



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

INGRID LORENA LIMA DA SILVA CARVALHO

**ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO RELATO DE
PSICOTERAPEUTAS NA ESCUTA DAS VIVÊNCIAS DO LUTO POR
SUICÍDIO NA CLÍNICA**

SÃO LUÍS

2023

INGRID LORENA LIMA DA SILVA CARVALHO

**ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO RELATO DE
PSICOTERAPEUTAS NA ESCUTA DAS VIVÊNCIAS DO LUTO POR
SUICÍDIO NA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Clínica e Avaliação Psicológica.

Orientador: Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba

SÃO LUÍS

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lima da Silva Carvalho, Ingrid Lorena.
Análise fenomenológica do relato de psicoterapeutas na
escuta da vivência do luto por suicídio na clínica /
Ingrid Lorena Lima da Silva Carvalho. - 2023.
80 f.

Orientador(a): BORBA, Jean Marlos Pinheiro.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São
Luis, 2023.

1. Luto. 2. Psicoterapia. 3. Suicídio. I. Jean
Marlos Pinheiro, BORBA. II. Título.

INGRID LORENA LIMA DA SILVA CARVALHO

**ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO RELATO DE
PSICOTERAPEUTAS NA ESCUTA DAS VIVÊNCIAS DO LUTO POR
SUICÍDIO NA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro

Borba Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba (Orientador)
Doutorado em Psicologia Social
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Dayse Marinho Martins
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Cristiano Roque Antunes Barreira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade de São Paulo

Prof. Dra. Cristianne Almeida Carvalho
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

A toda minha família, que
esteve comigo durante todo
este tempo

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Adriana Lima e Ricardo Teixeira, por todo o carinho, confiança e afeto. Aos meus avós, Francisco Raimundo da Silva (*in memoriam*) e Maria das Graças, pela torcida ininterrupta. Especialmente, ao meu avô, que já me intitulava “doutora” sem ter tido a oportunidade de me ver tornar-me mestre.

À minha irmã, Brendally, por todo o suporte durante este tempo. À minha namorada, Bianca, pelo amor e incentivo. Aos amigos da graduação em Psicologia, que são muitos, mas irei citar alguns em específico, pela presença emocional e física nestes dois anos: Ana Cândida, Caio César, Caio Carvalho, Emanoela Maciel, Fernanda Cabral, Larissa Maria, Raphaela Maria e Vida Prado. A vocês, obrigada por acreditarem em mim desde o início.

Aos amigos de escola que me conhecem desde que tudo isto estava longe de ser real e se fazem presente, a seu modo: Alessandra Moura, Brenda Rocha, Daniel Victor, Frazão Junior, Nara Bruna e Thais Letícia.

Aos amigos do Mestrado em Psicologia, que foram alicerces nesse período. Enfrentamos juntos as dificuldades do ensino remoto e finalizaremos, juntos, essa etapa importante.

Ao meu “desorientador” e professor, Dr. Jean Marlos que, tão prontamente, me acolheu como sua “desorientanda” e me fez trilhar novamente o caminho que eu desejava. Obrigada por ter sido parceiro nessa trajetória curta, porém marcante.

Quando agimos e sentimentos globalmente, um evento que ocorre do outro lado do mundo tem efeito sobre nós. A fome do outro é a nossa fome. A tristeza do outro é a nossa tristeza. A tragédia do outro é a nossa tragédia. Somos um.

Jean Clark Juliano

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo geral analisar as vivências de psicoterapeutas no atendimento clínico de pessoas enlutadas por suicídio. Os seguintes objetivos específicos foram traçados: caracterizar as evidências apodíticas a respeito do atendimento a pessoa enlutada por suicídio, descrever os sentimentos vivenciados pelos psicoterapeutas no trabalho com o luto por suicídio e identificar as transformações na experiência de vida dos psicoterapeutas em decorrência do acompanhamento dos processos de luto. A fenomenologia husserliana enquanto atitude e método de rigor orientou a análise qualitativa das entrevistas com os psicoterapeutas, tendo sido realizada pela plataforma Google Meets por ocasião do distanciamento social durante a pandemia do SARS-COV-19. Participaram da pesquisa 6 (seis) psicoterapeutas das seguintes orientações: Fenomenológica-Existencial, Gestalt-Terapia, Abordagem Centrada na Pessoa, Psicologia Humanista e apenas um não apresentou definição. Trata-se de uma pesquisa de ordem qualitativa, de natureza exploratória, sendo análise intencional husserliana o caminho para analisar as vivências. As evidenciações demonstraram que os psicoterapeutas foram afetados pelos acompanhamentos realizados, de forma direta. O contato com pacientes enlutados por suicídio permitiu que os próprios psicólogos acessassem as vivências dos enlutados e buscassem compreender o binômio vida-morte. Por esta razão, os profissionais buscaram outros suportes, além da teoria, tais como: psicoterapia pessoal, supervisão e a busca por vínculos interpessoais significativos, como forma de suporte ao trabalho. Desse modo, os psicoterapeutas demonstraram que conseguem compreender o luto por suicídio para além da objetividade do espaço clínico.

Palavras-chave: Psicoterapia. Luto. Suicídio.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze how the psychotherapeutic attendance experience occurs, through psychotherapists' view with people with people bereaved by suicide. Besides that, the specific objectives are: characterize the apoditic evidence regarding care for people bereaved by suicide, describe the feelings experienced by psychotherapists in the work with suicide grieving and to identify the changes in psychotherapists' life experience as a result of attendance of these bereavement processes. The research was conducted through videoconferencing platforms as a result of the SARS-Cov-2 pandemic. The participants of the research were 6 psychotherapists who attended people bereaved by suicide, for a minimum period of 6 months, after the bereavement by suicide. This is a qualitative, exploratory research, based phenomenological method with a Husserlian guidance. The evidence showed that psychotherapists were directly affected by the follow-ups. Contact with patients bereaved by suicide allowed psychologists themselves to access the experiences of the bereaved and to seek to understand the life-death binomial. For this reason, professionals sought other supports, besides theory, such as: personal psychotherapy, supervision and the search for meaningful interpersonal ties, as a way to support their work. In this way, psychotherapists demonstrated that they can understand grief over suicide beyond the objectivity of the clinical space.

Keywords: Psychotherapy. Bereavement. Suicide.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 Modelo do Processo Dual do Luto	30
Tabela 1 Dados Sociodemográficos	43
Tabela 2 Informações dos participantes sobre a atuação na clínica	

LISTA DE SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CVV	Centro de Valorização da Vida
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
LASPI	Liga Acadêmica de Suicidologia do Piauí
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SUICÍDIO	19
2.1 Aspectos circundantes ao suicídio: o que diz a literatura?	23
3 A MORTE E O LUTO ENQUANTO FENÔMENOS VIVIDOS	28
3.1 Luto por suicídio	32
3.1.1 O luto e o enlutar na clínica fenomenológica	36
3.2 Psicologia Clínica e suas modalidades	38
3.2.1 A Psicoterapia do luto por suicídio	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
4.1 As experiências de atendimento	48
4.2 O início da psicoterapia com pessoa enlutada por suicídio	52
4.3 A condução do psicoterapeuta: atuando frente ao enlutado e ao luto	55
4.4 O que fica com o psicoterapeuta? um retorno ao vivido fenomenológico	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	84
APÊNDICE 3 - ENTREVISTA COM OS PARTICIPES	86

1 INTRODUÇÃO

O estudo que apresento partiu de inquietações pessoais que surgiram em 2015 quando ingressei no Bacharelado em Psicologia, em minha cidade natal, Teresina, capital do Piauí. Aqui, apresento as possíveis motivações que me fizeram pesquisar um tema tão intrigante e, concomitantemente, indeterminado. Desde o início da graduação, observei um crescimento progressivo dos casos de suicídio em minha cidade, o que me fez refletir a respeito das possíveis ações para intervir neste fenômeno.

Em 2016, fundei, juntamente com outros amigos do bacharelado em Psicologia, a primeira Liga Acadêmica de Suicidologia do Piauí (LASPI). Através da LASPI, realizei atividades acadêmicas e sociais em prol da prevenção do suicídio. Com a ascensão da Liga, o ímpeto para o estudo do fenômeno cresceu substancialmente, o que me fez estudar e debater o tema para transmitir este conhecimento.

