazem parte de mim. Tento transformar os fios narrativos por elas revelados em considerações possíveis para que o leitor possa testemunhar um pouco do caminho percorrido e possa, quem sabe, aproximar-se também de um lugar-compreensivo.

Destaco que fazer esse movimento de rever e tematizar o caminho é um desafio, visto que corremos o risco de simplificar ou mesmo reduzir aquilo que foi des-coberto. Mantendo atenção a isso, e entendendo que estas considerações possibilitam um panorama da jornada, lanço-me a seguir numa retomada de algumas compreensões e inquietações que se sobressaltaram no caminho desta pesquisa.

Quando encontrei minhas colaboradoras, imaginava que nossa conversa se centraria em suas experiências em psicoterapia. Entretanto, fui surpreendida por narrações que desvelavam um emaranhado de fenômenos, dos quais a psicoterapia até fazia parte, mas para chegar até sua tematização, era preciso acompanhar todo o imbricado de suas histórias. E assim me disponibilizei a caminhar com elas, atenta a cada fenômeno que emergia e à maneira que ele ia se costurando a trama de vida delas. Isso, posteriormente, possibilitou uma compreensão mais ampliada sobre a própria psicoterapia e seus sentidos.

Miriam, Amélia, Catarina e Liana narraram a dor de ter que existir sem um para quê, ou seja, na ausência de sentidos. E ainda que tentassem se ocupar e se compreender por meio das interpretações do cotidiano, nada era possível, e tudo recaía em uma total indiferença. O

tédio se mostrava desperto e rompia com a familiaridade do mundo, trazendo incômodo e despontando explicações e normatizações próprias do nosso horizonte histórico. Diante do tédio profundo e da morte que, nesse contexto, apresentava-se como possibilidade de pôr fim ao sofrimento vivido, as colaboradoras eram diagnosticadas e tratadas para que pudessem voltar a “funcionar” como antes, na tônica da produtividade (ou da ocupação) e no excesso de positividade que posiciona o viver como o maior bem a ser preservado (Han, 2017).

É nessa conjuntura epocal que o tédio se explicita como atmosfera afetiva originária, ou seja, como tonalidade que guarda relação fática com o tempo atual. Em um horizonte em que impera a ordenação técnica, tudo torna-se quantificável e controlável em suas possibilidades de manifestação e nada parece ser capaz de nos surpreender. Perspectivas determinadas, discursos e comportamentos padronizados, conhecimentos e intervenções justificadas e organizadas para garantir o bom funcionamento, ou melhor, para manter todos os entes à disposição e sob controle. Diante disso, o ser enfada-se, torna-se desinteressante para si mesmo, a sensação de vazio se avizinha e as ocupações e passatempos tornam-se a tônica da existência. No entanto, quando o tédio profundo desperta, nem mesmo as ocupações são capazes de preencher o vazio, de absorvê-lo na cadência do mundo, pois este de uma só vez se mostra indiferente (Mattar, 2020).

É por meio da descrição do tédio profundo que podemos nos aproximar das falas das colaboradoras deste estudo. Aquilo que compreendemos como tédio é nomeado por elas como depressão. A ausência de sentido, a descoloração do mundo, a sensação de estar morto em vida, a falta de interesse nas atividades cotidianas e, de maneira geral, no mundo são modos de traduzir a indiferença e a insignificância ôntica que as alcança – o tédio profundo desperto. Nessa direção, é possível pensar que tal tonalidade afetiva se apresenta nos casos de demanda suicida que chegam à clínica psicológica? Como os psicólogos têm compreendido essa manifestação? Temos conseguido perceber como a configuração cultural contemporânea

demarca os sofrimentos narrados na clínica? Como nossa ação clínica pode compreender e intervir diante de fenômenos epocais como a depressão, o tédio profundo e a possibilidade do pôr fim à vida?

