



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**  
**Curso de Psicologia**

**Jefferson Luiz Spadari**

**INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DURANTE TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção de título de BACHAREL em Psicologia, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Almeida Batista.

**São Paulo**  
**2021**

*“E se um dia, ou uma noite, um demônio lhe aparecesse furtivamente em sua mais desolada solidão e dissesse: ‘Esta vida, como você a está vivendo e já viveu, você terá de viver mais uma vez e por incontáveis vezes; e nada haverá de novo nela, mas cada dor e cada prazer e cada suspiro e pensamento, e tudo o que é infelizmente grande e pequeno em sua vida, terão de lhe suceder novamente, tudo na mesma sequência e ordem – e assim também essa aranha e esse luar entre as árvores, e também esse instante e eu mesmo. A perene ampulheta do existir será sempre virada novamente – e você com ela, partícula de poeira!’. – Você não se prostraria e rangeria os dentes e amaldiçoaria o demônio que assim falou? Ou você já experimentou um instante imenso, no qual lhe responderia: ‘Você é um deus e jamais ouvi coisa tão divina!’. Se esse pensamento tomasse conta de você, tal como você é, ele o transformaria e o esmagaria talvez; a questão em tudo e em cada coisa, ‘Você quer isso mais uma vez e por incontáveis vezes?’, pesaria sobre os seus atos como o maior dos pesos! Ou o quanto você teria de estar bem consigo mesmo e com a vida, e não desejar nada além dessa última, eterna confirmação e chancela?”*

*(NIETZSCHE)*

## RESUMO

Esse trabalho buscou fornecer diferentes referências sobre o fenômeno do suicídio, para que psicólogas possam refletir antecipadamente sobre procedimentos e estratégias possíveis e, assim, poderem estar melhor preparadas para optar sobre como agir durante o atendimento de uma tentativa de suicídio. O trabalho inicia-se com os aspectos históricos, éticos e demográficos relacionados ao suicídio, passando pelas definições e descrições, a partir da abordagem fenomenológica hermenêutica. Levantaram-se também orientações de prevenção, intervenção e pós-venção encontradas em publicações que abordavam essa prática psicoterápica. A partir daí, realizou-se uma pesquisa com psicólogas que efetuaram atendimentos de urgência, com o intuito de analisar as intervenções empregadas por elas durante uma tentativa de suicídio. Concomitante aos dois anos de elaboração desse trabalho, o autor atuou como voluntário do Centro de Valorização da Vida (CVV), realizando mais de 2.000 atendimentos telefônicos, permitindo uma aproximação prática em relação a eficácia de diferentes formas de intervenção. O resultado desse trabalho demonstra que não se pode compreender o que leva alguém a realizar uma tentativa de suicídio, se não se consegue acompanhar o sentido multifatorial que torna essa ação possível para alguém. Em relação à melhor intervenção, o trabalho demonstrou que a psicóloga deve preparar-se tecnicamente e refletir antecipadamente sobre suas limitações éticas. Assim, quando requisitada, não hesitará em fazer uso dos recursos mais adequados àquele contexto específico. Não obstante, o acolhimento através da escuta ativa apresentou-se como elemento primordial, dedicando-lhe o tempo que se fizesse necessário, para que só então se lançasse mão de intervenções adicionais.

Palavras-chave: suicídio, manejo, intervenção, fenomenologia, hermenêutica

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	6
1.1 O suicídio ao longo da história.....	7
1.2 Direito de morte e poder sobre a vida.....	10
1.3 Extensão do problema.....	12
1.4 Definição de suicídio.....	16
1.5 Suicídio, a partir da abordagem fenomenológica hermenêutica .....	18
1.5.1 <i>Angústia</i> .....	18
1.5.2 <i>Abismo</i> .....	21
1.5.3 <i>Violência identitária</i> .....	23
1.6 Diferenciação entre ideação e intensão suicida.....	24
1.7 Propostas de predisposição ética .....	25
1.8 Prevenção.....	27
1.8.1 <i>Minimizar fatores de risco preditivos</i> .....	28
1.8.2 <i>Afastar os fatores disparadores</i> .....	30
1.8.3 <i>Fortalecer fatores protetores</i> .....	30
1.8.4 <i>Intervenção na ideação e planejamento suicida</i> .....	32
1.9 Intervenção no momento do ato suicida .....	36
1.10 Pósvenção .....	38
1.11 Políticas públicas de prevenção .....	39
2 MÉTODO.....	42
3 RESULTADO DO QUESTIONÁRIO.....	44
3.1 Análise dos resultados.....	44
3.2 Discussão dos resultados .....	54
3.3 Relato do autor de sua experiência como voluntário do Centro de Valorização da Vida (CVV) .....	58
4 REFLEXÃO DO AUTOR .....	63

5 CONCLUSÃO.....	67
6 REFERÊNCIAS.....	68
7 ANEXOS .....	72

## 1 INTRODUÇÃO

No momento extremo de sofrimento e desespero, durante uma tentativa efetiva de suicídio, pode eventualmente ocorrer a pessoa contatar sua psicóloga, seja recorrendo ao envio de alguma mensagem de despedida ou até mesmo uma chamada telefônica. Fortuitamente, a conversa com a psicóloga pode acabar sendo uma das últimas alternativas para a pessoa para qual a morte apresenta-se como única solução. O objetivo desse estudo é fornecer diferentes referências sobre o fenômeno do suicídio, para que psicólogas possam refletir antecipadamente sobre procedimentos e estratégias possíveis e, assim, poderem estar melhor preparadas para optar sobre como agir quando se depararem com tal acontecimento.

Quando conversa de tal ordem surge, pode haver ou não tempo para que as psicólogas reflitam sobre como desejam conduzi-la, a visão de sua abordagem teórica sobre esta temática e os limites morais aos quais querem respeitar. Para Jacobs e Brown (1989), só há dois tipos de psicólogas: aquelas que tiveram um paciente que cometeu suicídio e aquelas que terão, é dizer, esta conversa ocorreria a toda psicóloga. As psicólogas não deveriam contar com uma suposta onipotência, tanto na genialidade em poder agir espontaneamente, quanto na fantasia de que seria capaz de heroicamente salvar o outro. Fukumitsu (2014) propõe que a função das psicólogas, portanto, não deveria ser a de evitar a morte, mas o de promover efetivamente a abertura de possibilidades nas quais o outro possa se sentir vivo.

Nos primeiros contatos com o tema, através de livros, artigos e pesquisas publicadas, notou-se que os textos, em sua maior parte oriundos da psiquiatria, tentavam identificar as causas e motivações para o ato suicida. Pouco havia sido levantado sobre a atuação das psicólogas no ápice da crise suicida. Decidiu-se, então, tratar nesse trabalho sobre o momento em que efetivamente a pessoa está tentando se matar, já tendo ultrapassado as fases de ideação e planejamento, isso é, como as psicólogas poderiam intervir sobre o ímpeto extremo.

Introduz-se o fenômeno do suicídio a partir de uma revisão histórica e a construção ética da autonomia sobre a vida, passando então a avaliar a extensão do problema segundo dados estatísticos. A partir daí, para determinar a abordagem a partir da qual esse trabalho constitui-se, utilizou-se da definição e descrições do suicídio explicitadas a partir de autores, assim denominados, existencialistas, com maior enfoque no que se refere à fenomenologia e hermenêutica.

Com base nesse levantamento teórico, realizou-se uma pesquisa, a partir de um questionário, direcionado a psicólogas que já tivessem se deparado com tal situação e, através de suas respostas, explicitou-se o que houve de essencial em suas diferentes experiências. Como buscava-se também algo além de uma apreensão apenas teórica, o autor se inscreveu no Centro de Valorização da Vida (CVV), um serviço de apoio emocional, via chamada telefônica

O resultado desse trabalho não é uma proposição sobre um melhor procedimento de intervenção, mas expõe possibilidades de estratégias utilizadas por diferentes psicólogas, além de fornecer referências e fundamentação teórica, no intuito de contribuir para o preparo profissional e promover uma reflexão antecipada sobre como atuar nesses casos.

### **1.1 O suicídio ao longo da história**

Segundo Jamison (2010), observações registradas ao longo da história, encontradas na literatura, leis e sanções religiosas, propiciam um acesso as reações sociais perante o suicídio. Os conceitos acerca do suicídio variam, desde um crime ou pecado, passando por percebê-lo como a consequência de circunstâncias adversas ou, ainda, estados mentais patológicos.

Há, porém, culturas e circunstâncias que oferecem outras noções sobre a morte autoinflingida, um modo de vê-la como um evento aceito e valorizado; um privilégio de deuses, heróis, semideuses e semi-heróis. As crenças sobre suicídio variavam bastante. Na Grécia antiga, os estoicos e epicuristas, por exemplo, defendiam vividamente o direito de escolher os meios, a forma e o momento da morte. Por outro lado, segundo Jamison (2010), em Tebas e Atenas da Grécia antiga essa ideia tinha menos receptividade. O suicídio não era ilegal, mas eram vetados os ritos fúnebres e a mão usada para o ato era decepada.

Em sua maioria, no entanto, o suicídio era entendido como uma questão de honra, como os suicídios dos gregos antigos retratados por Homero. Tratava-se de uma ação empreendida no intuito de evitar cair nas mãos de um inimigo militar, reparar más ações ou apoiar um princípio religioso e filosófico. Sócrates, que se recusou a abdicar de sua ética, bebeu cicuta. Já Aristóteles via o suicídio como uma covardia, bem como um ato contra o Estado. O mesmo entendimento tinha Pitágoras, embora, segundo Heráclito, Pitágoras tenha feito greve de fome até a morte. A lei romana

reprimia ativamente o suicídio, além de impedir que bens e propriedades do suicida passassem para seus herdeiros.

Outras culturas, como a dos povos nórdicos, esquimós, samoanos e índios *crow*, aceitavam e, até mesmo, estimulavam o suicídio 'altruístico' entre velhos e doentes, com isso poderiam poupar provisões ou viabilizar que estas sociedades nômades viajassem sem contratempos, alguns desses povos davam aprovação tácita, quando não explícita, ao suicídio (JAMISON, 2010).

Na cultura ocidental, o suicídio heroico passa por uma deselitização no começo da Idade Média, vindo a sofrer rígidas sanções religiosas. Seria realmente estranho se a sociedade não tivesse nenhuma reação a uma forma de morte tão dramática, aparentemente inexplicável, assustadora, com frequência violenta e potencialmente contagiosa.

A tradição judaica proibia orações fúnebres a qualquer um que cometesse suicídio, assim como desestimulava o uso de roupas para pranteadores. O túmulo ficava em um setor isolado do cemitério, de modo a impedir que o ímpio jazesse ao lado de justos. Com o tempo, uma maior tolerância foi estendida àqueles que a morte era atribuída a uma doença mental, como uma deferência à família, entretanto, nada poderia ser feito em honra aos mortos, senão enterrá-los.

A Igreja Católica, sempre foi contra o suicídio e, durante os séculos VI e VII, determinou em seu código essa oposição, excomungando e proibindo ritos fúnebres àqueles que cometiam suicídio.

No islamismo, o suicídio é um crime tão grave, ou até mesmo mais grave, que o homicídio. A profanação pública dos cadáveres de quem cometia suicídio era comum, também tentavam evitar sua influência perniciosa sobre os vivos, isolando e confinando fisicamente o corpo e seu espírito potencialmente perigosos (JAMISON, 2010).

Ainda assim, muitos teólogos, tais como Martinho Lutero e John Wesley, continuavam a alegar que o suicídio figurava entre os mais imperdoáveis dos pecados, assim como filósofos, a exemplo de Locke, Rousseau, Hume e Kierkegaard, investiam contra qualquer espécie de aceitação religiosa ou social do suicídio. Com o passar do tempo, os sistemas judiciais e a opinião pública passaram gradativamente a considerar o suicídio como um ato de uma mente desequilibrada, em detrimento ao costume de atribuí-lo ao resultado de uma fraqueza ou pecado pessoal (JAMISON, 2010).

No final do século XVI, segundo Bertolote (2013), foram os neuropsiquiatras que se aproximaram dos suicidas e passaram a categorizar o fenômeno dentro de uma esfera médica. Philippe Pinel, em 1801, descreve o suicídio como uma sensação dolorosa do existir, que decorreria de alterações corporais, majoritariamente localizadas no cérebro. Seu discípulo, o psiquiatra Jean-Étienne Esquirol, categoriza o suicida como mentalmente insano. Posteriormente, esse conceito é reforçado por seu substituto, Claude-Étienne Bourdin, que classificou todo suicídio como um ato de insanidade mental.

A prática de atribuir a uma doença mental a causa do suicídio reverbera até os dias atuais, o que para Pompili (2010) é uma abstração cultural, uma vez que exclui todas as demais dimensões do fenômeno, tais como o conflito e a crise. Ele propõe uma perspectiva que se abre para a aceitação do sofrimento daquelas pessoas que cometem suicídio, contrapondo-se ao foco anterior dado aos transtornos psiquiátricos ou, ainda mais antigamente, à loucura.

No final do século XIX, o sociólogo Émile Durkheim (2019), adiciona uma nova camada de compreensão ao fenômeno do suicídio, tratando-o como um fato social, resultante de forças que se impõem a um cidadão. Dentre as classificações de suicídio propostas por ele – anômica, altruísta, fatalista e egoísta. Segundo o autor, o suicídio do tipo anômico ocorre em períodos de crises ou transformações; já o suicídio do tipo altruísta é um ato em que o indivíduo está tomado pela obediência e força coercitiva do coletivo; no suicídio do tipo fatalista a presença da sociedade também é maciça na vida do sujeito, mas na forma de uma regulação excessiva, geralmente exercida por representantes do poder constituído e pelo Estado.

Por fim, o suicídio egoísta aproxima-se da categorização patológica vigente em seu tempo e, em certa medida, ainda nos tempos atuais. Para Durkheim (2019), quanto mais os grupos a que os indivíduos pertencem se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e, conseqüentemente, mais depende apenas de si mesmo. Esse indivíduo não reconhece outras regras de conduta que não sejam as que se baseiam em seus interesses privados. Convencionou, então, chamar de egoísmo esse estado em que o indivíduo se afirma exacerbadamente diante da sociedade, em prejuízo desta última. O suicídio egoísta seria o resultado de uma individuação incivil.

Nesta mesma época, a psicanálise despontava em sua notoriedade e produção, porém Freud (1996) pouco escreveu sobre o suicídio. Ele tem apenas dois comentários de passagem, um deles em seu texto 'Além do princípio do prazer',

expondo que o suicídio resulta do predomínio de *thanatos* (pulsão de morte) sobre *eros* (pulsão de vida), e outro em 'A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher', do qual trata o suicídio, nos casos de depressão, como o redirecionamento para si próprio de um impulso agressivo, antes dirigido contra outro.

É também no final do século XIX, que o campo da filosofia entra num período de profunda reflexividade quanto ao seu alcance e sua própria natureza, principalmente na sua relação com a ciência. Esse ambiente dá início à filosofia contemporânea, que tenta solucionar os impasses ainda vigentes oriundos da teoria clássica. O método encontrado pela filosofia continental para tratar disso tem suas raízes em duas vertentes, quais sejam, a teoria fenomenológica da intencionalidade, somada à hermenêutica.

É com base nos caminhos pelos quais a própria filosofia se desenvolveu, que Camus ganha destaque ao tratar do suicídio, no final da década de 30. Tanto em seu livro 'O Estrangeiro', quanto em sua peça de teatro 'Calígula', o autor aborda diretamente o suicídio. Continua a desenvolver o tema em seu livro 'O mito de Sísifo', onde formula que toda a existência é absurda, ninguém escolhe nascer, muito menos em que circunstâncias; o mundo é dado. Resta, então, apenas duas opções: reafirmar o absurdo e se matar ou rebelar-se, encontrando o sentido extraído da própria existência. Ainda que não se autodenominasse existencialista, enriqueceu o caldo cultural no qual o tema está imerso na contemporaneidade, algo que culminou no prêmio Nobel de literatura por sua obra, no ano de 1957. Assim como ele, também ganhador de mesmo prêmio em 1964, Sartre continuou a explorar a tensão entre a existência e o nada, fortemente influenciado pelas noções ontológicas da filosofia heideggeriana.

## **1.2 Direito de morte e poder sobre a vida**

O direito sobre a própria vida não é algo dado, como na atualidade se faz parecer. Como conta Foucault (1999), o patriarca da família romana tinha o direito de decidir sobre a vida de seus filhos e escravos, podia retirar-lhes a vida, baseado no princípio de que a tinha concedido. Posteriormente, esse poder derivou-se ao soberano, aquele que põe a vida a se ordenar em função de seus reclamos, ainda que não exercido em termos absolutos e de modo incondicional.

Era lícito ao soberano exercer seu poder sobre a vida alheia nos casos em que a sua própria estivesse ameaçada, matar para não ser morto. Poder esse aplicado tanto expondo a vida de seus súditos em uma guerra, como imposto diretamente como castigo sobre aquele que se levantasse contra ele, infringido sua vontade, sua lei ou sua pessoa. O poder sobre a vida tem suas duas faces no direito de causar a morte ou de deixar viver.

Ainda segundo Foucault (1999), no ocidente, a partir da época clássica, esse mecanismo de poder deslocou-se do soberano para a sociedade, sob outorga de seu representante. As guerras já não se travavam para resguardar a vida do soberano, mas legitimavam-se em nome da existência de todos. O poder de expor parte de uma população à morte compõe o poder de garantir aos demais sua permanência em vida. Esse mesmo valor social, a preservação da maioria, se apresenta quando o poder se aplica sobre um único cidadão pertencente àquela sociedade, legitimado quando esse constitui perigo aos demais. O indivíduo encontra-se imerso num sistema onde o poder sobre a vida se gera pelas disciplinas do corpo e a regulação das populações.

É nesse contexto que o suicídio surge como uma das primeiras análises sociológicas para reivindicar a retomada da propriedade sobre o próprio corpo. Em oposição, o suicídio torna-se um ato fortemente reprimido por uma sociedade, que se vê então obrigada, diante desse fenômeno, a se deparar e saber lidar com sua maior ferida narcísica: a impotência sobre a morte. O corpo do indivíduo está no centro do tecido de disputas e tensões geradas pelos seus próprios desejos e os desejos da sociedade.

As leis, como expõe Jamison (2010), eram fortemente moldadas pela moral religiosa preponderante da época. Na Inglaterra da Idade Média, uma lei determinava que todo indivíduo que cometesse suicídio perderia seu título de nobreza e todas as suas propriedades passavam à Coroa. Curiosamente, os registros de casos de suicídio elevaram-se, evidentemente por um interesse escuso daqueles governantes. Surge desta forma as primeiras tentativas de ocultar o suicídio.

Já na França, ainda segundo Jamison (2010), o corpo daquele que cometia suicídio era arrastado pelas ruas e exposto em praça pública. O direito penal francês no fim do século XVII também exigia que o corpo fosse jogado numa latrina ou na lixeira da cidade. O clero não dava assistência ao funeral de alguém que cometesse suicídio e seu cadáver não podia ser enterrado em solo consagrado. Em regiões da

Alemanha, os corpos de pessoas que cometeram suicídio eram colocados em barris e jogados rio abaixo, de modo que não conseguissem retornar à terra natal.

Foi a Revolução Francesa, como apresenta Veneu (1994), que promoveu a primeira grande descriminalização do suicídio na legislação de um Estado europeu moderno. A Assembleia Nacional Constituinte, em 1790, passou a afirmar o caráter exclusivamente pessoal dos crimes e de suas punições, proibindo a desonra dos familiares e o confisco dos bens do condenado, bem como a exclusão da sepultura comum. Não houve nenhuma referência ao suicídio como crime, no Código Penal de 1791, nem no Código Napoleônico de 1810. Segundo Jamison (2010), a maioria dos países europeus descriminalizou oficialmente o suicídio nos séculos XVIII e XIX, embora continuasse sendo um crime na Inglaterra e no País de Gales até 1961 e na Irlanda até 1993.

Já nas primeiras décadas do século XIX, como descrevem Araújo e Bicalho (2012), a legislação brasileira não recriminava o suicídio, nem a tentativa. Em 1830, o Código Criminal do Império do Brasil punia a assistência ao suicídio, com pena de reclusão de dois a seis anos. Dizia o artigo 196: “Ajudar alguém a suicidar-se, ou fornecer-lhe meios para esse fim com conhecimento de causa”. No Código Penal de 1890, o artigo 299 determinava a execução da pena de reclusão por dois a seis anos para quem auxiliasse moral ou materialmente alguém a matar-se. Todavia, se a tentativa de suicídio não culminasse em morte, tampouco se penalizava o cúmplice.

Na legislação penal brasileira vigente, como descrito no decreto-lei de 1940 (Artigo 122), o suicídio ou a tentativa de suicídio seguem não sendo considerados crimes, entretanto, a incitação ao suicídio pode ser penalizada com a reclusão de dois a seis anos, caso a tentativa de suicídio se consuma, ou reclusão de um a três anos, caso a tentativa de suicídio resulte em lesão corporal grave.