Já em 2018, através do contato com a temática, passei a questionar as razões pelas quais se falava tanto sobre o suicídio, mas pouco sobre as pessoas que perdem alguém por um suicídio. Estas dúvidas, bem como o contato com grupos de apoio da cidade fizeram com que, em 2019, eu levasse este tema para a minha monografia, intitulada “A experiência de resignificação do enlutamento por suicídio: o que fica com os que ficam?”. A ideia desta pesquisa era conhecer e compreender o processo de resignificar a experiência de uma perda tão singular. Como toda pesquisa de monografia, diversas lacunas se abriram após a conclusão do estudo, o que me fez, em 2020, realizar seleção para ingresso no curso de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, mobilizada por pesquisar de forma mais específica uma das lacunas, acima citada por mim, a mais interessante: a contribuição da psicoterapia na experiência do luto por suicídio.

Em relação ao contexto histórico do trabalho do psicólogo, recentemente, a Psicologia completou seus 60 anos de regulamentação em território brasileiro e é regida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), órgão responsável pela gestão, fiscalização dos profissionais da área. Neste quesito, a psicoterapia é apenas uma das atividades do psicólogo e é fundamentada na Resolução CFP nº 0010/2000 (CFP, 2000, p.1) que descreve:

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

A definição do Conselho demonstra o aspecto técnico que rege a psicoterapia, enquanto fundamentação do profissional de Psicologia. Entretanto, é importante compreender que este processo vai além da sistematização que o compete. Um conceito mais abrangente e que aborda outros aspectos da relação psicoterápica é dado por Ribeiro (2017, p. 37) a seguir:

Um processo de envolvimento, no qual, duas pessoas se encontram em uma relação profunda e significativa e, no qual, o psicoterapeuta desempenha e vive a função de agente de mudança e o cliente experiencia situações passadas, presentes e futuras, procurando compreendê-las através da vivência no presente, convivendo com emoções, fantasias e sentimentos, tentando encontrar novas saídas para seu modo de estar no mundo, como um todo.

A psicoterapia pode se apresentar como uma das formas possíveis de posvenção na decorrência de um luto por suicídio. Enquanto a prevenção se relaciona a evitar e/ou preceder casos de suicídio, a posvenção trabalha com o “depois”. Após um suicídio, todas as ações e intervenções realizadas são chamadas de posvenção. Este termo é originalmente intitulado *posvention*, extraído dos escritos do autor Edwin Shneidman (1918-2009), considerado pai da Suicidologia e fundador da Associação Americana de Suicidologia. Para o autor, o suicídio é um ato consciente resultante de uma doença multidimensional, também chamada de *psyache* (SHNEIDMAN, *et. al.*, 1969).

Esta concepção é importante, já que nas obras de Shneidman, o cuidado com a pessoa enlutada por suicídio está a ser evidenciado. Posteriormente, o termo “sobreviventes” (*survivors*) foi adotado como modo de se referir a tais pessoas. Os sobreviventes podem ser familiares e/ou amigos próximos a pessoa que se matou e que se autodeclaram afetados diretamente pela morte (FUKUMITSU, 2019). Estabelecer esse conceito é de grande valia, pois ao longo do texto, utilizarei este termo para referenciar as pessoas que participaram deste estudo.

O surgimento da ideia de pesquisar a vivência de psicólogos, que trabalham com o enlutamento por suicídio na clínica, parte da compreensão de que o processo

psicoterápico somente ocorre quando ambos, psicoterapeutas e clientes, estão em sintonia no cuidado. Desse modo, esta pesquisa descreveu este fenômeno vivencial pela fala do psicoterapeuta.

A relevância do estudo possibilitou uma reflexão a respeito da experiência que ocorre em um processo psicoterápico, na vivência do psicoterapeuta, na magnitude do luto por suicídio. Então, o presente estudo se propôs a analisar intencionalmente o sentido da experiência do profissional que acolheu este sobrevivente. Logo, em um processo terapêutico, o terapeuta necessita se abrir para a autorreflexão e para o conhecimento de novas perspectivas, para explorar o estar-no-mundo dos clientes.

Dessa forma, o percurso pessoal e acadêmico no âmbito da Suicidologia e dos estudos do Luto permitiu elaborar a seguinte questão norteadora: Como a experiência de um luto por um suicídio é vivenciada no processo psicoterápico, pelo psicoterapeuta e o que é possível evidenciar desta análise?

O objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar as vivências no atendimento a pessoas enlutadas por suicídio. Os objetivos específicos foram: descrever os sentimentos vivenciados por psicoterapeuta no trabalho com o luto por suicídio e identificar as transformações na experiência de vida do psicoterapeuta em decorrência do processo de luto.

O encontro com os psicoterapeutas ocorreu por indicações de outros psicólogos, em contexto nacional. Através de convites que continham os objetivos da pesquisa, os psicólogos eram convidados a participar do estudo que conteve, ao todo, a participação de 06 profissionais. Os encontros ocorreram de modo síncrono, através da plataforma Zoom, em horários e dias marcados pela preferência dos partícipes.

Acerca da metodologia adotada neste trabalho, parto dos pressupostos filosóficos e epistemológicos da Fenomenologia de Edmund Husserl. A aproximação com os estudos husserlianos tem como princípio norteador a suspensão de a *prioris* e quaisquer categorias explicativas. Com base nisto, a pesquisa utilizou 2 (dois) instrumentos de coleta de dados, foram eles: um questionário sociodemográfico (ver apêndice A) e uma entrevista semiestruturada (ver apêndice B). A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de dados que se configura como uma conversa continuada entre entrevistador e entrevistado (DUARTE, 2002).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e aceita pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Hospital Universitário da Universidade

Federal do Maranhão, com o número CAAE 51622621.1.0000.5086. Os preceitos éticos da pesquisa foram garantidos através da produção e realização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), com base nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, que instituem as normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos e determina as diretrizes para pesquisas nas áreas das ciências humanas e sociais, respectivamente (CNS, 2012: 2016). Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram profissionais com: registro no CRP ativo e atuação na área clínica há, no mínimo, um ano e experiência de atendimento a(s) pessoa(s) enlutada(s) por suicídio por período mínimo de 6 meses, sem interrupções no espaço-tempo do atendimento.

O acesso aos participantes da pesquisa ocorreu através de indicações de psicólogos de toda a parte do país que trabalham com a demanda clínica no momento atual ou em outro momento passado. Os contatos se formalizaram através de mensagens enviadas para os contatos telefônicos indicados. Após isto, os objetivos e métodos do estudo foram apresentados aos profissionais indicados para seu posterior consentimento. Após a triagem de cerca de 20 (vinte) profissionais indicados, 6 (seis) destes consentiram com a participação.

A análise intencional dos relatos das vivências foi realizada com a orientação da atitude e do método fenomenológico husserliano. A fenomenologia husserliana ajuda a descrever a essência das vivências dos psicoterapeutas como aconteceram e/ou acontecem. O que é, então, descrever? Descrever é “dizer aquilo que “vemos”, tentando ser o mais completo possível” (DEPRAZ, 2011, p. 22). Assim, a autora apresenta o entendimento de que a descrição chamada completa é aquela em que não há tentativas de preenchimento com generalizações inventadas, mas sim, a pura e total descrição do fenômeno vivido.

Para apreender o fenômeno vivido, todos os relatos foram transcritos e impressos. A transcrição, realizada pela própria autora, e a impressão permitiu um contato mais próximo com o material fenomênico. A análise intencional iniciou pela leitura esmiuçada das entrevistas onde, por meio da *epoché*, desvelou-se as orientações naturais da fala (aquilo que não nos interessava) e a essência dos relatos: o objeto do estudo. A redução eidética permitiu que o que era lido, fosse extraído em sua estrutura invariável de significados. Essa estrutura invariável direcionou aos objetos da consciência pura e é nisto que encontrou-se o conhecimento necessário para a formulação das análises.

A posteriori, a redução transcendental surgiu como última etapa a fim de correlacionar as estruturas percebidas com a própria experiência da pesquisadora. Neste momento, busquei o sentido que emergiu das análises intencionais das vivências dos psicólogos(as) que atenderam pessoas enlutadas por suicídio e relacionei, com a teoria husserliana e outros aportes, as significâncias deste fenômeno para os participantes.

Diante do exposto, o trabalho está assim estruturado: no primeiro capítulo, apresento a historiografia do fenômeno do suicídio, desde os pressupostos da Antiguidade aos tempos atuais. Na seção 2.1 deste capítulo, descreveu-se as concepções da Suicidologia baseadas nos aspectos teóricos desse campo de conhecimento.