O transtorno depressivo ecoa nas falas das colaboradoras com grande naturalidade. Suicídio e depressão se apresentam como partes fundamentais de uma relação. Afinal, em uma sociedade fascinada pelos discursos médicos e científicos em que a manutenção da vida se tornou um dever, entende-se que só alguém adoecido poderia pensar em findar sua própria existência. E assim, o suicídio perpetua-se como ato irracional, moralizado como doença e relegado ao campo médico. Mas, como tal diagnóstico pode nos auxiliar a compreender a experiência dos pacientes que têm demanda suicida? Só a doença e as perturbações neuroquímicas são suficientes para compreendermos o que acontece com esses pacientes? Visto como alguém depressivo e que precisa de tratamento, o paciente é percebido e ouvido em sua singularidade ou perde-se em meio aos critérios diagnósticos que o transformam em uma doença sem sujeito?

As narrativas das colaboradoras nos encaminham a algumas compreensões sobre essas questões. Ao serem diagnosticadas com depressão e com outros transtornos mentais, elas são submetidas a modos de cuidado próprios do nosso horizonte histórico, como o uso de psicofármacos. Por estarem adoecidas, as medicações representam a possibilidade de atenuação e controle dos sofrimentos. Em certa medida, pode-se dizer que houve um alívio daquilo que era sentido, no entanto, este se deu na forma de entorpecimento. A dor continuava a existir, sendo apenas silenciada fisiologicamente. Por outro lado, essa mesma dor continuava a gritar, evocando atenção a uma dimensão que esse modo de cuidar técnico não alcança – a dimensão existencial, dos sentidos, daquela singularidade que em seu existir encontra motivos para pensar no suicídio.

É no âmbito existencial que a psicoterapia encontra lugar nas falas das colaboradoras. Elas demarcam uma diferença entre o cuidado ofertado pelas medicações e aquele que experienciaram na situação terapêutica. Enquanto os psicofármacos as anestesiavam, a psicoterapia resguardava um espaço em que a dor podia ser tematizada. Essa diferença não opõe essas modalidades de cuidado, apenas nos esclarece a dimensão que cada uma pode alcançar. A psicoterapia se desvelou como pro-cura, ou seja, espaço em que o paciente chega para cuidar de si, principalmente nesses momentos em que se encontra sem destinação e sente o peso de existir.

Ouvir sobre a psicoterapia nos abre para pensar no modo como a ação clínica tem se dado, em outras palavras, em como o terapeuta tem se inclinado para cuidar dos pacientes que trazem a questão entre o viver e o morrer. Estaria a clínica isenta desse cuidado técnico tal como se revelou no uso da medicação? As narrações das colaboradoras me impelem a dizer não! A clínica psicológica tem se deixado absorver pelo apelo da técnica moderna, e assim a ação clínica vivenciada por algumas companheiras de travessia apresentou-se como um fazer técnico, que lançou mão de procedimentos e de explicações para controlar o fenômeno do suicídio em seu desvelamento. Nesse sentido, testemunhamos por intermédio de suas palavras, intervenções que se centravam nos vínculos da paciente com a vida, como meio de afastá-la do seu desejo de morrer.

Nessa ação clínica tecnicista, a questão entre o viver e o morrer, que o paciente traz à clínica para ser meditada junto ao terapeuta, é obscurecida, silenciada a partir de um suposto saber psicológico. Como um técnico detentor de um saber especializado, o psicólogo passa a assumir a direção dos encontros clínicos, decidindo o que e como deve ser trabalhado, além de subordinar o paciente a certas compreensões e orientações de como deve lidar com seu sofrimento. Esse modo de cuidar ressoa na existência do paciente, que passa a se interpretar por meio dessas determinações, e, diante do seu desejo de pôr fim à vida, busca se controlar,

esforçando-se para encontrar motivos para permanecer em vida. A dominação torna-se a tônica do encontro, e a clínica, que inicialmente se delineava como escuta, passa a ser espaço de silenciamento e contenção de um fenômeno que traz incômodos ao social.

Penso na palavra dominar para, a partir dela, alcançar uma outra perspectiva de ação clínica, que também se apresentou na fala de algumas das colaboradoras. Segundo Pompeia e Sapienza (2011), dominar advém do latim, *dominus*, que tem raiz na palavra *domus*, e significa casa, aquilo que é familiar. Por essa via de compreensão, dominar não seria controlar o que traz incômodo, mas sim aproximar-se do seu problema, dar ouvidos ao que ele nos diz, tornando-o familiar.