Uma alteração mais recente, a lei no. 13.968 de 2019, modificou o crime de incitação ao suicídio e incluiu as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique.

### **1.3 Extensão do problema**

Os dados reportados pelo Observatório Global da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) apontam que o suicídio é a terceira maior causa de morte no mundo e representou 1,4% do total de mortes em 2016, ano mais recente disponível

no relatório. O índice de lesões autoinflingidas é precedido apenas por doenças e acidentes de transportes. Taxa que permanece relativamente estável entre os anos de 2000 e 2016, com uma pequena redução de 0,12 pontos percentuais no decorrer desses 16 anos. Evidencia-se, porém, que apesar da taxa percentual ter permanecido relativamente estável, a população mundial cresceu nesse período e, por conseguinte, o volume total de suicídios.

Analisando ainda os dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019), o suicídio tem maior incidência na faixa etária de 15 a 29 anos, representando 8,1% de todas as causas de morte nesta faixa etária em 2016.

Tabela 1 - Porcentagem de mortes causadas por suicídios no mundo em relação ao total de óbitos da população nas diferentes faixas etárias no ano de 2016.

Causa morte	Total	Mortes 0-4	Mortes 5-14	Mortes 15-29	Mortes 30-49	Mortes 50-59	Mortes 60-69	Mortes 70+
Autoinflingida	1,4%	0,0%	1,0%	8,1%	4,3%	2,0%	1,0%	0,4%

Fonte: Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019)

Ainda que as taxas de crescimento do suicídio sejam relativamente estáveis, também foi na faixa etária de 15 a 29 anos que houve o maior crescimento entre os anos de 2000 e 2016, com 0,07 pontos percentuais de aumento.

Porém, é necessário ter em conta que há menos mortes em jovens que em idosos, assim como o total da população mundial de velhos é menor que a de jovens. Portanto, quando realizamos a análise tomando-se como referência o total da população vivente em cada faixa e não, como a da análise anterior, apenas o total de mortes, observamos que quanto maior a idade, maior a prevalência do suicídio na população. Em 2016, a taxa de suicídio em relação à população vivente com mais de 70 anos (0,030%) é mais que o dobro da taxa de suicídio na faixa etária de 15 a 29 anos (0,012%).

Tabela 2 - Porcentagem de mortes causadas por suicídios no mundo em relação ao total da população vivente nas diferentes faixas etárias no ano de 2016.

Causa morte	Total	Mortes 0-4	Mortes 5-14	Mortes 15-29	Mortes 30-49	Mortes 50-59	Mortes 60-69	Mortes 70+
Autoinflingida	0,011%	0,000%	0,001%	0,012%	0,012%	0,014%	0,018%	0,030%

Fonte: Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019)

Cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio todo ano, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Há mais mortes por suicídio do que a somatória de mortes causadas pelas guerras e homicídios. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019)

também explicita que, para cada adulto que morre por suicídio, haveria outros 20 tentando. Os países com produto interno bruto médio ou baixo somam 79% destas mortes, sendo que os principais métodos usados mundialmente são pesticidas, enforcamento e arma de fogo.

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019), o país com a maior taxa mundial de suicídio em 2016 foi a Coreia do Sul, com um índice de 4,9% em relação a todas as causas de morte. Ao passo que o país no qual o índice de suicídio mais cresceu entre os anos de 2000 e 2016 foi o Catar, aumento de 2,7 pontos percentuais.

Já no Brasil, a taxa de suicídio em 2016 foi de 1% em relação ao total das causas de morte, 13.466 óbitos, ocupando assim o 96º lugar no ranking dos países membros da OMS. Em nosso país, o índice aumentou 0,2 pontos percentuais entre os anos de 2000 e 2016, o 45º maior crescimento entre os países membros da OMS.

Segundo os dados fornecidos no Brasil pelo Ministério da Saúde (BRASIL, s.d.), através do sistema de informações sobre mortalidade (SIM), a faixa etária entre 20 e 29 anos apresentou o maior índice de mortes por suicídio em relação ao total de mortes reportadas em 2017, uma taxa de 4,3% dentre todas as causas de morte. Destaca-se que a faixa na qual esse índice mais cresceu nos anos de 1996 a 2017 encontra-se entre 30 e 39 anos, um aumento de 2,8 pontos percentuais. Porém, quando analisados os últimos 05 anos reportados, a faixa entre 10 e 19 anos é a que mais cresceu, um aumento de 1,1 pontos percentuais. O suicídio foi a quinta maior causa de morte no país em 2017, precedido pelos índices de doenças, agressões, acidentes de transportes e quedas. Dado o fato que as quedas atingem em sua maioria os mais idosos, observa-se que o suicídio é a quarta principal causa de morte nas idades de 10 a 59 anos.

Tabela 3 - Porcentagem de mortes causadas por suicídios em relação ao total de óbitos da população brasileira nas diferentes faixas etárias entre os anos de 1996 e 2017.

Suicídio/Total Óbitos %	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Menor 1 ano a 9 anos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10 a 19 anos	2,9%	2,6%	2,7%	2,5%	2,4%	3,2%	2,9%	3,0%	3,0%	2,9%	3,0%	2,9%	3,0%	2,7%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	3,0%	3,3%	3,4%	4,0%
20 a 29 anos	3,3%	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	3,5%	3,4%	3,6%	3,6%	3,7%	3,8%	3,9%	4,0%	3,9%	3,9%	4,2%	3,9%	4,0%	4,0%	4,1%	4,0%	4,3%
30 a 39 anos	2,2%	2,5%	2,4%	2,3%	2,4%	2,6%	2,7%	2,8%	3,1%	3,0%	3,1%	3,2%	3,2%	3,2%	3,3%	3,5%	3,6%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	4,1%
40 a 49 anos	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%	1,8%	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%	2,0%	1,9%	2,0%	2,2%	2,1%	2,2%	2,3%	2,5%
50 a 59 anos	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	1,3%
60 a 69 anos	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%
70 a 79 anos	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
80 anos e mais	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Idade ignorada	0,5%	0,4%	0,7%	0,4%	0,4%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,4%	0,7%	0,8%	0,6%	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	0,9%	0,9%
Total	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, através do sistema de informações sobre mortalidade (SIM)

Assim como no resto do mundo, ao se tomar como referência o total da população vivente no Brasil e não apenas o total de mortes, quanto maior a idade, maior a taxa de suicídio. Sob esta análise, a faixa etária de 60 a 69 é aquela em que o suicídio mais cresce (1,8 p.p.), desde o início dos registros em 1996.

Tabela 4 - Porcentagem de mortes causadas por suicídios em relação ao total da população brasileira vivente nas diferentes faixas etárias entre os anos de 1996 e 2017.

Suicídio/População%	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Menor 1 ano a 9 anos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10 a 19 anos	2,2%	2,0%	2,0%	1,8%	1,7%	2,3%	2,1%	2,1%	2,0%	1,9%	1,9%	2,1%	2,2%	2,0%	2,1%	2,1%	2,3%	2,3%	2,4%	2,5%	2,7%	3,1%
20 a 29 anos	6,2%	5,9%	6,0%	5,5%	5,4%	6,0%	6,1%	6,2%	6,1%	6,0%	6,2%	6,1%	6,4%	6,3%	6,4%	6,7%	6,4%	6,4%	6,5%	6,5%	6,4%	7,0%
30 a 39 anos	6,3%	6,7%	6,4%	5,9%	5,8%	6,2%	6,4%	6,2%	6,4%	6,5%	6,4%	6,4%	6,7%	6,8%	6,7%	6,9%	7,5%	7,1%	7,2%	7,1%	7,1%	7,7%
40 a 49 anos	6,7%	6,8%	6,8%	6,7%	6,5%	7,4%	7,3%	7,3%	7,2%	7,8%	7,9%	7,2%	7,6%	7,6%	7,4%	7,3%	7,5%	7,8%	7,4%	7,6%	7,7%	8,2%
50 a 59 anos	7,2%	7,7%	7,4%	6,7%	6,7%	7,5%	7,3%	7,6%	7,5%	8,3%	8,6%	7,1%	7,3%	7,1%	6,7%	7,3%	7,8%	7,4%	7,5%	8,0%	8,2%	8,6%
60 a 69 anos	6,7%	7,5%	7,7%	6,9%	6,6%	7,1%	6,5%	6,9%	7,0%	7,8%	7,6%	7,1%	7,4%	7,2%	6,3%	6,9%	8,0%	7,2%	6,9%	7,7%	7,8%	8,5%
70 a 79 anos	7,8%	8,2%	8,1%	7,4%	7,5%	7,4%	7,6%	6,7%	8,1%	8,2%	7,2%	7,2%	7,4%	6,8%	7,3%	7,8%	7,7%	8,1%	7,6%	8,8%	8,6%	8,7%
80 anos e mais	7,1%	8,4%	9,9%	8,3%	6,8%	8,0%	7,6%	7,8%	7,8%	9,6%	8,7%	7,3%	6,9%	7,1%	8,4%	7,4%	8,8%	8,5%	8,2%	8,4%	7,8%	7,9%
Idade ignorada	11,2%	9,1%	13,7%	5,8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4,3%	4,3%	4,3%	4,0%	4,0%	4,5%	4,4%	4,4%	4,5%	4,6%	4,6%	4,7%	4,9%	4,9%	5,0%	5,1%	5,3%	5,3%	5,3%	5,5%	5,6%	6,1%

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, através do sistema de informações sobre mortalidade (SIM)

Reforça-se, contudo, que cada unidade de dado aqui representa uma vida que foi perdida por suicídio, sendo cada perda única e significativa. Como exposto por Pompili (2010), pessoas que cometem suicídio morrem com suas histórias de vida individual, sendo inapropriado usar dados agrupados ou estatísticas para buscar entender a miséria humana. Esse mesmo artigo cita Shea (2002), que reforça essa visão, na qual as pessoas não se matam porque as estatísticas sugerem que elas assim o façam. O ímpeto de suicidar-se não tem como fonte compilações estatísticas, mas a dor insuportável.

Ainda que os dados demográficos levantados por esse trabalho sejam inócuos para buscar entender existencialmente o acontecimento de uma única pessoa, já que cada pessoa é singular, o benefício gerado pelo método estatístico pode ser melhor aplicado na análise de grandes populações. É com base nesse detalhamento que se podem direcionar políticas públicas que venham a atender as demandas mais prementes, sendo o suicídio uma questão de saúde pública historicamente pouco investida tanto em forma de ações governamentais quanto na destinação do orçamento público.

#### 1.4 Definição de suicídio

Nos registros das ciências médicas, o termo grego *autofonos* (assassinar a si mesmo) surge em 1643, no livro *Religio Medici* (da religião dos médicos) de Thomas Browne, traduzido dois anos mais tarde para o inglês como *suicide*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), “[...] suicide is the act of deliberately killing oneself”<sup>1</sup> (p. 12), registrado nos dados estatísticos oficiais de óbito como lesão autoinflingida.

Porém, como nos apresenta Pompili (2010), é difícil produzir uma síntese sonora de um fenômeno tão complexo. A abordagem das ciências naturais propõe que o suicídio seja causado por fatores que estão além do autocontrole, resultado de uma visão determinista do suicídio. Por outro lado, a teoria do ‘Grito por Ajuda’ determina que pessoas que morrem por suicídio não desejaram morrer, mas estavam em busca de uma ajuda para reduzir seu sofrimento. Além desses, o modelo sociogênico de Durkheim atribui às forças sociais a causa do suicídio. Ele afirma que os mitos e a estigmatização devem ser substituídos por uma fenomenologia significativa do suicídio, que envolva uma verdadeira compreensão do mundo íntimo daquele que comete suicídio.

Após um extenso levantamento bibliográfico de diferentes autores que investigam o tema, Werlang (2001) concluiu que a maioria das definições sobre o suicídio era constituída por três elementos essenciais: o desejo de se matar, o conhecimento do resultado fatal e a execução dos atos necessários, pela própria pessoa, para o fim desejado.

Para o presente trabalho, tomou-se como referência a definição trazida por Shneidman (1985), dada sua ênfase nos aspectos psicológicos presentes no fenômeno do suicídio. Seus estudos científicos sobre o suicídio e sua prevenção concentram-se na dor das emoções negativas, o que ele chamou de dor psíquica. Ele buscava analisar fenomenologicamente os pensamentos, impulsos e atos suicidas. Como observa Pompili (2010), essa era uma postura radical, dada a época em que os critérios diagnósticos e a necessidade de cura eram mais importantes que buscar

---

<sup>1</sup> suicídio é o ato de se matar deliberadamente

entender o sofrimento emocional. Assim configura a definição proposta por Shneidman (1985):

[...] suicide is a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution.<sup>2</sup> (i. 2985)

De forma concisa, Werlang (2001) resume a análise minuciosa feita por Shneidman (1985) do significado desta definição, na qual ele detalha o sentido de cada palavra contida em sua conceituação do termo suicídio. Desta forma, ele descreve o conceito tanto do ponto de vista do próprio ato como do sentido dado pela pessoa que o desempenha. A análise que toma a perspectiva do ato, transcreve a definição do suicídio como: uma ação que conduz à morte, a partir da vontade consciente de terminar com a vida, em busca da interrupção do fluxo de angústia insuportável.

Enquanto a análise que toma como perspectiva a pessoa que o comete, define o suicídio como: um evento caracterizado por um conjunto de causas biológicas, bioquímicas, socioculturais, interpessoais, intrapsíquicas, filosóficas, existenciais (que requerem para a sua compreensão um enfoque multidisciplinar), que envolve uma pessoa em estado de dor psíquica, causada por necessidades psicológicas frustradas. A pessoa vivencia um drama em torno do qual se estabelece um debate de vida e morte, havendo, assim, uma restrição dos processos perceptuais e um estreitamento de opções. Essa constrição faz com que o suicídio se apresente como a melhor resolução possível do problema. Soma-se a isso a impulsividade, uma explosão diante da impossibilidade de contenção, a falta de recursos para lidar com um evento que deflagra uma resposta agressiva. Ainda que, muitas vezes, o ímpeto suicida possa dar-se não como consequência a um evento específico, mas como o acúmulo de sucessivas frustrações.

Para Pompili (2010), a realização de uma autópsia psicológica, que se constitui pela análise das motivações e causas de uma morte por suicídio, é determinada por dois conceitos principais: a perturbação e a letalidade.

---

<sup>2</sup> suicídio é um ato intencional de cessação autoinfligida, melhor entendido como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução.

Perturbation refers to how upset (disturbed, agitated, discomposed) the individual is; lethality refers to the likelihood of an individual's being dead by his or her own hand in the future (lethality is a synonym for suicidality). Perturbation supplies the motivation for suicide, lethality is the fatal trigger.<sup>3</sup> (p. 241)

## 1.5 Suicídio, a partir da abordagem fenomenológica hermenêutica

Segundo Teixeira (2018), não se pode falar de suicídio, sem abordar a vida e a morte, como elas são experienciadas, o que representam e como a morte influencia as nossas ações, comportamentos, principalmente sob o ponto de vista da fenomenologia hermenêutica, que considera a experiência da finitude como uma característica que distingue o ser-aí entre os demais entes.

Ao citar o comportamento, Teixeira (2018) refere-se ao modo como o ser-aí responde ao que vem ao encontro dele no mundo. Quando o ser-aí depara-se com a morte, a abertura de mundo proporcionada pela disposição afetiva da angústia pode tornar-se insuportável, fazendo assim com que o ser-aí mantenha-se na impropriedade, num movimento de fuga, por não suportar o peso de um existir, tendo que decidir-se por si próprio. Uma decisão sem referências, pois, segundo Heidegger (2006), “como possibilidade, a morte não propicia à presença nada para ‘ser realizado’ e nada que, em si mesmo, possa ser real” (p. 339).

### 1.5.1 Angústia

Como descreve Casanova (2021), a existência não se depara apenas circunstancialmente com problemas, mas a existência é em si mesma um problema, que não apresenta por si nenhuma possibilidade de solução. Isso porque, na medida em que o existente humano é marcado radicalmente por uma ausência de natureza, a realização de seus possíveis modos de ser não obedece a nenhuma normatividade originária. A liberdade concernente a sua condição ontológica de nada, institui a angústia.

---

<sup>3</sup> Perturbação refere-se a quão chateado (perturbado, agitado, desconcertado) o indivíduo está; letalidade se refere à probabilidade de um indivíduo morrer por suas próprias mãos no futuro (letalidade é um sinônimo de ‘suicidabilidade’). A perturbação fornece a motivação para o suicídio, a letalidade é o gatilho fatal.

Mesmo na cotidianidade, quando o peso da angústia faz com que o ser-aí impessoal não assuma sua finitude, Heidegger (2006) diz que “o ente, em cujo ser, isso é, sendo, está em jogo o próprio ser, relaciona-se e comporta-se com o seu ser, como a sua possibilidade mais própria” (p. 86). A possibilidade mais própria aqui trata-se da morte inexorável a todo ser-aí, um existencial que determina seu modo de ser, “a morte é um modo de ser que a presença assume no momento em que é” (p. 320).

Ao querer-se reprimir a finitude, intensifica-se justamente esse assédio. É dizer, o estado de desabrigo no mundo em que se encontra aquele que tenta suicídio, quando a impropriedade da cotidianidade já se fez presente pela dor, que vem num frequente desviar-se de si mesmo. Algo que pode levar a indecisão, buscando no seu ser-para-a-morte ações que abreviem esse modo pesado e grave de estar no mundo.

Ainda que, como no trecho a seguir, Heidegger (2011) deixe claro que o suicídio não é a essência da propriedade, descrevendo como o suicídio é decorrente do peso execrável da angústia:

[...] se o caminhar antecipativamente em direção à morte perfaz a autenticidade da existência humana, então o homem precisa, para existir autenticamente, pensar constantemente na morte. Se ele tenta fazer isto, ele não consegue suportar a existência e a única via deste existir autêntico é o suicídio. A questão é que buscar a essência da existência autêntica do homem no suicídio, na aniquilação da existência, é uma consequência tão insana quanto absurda. (p. 377)

A responsabilidade, com a qual o ser-aí pode ou não assumir o seu ser mais próprio, o fato de que é finito, é amparada pela estrutura que Heidegger vai nomear de cuidado. Além da relação do ser-aí com os entes intramundanos e com os outros entes humanos, o cuidado descreve também a forma como o homem se relaciona consigo mesmo.

A angústia frente a morte, quando tomada de forma imprópria, pode gerar medo e repercutir no modo de cuidado do ser-aí com os entes intramundanos, denominado de ocupação ontológica. Aquele que tem medo não se detém a nenhuma de suas possibilidades, segundo Heidegger (2006), “porque se esquece de si e não *apreendendo* nenhuma possibilidade *determinada*, a ocupação que se teme salta do mais próximo para o mais próximo. Com isso, todas as possibilidades ‘possíveis’ e impossíveis se oferecem” (p. 428). O ‘mundo circundante’ não desaparece, ao contrário, vem a seu encontro justamente nesse ‘não-mais-se-reconhecer’ no mundo.

O ser-aí, enquanto ser-com, no dizer de Heidegger (2006) “[...] ‘é’, essencialmente, em virtude dos outros” (p.180). A forma de cuidado com os outros entes humanos, a preocupação ontológica, pode dar-se de forma substitutiva, na qual há um ‘salto’ sobre a existência do outro, que um realiza de forma cuidadosa o papel de responsável por alguém, mas que, ao mesmo tempo, retira do outro a responsabilidade, o ‘cuidado’ nas suas ocupações. Segundo Heidegger (2006), “essa preocupação assume a ocupação que o outro deve realizar”. Algo que intensifica o despreparo para que aquele que sofre possa lidar com sua própria angústia.

Quanto ao cuidado de si mesmo, pode-se dizer que a morte para o ser-aí não guarda nenhuma relação com a sua maturação e com o fim como o resultado natural de um processo biológico de falência orgânica. Como explicita Heidegger (2006), “a presença tem tão pouca necessidade da morte para chegar à maturidade que ela pode ultrapassá-la antes do fim. Na maior parte das vezes, ela finda na incompletude ou na decrepitude e desgaste” (p. 319). Sendo assim, “a morte é, no entanto, apenas o ‘fim’ da presença e, em sentido formal, apenas um dos fins que abrangem a totalidade da presença. O outro ‘fim’ é o ‘começo’, o ‘nascimento’” (p. 464).

Ao referir-se ao outro extremo que dá limite à existência do ser-aí, o nascimento, demonstra que “de fato, a presença só existe nascente e é nascente que ela já morre, no sentido de ser-para-a-morte” (p. 466). De modo que é a finitude, a impermanência irrefreável tanto do ser-aí, a partir de sua diferença ontológica, quanto do mundo que se historiciza continuamente, que determina os modos de ser do ser-aí, “enquanto ser-para-o-fim, o findar reclama um esclarecimento ontológico haurido do modo de ser da presença” (p. 320).