No segundo capítulo, que traz a outra ideia da pesquisa, o luto, abordou-se as conceituações e percepções do fenômeno do luto, ao longo da história. Na seção 3.1, foi produzida uma interlocução da perspectiva do luto com a Fenomenologia, campo metodológico do estudo.

No quarto e último capítulo, apresento um breve histórico a respeito da Psicologia Clínica, como um dos campos de saberes da ciência Psicológica. Na seção deste capítulo, discute-se o processo psicoterápico na relação com o fenômeno do suicídio.

Por fim, os Resultados e Discussões abordaram a análise intencional das vivências declaradas no estudo, nas sessões a seguir: capítulo 4.1 “As experiências de atendimentos”, capítulo 4.2 intitulado “*O início da travessia em psicoterapia com pessoa enlutada por suicídio*”. Por conseguinte, o capítulo 4.3 “*A condução que guia o psicoterapeuta: atuando frente ao enlutado e ao luto*” e o último capítulo 4.4 “*O que fica com o terapeuta? Um retorno ao vivido fenomenológico*”. Desse modo, apresento a análise intencional das vivências de psicoterapeutas diante do fenômeno do luto por suicídio.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SUICÍDIO

“Pouco a pouco, nas camadas mais cultas da população dos centros urbanos, aumentou o número dos que abandonaram a crença de que um suicídio era um gravíssimo pecado contra um criador” (Marzio Barbagli)

As concepções a respeito do desenvolvimento humano e dos ciclos de vida e morte diferem ao longo dos contextos de época e cultura. As transformações a respeito desses temas caminham em conjunto com os aspectos sociais, culturais, religiosos, antropológicos e filosóficos. A proposta deste capítulo é apresentar o percurso histórico da morte voluntária, da Idade Antiga até às últimas concepções. Na Grécia Antiga (2000 a.C), havia uma forma de repressão à morte por suicídio, com consequências drásticas, tais como: mutilação dos membros dos corpos daqueles que morriam e total exposição à vida pública. Já na Roma Antiga (753 a.C), a vida era estabelecida como um valor individual, onde cada pessoa se organizava e atribuía sua própria importância. Nem mesmo a Lei das Doze Tábuas, conjunto de leis do período romano, impediu o acontecimento por membros da sociedade (SILVA, 2009; BERENCHCHTEIN-NETTO, 2007).

O próprio termo suicídio, apesar de ambiguidades em relação a sua origem, foi considerado, com seu conceito próprio, a partir de 1737, com Desfontaines. A palavra de origem no latim significa *sui* (si mesmo) e *caederes* (ato de matar): matar a si mesmo (PENSO; SENA, 2020).

Posteriormente, a partir dos séculos II e III, quando a Igreja Católica assume o poder do Império, a postura outrora liberalista torna-se agora endurecida e radicalista no que concerne a quem tem o poder pela vida. Se antes, em detrimento de situações agravantes como adoecimentos ou condenações, o suicídio era tolerável, agora, qualquer ação que sucumbisse ao ato do autoextermínio, era considerado o delito mais pecaminoso aos olhos dos cristãos (SILVA, 2009). Um dos precursores desta mudança é o filósofo Santo Agostinho (354 – 430 d.C), com a obra *Dei Civitate Dei*, traduzida como Cidade de Deus.

Neste tratado, a dimensão humana está dividida entre o mundo terreno e o mundo espiritual. No mundo terreno, entretanto, todo peregrino ainda está condicionado a seguir os preceitos teológicos. Na obra, a morte é também tratada pela perspectiva cristã e aquele que atenta contra a própria vida sofriam fortes julgamentos pela escolha. Ao fazer uma alusão ao suicídio de Judas, descrito na Bíblia, Santo Agostinho revela a criminalidade associada ao ato de se matar:

“suicidou-se por causa de seu crime e ao seu crime juntou mais um crime. Porque é pois que o homem que nenhum mal causou, contra si o vai causar?” (1996, p. 149).

O trecho demonstra que cabe às entidades divinas, sendo assim, ao soberano Deus, o poder de dar e de retirar a vida e não mais ao homem. A partir do século VI, por intermédio da Igreja Católica, aquele que atentasse contra o seu destino abreviadamente seria considerado tão culpado quanto quem atentasse contra a vida de outro indivíduo e seria condenado de igual modo, fazendo valer de forma fiel o sexto mandamento bíblico: *‘não matarás nem a ti nem a teu próximo’* (BERENCHTEIN-NETTO, 2007).

Na Idade Média, especialmente, entre os séculos VIII e X, a influência teológica foi preponderante para a concepção do fenômeno do suicídio. Assim, permanecia a ideia de que a pertença da vida era divina e que pessoas que cometessem atos suicidas deveriam ser julgadas e expostas perante à sociedade. Aqueles que ultrapassassem os mandamentos divinos, estariam fazendo a ‘barbárie’ por duas razões: loucura ou possessão demoníaca (SAMPAIO; BOEMER, 2000).

Nesse contexto, haviam duas hipóteses: o indivíduo não tinha consciência racional de seus atos e deveria ser absolvido ou o indivíduo estava possuído pelas mais terríveis criaturas, sendo essas a justificativa para tamanha transgressão à Igreja. As duas ideias demonstravam que o suicídio era percebido como um ato irracional e criminoso, cometido somente por alguém capaz de ser um contraventor de qualquer tipo de lei ou religião (SILVA, 2009; ARAÚJO; BICALHO, 2012).

Entre os séculos XIII e XIV, o suicídio passa a ter uma conotação de ato heroico ou de martírio. Os registros históricos da época apontam que fiéis foram atormentados por cristãos realizaram suicídios coletivos em protesto contra as grandes perseguições. Como exemplos, cita-se os judeus, os cátaros e os albigenses, entre os séculos XIII e XIV, em meio à forte repressão religiosa da época (BARBAGLI, 2009).

Além disso, existiam fortes consequências para os familiares de pessoas que cometiam suicídio. Geralmente, o Estado e a Igreja impediam que a família realizasse os rituais fúnebres de forma normal. Logo, os enterros e sepultamentos eram negados e, depois de um tempo, estas retaliações se tornaram mais fortes e passaram a ser feitas também no próprio corpo do sujeito. Alguns exemplos de represálias comuns a essa época era: pendurar o corpo morto pelos pés, carregar os cadáveres pelas ruas, arrastar o corpo desnudo em grandes pedaços de madeira,

praticar a carbonização ou o enforcamento nas praças públicas das cidades medievais (FREITAS, 2009).

Nos séculos posteriores, no continente Europeu, ainda prevalecia uma aura de terror ao sujeito que tentasse o autoaniquilamento. Na Noruega e Alemanha os corpos eram jogados em barris, dentro dos rios, para não retornarem às cidades natais e, caso fossem enterrados, eram igualados aos corpos dos criminosos da cidade (ARAÚJO; BICALHO, 2012).

A partir da Revolução Francesa (XVIII), tem-se poucos registros acerca dos suicídios ocorridos. Dessa forma, à medida que a influência do clero e do Estado diminuía e a autonomia comunitária aumentava, a forma de se tratar o suicídio também sofreu modificações. Se antes, o ato de pôr fim à vida era combatido de forma repressiva, agora, cabia unicamente ao próprio sujeito decidir a valia de sua vida perante a comunidade. A revolução também marcou a eliminação do suicídio da lista de crimes legais e a abolição de medidas repressivas para aqueles que atentassem contra a vida. O Estado passa a não agir de forma interventiva contra estas pessoas, o que não culmina em mudanças de perspectivas quanto ao suicídio, mas a admissão de uma insignificância social frente às tentativas (BRANDÃO; FERREIRA; SUSSUARUNA, 2015; KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Nesse contexto, o suicídio já era um fenômeno de estudo relevante, sendo um dos mais responsáveis pelo advento teórico do significado social do suicídio foi Émile Durkheim (1879-1917). Em 1897, Durkheim lança a obra '*O suicídio: o estudo sociológico*', que se consagrou apenas a partir de 1950. No livro, o sociólogo francês apresenta seu levantamento sobre as estatísticas de óbitos por suicídio na França, Inglaterra, Prússia, Saxônia, Bavieira e Dinamarca. Estas estatísticas são relacionadas ao que o sociólogo chama de 'taxas sociais', ou seja, são as condições que cada sociedade promove que pode produzir um ato suicida. Para ele, cada sociedade apresenta sua própria disposição ao suicídio e as causas desse ato são de natureza propriamente social (KALINA; KOVADLOFF, 1983; DURKHEIM, 1988/2000).