A partir disso, a ação clínica pode ser compreendida como um dominar que dá ouvidos aos sentidos que o paciente traz, um fazer que sustenta o tensionamento da questão entre o viver e o morrer, e resguarda esse espaço de acolhimento e liberdade àquele que pensa em findar sua existência. Foi nessa perspectiva que a clínica se delineou nas falas de Liana e Amélia como situação hermenêutica, possibilitando a desconstrução de sedimentações prévias e a abertura a novos horizontes de sentido, ressoando no modo como elas cuidaram do seu existir.

Por conseguinte, tais compreensões nos permitem apreender como a clínica psicológica tem cuidado daquele que pensa ou tenta findar sua existência. As narrativas, em sua maioria, estampam o entorpecimento da dor, a negligência do cuidado com a dimensão existencial e o controle como modo de garantir que o paciente fique em vida. Esses apontamentos poderiam nos revelar como o cuidado técnico tem ressoado na existência desses pacientes? Mostra ainda até onde esse fazer técnico nos alcança e em que medida ele se manifesta como insuficiente? Ademais, nós, psicólogos, ao nos colocamos junto do paciente com essa demanda, temos nos dado conta de como nossas intervenções estão afinadas com a técnica e com o horizonte atual de prevenção, e como elas podem estar ressoando no modo como aquele paciente se cuida?

Essas perguntas despontam como um inquietar que se pre-ocupa com a maneira como os sofrimentos que beiram o pôr fim à vida têm sido cuidados. Sinto que é necessário repensar como a Psicologia tem se colocado diante da demanda suicida, e como os psicólogos têm se preparado para esses atendimentos. Em uma formação predominantemente técnica, haveria possibilidade de uma ação clínica que aguardasse o desvelar dos sentidos que estão em jogo para o paciente? Haveria espaço para outras compreensões do suicídio que não aquelas patologizadoras e moralizantes? E, nesse âmbito, poderíamos encontrar outros caminhos para pensar a prevenção do suicídio? Ao apontar essas questões, lanço-me no silêncio que tensiona um espaço de reflexão e de abertura, e que se dispõe à escuta de outros sentidos e possibilidades que poderão surgir adiante.

Referências

- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo? E outros ensaios* (V. N. Honesco, Trad.). Chapecó, SC: Argos.
- Andrade, A. C., & Barreto, C. L. B. T. (2020). A situação hermenêutica e a clínica psicológica: caminhos possíveis. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*, 20(4), 1191-1211. doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.56657>
- Araújo, E., & Bicalho, P. (2012). Suicídio: Crime, Pecado, Estatística, Punição. *Revista de Psicologia da Imed*, 4(2), 723-734. doi: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v4n2p723-734>
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. (2014). *Suicídio: Informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP. Recuperado de https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2522/suicidio_informado_para_prevenir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aun, H. A. (2005). *Trágico avesso do mundo: Narrativas de uma prática psicológica numa instituição para jovens infratores* (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-28072007-170628/pub_lico/dissertacaoHELOAUN.pdf
- Barbagli, M. (2019). *O suicídio no Ocidente e no Oriente* (F. Carotti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Barreto, C. L. B. T. (2006). *Ação clínica e os pressupostos fenomenológicos existenciais*. (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Barreto, C. L. B. T. (2017). A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias na ação clínica. In B. E. B. Cabral, C. L. B. T. Barreto, M. J. Kovács, & M. L. S. Schmidt (Orgs). *Prática psicológica em instituições: Clínica, saúde e educação* (pp. 39-49).

Curitiba: CRV.

Barreto, C. L. B. T., Prado, R. A. de A., & Leite, D. de F. da C. C. de S. (2019).

Hermenêutica filosófica de Gadamer e Pesquisa em Psicologia. In B. E. B. Cabral, L. Szymanski, M. I. B. Moreira, & M. L. S. Schmidt (Orgs.), *Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: Experimentações em psicologia* (pp. 46-66). Curitiba: CRV.

Benjamin, W. (1985). *Magia e técnica, arte e política: Ensaios sobre a literatura e a história da cultura* (Vol. 1, S. P. Ravanet, Trad.). São Paulo: Brasiliense.

Berenchtein, N., Netto (2007). Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo).