Há uma diferença, porém, entre morrer e perder a vida. É possível que alguém se sinta seduzido a se matar por sentir que é insuportável perceber que perdeu a vida, pois perder a vida é perder o passado, a totalidade do sentido. Por outro lado, morrer é perder o futuro, quem morre fecha o futuro. Quando a totalidade da significação se apaga, é a totalidade do sentido do passado que some. O sentido é essa estrutura que proporciona movimento, que dá ao ser-aí uma energia extraordinária, absolutamente única e particular.

Esse sentido pode se alterar de um momento para o outro, pela dinâmica existencial das disposições afetivas. O ser-aí está sempre agindo num humor, segundo a disposição afetiva pela qual já se descerrou seu mundo. Aquilo pelo que o ser-aí é solicitado sempre vem a seu encontro atravessado por tal disposição. Na

tristeza profunda, ou seja, a angústia transposta em sua dimensão ôntica, é possível observar o modo como o ser-aí é sempre solicitado, e como sua relação com o mundo e consigo mesmo é modificada.

### 1.5.2 *Abismo*

Não é apenas a disposição afetiva fundamental da angústia, explorada na obra *Ser e Tempo* de Heidegger, que é capaz de determinar os modos de comportamento em geral. Além da angústia diante do peso da finitude, o horizonte de sentidos sedimentados também determina os comportamentos mais ou menos adequados socialmente. Para tratar disso, Heidegger trará em suas obras posteriores uma nova dimensão, referindo-se à medida epocal que atravessa a constituição dos fenômenos em geral. Diante disso, em algum momento, toda existência apresenta uma insuficiência de recursos próprios para resistir a essa invasão constante, na tentativa de determinação dessa existência. Portanto, concomitante à abertura afinada pela angústia, pode ocorrer que não seja mais possível suportar as mil vozes do mundo e, como consequência, a resposta a essa violência identitária, que não consegue se propagar para fora, seja redirecionada para o próprio existir.

Um exemplo disso pode ser tomado da análise que Casanova (2021) faz sobre a experiência psicótica, a qual sua descrição pode se aproximar do tema tratado nesse trabalho. Segundo ele, essa insuportabilidade da existência não dissolve apenas os nexos cotidianos em geral, ou seja, a incapacidade de abertura para atualização dos sentidos previamente dados no mundo, mas reorganiza o todo em torno da presença de um elemento comum: a ameaça.

Essa ameaça se intensifica em um mundo atravessado não apenas por cargas específicas, mas também pela ininterrupta inserção de outras cargas, de novas e mais novas dimensões de sobrepeso. O peso de existir passa a ser transferido constantemente para dimensões específicas da existência, dimensões essas como o campo das realizações acadêmicas, amorosas, profissionais, afetivas etc.; sendo que esses campos respectivos vêm sempre acompanhados de um aumento das responsabilidades pessoais.

Associado a isso, continua Casanova (2021), tudo no mundo demanda o estabelecimento de horizontes de realização de ações que estejam voltados para o máximo de eficácia, numa execução previsível e controlada. Imerso na era da técnica,

o ser humano moderno necessita encontrar em si mesmo o caminho da redenção, a senda da verdade, a disposição para um questionamento crítico e radical do senso comum. Perfaz-se, assim, uma ruptura, que pode ser mediada pelas circunstâncias de uma perda, um insucesso, um infortúnio ou da pura e simples insuportabilidade da pressão, a sensação de que não há como fazer frente àquilo que e se é requisitado a cada vez pelas situações.

A análise que Han (2015) faz da contemporaneidade também caracteriza essa mudança do regime de poder e de discurso. A sociedade não se encontra mais na disciplinaridade, mas sim em uma sociedade do desempenho, e, por conseguinte, do cansaço e da exaustão. Na medida em que as demandas não param de crescer, não importa o que se possa realizar em termos de ação, o próprio movimento da existência agora conduz ao momento da confrontação com a impossibilidade de simplesmente seguir o movimento das realizações. Isso é, a experiência da insuficiência, pois nunca o sujeito vai se sentir à altura desta exigência infinita de ser mais e poder mais: ser si mesmo e poder mais ilimitadamente.

A ruptura com esse modo de existir traz imediatamente consigo a abertura de um fosso na existência, um abismo, que revela a possibilidade sempre viva da incerteza, da dissolução de laços, da impermanência de tudo o que é. Isso é, a transparência sobre um ente que precisa ser em um tempo marcado por posicionamentos conjunturais dinâmicos e pela destruição também ininterrupta de tudo aquilo que veio a ser sempre implica o risco de não ser, a impossibilidade de se assegurar plenamente de que será, a intangibilidade da vida sob a iminência ininterruptamente presente da morte.

Por outro lado, o trabalho em jogo nessa ruptura tende a abrir a possibilidade de outros encontros e outras relações. Assim, a dor do rompimento pode passar a ser substituída pela alegria de novos afetos, com serenidade. Para isso, faz-se necessário encontrar as razões da estranheza e do mal-estar do existir, o sentido propriamente dito da experiência insuportável que repentinamente invade a existência, um acontecimento apropriador.

Deriva-se dessa comparação entre a experiência psicótica e o suicídio, que esse último é uma resposta particular que caberia apenas para quem o tenta, que só faria sentido num campo de sentidos historicamente sedimentado, rearticulado com o porvir de cada um. A historicidade é o passado presente, que se propaga pela intensa tentativa de organização de uma identidade estável, uma alternativa de fuga da

finitude na impessoalidade. É por meio da historicidade que o ser-aí se rearticula com o futuro, deixando ser o que lhe tem sentido. O sentido do ser-aí não é a sua historicidade, mas destina-se a ela, já que, no seu fim, se transforma exatamente nela: 'fulano' foi um suicida. Todas as maneiras possíveis de ser da existência, sejam essas maneiras designadas como 'normais' ou 'patológicas', são por princípio modos de organização espaço-tempo-corporal, decorrentes desse campo historicamente constituído.

### *1.5.3 Violência identitária*

A violência contemporânea se caracteriza precisamente pela mudança de direção nos modos de subjetivação da subjetividade humana. Não mais por partir do sujeito para os objetos ou o mundo exterior, mas agora ela seria introjetada e voltada contra o próprio sujeito. Em seguida a essa inversão direcional, suspender-se-ia também a possibilidade de transferir a culpa pelos fracassos, desilusões, insucesso, restrições para o outro, para os outros, para alguém alheio. A tristeza profunda, portanto, viria à tona a partir de uma espécie de incapacidade de suportar o peso dessa assunção radical da culpa por si, de uma fadiga ou de um cansaço em relação às próprias injunções existências, de uma dificuldade de sustentação do existir.

Não importa o que se faça, o que se alcança ao final é sempre nada, de tal modo que se faz necessário renovar incessantemente a vontade a partir do solo vazio no qual nada se dá, a partir da repetição à exaustão da instabilidade constitutiva do âmbito mesmo de realização de suas possibilidades de ser. A depressão é descrita por Casanova (2021) como um cansaço de ser, uma desistência de si, uma sensação de apatia e de indiferença, que se abate sem seleção e escolha sobre todas as coisas em geral. A todo esvaziamento de sentido corresponde incontrolavelmente uma redução das possibilidades, um ralentamento do movimento, uma hesitação e um desânimo existenciais, um colapso da existência em si mesma.

Como retoma Casanova (2021), o vazio se instaura agora no cerne mesmo da clareira, do espaço existencial, na medida em que a composição maquinadora da técnica não deixa propriamente nada vir a ser. Assim, os empenhos como um todo se veem constantemente tragados pelo rastro indelével do fracasso, do malogro, da insuficiência própria a um eterno ainda não. A vontade, portanto, precisa aqui se manter incessantemente ativa, a fim de que o fracasso de uma ação realizada e

sempre uma vez mais perdida não afete a possibilidade mesma de uma entrega à ação seguinte.

Na medida em que o sujeito e a vontade precisam se renovar a cada momento, apenas para vivenciarem uma vez mais no mesmo momento a dissolução imediata daquilo pelo que tinham se empenhado, os dois precisam se recolocar constantemente no mesmo lugar, no qual a vontade e o sujeito se encontravam de saída. Tudo se dá aqui, portanto, como se jamais houvesse uma saída de lugar e como se todo movimento reconduzisse sempre o existente para o lugar da máxima inação.

Tem-se, assim, a sensação de não se estar fazendo nunca coisa alguma ou de todos os esforços serem insuficientes para que algo seja feito. Sobrecargas em crescimento infinito e promessas de futuro cada vez mais reduzidas: essa é a composição da qual a depressão aparece como a realização máxima de um corolário. Essa sobrecarga e essa ameaça desencadeiam, por vezes, uma violência crescente, uma tentativa de romper na marra com aquilo que constantemente se reproduz, uma contraposição sem medida ao desmedido da situação, um ensimesmamento marcado pela indiferença radical em relação a tudo que poderia conter e dar direção comum às ações.

Ainda que seja assim, não há nada que obrigue a experimentar essa negatividade com aversão, a existência é um problema que encontra soluções possíveis nos seus próprios modos de existir, sempre temporárias para esse problema, de ordem não apenas ôntica, mas antes de tudo ontológica. Como propõe Casanova (2021), existir é de um modo ou de outro um caminho de solução.

## **1.6 Diferenciação entre ideação e intensão suicida**

Durante o levantamento bibliográfico para esse estudo, com foco na produção científica já realizada em torno especificamente da intervenção psicoterápica relacionada ao suicídio, a partir da abordagem fenomenológica hermenêutica, poucos artigos foram publicados. Sendo assim, os estudos realizados por Fukumitsu destacam-se no campo existencial, a partir da abordagem da Gestalt-terapia, como principal referência teórica para esse estudo. Segundo ela, alguns suicídios são impulsivos, porém, há aqueles que envolvem um processo, tendo início na ideação,

delineando-se num planejamento, passando por ameaças e tentativas efetivas, até finalmente a consumação do ato, isso é, a morte.

Como consta no manual de capacitação do voluntário do CVV (s.d.), um documento de uso interno, nenhum ser humano pode dizer que 'jamais pensará em suicídio'. Porém, desdobrar esse impulso em algo que determine como fazê-lo traz outra dimensão a esse pensamento. O planejamento agrava a ideação ao patamar de intensão, algo que as psicólogas podem questionar ao outro de forma aberta e direta. Flanagan e Flanagan (1995) dão uma sugestão para esta abordagem: 'você tem falado de modo que algumas vezes pensa que seria melhor para todos se você estivesse morto. Você já planejou como você se mataria se decidisse seguir seus pensamentos?'

O plano suicida pode ser explorado com o intuito de se avaliarem os riscos. Para Beck, Resnik e Lettieri (1974), o nível de risco é elevado ao se constatar a presença de uma ideação suicida frequente, intensa e duradora – na qual a pessoa apresenta um plano específico para sua morte, com acesso a um método letal.

### **1.7 Propostas de predisposição ética**

Segundo Camus (2019), só há um problema realmente sério: o suicídio. De sorte que decidir se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia. Um julgamento sob estância exclusiva da pessoa que busca o atendimento, no qual as psicólogas colocam-se apenas como sua advogada na defesa dos interesses do outro, ainda que, tal como nessa alusão, esses não sejam completamente elucidados. Fukumitsu (2014) propõe que a própria pessoa assuma sua existência, a função das psicólogas não seria a de salvar vidas, mas sim poderia ser a de promover a abertura para que o outro tenha a sensação de estar vivo. Seria preciso favorecer a ampliação de possibilidades para outras maneiras de enfrentar o sofrimento.

Não obstante, como realça Fukumitsu (2014), uma supervalorização das psicólogas sobre o valor da vida pode ofuscar ou acentuar uma miopia quanto à confusão, o vazio e a solidão do outro. A percepção fica mais aguçada quando há um estranhamento. Para que se perceba melhor o outro, é necessário que se suspenda a própria estrutura de crenças e valores, buscando assim enxergar a realidade a partir da percepção do outro. Um estranhamento também em relação ao outro, no sentido

de percebê-lo em sua singularidade, a configuração única de suas relações sociais, respeitando sua história de vida particular e validando seu sofrimento presente. Além de um estranhamento da própria interação entre aquela psicóloga e a pessoa que a busca, afastando-se de abordagens e conceitos padrões, desarmando-se de técnicas, na tentativa assim de manter uma postura ética aberta, inaugural e de constante construção.

Para Fukumitsu (2014), as psicólogas que se utilizam da empatia em relação ao sofrimento humano, isso é, aquelas que podem se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o outro está, podem fazer emergir, por meio desta disponibilidade interpessoal, o reconhecimento no outro de suas potencialidades, a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento a seus sofrimentos. Sendo assim, uma relação terapêutica que prima pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o outro ressignifique seu desespero existencial e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos.

Esta postura ética da suspensão de valores soma-se à aceitação do outro em sua totalidade. Segundo Fukumitsu (2014), é necessário que as psicólogas aprendam a tolerar, observar e respeitar a falta de sentido do outro em relação a sua vida. O que não é o mesmo que dizer de uma aprovação em relação ao seu comportamento. Talvez a proposta empática de ver o mundo através das lentes do outro seja impossível, não há como se colocar no lugar do outro, mas há como sair de seu próprio lugar.

A aceitação traz consigo o calor humano, o respeito e o acolhimento capazes de reestabelecer a autonomia da pessoa. Validar seus receios, angústias, resistências e tudo aquilo que impede a mudança cria subsídios para elaboração necessária. Ampliar a percepção em relação ao sofrimento que se instala pelo anseio de transformação e, ao mesmo tempo, pela paralização de mobilizar a energia para que as mudanças possam acontecer.

Pressioná-lo em direção a uma mudança é presunçosamente entender que haja uma ideal; além de gerar mais resistência, essa atitude destitui a pessoa de ser a única capaz de determinar sua própria existência. Ao compreender alguém de forma empática, atua-se sobre sua solidão, pois quanto mais incompreendida a pessoa sente-se, mais isolada sentir-se-á. Se o outro não se aceita, ao acolhê-lo, essa pessoa poderá sentir-se mais capaz de aceitar-se também.

O atendimento da pessoa em sofrimento extremo exige das psicólogas uma firme integralidade, isso é, permitir sensibilizar-se pelo fluxo de emoções e pensamentos do outro e, ainda assim, não se deixar levar por eles. Algumas pessoas oferecerão fortes indícios, sem falar diretamente sobre o suicídio, testando as psicólogas em sua atenção, aptidão e coragem para tratar do assunto. Como reforçam Fukumitsu e Scavacini (2013), o pior momento para se perceber incapaz de lidar com pessoas que pensam ou tentam suicídio é em meio à crise suicida.

Portanto, as psicólogas deveriam sentir-se seguras para baixar suas próprias defesas e poderem mostrar-se de forma sincera, consciente de que nesta relação emergirão reações emocionais, lembranças e rejeições. Para, portanto, vivenciá-las o mais livremente possível, sendo capazes de lidar com seus próprios conteúdos. Torna-se necessário conhecer-se o suficiente para reconhecer as emoções que emergem de si mesmo, para não as confundir com as da outra pessoa. Muito menos pressupor que o outro reagiria emocional ou intelectualmente da mesma forma diante de acontecimentos semelhantes. À empatia e à aceitação deve somar-se a atitude genuína das psicólogas nesse vínculo, ao preço de colocá-lo em risco, caso não o faça.

Não menos importante, pelo fato de que a psicologia se trata de uma prática profissional regulamentada, o código de ética da categoria exige o registro de cada atendimento, ainda mais imprescindível nos casos que esta documentação possa ser requisitada por terceiros, tal como no suicídio. Como lembra Fukumitsu (2014), as psicólogas também devem preocupar-se em documentar todos os contatos fora do *setting* terapêutico, as crises e o manejo psicoterapêutico.

## **1.8 Prevenção**

A prevenção trata de investigar tanto os fatores de risco que geram perturbações (preditivos) como os fatores que podem causar o desencadeamento do ato (disparadores), além de fortalecer os fatores protetores, a fim de propiciar as condições para que o outro possa eventualmente reorganizar o sentido daquilo que está acontecendo.

Embora o ato de se matar deva ser visto como um tema de saúde pública, Fukumitsu (2014) considera que uma das maneiras de se prevenir o suicídio é compreender e enxergar a pessoa que realiza uma tentativa ou ato suicida como um

ser singular. Sendo assim, suas inúmeras motivações para tal comportamento pertencem ao domínio privado.

### 1.8.1 Minimizar fatores de risco preditivos

Nenhum fator único demonstra ser necessário ou suficiente como causa do suicídio, mas é a combinação desses fatores, sejam sentimentos ou atitudes, cada um em maior ou menor grau, que resultará no risco aumentado para o ato suicida. Porém, sublinhar esses elementos que se verificam com maior frequência na análise das mortes por suicídio pode aguçar a percepção.

Nesses termos, o fator de risco preditivo mais frequente é a presença de algum transtorno mental crônico ou recorrente. O estudo de metanálise em 249 artigos científicos realizado por Harris e Barraclough (1997) identificou 36 transtornos mentais que demonstraram forte associação com o suicídio, além de outros 5 transtornos com relação significativa, destaca-se aqui os cinco mais relevantes: epilepsia do lobo temporal cirurgicamente tratado, transtorno funcional de estupor, ideação e tentativa prévia de suicídio, uso de sedativos associado a outras drogas e anorexia nervosa.

Além disso, estudos levantados por Pompili (2010) demonstraram que a falta da possibilidade de vislumbrar um futuro, como algo que possa trazer mudanças em relação à condição atual, seja um fator preditivo para o suicídio até mesmo maior que a depressão.

Os sentimentos predisponentes na pessoa que pensa em suicídio, como elencados no manual de capacitação do voluntário do CVV (s.d.), um documento de uso interno, podem passar por ambivalência de querer morrer e viver, depressão acompanhada de alterações súbitas de humor, falta de esperança, solidão ou desamparo gerado pelo afastamento de familiares e amigos, agitação acompanhada da dificuldade de dormir e sono prolongado.

Além disso, como descrevem Fukumitsu e Scavacini (2013), algumas atitudes são recorrentes na pessoa que tem predisposição ao comportamento suicida, tal como impulsividade, ajustamentos criativos disfuncionais, fluxo de *Gestalten*<sup>4</sup> interrompido,

---

<sup>4</sup> Teoria da Gestalt-Terapia que considera os fenômenos psicológicos como totalidades organizadas, indivisíveis, articuladas, isso é, como configurações.

mecanismos defensivos cristalizados, percepção distorcida e fixa, fronteiras de contato extremamente rígidas ou permeáveis, relações pobres ou desvitalizadas, pensamento polarizado, *awareness*<sup>5</sup> reduzida, autossuporte precário, desespero e desesperança de que a situação não será finalizada ou, ainda, a pessoa parece não vislumbrar outra possibilidade de lidar com o sofrimento, sentindo-se presa e sem saída em uma espiral de pensamentos e sentimentos confusos e recorrentes. Esses elementos delineiam o contexto para que possam ser validados pelas psicólogas, mas não se prestam à busca de uma origem para o desejo de morte.

Outro destaque dá-se à ausência de recursos internos suficientes para lidar com os diferentes tipos de perda no decorrer da vida. Toda perda incorre num luto subsequente, necessário para sua elaboração. O luto não se refere apenas à morte de uma pessoa próxima, mas pode ocorrer pela perda de conquistas, vínculos, oportunidades, desejos, escolhas e objetivos. Uma das teorias mais conhecidas sobre a elaboração da perda fala das fases do luto. Os cinco estágios da perda, como propostos por Kubler-Ross (1981), seriam a negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Segundo a autora, não há prazo para cumprimento de cada fase, não há ordem e tampouco cada pessoa enlutada atravessará todas as fases da periodização proposta. O luto é um processo pessoal e cada um o vivenciará à sua maneira.

Um dos elementos que o luto rouba consigo é aquele ânimo essencial, aquele pressuposto em cima do qual muitos constroem a vida: se você fizer tudo certo, tudo vai dar certo. Nem que seja só no final, mas vai dar certo. As pessoas geralmente precisam acalentar algumas ilusões para navegar nesse mundo, precisam manter alguma espécie de crença de que o universo tem uma lógica, de que há justiça. E, de repente, o acaso tira o chão de baixo de seus pés, justo para aquele que se vê tendo feito tudo certo. Nesse momento, será frequente a manifestação da segunda fase do luto: 'por que eu?'. Além da raiva, vem a perplexidade. A impossibilidade de negar que, ao contrário do que se tenta acreditar, muito na vida é absurdo (CAMUS, 2019).

---

<sup>5</sup> Conceito da Gestalt-Terapia, que se caracteriza pela consciência de si e a consciência perceptiva; é a tomada de consciência global no momento presente, a atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiental (Ginger, 1995, p.254).