Com isto, Durkheim descreveu quatro tipos sociais de suicídio que são exemplificados pelas influências que a sociedade possui em cada causa, sendo estes: suicídio egoísta, altruísta, anômico e fatalista. A cada um destes tipos, a sociedade exerce uma força ou uma ausência, em relação a dois fatores: a

integração e a regulamentação social. A integração corresponde ao grau de intensidade dos vínculos que conecta o indivíduo aos grupos sociais. Já a regulamentação social são as normas que estabelecem os direitos e deveres e controlam estes grupos. Quando a integração é baixa ou nula, tem-se o suicídio egoísta, que ocorre quando o indivíduo não é integrado suficientemente à sociedade. Contrariamente, quando a integração é excessiva, ocorre o suicídio altruísta, onde o indivíduo se torna totalmente integrado à sociedade e, por ela, conduz toda sua conduta, até mesmo, a de pôr fim à vida em prol de alguma causa, como exemplo: os *kamikazes* japoneses e os soldados de guerra em missão suicida (BARBAGLI, 2009).

Acontece, assim, a regulamentação social como força motriz para as duas últimas causas sociais, pois se a sociedade não ordena seus indivíduos com competência, tem-se o suicídio anômico, que é causado pela falta dessa regulamentação em decorrência de grandes mudanças, tais como: crises econômicas e revoluções. Já o suicídio fatalista ocorre quando esta norma é demasiadamente repressiva e opressora. Neste último tipo, Durkheim não se deteve de forma mais aprofundada (BARBAGLI, 2009).

Nesta obra, o autor apresenta uma das primeiras conceituações do fenômeno: “chama-se de suicídio toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” (DURKHEIM, 1988/2000, p. 11). Na obra, o próprio autor realça que este conceito não é completo, pois somente a própria pessoa pode compreender sua ação, não cabendo aos estudiosos uma descrição fiel das motivações dos suicídios.

Por séculos, a obra do referido sociólogo era a única referência nos estudos sobre o suicídio. Entretanto, as críticas relacionadas às estatísticas e ao fato de Durkheim, possivelmente, aproximar-se de uma tendência causalística do suicídio produziram indagações mais profundas a respeito do fenômeno. Não é possível provar que as estatísticas sejam fidedignas à realidade, mas sim, que os sistemas de registro de óbitos tenham se tornado mais eficientes de uma década para outra, o que resultou no aumento do número de registros (BARBAGLI, 2009).

Todavia, as concepções durkheimianas abriram portas para o questionamento da sociedade no ato suicida. Ora, se a pessoa se mata por estar integrado excessiva ou negativamente, em uma sociedade, esta não influencia em nenhum âmbito na intencionalidade de seu ato? Autores posteriores como Kalina e Kovadloff (1983)

reiteram e reforçam que o suicídio, mesmo como ação individual, é resultado de uma complexa existência tóxica e autodestrutiva.

Nesse sentido, escritos e obras como a de Durkheim passaram a criar uma comoção e derivaram um novo olhar a respeito do suicídio. Na contemporaneidade, o olhar de crime e pecado dá vez aos sentimentos de desconforto ou de interdição ao fenômeno. Assim, torna-se 'difícil' conviver com quem tenta se matar, pois a premissa da vida soberana permanece na contemporaneidade, ainda que de forma mais branda. Com isto, falar sobre a morte autoinfligida torna-se um tabu e "este tema é o mais difícil e complexo de ser abordado no espectro de interdição da morte na sociedade ocidental contemporânea e nenhuma teoria ou abordagem única dá conta de sua diversidade" (KOVÁCS, 2014, p. 229). Esta afirmação de Kovács, deixa claro que não há explicação causal que dê estimativa próxima ao que realmente é o suicídio, pois, quaisquer tentativas implicam na redução do fenômeno a causalísticas.

Desse modo, com base nesta proposição, o suicídio é um fenômeno mutável de acordo com o contexto e com a época histórica relacionado. Em colaboração com este capítulo, a seção seguinte aborda os aspectos conceituais a respeito do suicídio.

2. 1 Aspectos circundantes ao suicídio: apontamentos da literatura

Esta seção contempla trazer os aspectos estatísticos, conceituais e epistemológicos sobre o fenômeno do suicídio. Evidenciar estas informações auxilia a apresentar um panorama geral sobre as motivações deste fenômeno estar entre as principais causas de óbito no mundo. Além disso, o subcapítulo propõe analisar as evidências científicas trazendo à luz uma reflexão a respeito dos aspectos singulares destas quantificações.

O suicídio está entre as três principais causas de óbito de pessoas de 15 a 44 anos de idade. Mundialmente, as estatísticas afirmam que, a cada 45 segundos, ocorre um suicídio. De ano a ano, essa taxa ultrapassa a soma dos óbitos por homicídios, acidentes de trânsito, guerras e conflitos civis (BOTEGA, 2014).

Na atualidade, novos estudos abarcam a ideia de que o suicídio é pensado no entorno de um espectro, de um *continuum*. Este espectro evidencia que o suicídio é, também, um comportamento complexo que envolve desde os pensamentos e ideações suicidas, como também, o planejamento e a tentativa de suicídio. Quando estas situações não são observadas e acolhidas através de algum tratamento, a morte pode ser consumada (WERLANG, 2013). À luz da literatura da Suicidologia,

conceitua-se estes espectros para analisar como isto se relaciona com as novas perspectivas acerca do fenômeno.

Os pensamentos e ideias suicidas referem-se aos desejos e idealizações a respeito da morte autoprovocada. Estes pensamentos podem ser graduais e transitar desde questionamentos do valor ou sentido da vida, como também preocupações sobre os motivos para viver. Quanto maior for a profundidade desses pensamentos, maior pode ser a propensão às tentativas de suicídio, que se designam como os atos sem resultados letais, mas que podem causar danos à pessoa. A tentativa de suicídio anterior é classificada como um dos maiores fatores de risco para a morte autoprovocada futura (BOTEGA, 2015; MOREIRA; BASTOS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) estima que 90% das pessoas que morreram por suicídio possuíam algum transtorno mental e que, na iminência do suicídio, 60% desse grupo estava em estado de depressão. Para fins de análise, faz-se uso das palavras da referida Organização : “todos os tipos de perturbações do humor têm sido claramente associados aos comportamentos suicidas” (OMS, 2006, p. 5). A depressão, a ansiedade, a irritabilidade e as perturbações do sono e da alimentação são exemplos das perturbações do humor descritas no documento.

Além disso, o documento apresenta os intitulados ‘fatores de risco’, que são aspectos indicativos que podem gerar mais probabilidade de um comportamento suicida, tais como: a tentativa de suicídio anterior, doença crônica limitante, comportamento isolado ou retraído, perda familiar recente, etc. De forma ainda mais direta, a Organização faz alusão à presença de outros fatores mais presentes como: a indicação de transtornos mentais, uso e abuso de álcool e outras drogas, ausência de apoio social e a ideia suicida (OMS, 2006).

À guisa de informação, estes fatores de riscos são importantes para o conhecimento geral da população. Entretanto, é necessário criticidade e reflexividade na investigação dos tais fatores de riscos, pois não há ferramentas diagnósticas suficientes para comprovar que tais fatores indiquem propriamente as causas exatas de um suicídio. Dada à complexidade do fenômeno do suicídio, sua natureza é fluida e mutável, especialmente, por ter extrema influência na situacionalidade do contexto de vida de cada pessoa. Cada suicídio é, então, um acontecimento singular, idiossincrático e particular (ROEHE; DUTRA, 2017; BOTEGA, 2015).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua 5ª (quinta) edição organizada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) é também um relevante referencial teórico a respeito dos quadros clínicos. A quinta e última edição foi lançada em 2014, e serve de base teórica para profissionais da saúde mental no mundo todo. No manual, não há nenhum capítulo específico a respeito do suicídio, entretanto, através de buscas do termo “suicídio” no próprio documento, foi visto que o termo é mencionado 227 vezes, acompanhado do termo “ideação suicida” repetido 44 vezes no manual (APA, 2014).