Berenchtein, N., Netto (2013). Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In M. Barros (Org.), *Suicídio e os desafios para a psicologia* (Cap. 1, pp. 15-24). Brasília: CFP.

Bertolote, J. M. (2013, novembro). Suicídio: Território do livre-arbítrio ou da doença mental? *Revista Simbio-Logias*, 6(8), 122-128. Recuperado de https://www1.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/suicidio_territorio_do_livre-arbitrio.pdf

Borges, L. (2020). Ouvi-Dor: O colo de *Pietá*. In A. M. L. C de Feijoo (Org.), *Suicídio: Estudos & ensaios* (pp. 355-383). Rio de Janeiro: Ifen.

Borges-Duarte, I. (2020). Dúvida e provação como experiência de crise (Hegel para psicólogos). In E. Dutra (Org.), *Sofrimento, existência e liberdade em tempos de crise: palestras apresentadas no II Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial e II Encontro Nacional do GT de Psicologia & Fenomenologia – Anpepp* (pp. 79-102). Rio de Janeiro: Ifen.

Botega, N. J. (2010, janeiro/fevereiro). Comportamento suicida em números. *Revista Debates: psiquiatria hoje*, 2(1), 11-15. Recuperado de <https://crianca.mppr.mp.br/>

[arquivos/File/publi/saude/psq_debates_07_01_2010.pdf](#)

- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Braga, T. B. M., Ferreira, B. L., Takeshita, M. H., & Delavia, F. S. (2013). Solicitude como modo de cuidar: Atenção psicológica como cartografia clínica e plantão psicológico em hospital geral. In C. L. B. T. Barreto, H. T. P. Morato, & M. T. Caldas (Orgs.), *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica* (pp. 283-316). Curitiba: Juruá.
- Brum, E. (2017). *Meus desacontecimentos: A história da minha vida com as palavras* (2a ed.). Porto Alegre: Arquipélago Editorial.
- Cabral, B. E. B., & Morato, G. T. P. (2019). Redimensionando o valor da questão-bússola no horizonte da produção do conhecimento: Para onde uma pesquisa pode apontar? In B. E. B. Cabral, L. Szymanski, M. I. B. Moreira, & M. L. S. Schmidt (Orgs.), *Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: Experimentações em psicologia* (pp. 85-104). Curitiba: CRV.
- Casanova, M. A. (2015). Heidegger e o escuro do existir: Esboços para uma interpretação dos transtornos existenciais. In P. E. Evangelista (Org.), *Psicologia fenomenológico-existencial: Possibilidades da atitude fenomenológica* (pp. 27-45). Rio de Janeiro: Via Verita.
- Casanova, M. A. (2017). *Mundo e Historicidade: Leitura fenomenológica de Ser e Tempo* (Vol. 1: existência e mundaneidade). Rio de Janeiro: Via Verita.
- Capucho, M. C., & Jardim, A. P. (2013). Os pomeranos e a violência: A percepção de descendentes de imigrantes pomeranos sobre o alto índice de suicídio e homicídio na Comunidade de Santa Maria de Jetibá. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 36-53. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000100004&lng=pt&tlng=pt
- Cerqueira, Y. S., & Lima, P. V. de A. (2015). Suicídio: A prática do psicólogo e os principais

fatores de risco e de proteção. *IGT na Rede*, 12(23), 444-458. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000200010&lng=pt&tln g=pt.

Conselho Federal de Psicologia. *Resolução nº 010, de 20 de dezembro de 2000*. Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. Brasília, DF: CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2013). *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Brasília: CFP.

Critelli, D. (2011). Martin Heidegger e a essência da técnica. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, (15/16), Ed. esp., 33-43.

Critelli, D. (2019). Método: Revelação e ocultamento. In B. E. B. Cabral, L. Szymanski, M. I. B. Moreira, & M. L. S. Schmidt (Orgs.), *Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: Experimentações em psicologia* (pp. 23-29). Curitiba: CRV.

Cytrynowicz, M. B. (1997). A relação analista-analisando: Uma abordagem deseinsanalítica. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, 8. 30-38.