### *1.8.2 Afastar os fatores disparadores*

Para Pompili (2010), muitos recursos são dedicados à redução do risco de suicídio, mas não ao que o potencializa. Alguns fatores podem, isoladamente ou em conjunto, impulsionar o comportamento suicida, o manual de capacitação do voluntário do CVV (s.d.), um documento de uso interno, os descreve como: a busca de alívio a uma angústia, o medo sobre o que está por vir ou algo momentâneo que é incapaz de controlar, a culpa ou vergonha sobre um acontecimento, a busca de atenção, o desejo de vingança nutrido pela raiva e fúria, a frustração por uma perda ou um amor não correspondido, o desejo de fugir de uma situação desagradável da qual não encontra saída, a incapacidade de comunicar algo que não consegue colocar em palavras, o desejo de ir para um lugar melhor ou a procura pela paz.

Outros fatores, apresentados por Fukumitsu e Scavacini (2013), podem ser a retroflexão cristalizada e a proflexão. O primeiro é percebido quando na impossibilidade de lidar com mundo, a pessoa investe sua energia em autoaniquilar-se. Uma falha no processo de autorregulação, que demonstra uma rigidez ou constrição nas ações que satisfazem suas necessidades. O segundo, percebido quando a pessoa deseja se vingar de outro ou quando, por meio de sua morte, ameaça outro para que a situação se torne como desejava. Diante desse contexto, propõe-se também investigar o sistema familiar, pois o comportamento suicida pode revelar uma dinâmica familiar disfuncional, da qual não só a pessoa quer se livrar.

### *1.8.3 Fortalecer fatores protetores*

Na contramão do sentimento de solidão do outro, Fukumitsu (2014) expõe que não é possível prevenir o suicídio de maneira isolada e, sendo assim, propõe que o trabalho das psicólogas seja realizado buscando envolver a família e fortalecendo parcerias com outros profissionais, eventualmente já presentes, tais como psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, massoterapeutas etc.

A escuta psicoterapêutica busca compreender o significado daquela ideação suicida, naquilo que pretende representar dos sentimentos e pensamentos daquela pessoa. Seu sofrimento é real, logo, é importante reconhecê-lo para, então, ser capaz de acolher seus sentimentos de impotência e solidão. O acompanhamento trata-se de acolher seu sofrimento extremo e sem perspectiva de um fim, podendo até ser

necessário o encaminhamento em situações de crise nas quais a internação será necessária.

Recomenda-se que um pressuposto que seja, desde princípio, esclarecido é o do sigilo, estabelecendo que será unicamente rompido no caso de risco de vida. Uma estratégia, proposta por Fukumitsu (2014), é a inclusão desse tópico no contrato terapêutico. As psicólogas e a pessoa sendo atendida deveriam buscar um acordo sobre a formação de uma rede de apoio emergencial, sendo que sugere como critério para esta seleção preponderantemente a proximidade física. Ela também propõe que os dados de contato de pelo menos duas pessoas sejam mantidos pelas psicólogas e que, desde o momento da obtenção desta informação, essas pessoas sejam imediatamente comunicadas.

Ao informá-las sobre a atribuição que lhes é esperada, algo que pode ser feito preferencialmente na presença da pessoa em foco, busca-se a aceitação daquelas pessoas em assumir tal responsabilidade. O conteúdo destas conversas, a função desses contatos e os limites do sigilo devem ser negociados desde o princípio, de forma a estabelecer as condições mínimas aceitáveis pelas psicólogas e pela pessoa atendida para realização do atendimento. Esta atitude inicial, além de fortalecer a prevenção, aumenta as fontes de cuidado e pode incitar a pessoa a redimensionar sua percepção de solidão.

Outro fator importante no que tange o sigilo é o contato com o psiquiatra, assim, propõe-se buscar também um acordo com a pessoa atendida sobre as informações que serão fornecidas e o esclarecimento de sua necessidade, inclusive nos casos em que a pessoa não está sob tratamento psiquiátrico, uma vez que esse profissional pode vir a ser requisitado. Estas precauções podem ser fundamentais, quando possíveis de serem realizadas antes do momento do ápice da crise, tanto para que haja um plano básico de ação emergencial, como para que esses contatos não sejam surpreendidos pela situação e, primordialmente, para que não se perca o vínculo de confiança quando esse for mais preciso.

As profissionais devem refletir antecipadamente sobre o quanto flexibilizarão sua disponibilidade para esses casos e esclarecer ao outro sobre como pode ter acesso à psicóloga em momentos de desespero. Como alternativa complementar, caberia informá-lo sobre o número 188 do Centro de Valorização da Vida (CVV), uma vez que esse tipo de atendimento está sempre disponível e pode ser acessado numa emergência. Fukumitsu (2014) costuma selar esse plano de segurança com a

seguinte fala: “Não gostaria que você se matasse sem que me desse o direito de saber sobre seu desespero” (p.272).

#### *1.8.4 Intervenção na ideação e planejamento suicida*

Há aqueles casos em que as psicólogas são procuradas muito antes de que a tentativa de suicídio se realize, seja essa busca movida pela ideação ou intensão suicidas, seja porque esse pensamento surge no decorrer do atendimento psicoterápico. Após o cuidado de passar pelos passos de prevenção recomendados anteriormente, quais sejam, minimizar os fatores de risco preditivos, afastar os fatores disparadores e fortalecer fatores protetores, as psicólogas têm a possibilidade de tentar reorganizar os sentidos dados por aquela pessoa a um determinado acontecimento, a uma certa circunstância, a alguma configuração relacional ou a um estado específico de humor.

Toda direção tem dois sentidos, no caso da direção existencial, o sentido da morte ou da vida, caberia às psicólogas a orientação de um sentido. Antagônico a seu sentimento de impotência, aquele que tem a potência de outorgar a si mesmo a coragem de sobrepor o instinto de autopreservação demonstra ter força suficiente para elaborar qualquer sofrimento. Nas palavras de Camus (2019): “[...] o que se denomina razão de viver é ao mesmo tempo uma excelente razão de morrer” (i. 122). É a própria ambivalência entre viver e morrer que pode ser aqui explorada.

O incômodo e a irritação apresentam-se como bons indicadores daquilo que a pessoa deseja que mude. Num primeiro momento, como salienta Fukumitsu (2019), odeia-se o estímulo que provoca mudanças. A partir da percepção da realidade da pessoa, Fukumitsu e Scavacini (2013) sugerem que a condução da psicoterapia deva se iniciar pelo sofrimento maior, para o qual a morte queria solucionar. O que quer a pessoa que pensa em suicídio é eliminar seu sofrimento, parte de sua existência, porém confunde a necessidade de aniquilar seu sofrimento com a autoaniquilação, matando o todo.

Fukumitsu e Scavacini (2013) propõem que as psicólogas averiguem as fantasias em relação ao que o outro imagina que ocorrerá quando ele se matar, isso é, identificar por quais situações ou conflitos o suicídio está sendo visto como solução, bem como o impacto do suicídio nos que ficarão. Fukumitsu (2014) detalha que o objetivo nesse momento é fazer uma compreensão do sentido do ato suicida,

explorando sentimentos e pensamentos, acolhendo o sentimento de impotência e solidão e confirmando que a situação é difícil e, por isso, imagina que sua morte poderia ser a única alternativa. A partir daí, a ambivalência entre querer morrer e querer viver de outra maneira pode ser explorada. As psicólogas devem tentar se manter calma, adotando uma postura de acolhimento e escuta e, se possível, envolver a família.

Nesse mesmo artigo, Fukumitsu e Scavacini (2013) sugerem que o foco da psicoterapia esteja na situação que a outra pessoa acredita lhe causar mais conflitos, para que se possa conhecer a maneira pela qual esses conflitos afetam sua vida. A partir daí, ampliar o reconhecimento de suas emoções, dos pensamentos ambivalentes e/ou rígidos e das ações que realiza em direção à satisfação de suas necessidades, que são, muitas vezes, impulsivas. Além disso, as psicólogas devem explorar alternativas para lidar com os conflitos da pessoa, aliadas à formação de uma rede colaborativa que promova seu autossuporte.

Nessa mesma direção, faz-se importante a descoberta de novas capacidades de se comunicar, aumentando as redes de apoio e seus relacionamentos interpessoais. Além disso, é relevante ampliar sua autopercepção para que a pessoa possa, possivelmente, flexibilizar-se e permeabilizar suas fronteiras. Vale também explorar meios para que a pessoa possa expressar seus sentimentos, principalmente a raiva, pois sua contenção pode potencializar a autoagressão.

Sentir a existência é condição fundamental para pensar que viver ainda faz sentido. As psicólogas devem estar atentas ao relato do cotidiano daquela pessoa, para assim poderem enfatizar circunstâncias da vida que demonstram seu pertencimento ao mundo, ou que podem vir a provocar esse sentimento. Como aborda mais especificamente Fukumitsu (2014), a busca singular do que provoca no outro a sensação de que ele está vivo e que viver ainda faz sentido. Logo, acredita-se ser profícuo evidenciar passagens de sua vida que denotem vivacidade em alguma atitude e sua potência em agir sobre o meio.

Uma alternativa possível para o manejo, proposta por Fukumitsu (2014), é o uso da confluência, isso é, o reforço do voto de confiança principiado nesse vínculo, a crença na relação entre a psicóloga e a pessoa sendo atendida, dado que o fortalecimento desta relação pode dar algum lugar de pertencimento ao outro. Uma certa persuasão na afirmação de que o suicídio não é a melhor alternativa, focando na solução dos problemas, ou ainda melhor, na pessoa e não na solução do suicídio.

A preocupação das psicólogas com a possibilidade de que o outro se mate pode ser compartilhada com o outro.

Inclusive, é possível propor um contrato de não-suicídio, solicitando-lhe que contribua na ajuda que as psicólogas podem oferecer, porém não se recomenda alimentar uma fantasia de que um apoio externo poderá salvá-lo. As psicólogas devem ter cuidado para não se prenderem à necessidade do outro de ser salvo, nem mesmo as suas de serem as heroínas; não menos comum, tampouco devem gerar expectativas quanto a atitudes de gratidão como contrapartida.

As psicólogas precisam ser cuidadosas em suas intervenções. Uma forma de comunicar-se que demonstre ao outro a sua compreensão do que foi percebido em relação ao que o outro expressou. Evitando serem enfáticas, portanto, sem afirmar o que julgam ser a pretensa verdade. As psicólogas devem ser conscientes de que podem estar apoiando-se em estruturas frágeis, que podem ruir despercebidamente.

Não é incomum que as psicólogas ouçam a seguinte demanda: 'preciso de sua ajuda para conseguir me matar'. Uma resposta perspicaz e audaciosa, proposta por Fukumitsu (2014), é lançar mão de um recurso terapêutico chamado testamento em vida. Distintivamente de um bilhete, que, além de revelar a motivação em se matar, muitas vezes também exprime certos desejos para que sejam satisfeitos somente depois da morte, o testamento em vida é uma oportunidade para que a pessoa elaborar possibilidades e, assim, tentar satisfazer suas necessidades na interação com aquilo que a circunda. Testamentar não é somente a distribuição dos bens, mas também registrar aquilo que gostaria que fosse feito. O testamento em vida tem como contexto sua própria história, e a proposta é o resgate de algo que se faça em vida.

De posse desse documento, a proposta torna-se então a de incitar esta pessoa a implicar-se na realização de seus próprios desejos enquanto viva, impeli-la a restituir-se da incumbência inicialmente deixada a outros. Esse instrumento também pode revelar de forma mais concreta o intuito de se matar, muitas vezes, difuso antes de tal elaboração, o que pode servir para conjuntamente pensarem sobre alternativas que alcancem o mesmo objetivo, sem que tenham o mesmo fim. A partir de Fukumitsu (2014), sugere-se que a intenção das psicólogas não seja a de dissuadir a pessoa em sua intenção de morte, mas a de promover a abertura de situações nas quais o outro possa se sentir vivo.

Uma outra proposta é trazida por Holzhey-Kunz (2018), a partir da daseinsanálise, que trabalha a doença como sendo um estado de restrição da

liberdade. Através da hermenêutica, a *daseinsanalista* busca esse escutar que possibilita entrar no projeto do outro, explicitando-o, através das relações desse ser-no-mundo com ele mesmo e com os outros, abrindo o seu movimento, para que esse possa reassumir o seu projeto de poder-ser, de decidir-se por si mesmo. Nas palavras de Heidegger (2006), “recuperar a escolha significa *escolher* essa *escolha*, decidir-se por um poder-ser a partir de seu próprio si-mesmo. Apenas escolhendo a escolha é que a presença *possibilita* para si mesma o seu poder-ser próprio.” (p. 346)

Tem-se também a proposta de Casanova (2021), para quem a terapia de transtornos existenciais deveria olhar para quatro dimensões. A primeira refere-se aos tipos de existência marcados pela maior ou menor presença do mundo fático sedimentado, que funciona como base normativa e normalizante para a estruturação cotidiana do espaço, do tempo e do corpo existencial, da *nadidade* estrutural que é determinante dos sentidos mesmos que sustentam os projetos cotidianos em geral.

A segunda reflete que as existências jamais gravitam no ar em meio a estruturas transcendentais sem concretude e tampouco podem encontrar sua determinação específica apenas em processos históricos que se encontrariam na base de sua fenomenologização. Ao contrário, existências são históricas, precisamente na medida em que suas possibilidades existenciais se encontram submetidas à medida histórica que atravessa de maneira decisiva o próprio campo de fenomenologização espaço-tempo-corporal de seus fenômenos, que se fazem presentes em uma época, em um mundo, em uma comunidade humana em particular.

Em terceiro lugar, os existentes são também figuras constelacionais atravessadas pela materialidade oriunda justamente da particularidade de suas relações e do lugar que cada relata conquista no interior da respectiva constelação relacional. Isso é uma forma de dizer que a pessoa em crise é sempre carente de uma análise topológica concreta, sem a qual sua configuração posicional jamais se revela, o aquiescimento ao caráter constelacional das configurações mesmas do existir, com a exposição constante da instabilidade estrutural de todas as conformações alcançadas. Por fim, não se pode desconsiderar precisamente o quanto o ser-aí possui uma conexão originária com o problema da existência, com a inexorabilidade de sua transitoriedade primordial e com as possibilidades de lida que emergem desse problema.

## 1.9 Intervenção no momento do ato suicida

O suicídio pode ser um processo lento, mas o ato em si acontece num momento de impulso. No ápice da crise suicida, os esforços deveriam não mais estar direcionado àquilo que pode diminuir os riscos de suicídio, mas àquilo que reduz a letalidade. Fukumitsu e Scavacini (2013) recomendam ação imediata nas situações em que a pessoa ameaça se machucar, participa de atividades de alto risco, aumenta o uso de álcool ou drogas, tem acesso a meios de se matar (medicações, armas etc.) e fala ou escreve sobre morte, morrer ou suicídio.

As psicólogas podem ser acessadas no decorrer de uma tentativa de suicídio, o chamado à profissional sugere então que a pessoa deseja algum tipo de auxílio. A partir do esforço da empatia, as psicólogas deveriam ater-se primeiramente em entender qual forma de ajuda o outro solicita, sem se apressarem em solucionar o problema disparador, mas focarem na vontade daquela pessoa. Pompili (2010) sugere realizar perguntas diretamente, tais como: 'onde está doendo?', 'como posso ajudá-lo?', 'o que está acontecendo?'. Isso pode promover a abertura de um diálogo com a pessoa que está tentando se matar e, eventualmente, estabelecer algum início de conexão.

No momento do ato suicida, as pessoas mostram-se ambivalentes quanto à morte, querem tanto viver quanto morrer, portanto, as psicólogas devem buscar alcançar elementos vitais daquela pessoa, que contrabalanceiem os desejos de morte. Ao fazer isso, as psicólogas empenham-se em reverter a balança, reorganizando junto ao outro um pouco do sentido que a permita esperar e continuar a tentar.

Eventualmente, o pedido de ajuda pode ser apenas o de uma companhia no transcorrer do ato suicida, explicitando não querer ser socorrido. Em alguns casos, como expõem Fukumitsu e Scavacini (2013), o ato suicida representa o único jeito encontrado pela pessoa para poder explicitar sua vontade e fazê-la prevalecer. Orienta-se que as psicólogas já tenham formulado antecipadamente suas posições éticas para enfrentar uma situação como esta e, assim, agirem de forma condizente, seja respeitando a autonomia da pessoa em atuar sobre sua própria vida, seja em sobrepor esse desejo e acionar meios de auxílio que busquem o reestabelecimento da segurança, saúde ou vida da pessoa.

Para os casos em que as psicólogas decidem intervir, a despeito do desejo da pessoa, há alguns fatores que podem ser observados. Se a tentativa é iminente, mas a pessoa ainda não iniciou o ato de se matar, a primeira medida é ganhar tempo. Uma escuta empática e não sugestiva pode acolher o desespero e aliviar a tensão momentânea, abrindo espaço e tempo para a pessoa sair do impulso e caminhar para alguma elaboração.

Mais uma vez, sugere-se que as psicólogas tenham suas estratégias de ação pré-elaboradas, para saberem se irão, simultaneamente ao atendimento, acionar meios de auxílio ou os contatos de emergência, mesmo sem a consulta ou consentimento do outro. Esta intervenção pode tanto conduzir a pessoa para uma situação de mais calma, assim como esta pode não resultar na redução do ímpeto e o ato de se matar inicie. No caso de um apaziguamento, abrem-se alternativas de manejo mais elaboradas e que levam mais tempo, tal como os citados nos tópicos anteriores.

Recomenda-se que as psicólogas também preparem-se para situações em que se deparam com o ato de se matar em andamento. Uma possibilidade é apenas permanecer no acolhimento da pessoa até que a morte se dê, respeitando seu desejo, ainda que não explícito, de apenas ter uma companhia. Outra situação possível é, após já iniciado o ato de se matar, a pessoa expresse seu arrependimento, sendo a psicóloga a pessoa que lhe ocorreu acessar, muitas vezes por uma chamada telefônica.

Recomenda-se que as psicólogas iniciem o socorro pelo meio de auxílio com maior proximidade física da pessoa, logo, um dos contatos que as psicólogas já podem ter investigado nas primeiras consultas de uma pessoa com ideação suicida. Simultaneamente, recomenda-se o acionamento do serviço de saúde mais eficiente da região onde a pessoa está, seja o SAMU, o Corpo de Bombeiros ou um posto de saúde, informando a localização da pessoa. Caso esta seja sua residência, busca-se pelo endereço que já pode ter sido coletado nas primeiras consultas com a pessoa com ideação suicida.

Recomenda-se também que as psicólogas solicitem à pessoa que, se possível, deixe as portas destrancadas, agilizando o socorro daquele contato ou meio de auxílio mais próximo, indispensável nos casos em que a pessoa possa vir a perder a consciência. Caso a busca pela psicóloga tenha ocorrido por chamada telefônica, recomenda-se que a ligação não seja interrompida até que algum auxílio esteja ao

lado da pessoa e que haja seu consentimento, buscando acordar com ela um próximo momento de interação. Mais uma vez, sugere-se que as psicólogas reflitam sobre como irão proceder após uma tentativa: se apenas aguardarão o retorno da pessoa ao consultório, se irão predispor-se a ir eventualmente visitá-la no serviço de saúde ou residência, ou ainda, se irão ao encontro de seus familiares ou contatos de apoio.

Elencadas aqui uma série de decisões éticas e pessoais que demandam longa elaboração das psicólogas, uma postura minimamente sábia, para não dizer profissional, sugere que sejam detalhadamente refletidas e não tomadas de ímpeto no calor do momento. Se prestar atendimento terapêutico a alguém em um contexto, digamos, controlado, não é uma tarefa simples, mais difícil é atender a crise, atender a urgência.

### **1.10 Pósvenção**

Principalmente nos casos em que o comportamento suicida não resulta em morte, a pessoa passa então a carregar o estigma social do inadequado. Mesmo no convívio familiar, a pessoa que tentou suicídio carregará o peso de ser o 'problemático'. A casa torna-se, então, um lugar onde todos 'pisam em ovos' e, com isso, perdem-se a espontaneidade, a autenticidade e a intimidade nas relações. A vigilância passa a ser um novo controle constante sobre ela e, mesmo aqueles vínculos sociais que antes reforçavam seu sentimento de pertencimento, podem ser abalados. Além disso, recai sobre si mesmo a frustração por mais uma vez não ter sido capaz de concretizar uma tentativa de solução, além da culpa pela dor que o acontecimento gerou naqueles que mais ama.

Por outro lado, há vínculos que podem ter sido um dos fatores disparadores para o comportamento suicida, tal como um relacionamento amoroso ou o sistema familiar. Nesse caso, os demais passam, então, a tratá-la como uma doente ou a isolá-la. Os outros pertencentes a esta relação agem em defesa própria e podem assumir o papel de saudáveis, porém, o comportamento suicida denuncia a dinâmica disfuncional da relação entre eles.

Há também aqueles casos em que a pessoa aparenta uma melhora súbita após a tentativa de suicídio, passa a agir como se nada houvesse acontecido e o evento é entendido como um renascimento para vida. As psicólogas deveriam estar atentas a uma possível reversão para o quadro de mania, uma negação, ou mesmo, uma forma

de responder ao ambiente que se estabelece ao seu entorno, a fim de amenizar o peso da atenção que recai sobre si. Porém, e ainda mais importante, essa esquivia também pode indicar uma manobra para uma nova tentativa de suicídio.