Desse modo, esta simples análise denota que mesmo o fenômeno do suicídio não sendo interpretado à luz da dialética psiquiátrica de transtorno mental, ainda assim é excessivamente relacionado à psicopatologias diversas. Referida perspectiva de associação ainda segue os modelos de previsão e explicação, de forma naturalista, que antecipa o próprio fenômeno de se mostrar tal qual é, em sua particularidade. Dessa forma, a patologização do suicídio e a busca determinista de suas causas se torna a saída da perspectiva naturalista e cientificista para lidar com o próprio fenômeno e, assim, buscar sua possível ‘prevenção’ (LESSA, 2018). Corroborando com esta afirmação, a OMS (2006, p.1) descreve, metodologicamente, a prevenção do suicídio:

Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Uma melhor detecção na comunidade, o encaminhamento para especialistas e a **gestão** (grifo do autor) do comportamento suicida são passos importantes na prevenção do suicídio. O desafio chave de tal prevenção consiste em identificar as pessoas que estão em risco e que a ele são vulneráveis; entender as circunstâncias que influenciam o seu comportamento autodestrutivo e estruturar intervenções eficazes.

Nesta concepção percebe-se uma tentativa de trazer o comportamento suicida em uma perspectiva generalista, especialmente, ao fazer alusão aos aspectos biopsicossociais, culturais, genéticos e ambientais. Entretanto, na própria concepção, a OMS classifica os ditos passos importantes para o comportamento suicida, incitando que deve haver uma gestão deste ato. A palavra gestão significa “a ação de gerir”. Sobre gerir, este termo também compreende os significados “gerenciar, administrar” e “ter gerência sobre” (XIMENES, 2001). Com este trecho, há uma busca de teorização do fenômeno do suicídio em um comportamento meramente controlável.

A tendência generalizante e objetiva dada ao comportamento suicida pode

se relacionar com as tentativas das ciências naturais de objetificar a essência dos fenômenos. Sobre isso, Husserl (1859-1938) é enfático ao criticar as tendências naturalistas que traduzem os fatos pela via objetivista e absolutista. Todas as evidências das ciências empíricas, por mais necessárias que sejam, somente revelam perspectivas parciais da coisa percebida (TOURINHO, 2011). Dito isto, correlacionando com o DSM-V como também com a cartilha da OMS citada anteriormente, a interpretação dada ao comportamento suicida abarca uma perspectiva também incompleta de um fenômeno que não pode ser tratado de modo nosológico.

A ciência natural, bem como as influências positivistas ainda recaem na concepção de saúde atual, onde os fenômenos humanos são observados na ótica da explicação e prescrição. Os modelos relatados acima, nas concepções da OMS, e na relação permanente do comportamento suicida com a gama de transtornos mentais, exemplifica o modo determinista que o suicídio é vinculado. Estas proposições tendem a reduzir o suicídio a um ato psicopatológico que pode ser prevenido de forma individual, através do tratamento aos transtornos mentais (LESSA, 2018).

Nesse sentido, Feijoo (2018) nomeia esta compreensão de 'moralização do suicídio', dada como a tentativa de subjugar o ato suicida a explicações reducionistas e objetificantes, que versam em torno da dialética causa e efeito. A autora evidencia que a sociedade, bem como os manuais e cartilhas apontam tentativas de explicação por meio das estatísticas e notificações dos suicídios: diagnósticos de transtornos mentais, baixa escolarização e acessos a serviços públicos, variações sociodemográficas e raciais, são apenas algumas das explicações dadas nos documentos. O que é discutido na ideia da moralização é que, mesmo estas justificativas tendo seu grau de importância, não há como se identificar que estas implicações são verdadeiras causas para os suicídios mundiais (FEIJOO, 2019).

Dessa forma, a autora coloca que a saída para esta não moralização do suicídio se encontra na suspensão destes argumentos simplistas, que silenciam e afastam a compreensão do fenômeno. Assim, se distanciar dos complexos moralizantes significa abrir mão das explicações moralizações patológicas e maniqueístas (FEIJOO, 2019).

Reduzir o espectro do comportamento suicida é também desvalidar o sofrimento daqueles que perdem alguém que põe fim à própria vida. Estas pessoas,

denominadas sobreviventes, também devem fazer parte da atuação conjunta no trabalho da prevenção de suicídios futuros. Sobre isto, os próximos capítulos trabalharão a perspectiva do luto, em suas teorias e, especificamente, do luto por suicídio.

3 A MORTE E O LUTO ENQUANTO FENÔMENOS VIVIDOS

Neste capítulo, elaboro um percurso histórico a respeito do processo de morte e, na segunda parte, destaca-se as contribuições de autores, tais como: Sigmund Freud (1856-1939) John Bowlby (1907-1990), William Worden, Margareth Stroebe e Henk Schut e Elisabeth Kubler-Ross (1926-2004) sobre os aspectos diversos acerca do luto.

Conceitualmente, a morte se apresenta como a perda verdadeira, na qual, não há reversibilidade da presença. No estudo da morte, não apenas importa aquele que morreu, mas também, quem permanece em sentimento por quem se foi, dito culturalmente como a pessoa enlutada. Para que uma pessoa possa autodeclarar-se enlutada, é necessário que a morte não seja uma vivência objetiva, mas um processo de rompimento de vínculo significativo. Desse modo, mortes ocorrem, mas perdas e lutos podem se desenvolver pelo vínculo estabelecida entre as pessoas (KÓVACS, 2008).

Este posicionamento atual diante da morte se configura de forma diferente em relação à época e à cultura. Nas civilizações mais antigas, também influenciadas pelos preceitos religiosos, o processo de morrer era acompanhado e observado atentamente pelos olhares serenos de amigos e familiares, que permaneciam, em comunidade, até os últimos momentos da pessoa. No entanto, esse evento que antigamente era familiar, começou a mudar com o avanço da medicina e o desenvolvimento da tecnologia, uma vez que na atualidade as figuras familiares foram substituídas por médicos, enfermeiros, enfim, técnicos da área de saúde que, no hospital, monitoram os equipamentos que davam suporte à vida daquele ente querido (SANTOS et. al., 2016).

Os avanços tecnológicos, no século XX, também trazem esperanças para as demasiadas enfermidades que, até então, permaneciam sem cura. A Medicina passa a trabalhar no aspecto curativo e terapêutico das doenças, o que torna a morte um processo que deve, a todo custo, ser evitado e interrompido. Nesse contexto, a sociedade ocidental traz uma visão de repressão e contestação da morte, configurando um acontecimento solitário e encoberto. Isto é o fenômeno que chamamos de morte interdita: se há ainda algo a fazer, que se faça tudo que for possível para preservar a vida e renunciar a morte (BASSO; WAINER, 2011; AZEVEDO; PEREIRA, 2013).

A concretude da morte, afinal, abre a existência de um diferente e singular processo, denominado luto. A terminologia luto deriva do latim *Luctus*, que significa perda, morte e sofrimento. Aqui, será utilizado o breve conceito levantado por Kovács (2000) que retrata o luto como um processo que se manifesta através de uma expressão, a perda.

Compreendido como processo, o fenômeno do luto foi dimensionado de várias formas por diversos autores, seja como estágios, fases ou tarefas. Cabe ressaltar aqui que enlutar-se não é apenas ter um momento de resposta à perda, mas é lançar-se à experiência. Desse modo, nenhuma das teorias elaboradas – e posteriormente descritas aqui – pode estabelecer um padrão ou um modelo adequado do luto. De outro modo, são compreensões distintas que falam de um mesmo fenômeno, a partir de versões que podem se mesclar, mas também, se diferenciar (AZEVEDO; PEREIRA, 2013).

Sigmund Freud (1856-1939) dissertou sobre o conceito de luto e sua relação com a melancolia. O psicanalista aborda o luto como uma reação à perda de um objeto perdido, parte constituinte do ciclo de vida. Estar enlutado significa desinvestir a energia dada ao objeto perdido para encontrar novos objetos que se direcionam. A perda ativa fantasias conscientes e inconscientes que só podem ser reconfiguradas pelo encontro do equilíbrio objetal: encontrando-se novos investimentos (CAMPOS, 2013).

Não existe uma intenção, aqui, em aprofundar os estudos de Freud, entretanto, ressalvas à teoria são necessárias. Em épocas remotas, Freud já discorria sobre o processo de luto associado a dor, exemplificado por sua classificação de dor como aspecto físico e mental. O autor explica esta diferenciação trazendo que a dor mental também é uma dor real em resposta a uma perda. Do mesmo modo, sua representação é tão realista quanto a dor física. Assim, no processo do luto, não há interesse primário que seja dirigido a nada que não seja semelhante ao objeto perdido. A perspectiva freudiana se tornou conhecida como “teoria do trabalho do luto”, posto que traz a noção ativa do ser após a perda, na ação de redirecionamento objetal (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013).