Dantas, J. B., Sá, R. N. de, & Carreteiro, T. C. O. C. (2009). A patologização da angústia no mundo contemporâneo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-9. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200010&lng=pt&tln g=pt

Doença. (2021). *Dicio: Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/doenca/#:~:text=Significado%20de%20Doen%C3%A7a,seu%20amor%20j%C3%A1%20virou%20doen%C3%A7a>

Duarte, A. (2010). Heidegger, filósofo da técnica moderna. In R. R dos Reis, & A. Faggion (Org.), *Um Filósofo e a multiplicidade de dizeres: Homenagem aos 70 anos de vida e 40 de Brasil de Zeljko Loparic* (pp. 53-86). Campinas: Unicamp/CLE.

- Durkheim, E. (2011). *O suicídio*. Lisboa: Editorial Presença. (Original publicado em 1897).
- Dutra, E. (2002). A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. *Revista Estudos de Psicologia*, 7(2), 371-378. doi: [10.1590/S1413-294X2002000200018](https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200018)
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>
- Dutra, E. (2011). Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: Algumas considerações. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 152-157. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200006&lng=pt&tlng=pt
- Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: O vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Revista Estudos e pesquisas em Psicologia*, 12(3), 924-937. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300013&lng=es&tlng=pt
- Dutra, E. (2018). *O desassossego humano na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Espanca, F. (2018a). *Poesia de Florbela Espanca* (Vol. 1). Porto Alegre: L&PM.
- Espanca, F. (2018b). *Poesia de Florbela Espanca* (Vol. 2). Porto Alegre: L&PM.
- Faria, F. D. M. (2012). A questão do suicídio na clínica: O desvelar de um horizonte. In E. O. Dias (Org.), *Relendo a psicanálise com Loparic* (pp. 137-151). São Paulo: DWW Editora.
- Feijoo, A. M. L. C. de (2018a). Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(2), 173-181. doi: <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n2.6>
- Feijoo, A. M. L. C. de (2018b). Uma análise crítica dos estudos fenomenológicos sobre suicídio. In A. M. L. C. de Feijoo (Org.), *Suicídio: Entre o morrer e o viver* (pp. 67-104).

Rio de Janeiro, RJ: Ifen.

- Fensterseifer, L., & Werlang, B. (2017). Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? *Psicologia Argumento*, 24(47), 35-44. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19983>
- Figueiredo, L. C. M. (2008). *Matrizes do Pensamento Psicológico* (14a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Figueiredo, L. C. M. (2015). *Revisitando as Psicologias: Da Epistemologia à Ética nas práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1995).
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fogel, G. L. (2017). A respeito da escuta. (Escuta como corpo. Corpo como experiência e história). *Quadrantil – Rivista Internazionale di Filosofia Contemporanea*, 5(1), 1-2. Recuperado de https://www.rivistaquadranti.eu/riviste/06/Fogel_04.pdf
- Foucault, M. (1984). *A história da sexualidade 2: O uso dos prazeres* (M. T. da C. Albuquerque, Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Frejat. (2020). Pergunta urgente. *Letras*. Recuperado de <https://www.lettras.mus.br/frejat/pergunta-urgente/>
- Fukumitsu, K. (2013). *O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio* (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Fukumitsu, K. (2014, dezembro). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>
- Fukumitsu, K. O., & Scavacini, K. (2013, julho/dezembro). Suicídio e manejo psicoterapêutico em situação de crise: Uma abordagem gestáltica. *Rev abordagem gestáltica*, 19(2), 198-204. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&tlng=pt