Para o acompanhamento após uma tentativa de suicídio, Fukumitsu e Scavacini (2013) indicam: reavaliar a situação em 24 horas, garantindo que a pessoa esteja em um ambiente seguro e protegido; orientar e acompanhar os familiares; solicitar que os familiares, amigos e/ou companheiros fiquem próximos da pessoa que tentou o suicídio depois da alta hospitalar, evitando que fique sozinha; levantar possibilidades e investigar se o ambiente para o qual a pessoa retornará apresenta perigos (tais como um quarto com sacada ou medicamentos acessíveis); munir-se de planos emergenciais, caso a ansiedade, a ideação e os sintomas aumentem; entrar em contato com outros profissionais envolvidos (por exemplo, psiquiatras); acolher a família.

Como pontos de partida para continuidade do atendimento psicoterapêutico, para Fukumitsu (2014) faz-se necessário elucidar o comportamento suicida, avaliando-se a letalidade e intencionalidade, ou seja, uma reflexão sobre quão letal foi a tentativa, bem como a motivação do ato. Para tanto, pode-se buscar identificar a intenção e intensidade da motivação em acabar com sua vida. O comportamento suicida pode ser compreendido como um todo e, assim, propiciar uma reflexão sobre dois aspectos fundamentais: o pedido que o comportamento suicida revela, ou seja, qual mensagem existencial a pessoa que tenta o suicídio está transmitindo; o objetivo que a pessoa que tenta o suicídio não consegue concretizar em vida.

### **1.11 Políticas públicas de prevenção**

Segundo Bertolote (2013), até a descoberta da penicilina, no período entre guerras, a medicina era caracterizada por uma luta contra as doenças infecciosas. As vacinas foram descobertas no final do século XVIII, quando começou a imunização contra a varíola, a doença que mais matava. A combinação de vacinação, saneamento básico e a descoberta dos antibióticos causou a mudança do paradigma demográfico, dado que até a segunda guerra mundial, as pessoas morriam jovens. A expectativa de vida no Brasil, durante a primeira década do século passado, era de 37 anos, já hoje beiramos os 80 anos. Com a redução da mortalidade infantil, a população passou a morrer mais velha, de doenças crônico-degenerativas, assim como por suicídio.

Seja em relação ao suicídio que resulte em morte, a tentativa de suicídio ou comportamentos autodestrutivos, países que adotaram uma política pública de prevenção ao suicídio tiveram redução em suas taxas. Em uma reportagem, Bertolote (2018) afirma que o Brasil precisa urgentemente de uma política nacional de combate ao suicídio, assim como existe para AIDS, para câncer, para gripe. Algumas populações como os indígenas, os presidiários e os policiais são altamente vulneráveis ao suicídio e precisam de programas específicos para esse público.

Por volta do ano de 2005, o Brasil começou a discutir propostas de campanhas de prevenção ao suicídio, o governo vigente convidou a Organização Mundial da Saúde (OMS) para juntos desenharem essa política. As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio foram discutidas em 2005 e 2006, na gestão do então ministro Saraiva Felipe, que deixou o cargo em março de 2006, publicadas em agosto de 2006, assinada pelo ministro Agenor Alves da Silva, que já havia sido substituído em março de 2006 por Gomes Temporão. Nessa troca de cadeiras, a portaria se perdeu. O que restou claro foi a necessidade de uma política de prevenção com programas educativos, que ofereça tratamento para transtornos mentais como fator central, que tenha um trabalho com a mídia e um sistema de notificação mais eficiente.

Uma política de prevenção ao suicídio, como orientada pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), leva em conta os diferentes domínios do conhecimento humano, já que não há uma única forma de acabar com o suicídio. Recomenda-se que esta estratégia seja composta pelo tratamento adequado de doenças mentais (depressão, alcoolismo, esquizofrenia e transtornos de personalidade); restrição de acesso aos meios de suicídio (controle de pesticidas, controle de armas de fogo, implementar blisters para cartelas de remédios que oferecem risco, barreiras nos *hotspots*); parcerias com a mídia; programas de informação e orientação.

Como exemplo de estratégia relacionada à política de prevenção buscando, em parceria com a mídia, reduzir os índices de suicídio, encontra-se o 'Setembro Amarelo', uma das campanhas de conscientização mais bem sucedidas e promovida pelos governos ao redor do mundo. A título de comparação, no Brasil, morrem mais pessoas por suicídio do que por AIDS, porém o investimento público para sua prevenção é infinitamente menor. A formulação de uma política pública de saúde depende de opinião pública favorável, conteúdo técnico fundamentado e vontade política.

A resposta de prevenção ao suicídio no Brasil dificilmente virá das autoridades, os países que adotaram uma política de prevenção ao suicídio fizeram-no sob pressão da população, pessoas da comunidade exigindo de seus políticos. Diversos grupos têm se organizado com o objetivo de suprir as necessidades coletivas mais importantes, tal como o Centro de Valorização da Vida (CVV). Porém, é a sociedade civil que terá que reconhecer que estamos diante de um problema muito grave e, a partir disso, terá que buscar organizar-se para que esta demanda ganhe vulto. Somente assim, os governantes se mobilizarão pela necessidade de medidas eficazes para prevenção do suicídio.

## 2 MÉTODO

Inicialmente, realizou-se um questionário (anexo 5.1) viabilizado por plataforma digital e encaminhado a profissionais da área de psicologia, com o intuito de selecionar os participantes que realizariam entrevistas individuais. As questões permitiram uma primeira aproximação às psicólogas e a atuação em seus atendimentos nos quais o tema suicídio tenha sido suscitado. As perguntas também buscavam identificar psicólogas inscritas no CRP local e que tivessem feito atendimentos de urgência, durante uma tentativa de suicídio. Num segundo momento, previa-se realizar entrevistas individuais com as psicólogas selecionadas, que permitissem a análise mais detalhada desses eventos.

Através da pesquisa realizada por questionário, buscou-se o acesso às experiências vividas tal qual as entrevistadas as perceberam, ou seja, uma visão singular dos acontecimentos. Para a análise das respostas dos questionários, esse estudo pautou-se na proposta de Merleau-Ponty que segue três momentos: a descrição, a redução e a interpretação (DECASTRO; GOMES, 2011). Num primeiro momento, buscou-se as variações das experiências vividas nas diversas pesquisas colhidas, isso é, uma elaboração do pesquisador sobre as respostas dos participantes na busca de uma compreensão global. Realizou-se, então, uma síntese compreensiva da percepção dos entrevistados em diferentes temáticas de manifestação de suas experiências, na busca de descrevê-las naquilo que se apresentou como essencial. Ao questionar e confrontar as múltiplas respostas, visou-se elencar diferenças, semelhanças e aspectos considerados fundamentais.

Como ressaltam DeCastro e Gomes (2011), não se pode pretender com a suspensão fenomenológica uma completa isenção do pesquisador ao efetuar tal interpretação, mas pelo contrário, é com base em sua própria experiência, como alguém que também vivenciou o fenômeno inúmeras vezes, que os sentidos são compreendidos em sua totalidade confirmativa. Com base nisso, somou-se a esse estudo a percepção adquirida pela experiência do pesquisador como voluntário no Centro de Atenção da Vida (CVV), com mais de mil atendimentos telefônicos realizados entre março de 2020 e março de 2022.

Como última etapa, efetuou-se a interpretação ou busca pelo sentido do fenômeno vivido, revelando os aspectos estruturais de compreensão do fenômeno a partir do que se evidenciou na descrição e redução. Esses sentidos e significados

implícitos na compreensão existencial acerca do fenômeno foram confrontados com a literatura, propondo novas possibilidades de compreensão ou intervenção (BARREIRA; RANIERI, 2013).

Procurou-se alcançar o sentido que se revela, um desvelamento hermenêutico, sobre o fenômeno estudado, aproximando-se aqui da proposta heideggeriana que chega sempre a um sentido inacabado, alvo de uma reflexão exaustiva, que nunca poderá ser cristalizado ou que possibilite a explicitação completa da experiência estudada (FEIJOO; MATTAR, 2014). Assim, como mencionam os pesquisadores DeCastro e Gomes (2011), esse modo singular de reflexão epistemológica proporciona contribuições para as ciências e para as relações entre pessoas, grupos e países.

A pesquisa buscou contribuir para uma maior compreensão do atendimento psicológico em pessoas que estejam passando por uma crise suicida. Algo que pode aportar uma contribuição à prática de toda a categoria profissional da psicologia, por direcionar-se a uma das maiores causas de morte em nossa sociedade e que continua a crescer.

### **3 RESULTADO DO QUESTIONÁRIO**

O questionário foi publicado na internet pela plataforma Google Forms no período de 01 de dezembro de 2021 a 01 de abril de 2022, com um total de 16 respostas. A solicitação para a divulgação da pesquisa foi feita em 26 grupos de psicólogas na plataforma Facebook, sendo que 17 aceitaram a publicação. Além disso, o endereço de acesso ao questionário foi divulgado em grupos da plataforma WhatsApp, solicitando para que fossem repassados a outros grupos de psicólogas.

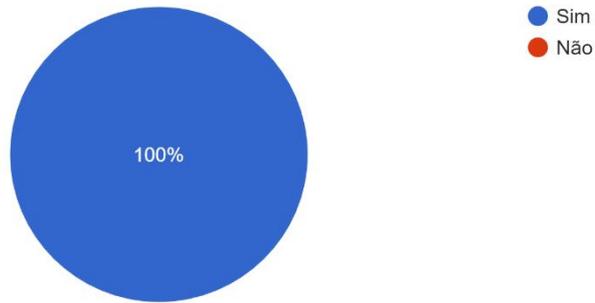
Mais de uma resposta foi possível de ser selecionada em algumas perguntas, algo que foi levado em consideração para a análise das respostas, nesses casos o resultado na plataforma Google Forms apresenta o gráfico com barras. Para as perguntas nas quais apenas uma opção era possível, a apresentação do gráfico é de setores (pizza). Em alguns gráficos, a resposta pode apresentar-se cortada, dada sua extensão, ainda assim seu conteúdo completo pode ser consultado no anexo a esse documento.

#### **3.1 Análise dos resultados**

O primeiro questionamento da pesquisa buscava confirmar se a respondente era psicóloga inscrita no CRP de seu estado, restringindo a pesquisa apenas a essas profissionais. Quanto ao perfil daquelas que responderam à pesquisa, pôde-se constatar que a maior parte se identifica como mulher (87,5%), declara não possuir religião (56,3%), possui entre um e cinco anos de experiência profissional (43,8%), adota a fenomenologia como abordagem teórica (31,3%) e tem sua prática em consultório particular (93,8%). Como a pesquisa teve maior acesso de divulgação em grupos de Facebook e Whatsapp com pessoas ligadas à abordagem teórica da fenomenologia, isso afetou o resultado desta questão.

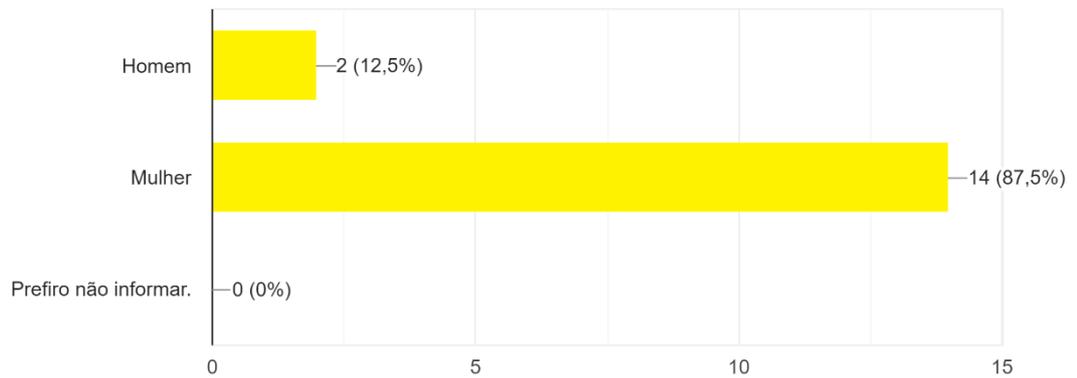
Você é psicólogo(a) inscrito(a) no CRP de seu estado?

16 respostas



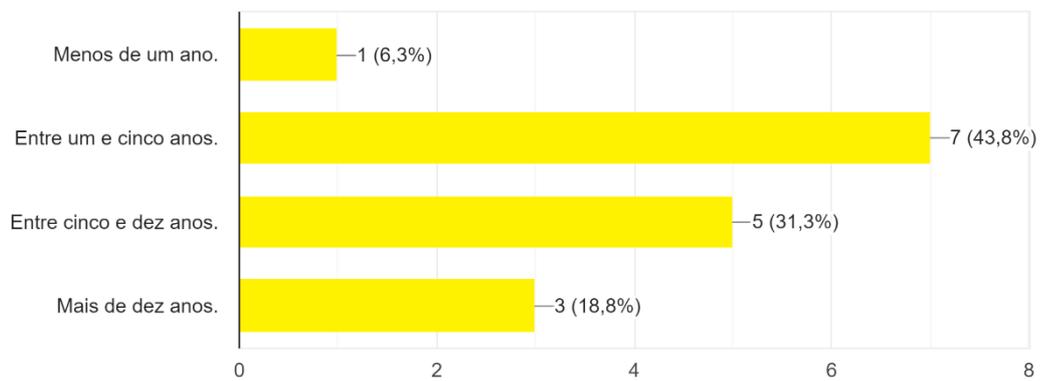
Qual sua identidade de gênero?

16 respostas



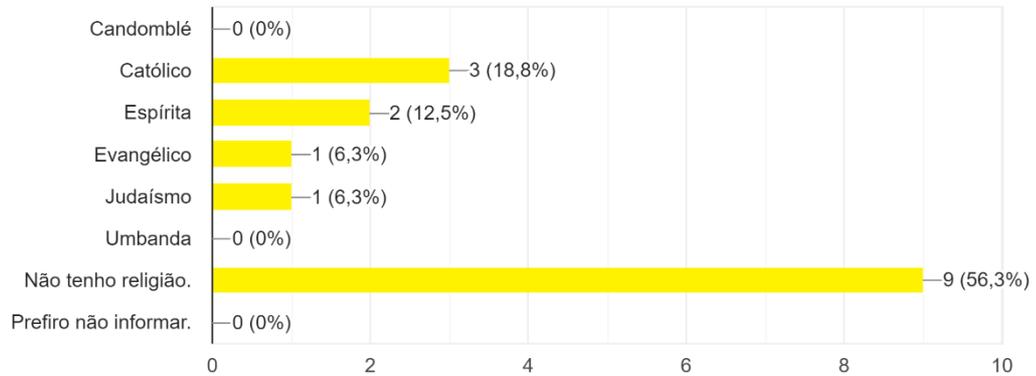
Qual o seu tempo de atuação profissional?

16 respostas



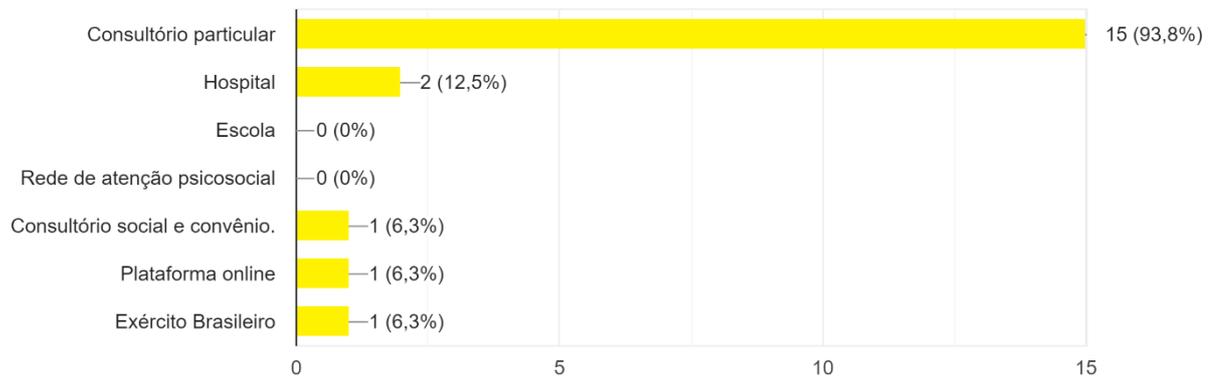
### Qual sua religião?

16 respostas



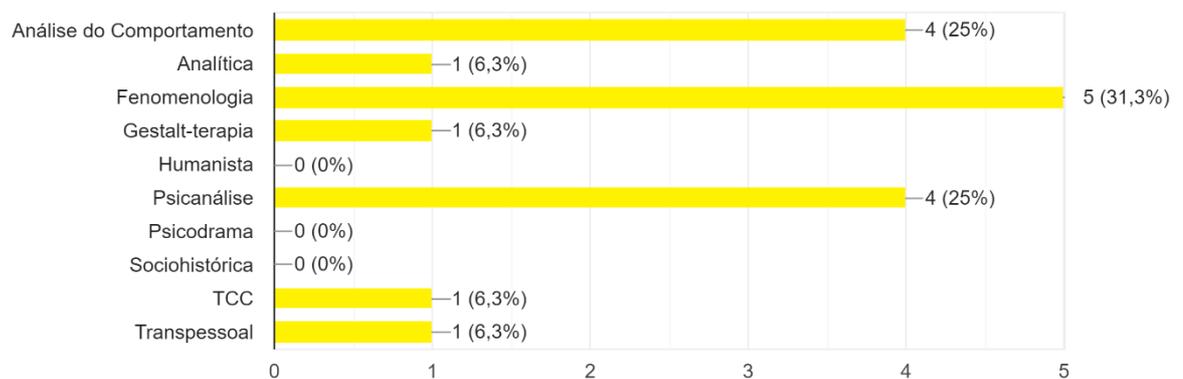
### Onde você trabalha?

16 respostas



### Qual sua abordagem teórica?

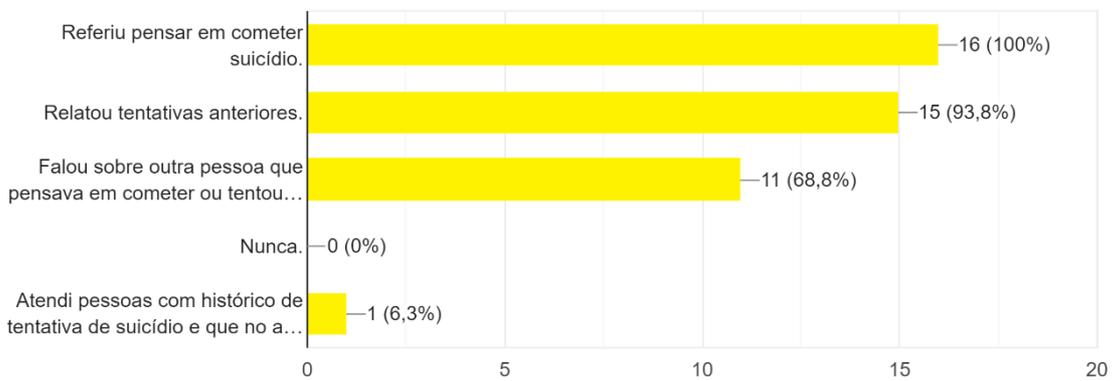
16 respostas



Todas relataram ter sido abordadas por alguém com o tema suicídio (100%), foco da pesquisa. Diante disso, os principais cuidados tomados nos primeiros contatos referem-se à solicitação do endereço residencial no cadastro da pessoa em atendimento (56,3%), a disponibilidade para atendimentos de emergência, quando há a necessidade (68,8%), o embasamento em leituras e estudos acadêmicos (93,8%) e a investigação sobre tentativas anteriores de suicídio (100%).

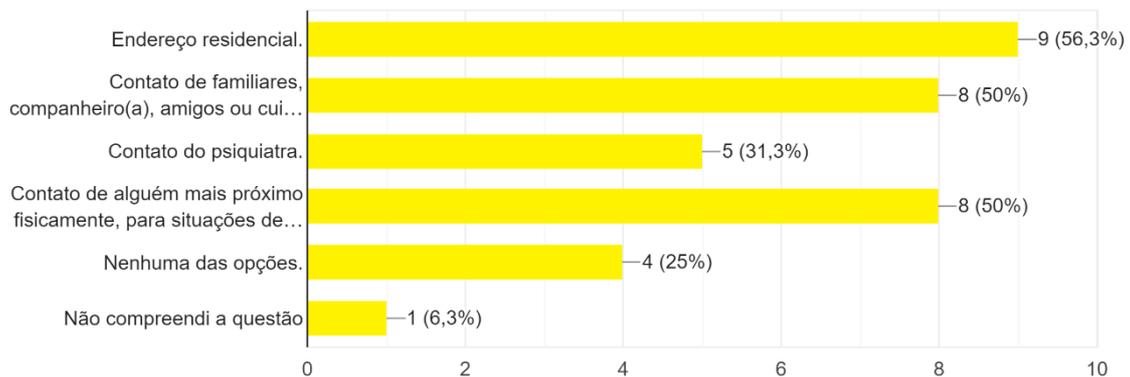
Você já atendeu alguém que abordou o tema suicídio?