Posteriormente, em 1985, John Bowlby (1907-1990), através de seus estudos sobre a teoria do apego, elabora quatro fases do luto: 1) o entorpecimento; o anseio;

3) desorganização e o desespero e 4) a reorganização. O apego construído em uma relação interpessoal torna que a notícia de uma perda ocasione sentimentos de choque e negação que podem perdurar horas ou dias, sendo esta a primeira fase. No anseio, também mensurado na literatura como fase do desejo, há uma busca exacerbada pelo retorno da pessoa querida. Pela irreversibilidade da perda, encontra-se o momento do desespero e desorganização, no qual, os sentimentos de torpor e raiva são presentes pela incapacidade de resolver a situação. Segundo o autor, é por passar por estes momentos que se chega à fase de restauração, onde os sentimentos variados do processo de luto ainda se manifestam, mas o enlutado pode retornar sua energia à vida. Entretanto, esta recuperação não constitui uma aceitação da perda, mas um respeito ao processo gradual do luto (BASSO; WAINER, 2011; AZEVEDO; PEREIRA, 2013).

Outro modelo teórico bastante difundido didática e conceitualmente é o de Elisabeth Kubler-Ross (1926-2004). No contato com pacientes em fase de terminalidade, a autora concebe as cinco fases do luto denominadas: 1) negação e isolamento; 2) raiva; 3) barganha; 4) depressão e 5) aceitação. Na primeira fase, o ato de negar e se isolar reagem como um mecanismo de defesa à perda. É comum que, nesse momento, haja dificuldades de comportamento, devido à incompreensão. A raiva se configura como a exposição do sofrimento, no qual é característico a busca de responsáveis pela perda. Na barganha há uma tentativa de suprimir a perda ocorrida por meio de negociações com figuras que possuem algum poder de interdição, frente à perda. De forma gradual, não há recuperação do ocorrido e se abre para a fase da depressão, onde o sofrimento pela perda é mais latente e doloroso. Esta fase também é compreendida como um momento importante do luto, onde há o símbolo da dor na sua maior expressividade, o que colabora para que o estágio da aceitação seja possível. Apesar de as fases seguirem ordens, a autora atenta para o fato de que tais fases podem ocorrer de forma simultânea ou não linear, por considerar a singularidade do luto (KÜBLER- ROSS, 1996).

Pela ocorrência da perda, o luto abre uma nova perspectiva ao enlutado, uma nova forma de olhar o mundo, através de uma lente diferente, posterior à vida que se configurava antes da morte. Dessa forma, a teoria do pesquisador John William Worden (1932) trata que, nesta experiência, a pessoa é produtora da sua

escolha – da sua forma de enlutamento. O autor argumenta que existem quatro tarefas decorrentes da perda de um ente querido, quais sejam: 1) Aceitar a realidade da perda: compreender a inconversibilidade da morte, o que contraria a negação. 2) Elaborar a dor da perda: permitir se conectar aos sentimentos derivados da perda, entrar em contato diretamente com a dor. 3) Readequar-se em um ambiente sem a pessoa que faleceu: aqui, há a reconfiguração social da perda. Nessa fase, se redesignam os papéis que outrora eram realizados pela pessoa que faleceu, uma vez que este momento permite a criatividade do enlutado em realizar novos feitos, produzidos pela perda. 4) Transferir em aspectos emocionais a pessoa que faleceu e prosseguir a vida: Trata-se de uma nova forma de se relacionar com o ente querido, logo, essa nova forma deve possibilitar que a vida do enlutado prossiga e que este possa se abrir aos novos relacionamentos, sem apagar a existência daquele que se foi (WORDEN, 1998).

Também na década de 1990, surge o Modelo do Processo Dual do Luto, proposto por pelo casal M. Stroebe e W. Stroebe e o seu assistente, H. Schut (1999). Nesse caso, o modelo segue as concepções do trabalho do luto de Freud, mas avança por trazer três distinções desse processo: 1) orientação para a perda; 2) orientação para a restauração e 3) oscilação. Essas orientações traduzem as reações das pessoas frente ao acontecimento e o equilíbrio destas orientações é a oscilação. Na orientação para a perda, o enlutado centraliza sua atenção no que se relaciona à morte: memórias, relações afetivas e a própria circunstância da perda. Na restauração, a pessoa lida com as consequências da perda que convidam o enlutado à sua reconfiguração: readequar papéis, estabelecer mudanças na rotina – tudo o que está inteiramente ligado ao que se transforma após a morte. Para os autores, é impossível que o enlutado em seu processo se estabilize em apenas uma orientação – os momentos são alternados em intensidade e gradação, movimento este que é intitulado como “oscilação”. (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012; GONZAGA; PERES, 2012). A figura da próxima página representa a ideia das oscilações

Figura 01 – Modelo do Processo Dual do Luto



Fonte: (SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012)

Como evidenciado nos parágrafos anteriores, nenhuma das teorias apresentadas é considerada a teoria mais adequada. Para cada autor, há uma concepção de luto diferente, baseada na concepção de homem e de mundo das perspectivas que se estudam.

As concepções teóricas trazidas neste capítulo embasam o que a literatura compreende a respeito do luto. Entretanto, a contribuição em estudar o enlutamento vai além quando se possibilita dar voz ao fenômeno, por quem o vivencia. Desse modo, na próxima sessão, será abordado de modo mais específico o enlutamento por suicídio, proposição maior do estudo.

3.1 Luto por suicídio

O crescimento exponencial dos índices de suicídio colabora diretamente para o aumento de pessoas enlutadas por este acontecimento. Da mesma forma que se evidencia que o suicídio é um fenômeno multifatorial, o qual não pode ser resumido a soluções simplistas, também trata-se que o luto por suicídio não pode ser explicado por um único modelo teórico. Há diversos fatores que se relacionam ao modo do

enlutado de lidar com a perda, dentre eles: o vínculo existente com a pessoa, a forma de morte (drástica ou repentina), os aspectos históricos anteriores e as características de ser de cada pessoa que vivencia esse evento (DUTRA *et. al.*, 2018).

O luto por suicídio, além de uma vivência extremamente abaladora, é também um momento que abre uma crise para o enlutado. Esta crise pode se relacionar pelo desenvolvimento do luto particular, como também pela necessidade de se reorientar nos papéis que eram designados pela pessoa que faleceu. Além disso, a relação com a pessoa falecida pode suscitar fatores de risco a tendências suicidas dos enlutados. Dessa forma, quem passa por essa experiência recebe o termo de “sobrevivente”, ou seja, as pessoas que se afetam e/ou se impactam por um suicídio, de forma direta ou indireta, como amigos, familiares, profissionais, vizinhos, quaisquer pessoas que se autodeclaram marcados pela perda (ROCHA; LIMA, 2019).

Com base nesse contexto, Edwin Schneidmann, considerado pai da Suicidologia, introduz o termo *Postvention* que foi espontaneamente traduzido em português para Posvenção. Apesar de não ser um termo tão difundido, a posvenção se caracteriza como as ações que são dirigidas após uma perda por suicídio, com vistas a acolher os sentimentos e possibilitar a prevenção de riscos nas gerações futuras (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Segundo a literatura, em média, 6 pessoas são diretamente afetadas por um suicídio. Segundo Fukumitsu (*et. al.*, 2015) Outros estudos mencionam um número maior, como cerca de 20 a mais pessoas. A morte por autoaniquilamento impacta os aspectos psicológicos e culturais do enlutado e também provoca emoções diferentes. Dentre estas emoções, estima-se que um suicídio pode suscitar sentimentos de raiva, culpa e o estigma anunciado pela perda.

No estudo de Fukumitsu e Kovács (2016), que contou com a participação de filhos sobreviventes de um suicídio, estes relatam que, quando ocorre um suicídio, a vida parece sair do controle. Segundo os entrevistados, a sensação de que não se aniquilou apenas uma vida, mas várias vidas em conjunto provoca a maior intensidade dos sentimentos. Mesmo o suicídio sendo uma escolha do outro, não isenta o enlutado de se sentir culpado pela morte. Compreende-se que, em outro contexto, se alguma ação preventiva ao risco de suicídio tivesse sido feita – ou não feita – haveria a possibilidade de um outro desfecho, o mais esperado, a manutenção

da vida daquele que escolheu tirá-la.