- Gadamer, H.-G. (1997). *Verdade e Método* (F. P. Meurer, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goethe, J. W. (2006). *O sofrimento do jovem Werther* (O. Tolle, int.). São Paulo: Hedra.
- Gratidão. (2021). *Dicio: Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/gratidao/>
- Han, B-C. (2017). *Sociedade do Cansaço* (Ed. ampl., E. P. Giachini, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Heidegger, M. (1995). *Língua de tradição e língua técnica* (M. Botas, Trad.). Lisboa: Veja.
- Heidegger, M. (2002). O conceito de experiência em Hegel. In M. Heidegger, *Caminhos de Floresta* (pp. 139-239, I. Borges-Duarte, Coord. e Trad.). Lisboa: Gulbenkian.
- Heidegger, M. (2015a). *Ser e Tempo* (10 ed., M. S. Cavalcante, Trad., E. C. Leão, Posf.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Heidegger, M. (2015b). *A caminho da linguagem*. (7 ed., M. S. Cavalcante, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Heidegger, M. (2017). *Seminários de Zollikon: Protocolos, diálogos, cartas* (3 ed., G. Arnhold, M. de F. de A. Prado, Trads.). São Paulo: Escuta.
- Heidegger, M. (2012). A questão da técnica. In M. Heidegger, *Ensaio e Conferências* (pp. 11-38, 8a ed., E. C. Leão, G. Fogel, & M. S. C. Schuback, Trads.). Petrópolis: Vozes.
- Hwang, E. (2018). *Suicídio por contágio e a comunicação midiática* (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Iorc, T. (2019). *Desconstrução*. Recuperado de <https://www.letas.mus.br/tiago-iorc/desconstrucao/>
- Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer* (H. Magri, Filho, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lessa, M. B. M. F. (2018). Um estudo sobre a moralização do suicídio. In A. M. L. C. de Feijoo (Org.), *Suicídio: Entre o morrer e o viver* (pp. 105-144). Rio de Janeiro, RJ: Ifen.
- Lipovetsky, G. (2005). *A Era do Vazio: Ensaio sobre o individualismo contemporâneo* (J.

- M. da Silva, Apres.). Barueri: Manole.
- Lispector, C. (1999). "Pertencer". In C. Lispector, *A descoberta do mundo* (p. 110). Rio de Janeiro: Rocco.
- Marconi, M de A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Mattar, C. M. (2020). *Depressão: Doença ou fenômeno epocal*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Mattar, C. M., & Sá, R. N. de. (2008). Os sentidos de "análise" e "analítica" no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2), 191-203. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000200005&lng=pt&tlng=pt
- Michelazzo, J. C. (2002). Corpo e Tempo. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, (12), 6-27.
- Ministério da Saúde. MS. (2006). *Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas: Unicamp. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>
- Minois, G. (2018). *História do suicídio: A sociedade ocidental diante da morte voluntária* (F. Santos, Trad.). São Paulo: Editora Unesp.
- Morato, H. T. P. (2017). Por entre plantão psicológico e ação cartográfica clínica pelos "caminhos de floresta". In B. E. B. Cabral, C. L. B. T. Barreto, M. J. Kovács, & M. L. S. Schmidt (Orgs.), *Prática psicológica em instituições: Clínica, saúde e educação* (pp. 19-38). Curitiba: CRV.
- Moreira, J. de O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. de O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 608-621. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004&lng=pt&tlng=pt

- Muylaert, C. J., Sarubbi, V., Jr., Gallo, P. R., Rolim, M. L., Neto, & Reis, A. O. A. (2014, December). Entrevistas narrativas: Um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(spe2), 184-189. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>
- Nery da Cruz, D. (2013). Algumas características da pós-modernidade na concepção de Gilles Lipovetsky. *Intuitio*, 6(1), 79-95. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucls.br/ojs/index.php/intuitio/article/view/13133>
- Nunes, B. (2010). Hermenêutica. Nós somos um diálogo. In V. S. Pinheiro (Org.), *Ensaaios Filosóficos* (pp. 267-275). São Paulo: Martins Fontes.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS.
- Pedroni, F. (2014). Chronos e Kairós: Determinações poéticas para o tempo vivido. *Revista do Colóquio*, 3(6), 245–254. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/colartes/article/view/7724>
- Peixoto, J. L. (2020). *O caminho imperfeito*. Lisboa: Quetzal editores.
- Pessoa, F. (2011). *Livro do desassossego* (R. Zenith, Int.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Pinto, M. P. V. (2018). *Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu).
- Pompeia, J. A. (2000a). Uma caracterização da psicoterapia. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, (9), 19-30.
- Pompeia, J. A. (2000b). Desfecho: Encerramento de um processo. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, (9), 31-43.
- Pompeia, J. A. (2002). Psicose e psicoterapia. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, (11), 52-71.