16 respostas



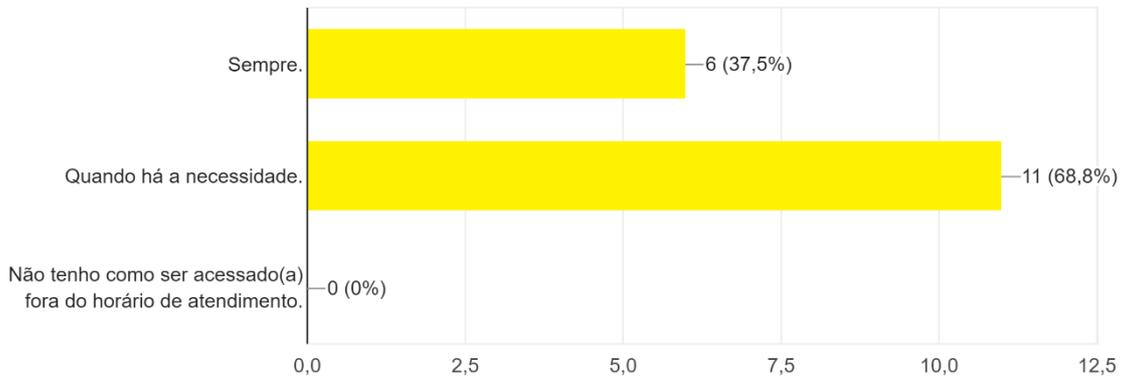
Em seu cadastro de atendimento, há informações sobre:

16 respostas



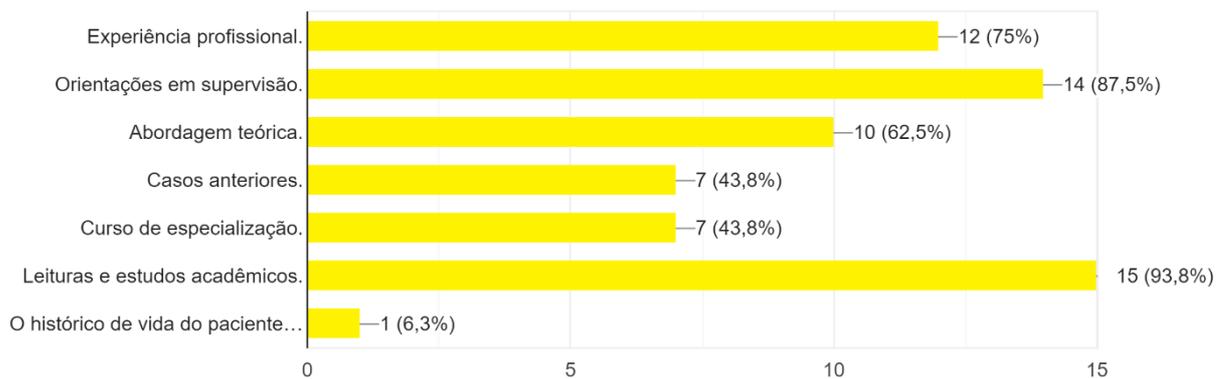
## Disponibilizo-me para atendimentos de urgência?

16 respostas



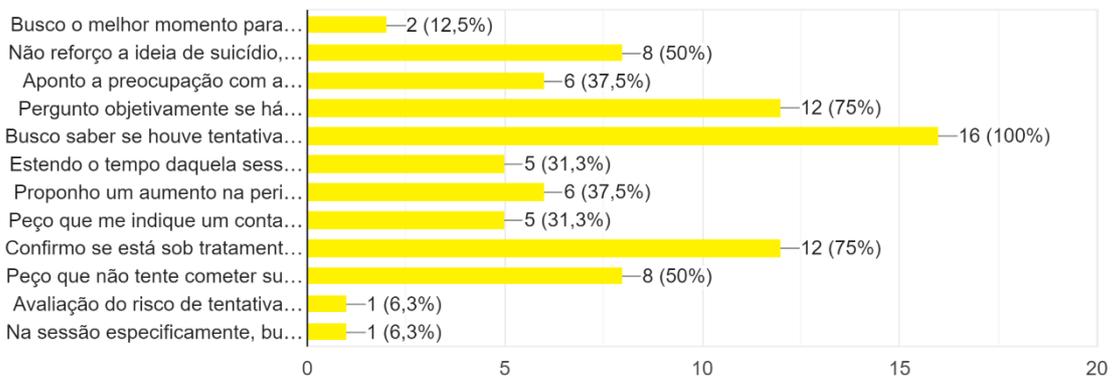
## Para atendimentos relacionados ao suicídio, em que você costuma se basear?

16 respostas



## Como normalmente age quando o tema suicídio surge em atendimento?

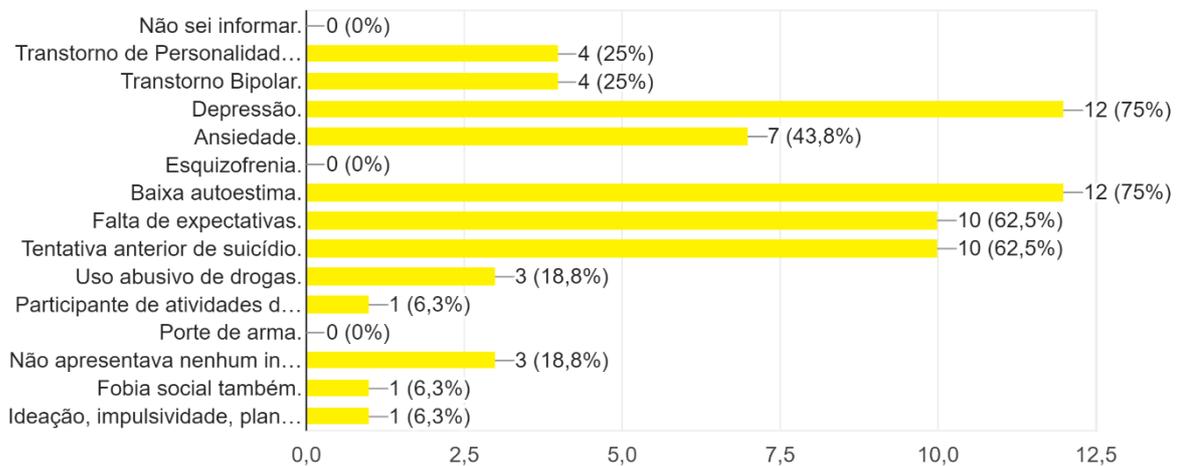
16 respostas



Ao avaliar os fatores de risco para o suicídio, a maior parte das psicólogas constatou depressão (75%) e baixa autoestima (75%) na pessoa em atendimento, seguido pela falta de expectativas (62,5%), a tentativa anterior de suicídio (62,5%) e a ansiedade (43,8%). Em relação ao contexto relatado em sessões anteriores, a maior frequência refere-se ao término de um relacionamento (56,3%), assim como agressão emocional (43,8%), agressão sexual (37,5%) e luto por morte (37,5%).

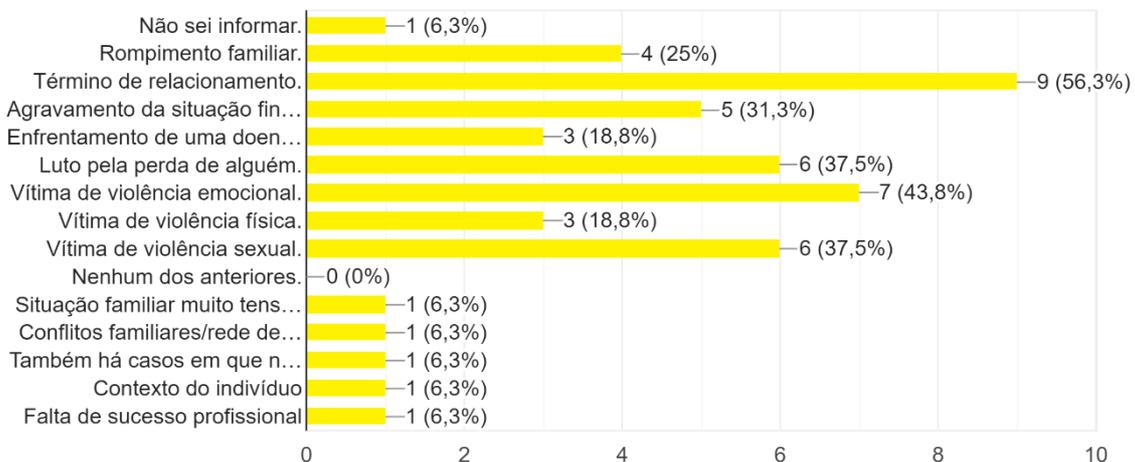
Nos casos em que o tema foi abordado, você tinha conhecimento de algum fator de risco para o suicídio?

16 respostas



Em relatos anteriores, você já havia identificado algum contexto que pudesse levar à ideação suicida?

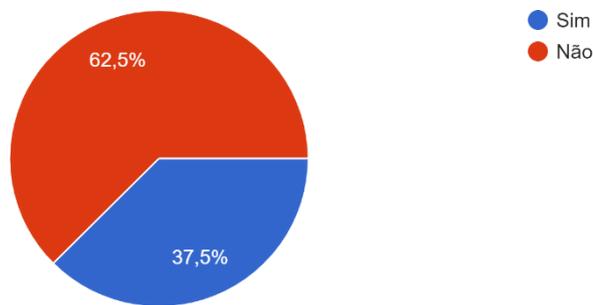
16 respostas



Quando perguntadas se já haviam sido requisitadas para uma emergência, a maior parte das psicólogas confirmou que já havia realizado atendimento no qual era iminente o suicídio (62,5%). O questionário, a partir de então, colheu apenas as respostas daquelas psicólogas que afirmaram já ter realizado efetivamente atendimentos de emergência, totalizando seis respondentes para a análise que se segue.

Você já realizou algum atendimento de emergência, no qual havia a eminência de alguém cometer suicídio?

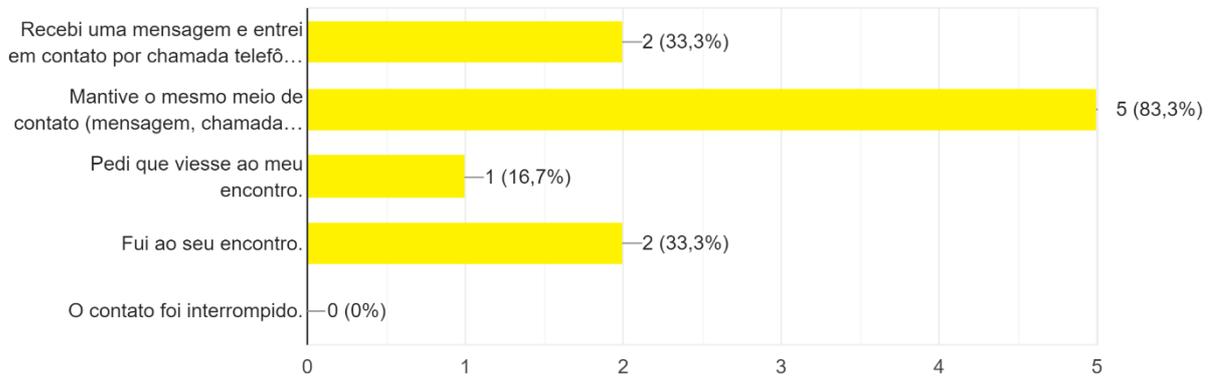
16 respostas



A maioria das psicólogas que já realizaram atendimentos de emergência manteve o contato pelo mesmo meio pelo qual foram abordadas (83,3%). Além disso, a deflagração da tentativa não teve nenhum evento específico, mas deu-se pela intensificação do contexto anterior. Porém, esta alternativa de resposta parece não ter ficado clara quanto a sua intenção de limitar-se a nenhum evento específico, sendo assim, a resposta parece acompanhar a intensificação do contexto anterior. Isso porque, ao avaliar individualmente as respostas desta questão, sempre que esta opção foi selecionada, apenas em um dos questionários realmente não foi selecionada outra opção adicional de resposta, portanto, para esta pesquisa considera-se que o evento mais relatado como deflagrador da tentativa de suicídio aponta para uma discussão, briga ou ofensa recém ocorrido (66,7%).

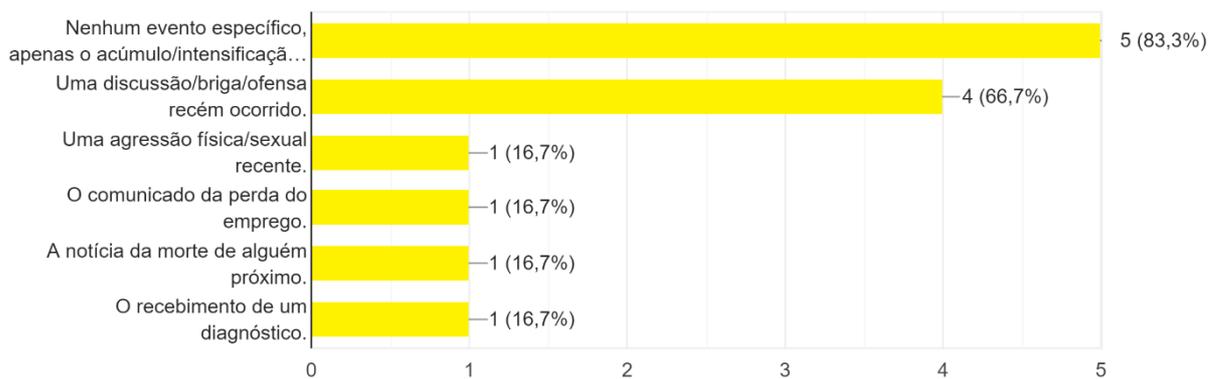
Considerando o atendimento de emergência, como se deu o contato?

6 respostas



Somado ao contexto relatado em atendimentos anteriores, você teve conhecimento de algum evento que deflagrasse o ímpeto para a tentativa efetiva de suicídio naquele momento?

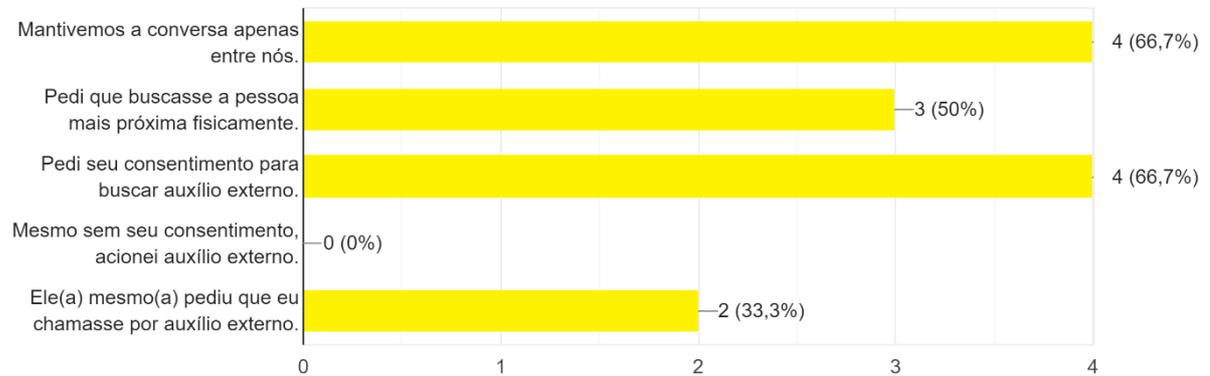
6 respostas



Quanto ao acionamento de apoio externo, ainda que uma das respostas com maior frequência tenha sido a de que se manteve a conversa apenas entre a psicóloga e a pessoa em atendimento (66,7%), a análise individual de cada questionário revela que na maior parte das vezes o apoio externo foi acionado (66,7%), tendo a pessoa consentido. Ao cruzar essa questão com respostas anteriores, observa-se que apenas uma, dentre as psicólogas que relataram ter acionado apoio externo, não tinha em seu cadastro de atendimento um contato de emergência. Enfatiza-se que em nenhum dos casos o sigilo foi quebrado pelas psicólogas, sem o consentimento da outra pessoa.

### Foi solicitado apoio externo?

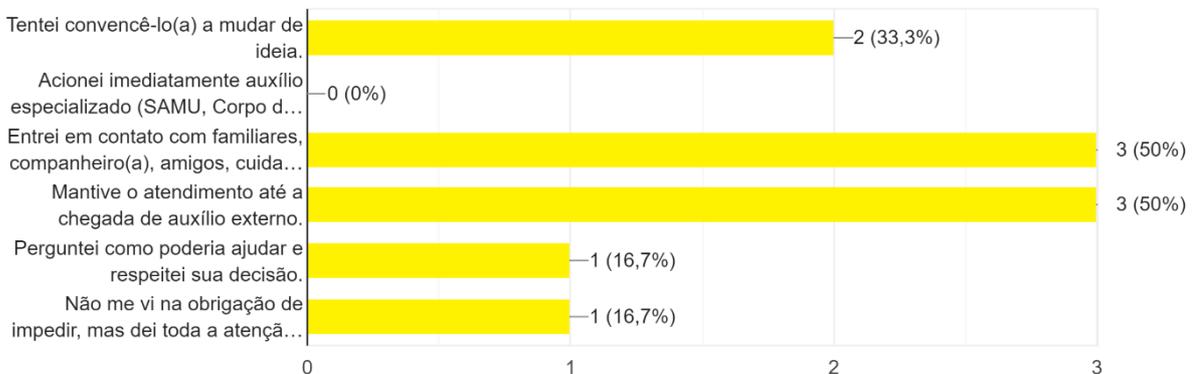
6 respostas



A maior parte das psicólogas tentou impedir a consumação da tentativa de suicídio entrando em contato com familiares, companheiro(a), amigos ou cuidadores (50%) e mantiveram o atendimento até a chegada do auxílio externo (50%).

### Você viu-se na obrigação de impedir a tentativa de suicídio?

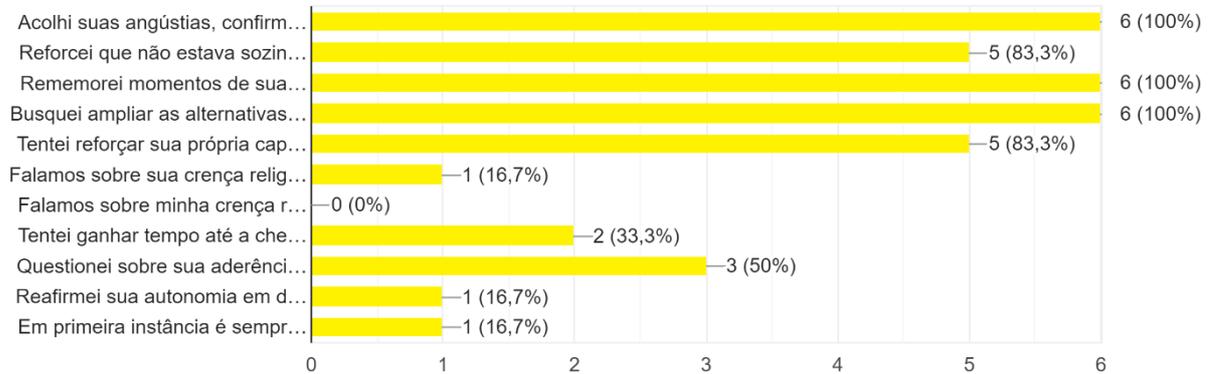
6 respostas



Quanto ao conteúdo abordado durante o atendimento, todas revelam ter acolhido as angústias, confirmando sua compreensão sobre o que a pessoa dizia (100%), também terem rememorado momentos da vida daquela pessoa, nos quais enfrentou dificuldades e foi capaz de superá-las (100%), além de buscarem ampliar as alternativas de solução para o problema que se apresentava (100%). Ainda fortemente presentes foram as tentativas de reforçar que a pessoa não estava sozinha, permanecendo ali o tempo necessário (83,3%) e sua própria capacidade em lidar com aquela situação (83,3%).