Além da culpa que pode ser desenvolvida pelo enlutado, há a possibilidade de atribuição deste sentimento pelas pessoas próximas. São comentários, teorias e explicações que se produzem para tentar esclarecer a real motivação da pessoa que se matou. Tais corroborações violentam e silenciam o sobrevivente e podem acarretar diversas reações: isolar-se das relações, evitar falar sobre a morte por vergonha, esconder o assunto de crianças que façam parte do núcleo familiar, dentre outras. A esses tipos de ações, considera-se que pode ser mencionado o luto não autorizado (ROCHA; LIMA, 2013).

O luto não autorizado se caracteriza por diversas perdas que podem não ser aceitas ou reconhecidas socialmente. O responsável pelo cunho deste termo e teoria foi o professor Kenneth Doka. Segundo o autor, toda sociedade possui regras, normas e concepções a respeito do lidar com a morte. No luto não autorizado, o sofrimento gerado se torna silencioso e silenciado, mediante a carência de espaço para o enlutado se expressar e legitimar suas emoções (CASELLATO, 2020).

Silva (2015) argumenta que, no caso do suicídio, há três formas de ausência de validação da perda: 1) quando o enlutado não é reconhecido, como o luto de crianças, adolescente e/ou de profissionais que se relacionavam com a pessoa; 2) quando a morte não é reconhecida, como processo de negação ou da falta de clareza do suicídio; 3) quando a forma de expressão da perda não é reconhecida, como processo de silenciamento ou de responsabilização frente o ato. Nesse contexto, questionamentos como: “*por que não fizeram algo?*” ou “*não perceberam algum sinal?*” são realizados como forma de confrontar o sobrevivente a uma posição de assunção da morte.

Para Fukumitsu (2017), os sobreviventes de uma perda por suicídio necessitam do apoio de organizações e serviços após o ato. Dessa forma, a ação posventiva é caracterizada por desenvolver um espaço de acolhimento, escuta e cuidado ao sofrimento do enlutado. Diretamente, implica-se em apoiar o sobrevivente na reconstrução de seu caminho, ainda que confrontado à perda e aos questionamentos deixados pelo acontecimento.

Scavacini (2018) argumenta, em sua tese de doutorado, que o trabalho da posvenção se manifesta por ações de cunho clínico ou voltados à saúde pública, tendo como foco o acolhimento às questões psicossociais dos enlutados e a

prevenção de suicídios futuros, exemplificando tais ações como: campanhas de promoção à saúde, a psicoterapia, grupos de apoio, suporte financeiro e logístico no tratamento pós-morte e orientações gerais. Estes serviços podem ocorrer de forma ativa, quando o enlutado é acolhido diretamente por uma equipe ou até por outro sobrevivente que conhece a demanda ou de forma passiva, quando o serviço é buscado pelo sobrevivente. No Brasil, são poucos os registros de serviços de posvenção de forma ativa sendo, muitas vezes, o próprio enlutado o maior responsável por buscar suporte ao seu sofrimento.

Uma das formas mais comuns de posvenção se caracteriza pelos grupos de apoio. Os grupos se distinguem em relação à forma como são construídos, seja pelo tipo, pela organização ou pelo fim. Podem ser realizados pelas equipes de saúde ou pela demanda voluntária de outros sobreviventes e podem ocorrer de forma aberta ou fechada, em relação à participação nas reuniões. Em suma, entende-se que esses grupos de suporte podem trazer ao sobrevivente enlutado a possibilidade de transferir os sentimentos derivados da perda a um ambiente de acolhimento e empatia, sem questionamentos sobre a singularidade da experiência (SCAVACINI; CORNEJO; CESCÓN, 2019).

Na cidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, foi instituída a Lei nº 5.156, consagrando o dia 17 de maio como o Dia Municipal da Posvenção ao Suicídio. Nestedia, o que cabe ao governo municipal estabelecer são ações, palestras e outras mobilizações na cidade para tratar sobre os sobreviventes enlutados por suicídio e informar a respeito dos cuidados que devem ser mantidos com estas pessoas. Esta lei foi proposta por um grupo de apoio da cidade com a finalidade de ofertar suporte aos sobreviventes deste acontecimento. A legislação também é conhecida como 'Lei Jordana' em alusão à filha de uma das enlutadas voluntárias do grupo (TERESINA, 2018).

A pesquisa de Dutra et. al. (2018) também demonstra que, como forma de recuperação de suas histórias, os sobreviventes podem solicitar suporte através de atendimento psicológicos individuais. A escuta dos sentimentos, o acolhimento ofertado e, especialmente, a consideração à unicidade da perda pode suscitar impulso a construção de novos significados e dar possibilidade a prosseguir a vida.

Independentemente do caminho escolhido pelo sobrevivente, ressalta-se que não há serviço ou intervenção mais adequada ao acolhimento da dor. Se há de se falar disso, mas entende-se que a forma mais coerente de dar suporte a esta

experiência é a forma escolhida pelo enlutado, que deve ser respeitado no vivenciar da perda, de acordo com o modo e o tempo que possibilita a si (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

3.1.1 O luto e o enlutar-se na clínica fenomenológica

Esta sessão tem o objetivo de relacionar as concepções teóricas que fundamentam o trabalho: a fenomenologia husserliana, com o fenômeno estudado: o luto. Em princípio, retorna-se ao movimento fenomenológico por meio de E. Husserl e, ao final do capítulo, se descreve como a clínica fenomenológica pode compreender o processo do luto.

Em *A Ideia da Fenomenologia* (1907/2008, Hua II) Husserl abordou o primeiro grau da consideração fenomenológica. Neste tópico da obra, o autor trabalhou o conceito de redução fenomenológica, fazendo alusão entre o que é imanente e o que é transcendente. O que é imanente é aquilo que é indubitável, ou seja, sobre o qual, não há questionamentos. Já o que é transcendente, por seu próprio termo, é o que está fora de mim, o não dado. Por esta razão, o filósofo descreveu que a epoché é a possibilidade de apreender o sentido do transcendente.

Desta forma, para Husserl (1907/2008), o conhecimento é uma vivência psíquica e, por vivência, é dotado de seu sentido único. Aquilo que é vivido é percebido e os olhos que percebem, percebem aquilo que vê, que sente e, por isto, são vivências subjetivas. Em relação ao fenômeno deste estudo e ao que é abordado acima, entende-se que o luto é uma experiência profunda que evoca a condição finita, de irreversibilidade da morte. Estas questões são comumente evitadas ou pouco abordadas, seja pela mídia, pelo discurso acadêmico e pela própria atmosfera social que designa a morte a um lugar técnico e objetivo. Desse modo, se não há espaço, a probabilidade que o enlutado não tenha espaço para vivenciar e dar sentido à perda é alta (FREITAS, 2013).

Como campo de singularidades, o luto ocorre dentro do campo grupal. É um amigo que se perde dentro do ciclo de amizade. Um filho que morre dentro de um núcleo familiar. Nesse sentido, se estudamos os fenômenos invariáveis e intencionais no campo da fenomenologia, é preciso que saibamos que o luto terá também os aspectos invariáveis e os aspectos subjetivos, que se relacionam ao horizonte psíquico de cada pessoa. Portanto, o esforço metodológico se presta ao

papel de compreender as vivências enquanto fenômenos, nas análises intencionais (FREITAS, 2013).

A sociedade ocidental, em busca da compreensão do luto, admite formas e normativas sobre a vivência do luto no espaço contemporâneo. Com os cuidados paliativos e a tanatologia, onde se realça o respeito pela “boa morte” e pelos cuidados a vida, o sofrimento advindo do enlutamento é proposto como uma vivência que deve ser serena, tranquila e que não atrapalhe o ambiente pacífico normativo. Desse modo, comportamentos e ações que são vivenciadas dentro dos padrões são normatizadas, como formas saudáveis de se viver um luto. Quando as expressões fogem destes padrões, busca-se teorias como o próprio “luto complicado” para explicar as reações pós-perda que se expressam fora da norma (FREITAS, 2018).

Esta normatização e patologização do luto contrapõe-se a experiência vivida que Husserl abordou quando argumenta a respeito do ego cogito. Para o autor, cada cogito tem em si o seu cogitatum (HUSSERL, 1929, p. 11). Ou seja, relacionando isto ao assunto, por maior que seja a tentativa de posicionar o luto em um aspecto padronizado e generalizado, ainda algo escapará pois cada enlutado vive seu luto, ao seu modo. Assim, é o enlutado que, ao se atravessar com esta experiência, cria sua percepção que é dotada de um sentido único.