- Pompeia, J. A., & Sapienza, B. T. (2011). *Os dois nascimentos do homem: Escritos sobre terapia e educação na era da técnica*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Portavales Silva, V. (2018). Um projeto de uma outra compreensão acerca do suicídio. In A. M. L. C. de Feijoo (Org.), *Suicídio: Entre o morrer e o viver* (pp. 7-16). Rio de Janeiro, RJ: Ifen.
- Prado, R. A. de A., & Caldas, M. T. (2013). Atitude fenomenológica existencial e cuidado na ação clínica. In C. L. B. T. Barreto, H. T. P. Morato, & M. T. Caldas (Orgs.), *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica* (pp. 95-106). Curitiba: Juruá.
- Prevenção. (2020). *Dicio: Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/prevencao/>
- Psicoterapia. (2021). *Dicio: Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/psicoterapia/>
- Queiroz, A. S. (2018). Prevenção do suicídio, técnica e psicologia fenomenológica existencial. In A. M. L. C. de Feijoo (Org.), *Suicídio: Entre o morrer e o viver* (pp. 195-212). Rio de Janeiro, RJ: Ifen.
- Ribeiro, D. B. (2016). *Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: Perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Rocha, M. A. S. da, Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2012). A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 69-78. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100010&lng=pt&tlng=pt
- Rocha, P. G., & Lima, D. M. A. (2019). Suicídio: Peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicologia Clínica*, 31(2), 323-344. doi: <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>

- Roehe, M. V., & Dutra, E. (2017). Compreendendo narrativas sobre suicídio com base na analítica existencial de Martin Heidegger. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(1), 32-34. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100005&lng=pt&tlng=pt
- Rigo, S. C. (2013). Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In M. Barros (Org.), *Suicídio e os desafios para a psicologia* (pp. 30-39). Brasília: CFP.
- Sá, R. N. de (2017). *Para além da técnica: Ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Braz. J. Phys. Therm.* 11(1), 83-89. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- Sant'Anna, G. da S. (2018). Dor, sofrimento e pôr fim à vida: Uma análise crítica. In A. M. L. C. de Feijoo (Org.), *Suicídio: Entre o morrer e o viver* (pp. 171-194). Rio de Janeiro, RJ: Ifen.
- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas online: Potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Refacs*, 8(4), 960-966. doi: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4877>
- Schmidt, L. K. (2014). *Hermenêutica* (3a ed., F. Ribeiro, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schwandt, T. (2006). As três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretação, hermenêutica e construcionismo social. In N. K. Denzin, & Y. Lincoln (Orgs.), *Planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2a ed., pp. 193-217). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, E. F. G. da, & Santos, S. E. de B. (2017). Fenomenologia existencial como caminho para pesquisa qualitativa em psicologia. *Revista do Nufen*, 9(3), 110-126. doi: <https://dx>.

doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol09.n03artigo17

- Silva, L. de L. T. (2010). *Tentativa de auto-extermínio entre adolescentes e jovens: Uma análise compreensiva* (Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).
- Sobreviver (2021). *Dicio: Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/sobreviver/#:~:text=Significado%20de%20Sobreviver&text=verbo%20transitivo%20indireto%20Manter%2Dse,o%20rio%20sobrevive%20%C3%A0%20polui%C3%A7%C3%A3o>
- Souza, C., & Moreira, V. (2018). Tristeza, depressão e suicídio melancólico: A relação com o Outro. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(2), 173-185. Recuperado de http://pepsic.bv.salud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000200013&lng=pt&tlng=pt
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
- Vattimo, G. (1996). *Introdução a Heidegger* (J. Gama, Trad.). Lisboa: Piaget.
- Venco, S., & Barreto, M. (2010). O sentido social do suicídio no trabalho. *Revista Espaço Acadêmico*, 9(108), 1-8. Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10032>
- Vieira, M. S. (2020). A clínica psicológica existencial e o desejar pôr fim à própria vida: O que nos diz Lara? In A. M. L. C de Feijoo (Org.), *Suicídio: Estudos & ensaios* (pp. 255-279). Rio de Janeiro: Ifen.
- World Health Organization. WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=8F28CE7AADD50379D16BD2554422236F?sequence=1

World Health Organization. WHO. (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*.

Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-ME-R-19.3-eng.pdf?ua=1>

Ximenes, C. M. A., & Morato, H. T. P. (2015). Redefinindo o sentido de ação clínica em psicologia na contemporaneidade. *Perspectivas em Psicologia*, 19(1). Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/30540>