## Sobre o que vocês conversaram?

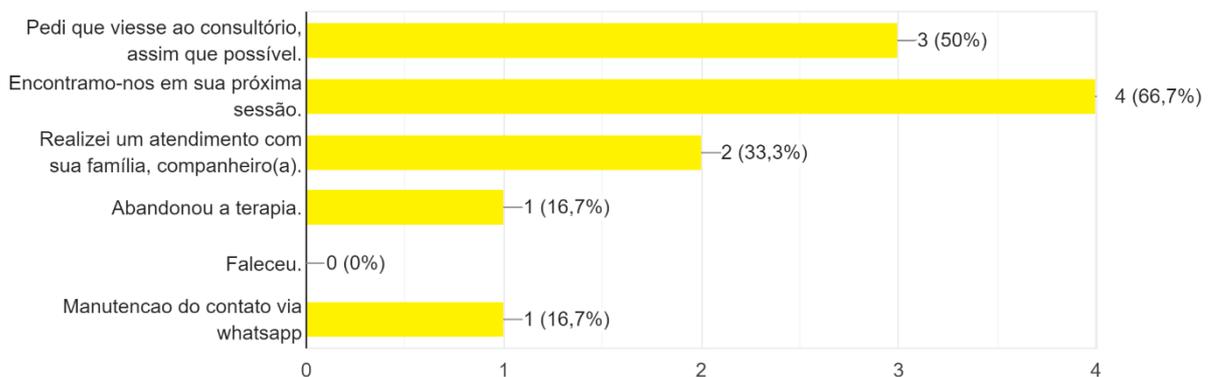
6 respostas



Após o atendimento de emergência, a orientação da maior parte das psicólogas foi para que um novo encontro fosse realizado na próxima sessão (66,7%). Porém, ao analisar cada um dos questionários, esta resposta encontrava-se selecionada em conjunto com outras respostas. Sendo assim, para essa pesquisa considera-se que a resposta mais frequente é a de que as psicólogas haviam pedido para que a pessoa viesse ao consultório assim que possível (50%).

## O que houve logo após o atendimento?

6 respostas



Três perguntas abertas encerram o questionário, assim as entrevistadas poderiam responder livremente ao solicitado. A primeira pergunta referia-se ao que as psicólogas poderiam ter feito de forma diferente naquele atendimento: metade mostrou-se satisfeita com o atendimento realizado, a outra metade relatou que deveria ter informado antecipadamente algum apoio externo. Ao verificar individualmente o questionário e cruzar esta questão com respostas anteriores, daquelas psicólogas que

se mostraram satisfeitas com o atendimento, todas tinham em seu cadastro de atendimento o contato de um apoio de emergência e que foi acionado no decorrer do atendimento. Apenas um dos questionários, dentre as psicólogas que se disseram satisfeitas, informa não ter conversado com um contato de emergência para informá-lo sobre a eventual necessidade de auxílio. Todas as demais psicólogas satisfeitas com o atendimento realizaram essa conversa antecipadamente.

A segunda pergunta buscou conhecer os principais impactos desse evento na forma de atendimento das psicólogas. As respostas foram bastante dispersas, demonstrando como o ocorrido afetou diferentemente as profissionais. Dentre as respostas cita-se que a prática se tornou mais cautelosa, o evento gerou a necessidade pela busca de mais conhecimento e resultou em uma maior experiência com situações de risco.

A última pergunta procurou compreender o significado desse evento para a vida pessoal das psicólogas. Novamente as respostas demonstraram-se bastante diversas, reforçando a peculiaridade da experiência para cada profissional. As respostas destacam a maior atenção dada ao sofrimento intenso e prolongado, sendo possível correlacionar a episódios de sua história pessoal e como essa experiência colabora para o atendimento, sendo fator de esperança.

O questionário termina com a solicitação pela possibilidade de um contato pessoal, para que o atendimento pudesse ser relatado pelas próprias psicólogas. Apenas uma profissional disponibilizou seus dados de contato, mas após uma primeira troca de mensagens para definir um horário para entrevista, deixou de responder à solicitação pelo agendamento.

Dada a indisponibilidade das psicólogas, tanto relacionada ao baixo volume de respostas ao questionário quanto ao evitarem o contato direto quando solicitadas, levanta-se a hipótese da preocupação com a exposição de sua prática profissional e o receio de serem avaliadas.

### **3.2 Discussão dos resultados**

Quando Jacobs e Brown (1989) mencionam que toda psicóloga se verá em algum momento diante da situação de atender alguém que realizou ou venha a realizar uma tentativa de suicídio, as respostas desta pesquisa confirmam tal

afirmação, ao demonstrar que em apenas um caso a ideação ainda não havia culminado numa tentativa efetiva de suicídio.

A autodeclaração das psicólogas ao referirem que não possuem religião reposiciona as condições históricas expostas por Jamison (2010) ao contexto contemporâneo. Ainda que a influência das igrejas seja presente na historicização dos sentidos e significados atribuídos ao suicídio, a tensão da influência direta dessas instituições deixou de ser preponderante diante da autodeterminação e autonomia concernentes ao período posterior a modernidade.

Ainda que, para Fukumitsu (2014), a função das psicólogas não seja a de salvar vidas, dentre todas as respostas, apenas uma psicóloga menciona não ter se sentido imbuída pelo dever moral de tentar demover a pessoa em sua tentativa de suicídio, demonstrando que certos valores constituídos na história permanecem vigentes. Essa única psicóloga, que não se viu obrigada a impedir a tentativa de suicídio, detalhou sua resposta descrevendo caber-lhe apenas a postura profissional de dar atenção ao caso e informar a pessoa e seus familiares sobre os meios de atendimento especializado, algo que evidencia a determinação da medida epocal na suposição da impessoalidade na técnica.

Soma-se a isso o fato de que apenas uma das psicólogas diz ter respeitado a escolha da outra pessoa, porém essa decisão era a de solicitar auxílio externo e não a de consumir a tentativa. Algo que reforça a compreensão do suicídio como um ato fortemente reprimido. Nesse caso, a repressão incide duplamente: tanto sobre o comportamento das psicólogas, como refere Bertolote (2013), ao categorizar o fenômeno dentro de uma esfera médica, que prima por uma 'ajuda especializada'; quanto sobre a vontade do próprio indivíduo.

Como refere Foucault (1999), ao encontra-se imerso num sistema onde o poder sobre a vida está compartilhado pelas disciplinas do corpo, seu corpo está no centro do tecido de disputas geradas pelas suas próprias vontades e os anseios da sociedade. Apenas uma das psicólogas pesquisadas reafirmou a autonomia do outro na sua decisão entre viver ou morrer.

A prática de atribuir alguma psicopatia à causa do suicídio, como refere Pompili (2010), repercute também nessa pesquisa. Em todos os casos mencionados de atendimento a uma tentativa de suicídio, atribui-se à pessoa algum transtorno psiquiátrico. Porém, nessa pesquisa, sem excluir as demais dimensões do fenômeno, tais como o contexto e a crise, explicitando uma indeterminação na lógica causal e

uma maior complexificação do acontecimento, dada pela sobreposição de sentidos numa constelação de tensões relacionais.

Quando relatada a ideação suicida, todas as psicólogas buscaram avaliar o nível de risco, como exposto por Beck, Resnik e Lettieri (1974). Três quartos das psicólogas questionaram objetivamente se havia um plano de como cometer o suicídio, tal como proposto por Flanagan e Flanagan (1995).

O escrutínio das psicólogas quanto ao risco confirmou na pesquisa a presença de fatores preditivos, como descrevem Fukumitsu e Scavacini (2013), tais como a depressão, ansiedade, impulsividade, baixa autoestima, tentativa anterior de suicídio, uso abusivo de drogas e participação de atividades de alto risco. Destacam-se com proeminência na pesquisa a depressão e a baixa autoestima, como expostas por Casanova (2021). A falta de expectativas, como apontada por Pompili (2010), também se revelou preponderante na pesquisa. Assim como a presença de um diagnóstico psicopatológico, como demonstram Harris e Barraclough (1997). O porte de arma não foi inquerido por nenhuma das pesquisadas, ainda que esse seja o terceiro meio mais frequentemente utilizado no mundo para consumação do suicídio, como explicita a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019). Com o aumento acelerado nos últimos anos do porte de armas no Brasil, dada a flexibilização das normas de controle no país, a preocupação com esse risco é algo a ser levado em consideração.

Tal como descreve Pompili (2010), confirma-se a presença de fatores disparadores que potencializam a impulsividade para o comportamento suicida. Um acontecimento que se dá e abre um determinado contexto, trazido pela pesquisa como: conflito nas relações familiares ou amorosas, o agravamento da situação financeira, o diagnóstico de uma doença grave, o luto, assim como a violência emocional, física ou sexual. Demonstra-se, com isso, a descrição de Casanova (2021) quanto ao peso do existir e como essa ininterrupta inserção de outras cargas passa a ser transferida constantemente para dimensões específicas da existência. Precipitam-se, também, as duas disposições afetivas propostas Fukumitsu e Scavacini (2013), a impotência de lidar com mundo ou a rigidez nas ações que possam satisfazer suas necessidades.

Como forma de fortalecer os fatores protetores, como proposto por Fukumitsu (2014), mais da metade das psicólogas possuíam o contato de pessoas que pertenciam à rede de apoio, tais como familiares, companheiros(as), amigos(as), cuidadores, assim como do psiquiatra e alguém mais próximo fisicamente. Além disso,

como também a autora sugere, metade das psicólogas pediram para que a pessoa não tentasse suicídio, antes de uma chance para conversar com ela. Dois terços das psicólogas pediram a indicação de um contato para que pudessem conversar antecipadamente sobre a situação e qual ajuda poderia ser eventualmente requerida de sua parte. Assim como todas as psicólogas reforçaram sua disponibilidade fora do horário de atendimento, sendo que mais de um terço disseram estar sempre disponíveis para uma urgência.

Durante a tentativa de suicídio, assim como sugere Pompili (2010), a intervenção da maioria das psicólogas deu-se pela busca de acolher as angústias, confirmando a compreensão sobre o que o outro dizia; o reforçamento de que a pessoa não estava sozinha, permanecendo ali o tempo necessário; a rememoração dos momentos de sua vida em que ela enfrentou dificuldades e foi capaz de superá-las; a busca de ampliar as alternativas de solução para o problema que se apresentava; a tentativa de reforçar a capacidade da própria pessoa em lidar com aquela situação. Reforça-se, também, a intervenção proposta por Holzhey-Kunz (2018), quanto a buscar que o outro reassuma o seu projeto de poder-ser, decidindo-se por si mesmo.

Nenhuma das psicólogas acionou o serviço de emergência, preferindo recorrer ao auxílio de parentes. Excetuando-se os casos nos quais a decisão de não acionar o serviço de emergência deveu-se a uma eventual indisponibilidade no território, ressalta-se que uma inobservância dessa recomendação pode prejudicar as possibilidades de sobrevivência, caso a situação se agrave e o tempo de resgate seja crucial.

Quanto ao acompanhamento após a tentativa de suicídio, a partir das recomendações de Fukumitsu e Scavacini (2013), metade das psicólogas solicitou que a pessoa apenas retornasse em sua próxima sessão, algo que desconsidera a alta probabilidade de reincidência nesse período. Soma-se a isso o fato de que apenas um terço das psicólogas realizaram a orientação e acompanhamento dos familiares na pós-venção, como também sugerem as autoras.

### **3.3 Relato do autor de sua experiência como voluntário do Centro de Valorização da Vida (CVV)**

O CVV, fundado em São Paulo, em 1962, é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato. A instituição é associada ao Befrienders Worldwide, que congrega entidades congêneres de todo o mundo, e participou da força tarefa que elaborou a Política Nacional de Prevenção do Suicídio, do Ministério da Saúde, com quem mantém, desde 2015, um termo de cooperação para a implantação de uma linha gratuita nacional de prevenção do suicídio.

Os contatos com o CVV são feitos por chamada telefônica (24 horas e sem custo de ligação), pessoalmente (nos mais de 120 postos de atendimento) ou pelo site [www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br), por chat e e-mail. Nestes canais, são realizados mais de 3 milhões de atendimentos anuais, por aproximadamente 4.000 voluntários, localizados em 24 estados mais o Distrito Federal. Além dos atendimentos, o CVV desenvolve, em todo o país, outras atividades relacionadas a apoio emocional, com ações abertas à comunidade que estimulam o autoconhecimento e melhor convivência em grupo e consigo mesmo.

Não se pretendeu nesse trabalho uma suspensão completa do pesquisador, isso é, uma isenção ao efetuar a interpretação. Pelo contrário, é com base na própria experiência do pesquisador, como alguém que também vivenciou o fenômeno, que os sentidos podem ser compreendidos em seu contexto. Com o intuito de ter uma maior aproximação do fenômeno, que me inscrevi no CVV em fevereiro de 2020, um pouco antes do mundo ser surpreendido pela pandemia do Coronavírus e o distanciamento social.

Durante meus dois anos de atuação como voluntário do Centro de Valorização da Vida (CVV), concomitantes ao desenvolvimento desse trabalho, deram-se diferentes formas de intervenção durante uma tentativa de suicídio, não por qualquer possibilidade de decisão autônoma sobre como acreditava que seria a melhor forma de lidar com o fenômeno, mas o próprio acontecimento ditou seus caminhos a cada vez, restava-me encontrar as frestas de onde cabia inserir-me. Ainda assim, como em

todo serviço de plantão psicológico, nessas mais de 2.000 chamadas, certos manejos destacaram-se em sua maior frequência.

A busca pelo serviço de atendimento telefônico do CVV é espontânea e não programada, o que me permitia captar ali o momento do ímpeto e da urgência, a crise em sua exuberância performada no aqui e agora. A compreensão inicial, então, não se referia apenas ao conteúdo e contexto da narrativa do outro, mas também buscava entender o que almejava daquela conversa. A partir de seus anseios, uma imediata avaliação da letalidade daquela situação era necessária para orientar o caminho de minha intervenção.

Nunca houve uma chamada na qual a tentativa de suicídio estivesse em curso e sua interrupção não tenha sido possível, excetuando-se os frequentes casos em que a chamada tenha sido interrompida e o seguimento do que havia efetivamente ocorrido não fosse possível. Suponho que aqueles que estavam mais decididos provavelmente não buscavam o serviço ou logo desistiam dele. Sendo assim, o ato da chamada em si já possuía um sentido: a busca por uma possibilidade que não fosse aquela única, o suicídio. Uma fresta de ambiguidade a ser cuidadosamente explorada.

Não tendo havido chamadas nas quais a tentativa estivesse em curso e o pedido fosse apenas de uma companhia, passo a descrever os casos em que a tentativa de suicídio havia sido iniciada e o pedido era por socorro, um arrependimento. O método mais lento escolhido por esses também tem um sentido próprio: poderem ser encontrados, reconhecidos em sua falência e resgatados. Como nesses casos geralmente utiliza-se meios que geram a perda da consciência, tal como o uso excessivo de drogas, medicamentos ou cortes, minha primeira orientação era a de destrancar as portas de acesso, em seguida avisar alguém mais próximo fisicamente (um familiar, vizinho, porteiro do prédio etc.) e, por fim, solicitar que a pessoa acionasse o serviço de resgate (SAMU, corpo de bombeiros, pronto-atendimento), uma vez que eu não poderia interromper a chamada.

Esse segundo passo, porém, muitas vezes enfrentava resistências, já que muitos se envergonhavam pela exposição a alguém que podia não ser íntimo, nesse caso, cabia avaliar a disponibilidade de alguém de confiança a ser informado. A pessoa íntima ali escolhida também tinha um sentido próprio: alguém com quem se poderia ter estabelecido anteriormente uma comunicação, porém só poderia fazer-se entendida daquela forma.

Quanto aos serviços de resgate, como o CVV tem abrangência nacional, cabia avaliar a disponibilidade naquele território e informar-me do número telefônico correto a ser discado. A chamada era mantida até a chegada de socorro ou, quando não fosse possível utilizar outro aparelho telefônico, interrompida para que o socorro pudesse ser acionado.

Havia os casos em que a ameaça de morte era iminente, mas a tentativa efetiva não havia sido iniciada. Nesses casos o acolhimento do sofrimento e sua legitimação, por meio de uma escuta ativa, demonstrou-se o método mais eficiente. Eficiência aqui tomada como medida a partir do próprio serviço, evidenciada pela continuidade da conversa ou por sua interrupção abrupta com o desligar da chamada telefônica.

Nessa fase inicial da conversa, o investimento no poder terapêutico da escuta demonstrou-se, na maioria das vezes, capaz de apaziguar o ímpeto. Muitos relatavam que apenas o fato de poderem ter falado sobre isso com alguém, compartilhado suas angústias, já fazia com que se sentissem melhor. O desafio, no entanto, era fazer com que o outro não desligasse a chamada logo de início ou mesmo logo após a descarga de suas frustrações e as primeiras devolutivas.

Como nesses atendimentos não havia qualquer possibilidade de estabelecer uma meta terapêutica, o objetivo fundamental era promover uma sustentação mínima para que se desse a transição para um próximo cuidado, pensado junto ao outro e mais adequado a cada caso. Por fim, reforçava a disponibilidade ininterrupta do serviço do CVV, que atende 24 horas, todos os dias da semana.

A maioria dos que ligavam, porém, não queria apenas ser escutada, mas pedia por conselhos. Porém, tal como propõem muitas das abordagens psicológicas, o treinamento ao voluntário do CVV orienta que nenhuma sugestão ou orientação diretiva seja prestada. Também nesses casos, o investimento intenso na fase inicial da conversa baseada numa escuta ativa, como citada anteriormente, demonstrou-se crucial para dar as bases a uma aproximação empática. Sem a garantia da formação desse terreno comum, qualquer tentativa antecipada de outra forma de intervenção mostrou-se infrutífera.

A compreensão do acontecimento daquela existência naquele contexto, inclusive afinado àquela disposição afetiva, permitia não apenas entender o sentido dado pelo outro, mas fazia também emergirem outras possibilidades de sentido, outros modos de ser, condição mínima para o início de um acompanhamento junto ao

outro na exploração da clareza com que se apresentavam para ele aqueles outros sentidos.

Passada essa fase inicial da escuta ativa, minha primeira intervenção era explorar alternativas de cuidado, principalmente naqueles frequentes casos em que algum transtorno psiquiátrico fosse declarado ou suspeitado na conversa. A tentativa era de entender a disponibilidade de serviços de saúde, aqueles que já haviam sido recorridos, eventuais insatisfações que pudessem inviabilizar sua continuidade, a aderência às consultas e ao tratamento. Longe de pretender medicalizar o caso, a fragilidade do Sistema Único de Saúde brasileiro é que se fazia necessária enfrentar.

Claramente esse não era o tipo de conselho que se esperava como resposta, já que a busca era sempre por algo que solucionasse especificamente seu problema ou eliminasse seu sofrimento. Com muito cuidado para não perder o vínculo formado, dizia que esta era uma primeira atenção que se fazia necessária, mas que logo passaríamos a concretamente tratar de sua questão. Tentava expor que situações complexas demandam uma rede de atenção, algo que abria caminho para o próximo passo.

O suicídio é algo que se faz só, algo que não apenas explicita a angústia e a solidão. Diferente de dizer que aquele que tenta suicidar-se é solitário, a tentativa de suicídio revela que, para aquela situação que se apresenta, as pessoas que estão ao seu redor parecem para ela incapazes de dividir o peso. Dando continuidade à tentativa de fortalecer a rede de atenção, a intervenção então voltava-se para as possibilidades de desobstrução das relações, uma vez que o ser-aí é desde sempre ser-com e, assim, a culpa ontológica nunca é particular.

A exploração passava a ser sobre as relações com maior intimidade e a possibilidade de compartilhar não somente a escuta, mas também as possibilidades de ação conjunta frente à situação. Tal como anteriormente, no cuidado inicial em relação aos serviços de saúde mental, aqui também a intenção se dirige à redução da letalidade, já que quanto maior a rede de atenção, ampliam-se as alternativas para transição daquela chamada para um próximo cuidado mais contínuo.

Por fim, quando ainda requisitado, tratava de explorar possíveis alternativas de 'como' enfrentar a situação que se apresentava. Algo que é diferente de buscar por uma solução, já que raramente era capaz de propor alguma que já não tivesse sido tentada pela própria pessoa. Havia os casos em que a tentativa de suicídio era uma

resposta impulsiva a um acontecimento inesperado, ou o acúmulo de eventos em torno dele, nesses a paciência e a coragem poderiam ser exploradas.

Além desses, também havia aquelas pessoas que já não encontravam qualquer sentido em viver, não derivado de algum acontecimento específico, mas resultado de uma intensificação melancólica, um ressentimento traduzido em apatia ou ódio pelo mundo. A intervenção aqui não se direcionava a uma tentativa de ampliar a abertura da existência para o mundo, mas intensificar a responsividade aos sentidos emergentes de seu próprio campo já aberto.

Porém, os anos de atendimento no CVV me trouxeram a humildade de reconhecer que, em muitos casos que alguém tenta suicidar-se, algumas restrições são efetivamente rígidas e a dor insuportável, é dizer, eu mesmo, diante daquela situação, não saberia como dar outra solução. Nas situações em que dificilmente uma alternativa mostrava-se possível, havia apenas uma garantia: não a morte, mas a finitude. Isso é, não apenas nós temos um 'ser' em transição, mas nosso 'aí' também é finito. A aposta não apenas na mudança inexorável de quem somos, mas na impermanência do mundo.

#### 4 REFLEXÃO DO AUTOR

Suicidar-se é “confessar que fomos superados pela vida ou que não a entendemos... Trata-se apenas de confessar que isso ‘não vale a pena’” (Camus, 2019, i. 141). Por assim dizer, o sofrimento extremo mostra suas duas faces: a incapacidade de ir ao encontro das requisições do mundo cotidiano, ou porque o sentido dessas requisições se esvaziou. Isso é, a ausência de qualquer motivo profundo para viver, o caráter insensato da agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento.

Certo é que os suicídios não se equivalem e não permitem generalizações. Por isso, muitas vezes não se pode saber, com certeza, se a pessoa se expôs ao risco deliberadamente. Ainda que haja aqueles que tem certeza quanto ao sentido de sua vida e, para eles, o suicídio traduza-se como tal apropriação. Sendo assim, todo conhecimento sobre o acontecimento verdadeiro é impossível, pode-se apenas enumerar as aparências e apresentar o contexto.

A atuação profissional tradicional da denominada autópsia psicológica, relatada por Pompili (2010), instituiu a descrição desse fenômeno no sentido da morte para aquilo que ocorria em vida. Já quando lidamos com a prevenção ao suicídio, propõe-se, nesse trabalho, que o sentido da abordagem realizada pelas psicólogas seja o oposto. Trata-se de um acompanhamento da progressão do suicídio, que se inicia na ideação e avança pelas etapas de intensão, ameaça, tentativa, consumação e posvenção. Mesmo que tal processo possa não se apresentar de forma linear e sucessiva, inclusive com a abrupta interrupção por um ato de impulsividade.

Os resultados da pesquisa confirmam que intervenções de prevenção, tais como procurar minimizar os fatores de risco preditivos, afastar os fatores disparadores e fortalecer os fatores protetores, são utilizadas pelas psicólogas como forma de propiciar as condições para que o outro possa eventualmente reinterpretar o sentido daquilo que está acontecendo. Isso é, abrir a possibilidade para explorar a ambiguidade, já que é comum que a pessoa que tenta suicídio não deseje a morte, mas outra vida, confundindo a vontade de aniquilar o sofrimento, com autoaniquilar-se. Conquanto, querer apressadamente dirimir a ambivalência do outro possa representar um desejo da psicóloga em ausentar-se de sua própria responsabilidade em decidir-se sobre como conduzir o manejo.

A cautela, no decorrer desse processo de intervenção preventiva, não pode ser ignorada, pois, como expõe Heidegger (2007), "... nem todo mundo tem o mesmo direito e a mesma força para toda e qualquer verdade. Toda verdade tem seu tempo. Certas verdades, certos homens e certos tempos amadurecem e sazonom. Não é possível falar tudo para todos sobre tudo" (p. 147).

Já a intervenção no momento da tentativa de suicídio, como proposta nesse trabalho, busca prevalentemente modos de reduzir de imediato a letalidade. Diante das diferentes referências sobre o fenômeno do suicídio, as psicólogas podem preparar-se antecipadamente sobre os procedimentos e estratégias que preferem adotar. Isso passa por conscientizar-se que a tarefa das psicólogas não deveria ser a de salvar vidas, mas a de ampliar as possibilidades existenciais para que o outro lide com seu próprio sofrimento. Esse preparo busca impedir que as psicólogas se sintam impotentes e delimita suas responsabilidades.

Portanto, antes de qualquer intervenção, caberia às psicólogas já terem se decidido quanto aos seus próprios limites éticos no que se refere ao valor da vida e a autonomia do outro. Dessa forma, quando o suicídio se apresenta para as psicólogas como algo que não se sentem em condições de atuar, o mais indicado seria repassar o caso para um outro profissional.

Não se pretendeu com esse trabalho encontrar um melhor procedimento de intervenção durante uma tentativa de suicídio, mas expor possibilidades de estratégia utilizadas por diferentes psicólogas. Com base nisso, alguns elementos práticos destacaram-se na pesquisa, tais como: manter um cadastro completo, com um contato de emergência; reforçar a disponibilidade para urgências; não ignorar a menção ao suicídio; avaliar os fatores de risco; acionar algum apoio externo e não interromper o contato.

Nas intervenções durante tentativas de suicídio, o maior investimento das psicólogas se fez na escuta empática, utilizando o tempo que se fizesse necessário para acolher as angústias e validar o sofrimento que deflagrou a tentativa de suicídio. Somente após a garantia dessa compreensão contextual e a afinação afetiva conjunta, as psicólogas pesquisadas utilizaram-se de outros recursos, tais como: rememorar momentos de superação; buscar ampliar alternativas; reforçar que o outro não está sozinho; reforçar a capacidade própria.

Independente da tentativa de suicídio ter resultado em morte ou não, a posvenção lida com as repercussões desse acontecimento. Na fatalidade, é para a

família e companheiros que as psicólogas voltaram sua atenção. Já para a tentativa de suicídio não consumada, a vítima de seu próprio algoz precisa ser amparada e protegida, enquanto, simultaneamente, reinicia-se o ciclo de prevenção. Nesse caso, não importa as situações que possam vir a ser consideradas como uma tentativa de suicídio, nunca as psicólogas atendem um suicida, mas sempre a pessoa que está viva.

Partindo daí, além da prevenção, o cuidado terapêutico pode atentar-se ao peso da vigilância que se estabelecerá institucionalmente e no contexto familiar sobre aquele que tentou suicídio, somado ao estigma social. Por outro lado, além da exploração do sentido do próprio acontecimento em si, a culpa, a vergonha e a frustração decorrentes da tentativa de suicídio são elementos que pertencerão ao novo ciclo terapêutico. Inspirando-se em Camus (2019), “a tenacidade e a clarividência são expectadores privilegiados desse jogo desumano em que o absurdo, a esperança e a morte trocam suas réplicas” (p. 195).

Ainda hoje, apesar da promoção dos vários debates em relação ao suicídio, há muito por fazer. Isso pode ser visto na forma preconceituosa com que ainda algumas equipes de saúde e policiais, que cuidam do resgate e recebem as pessoas oriundas de uma tentativa de suicídio, lidam com o caso. Essas pessoas, com muita frequência, são tratadas como suicidas, um termo já bastante banhado pelo pejorativo do impessoal, um preconceito potencializado pela escassez de locais para o atendimento especializado de emergência.

Como consequência, é nos órgãos de pronto atendimento onde pode-se observar essas pessoas sendo atendidas de um modo que indica um descaso com seus sentimentos, bem como com os de seus acompanhantes, que já estão, compreensivelmente, abalados pelo ocorrido. Esse preconceito abrange não só o despreparo dessas equipes de saúde e policiais, mas envolve até mesmo as psicológicas, algo que demonstra como o suicídio é capaz de afetar os sentimentos dos profissionais que lidam com isso diariamente. O atendimento pode ressoar um tom de medo, frente ao qual pode-se responder com agressividade, desprezo e deboche.

Seja como for, esse fato aponta para a própria dificuldade em lidar com as possibilidades de ser do outro, as quais não caberia julgamento. Além disso, denota a falta de serenidade do profissional frente à morte ou mesmo quando simplesmente avistada dentre suas próprias possibilidades abertas. Portanto, o suicídio deveria ser

destituído da condição de tabu, uma vez que ficar alheio a alguém em sofrimento extremo reduz as possibilidades de prevenir o comportamento suicida. Ainda mais no que diz respeito às psicólogas, pois não atuar de forma calma, respeitosa e ética pode fazer com que o outro desista da busca pela psicoterapia como recurso.

Por fim, retoma-se o fragmento de Nietzsche que foi selecionado como epígrafe desse trabalho. O texto narra o momento em que o demônio sugere a possibilidade para a existência de um eterno retorno do passado, tal qual ela se deu, ele retira, com isso, a possibilidade de um futuro, fantasiado como plenitude. Faz, com isso, que o presente se torne insuportável sem essa esperança.

A pergunta, então, passa a ser por um instante extraordinário, que pudesse ser capaz de dar sentido a toda a experiência do passado até então. Esse questionamento não deve servir como um julgamento moral de um passado que valeu ou não a pena, mas presta-se justamente como um fiel da balança para legitimar os modos de ser da existência enquanto essa se performa, um instante extraordinário que tornasse supérfluo um futuro e desnecessária a busca gerada pela falta de uma plenitude. Isso é, ainda que não seja possível mudar as condições em que a existência se dá, há sempre a liberdade para que se crie os modos de lidar com essa vida que se apresenta.

Em decorrência disso, a quebra do binarismo entre a falta e a plenitude propõe uma apropriação de cada instante, a existência onde e tal qual ela acontece, um sentido para o mundo que não o ultrapasse. Conquanto admita-se a incapacidade de decidir a cada vez sobre o 'que', mas o 'como' deseja-se retornar àquele instante. Conclui-se daí que o importante não é viver melhor, mas viver mais. Não em relação ao tempo, porém em intensidade, isso é, inteiro em tudo que acontece. O que importa, diz Nietzsche, não é a vida eterna, mas a eterna vivacidade.

## **5 CONCLUSÃO**

Tudo pode se tornar causa de sofrimento, pensar em uma única causa objetiva para o sofrimento não parece ser viável. Ao mesmo tempo, pode ser que não haja nada substancial que propicie esse sofrimento. É dizer, tudo e nada podem ser condições para o sofrimento existencial. Conclui-se, portanto, que não se pode compreender o que leva alguém a realizar uma tentativa de suicídio, se não se consegue acompanhar o sentido que torna essa ação possível para alguém.

A intervenção no momento de uma tentativa de suicídio não permite hesitação, algo que demanda não só preparo técnico, mas também uma reflexão quanto à ética individual. Isso para que, durante o atendimento, se possa agir de forma íntegra e entregue ao outro. O foco passa a ser, então, não aquilo que leva ao suicídio, mas o acolhimento do outro.

## 6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. S.; BICALHO, P. P. G. Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. In: **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, 723-734, Passo Fundo, 2012.

BARREIRA, C. R. A.; RANIERI, L. P. Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In: **Mahfoud, M. e Massin, M, (orgs.) Edith Stein e a Psicologia: teoria e pesquisa**. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

BECK, A. T.; RESNIK, H. L.; LETTIERI, D. J. **The prediction of suicide**. Bowie: The Charles Press Publishers, 1974.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. 1 ed. São Paulo: UNESP, 2013.

BERTOLETE, J. M. É preciso haver uma política de prevenção ao suicídio. In: **Veja**, São Paulo, jun., 2018. Disponível em:

<https://complemento.veja.abril.com.br/entrevista/jose-manoel-bertolote.html>.

Acessado em: 05 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acessado em 17 mar. 2020.

CASANOVA, M. **Existência e transitoriedade: gênese, compreensão e terapia dos transtornos existenciais**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2021.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2019. Edição Kindle.

CVV, Centro de valorização da vida. **Manual do voluntário**. Edição PDF. s.d.

DECASTRO, T. G.; GOMES, W. B. **Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências**. Estudos de Psicologia (Campinas), 28, 153-161, 2011.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. 1 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

FEIJOO, A. M. L. C.; MATTAR, C. M. **A fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30, 441-447, 2014.

FLANAGAN, J. S.; FLANAGAN, R. S. Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. In: **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 26 n.1, 41-47, Washington, 1995.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. 13 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREUD, S. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. 1 ed. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUKUMITSU, K. O. A psicóloga diante do comportamento suicida. In: **Psicol. USP**, v.25, n.3, São Paulo, set.-dez., 2014.

FUKUMITSU, K. O. **A vida não é do jeito que a gente quer**. 2 ed. São Paulo: Lobo, 2019.

FUKUMITSU, K. O.; SCAVACINI, K. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. In: **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies**, v. XIX, n. 2, 198-204, Goiânia, jul.-dez., 2013.

GINGER, S. A. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

HAN, B. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

HEIDEGGER, M. **Ser e Verdade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

HEIDEGGER, M. **Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude, solidão**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. In: **The British Journal of Psychiatry**, v. 170, 205-228, Londres, 1997.

HOLZHEY-KUNZ, A. **Daseinsanálise: o olhar filosófico-existencial sobre o sofrimento psíquico e sua terapia**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2018.

JACOBS, D.; BROWN, H. N. **Suicide: Understanding and Responding – Harvard Medical School Perspectives**. Madison: International Universities Press, 1989.

JAMISON, K. R. **Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio**. 2 ed. Rio de Janeiro: Grypus, 2010.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

NIETZSCHE, F. **A Gaia Ciência**. São Paulo: Companhia de bolso, 2012.

POMPILI, M. Exploring the phenomenology of suicide. In: **Suicide and Life-Threatening Behavior – The American Association of Suicidology**, v. 40, n. 3, 234-244, Chicago, jun. 2010.

SHNEIDMAN, E. **Definition of Suicide**. Nova Iorque: Regina Ryan Books, 1985. Edição Kindle.

TEIXEIRA, C. H. M. **A visão do suicídio a partir do ‘ser-no-mundo’: uma abordagem fenomenológica existencial**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2018.

VENEU, M. G. **Ou não ser: uma introdução à história do suicídio no Ocidente.** Brasília: Universidade de Brasília, 1994.

WERLANG, B. S. G. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para a autópsia psicológica em casos de suicídio.** Orientador Neury José Botega. 2000. 347 p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO, 2014.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National suicide prevention strategies: progress, examples and indications.** Geneva: OMS, 2018.

## 7 ANEXOS

### 7.1 Pesquisa sobre Suicídio

Olá! Meu nome é Jefferson, sou estudante de Psicologia e estou buscando participantes para minha pesquisa de TCC intitulada: "Intervenção psicoterapêutica no momento do ato suicida" que visa compreender os elementos essenciais presentes no apoio oferecido às pessoas que buscaram seu/sua psicólogo(a) no momento de uma tentativa de suicídio.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da PUC-SP.

Conteúdo sensível, AVISO DE GATILHO.

1. Você é psicólogo(a) inscrito(a) no CRP de seu estado?
  - Sim
  - Não

#### 7.1.1 Informações sobre o(a) psicólogo(a)

Não se preocupe, mantereí a privacidade de suas informações. Mais de uma resposta é possível para cada pergunta, marque todas aquelas que desejar. Use o espaço "Outros" também para fazer comentários adicionais.

2. Qual sua identidade de gênero?
  - Homem
  - Mulher
  - Prefiro não informar.
  - Outro:
3. Qual sua religião?
  - Candomblé
  - Católico
  - Espírita
  - Evangélico
  - Judaísmo

- Umbanda
- Não tenho religião.
- Prefiro não informar.
- Outro:

4. Qual o seu tempo de atuação profissional?

- Entre um e cinco anos.
- Entre cinco e dez anos.
- Mais de dez anos.

5. Qual sua abordagem teórica?

- Análise do Comportamento
- Analítica
- Fenomenologia
- Gestalt-terapia
- Humanista
- Psicanálise
- Psicodrama
- Sociohistórica
- Outro:

6. Onde você trabalha?

- Consultório Particular
- Hospital
- Escola
- Rede de atenção psicossocial
- Outro:

7. Em seu cadastro de atendimento, há informações sobre:

- Endereço residencial.
- Contato de familiares, companheiro(a), amigos ou cuidadores.
- Contato do psiquiatra.
- Contato de alguém mais próximo fisicamente, para situações de emergência.

- Nenhuma das opções.
  - Outro:
8. Disponibilizo-me para atendimentos de urgência?
- Sempre.
  - Quando há a necessidade.
  - Não tenho como ser acessado(a) fora do horário de atendimento.
  - Outro:
9. Você já foi abordado com o tema suicídio por um paciente?
- Referiu pensar em cometer suicídio.
  - Relatou tentativas anteriores.
  - Falou sobre outra pessoa que pensava em cometer ou tentou suicídio.
  - Nunca.
  - Outro:
10. Para atendimentos relacionados ao suicídio, em que você costuma se basear?
- Experiência profissional.
  - Orientações em supervisão.
  - Abordagem teórica.
  - Casos anteriores.
  - Curso de especialização.
  - Leituras e estudos acadêmicos.
  - Outro:
11. Como normalmente age quando o tema suicídio surge em atendimento?
- Busco o melhor momento para explorar o tema em outra sessão.
  - Não reforço a ideia de suicídio, apenas busco as razões para a menção.
  - Aponto a preocupação com a menção ao suicídio.
  - Pergunto objetivamente se há um plano de como cometer o suicídio.
  - Busco saber se houve tentativas anteriores de suicídio.
  - Estendo o tempo daquela sessão.
  - Proponho um aumento na periodicidade dos atendimentos.

- Peço que me indique um contato com quem eu possa conversar.
- Confirmando se está sob tratamento psiquiátrico.
- Peço que não tente cometer suicídio sem antes dar-me uma chance para conversarmos.
- Outro:

12. Nos casos em que o tema foi abordado, você tinha conhecimento de algum fator de risco para o suicídio?

- Não sei informar.
- Transtorno de Personalidade Borderline.
- Transtorno Bipolar.
- Depressão.
- Ansiedade.
- Esquizofrenia.
- Baixa autoestima.
- Falta de expectativas.
- Tentativa anterior de suicídio.
- Uso abusivo de drogas.
- Participante de atividades de alto risco.
- Porte de arma.
- Não apresentava nenhum indício/sintoma/diagnóstico prévio.
- Outro:

13. Em relatos anteriores, você já havia identificado algum contexto que pudesse levar à ideação suicida?

- Não sei informar.
- Rompimento familiar.
- Término de relacionamento.
- Agravamento da situação financeira.
- Enfrentamento de uma doença grave.
- Luto pela perda de alguém.
- Vítima de violência emocional.
- Vítima de violência física.
- Vítima de violência sexual.

- Nenhum dos anteriores.
- Outro:

14. Você já realizou algum atendimento de emergência, no qual havia a eminência de alguém cometer suicídio?

- Sim
- Não

### *7.1.2 Tentativa de suicídio*

15. Considerando o atendimento de emergência, como se deu o contato?

- Recebi uma mensagem e entrei em contato por chamada telefônica.
- Mantive o mesmo meio de contato (mensagem, chamada telefônica).
- Pedi que viesse ao meu encontro.
- Fui ao seu encontro.
- O contato foi interrompido.
- Outro:

16. Somado ao contexto relatado em atendimentos anteriores, você teve conhecimento de algum evento que deflagrasse o ímpeto para a tentativa efetiva de suicídio naquele momento?

- Nenhum evento específico, apenas o acúmulo/intensificação do contexto anterior.
- Uma discussão/briga/ofensa recém ocorrido.
- Uma agressão física/sexual recente.
- O comunicado da perda do emprego.
- A notícia da morte de alguém próximo.
- O recebimento de um diagnóstico.
- Outro:

17. Foi solicitado apoio externo?

- Mantivemos a conversa apenas entre nós.
- Pedi que buscasse a pessoa mais próxima fisicamente.
- Pedi seu consentimento para buscar auxílio externo.

- Mesmo sem seu consentimento, acionei auxílio externo.
- Ele(a) mesmo(a) pediu que eu chamasse por auxílio externo.
- Outro:

18. Você viu-se na obrigação de impedir a tentativa de suicídio?

- Tentei convencê-lo(a) a mudar de ideia.
- Acionei imediatamente auxílio especializado (SAMU, Corpo de bombeiros).
- Entrei em contato com familiares, companheiro(a), amigos, cuidadores.
- Mantive o atendimento até a chegada de auxílio externo.
- Perguntei como poderia ajudar e respeitei sua decisão.
- Outro:

19. Sobre o que vocês conversaram?

- Acolhi suas angústias, confirmando minha compreensão sobre o que dizia.
- Reforcei que não estava sozinho(a), permaneceria ali o tempo que fosse necessário.
- Rememorei momentos de sua vida em que enfrentou dificuldades e foi capaz de superá-las.
- Busquei ampliar as alternativas de solução para o problema que se apresentava.
- Tentei reforçar sua própria capacidade em lidar com aquela situação.
- Falamos sobre sua crença religiosa.
- Falamos sobre minha crença religiosa.
- Tentei ganhar tempo até a chegada de auxílio.
- Questionei sobre sua aderência às medicações.
- Reafirmei sua autonomia em decidir entre viver ou morrer.
- Outro:

20. O que houve logo após o atendimento?

- Pedi que viesse ao consultório, assim que possível.
- Encontramo-nos em sua próxima sessão.
- Realizei um atendimento com sua família, companheiro(a).

- Abandonou a terapia.
- Faleceu.
- Outro:

21. O que agora acha que poderia ter feito de diferente nesse atendimento?

22. Em que esse evento mudou sua forma de atendimento?

23. Que significado esse evento tem para a sua vida?

24. Gostaria de fazer algum comentário adicional?

25. Posso entrar em contato com você para ouvir seu relato desse atendimento?

- Sim, aceito deixar meus dados de contato.
- Não, prefiro enviar apenas essas respostas.

### *7.1.3 Dados para contato*

Por favor, deixe seus dados que entrarei em contato o mais breve possível. Não se preocupe, mantereí a privacidade de suas informações.

26. Informe seu nome:

27. Como prefere que agendemos um horário?

- Mensagem
- Chamada telefônica
- E-mail
- Outro:

28. Informe seu email ou número de telefone com DDD?

29. Gostaria de fazer alguma observação?