Deste modo, a clínica fenomenológica que se esmiuça sobre o enlutamento, especialmente no *setting* terapêutico é uma clínica que tem como referência a própria escuta do vivido, do enlutado e do seu luto. Não se deve, portanto, acolher as expectativas da sociedade ocidental do que se espera sobre um luto “normal”. É exatamente a escuta que abre a possibilidade da construção de um novo significado para a morte do ser amado e para a vida do enlutado. Tal experiência é articulada no trabalho com o psicólogo possibilitando que o silêncio e os não ditos – reforçados pela aura social – sejam quebrados e expressos, a fim de que o luto seja atravessado (FREITAS, 2018).

3.2 Psicologia Clínica e suas modalidades

O termo psicoterapia, de forma etimológica, constitui-se, dentre outros significados, como: cura, o ato de curar. Assim sendo, a psicoterapia é vista como a “cura da alma”. Inicialmente, a ciência psicológica acreditava ser possível o restabelecimento dos mais variados acontecimentos através de rituais e da própria

fala, haja vista que, nas antigas épocas e, em especial, na Idade Média, a Psicologia ainda enfrentava uma larga influência dos movimentos religiosos (RIBEIRO, 2013).

A terminologia Psicologia Clínica somente foi utilizada pela primeira vez no ano de 1907, por Lightner Witmer (1867-1956), que se referia ao processo realizado com crianças com retardo e deficientes. Witmer é consagrado como um dos pioneiros da Psicologia Clínica por ter fundado a primeira clínica de Psicologia, na Universidade da Pensilvânia. Neste contexto, a Psicologia se posicionava como lugar de expressão aos excluídos, abandonados ou rejeitados (TEIXEIRA, 1997; JACÓ-VILELA; MELLO, 2018).

Para que se possa compreender a origem da Psicologia Clínica, é preciso contextualizar seu espaço de criação. Nesse cenário, datado do século XIX, duas forças de poder dominavam o mundo: o liberalismo e o romantismo. Por influência da Revolução Francesa, o liberalismo ofertou o entendimento de que todos os humanos eram livres e deveriam ter seus direitos preservados. Através do romantismo, que ganha maior força com a Filosofia e as Artes há a ideia de supervalorizar as diferenças e as expressões da subjetividade. Em outros dizeres, o Romantismo dá expressão ao excluído (TEIXEIRA, 1997).

Nesse artefato, a clínica – derivada do termo grego *klinê* - ganhava notoriedade no mundo, especialmente, através da Medicina, da Biologia e Psicopatologia. O século XIX é considerado como o século de advento desta clínica, posto que é quando o método clínico avança em grandes descobertas, especialmente, através da instrumentalização do fazer médico (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

As inovações tecnológicas, o conhecimento de diagnósticos e a descoberta de novos tratamentos trazem a perspectiva de que, quanto maior for a complexidade, maior será a necessidade de especialização. Assim, nesta divisão dos campos de cuidado, não é mais o médico que busca o paciente, mas o paciente que deve optar por qual especialidade procurar (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

Essa mudança da clínica médica é apenas uma projeção das transformações da própria cultura ocidental. Muito além da prática, a clínica torna-se uma práxis que reflete a civilização moderna. Por isto, vê-se a necessidade da intervenção direta ao paciente, da formulação do diagnóstico, da terapêutica focada na cura e na investigação detalhada do processo de adoecimento. Estas transformações mostram que a clínica sai da perspectiva individualista para abarcar o fenômeno do

adocimento no coletivo (SCHNEIDER, 2011).

No século XX, vemos a Psicologia Clínica ganhar ainda mais influência através do advento da Psicanálise de Freud. Em 1904, Freud elabora um artigo que tem como título *O método psicanalítico de Freud*, no qual elabora as noções do que ele intitula como psicoterapia. Mas o que era a Psicoterapia, para Freud? Era um método terapêutico, ainda embasado na Medicina, de aspecto psíquico. Desta forma, diferentemente de outros modelos como a eletroterapia, a psicoterapia seria um trabalho do psíquico para o psiquismo (MEZAN, 1996).

Portanto, Freud se afasta da clínica médica para introduzir uma psicoterapia baseada na sugestão. A sugestão aqui dita é a sugestão de hipnose, em que o analisando é hipnotizado pelo psicanalista e, através da sugestão, os sentidos dos sintomas eram descobertos. A psicoterapia freudiana não era passiva, mas era um encontro de analista e analisando que, juntos, constroem o saber sobre o inconsciente. A diferença da clínica médica e da clínica psicanalítica está na valorização da escuta do fenômeno, do sofrimento, ainda que considere o diagnóstico. Entretanto, o diagnóstico na Psicanálise não é a prioridade (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

A Psicologia ainda era fortemente fundamentada a uma perspectiva biomédica. Dessa forma, o pensamento da Modernidade ainda caminhava para o individualismo. Nisto, o sujeito enquanto ser singular não dependia unicamente das relações para sua sobrevivência, mas precisava construir seus próprios sentidos a respeito de sua existência. Assim, as ciências naturais tentavam compreender os objetos e a natureza, logo, as ciências humanas surgem como forma de descrever e compreender o indivíduo (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007).

A respeito dessa diferenciação, foi através de uma crítica ao positivismo e às ciências naturais que outro teórico surge: Edmund Husserl (1859-1938). É através de Husserl que surge a Fenomenologia, como uma teoria de resposta à crise das ciências do século XX. Afinal, qual era a crítica que a Fenomenologia tecia? A crítica pautava-se na ênfase ao cientificismo, positivismo e experimentalismo das demais ciências na busca de saberes absolutos (HOLANDA, 1997).

Dutra (2000) expõe a diferenciação husserliana de atitude natural e atitude reflexiva. A atitude natural, atitude dos cientistas naturais e dos leigos e, inclusive, do psicólogo, entende o mundo como algo existente, algo dado “aí” como certeza absoluta sem qualquer reflexão. Para o filósofo, esta certeza nunca poderia estar

completa. A atitude reflexiva, proveniente do pensamento filosófico, é de que o mundo ainda existe, mas não é mais determinado. O mundo aparece como fenômeno e não pode ser apreendido como absoluto. Para alcançar este propósito, é necessário suspender todas as crenças e colocar as verdades “em parênteses”.

Holanda (1997) descreve a redução fenomenológica através das produções de Husserl (1907/2008) na obra *A ideia da fenomenologia: cinco lições*. A redução fenomenológica é o método para alcançar o fenômeno puro, como objeto da fenomenologia, para se chegar a evidência apodítica. A relação da Fenomenologia com a Psicoterapia então se dá no encontro do campo fenomenológico de psicoterapeuta com o campo fenomenológico de *outrem*, cliente, que interagem mas não podem sobrepor um a posição do outro. Na psicoterapia de orientação fenomenológica, a redução possibilita o encontro com o cliente nele, através dele e com ele. Além disso, possibilita abrir-se para perceber a essência das coisas do mundo vivido e descobrir-se em totalidade.

Ainda sobre as mudanças da psicologia, Dutra (2004) argumenta que foi através da Revolução Industrial que a psicologia clínica passou a ser observada como campo de saber. Com as consequências das revoluções, a psicoterapia passa a se apresentar, ainda de forma rudimentar, como tratamento às problemáticas da sociedade. É neste quesito que a Psicologia passa a se tornar também uma terapêutica da vida social, posto que para acolher o sujeito que entra, era necessário estar e experienciar o contexto vivido. A clínica psicológica sofre, em conjunto, essa mudança: transformando-se de um tratamento do indivíduo, para a clínica ética, implicada com o social.

A Psicoterapia é uma das modalidades da Psicologia Clínica que usufrui dos mais variados instrumentos e metodologias. Além disso, a Psicoterapia também é um modo de autoconhecimento, de aprendizagem e de evolução. Atualmente, a clínica psicológica ainda luta para se desconstruir como campo de tratamento dos doentes ou dos ‘errantes’ à sociedade. É, de certo modo, a configuração da relação de contato entre duas pessoas que constroem um vínculo e que, dentro de suas realidades, constroem formas de lidar com o sofrimento psíquico vivido (AZEVEDO; FAGUNDES; PINHEIRO, 2018).

Ainda que a Psicologia seja uma ciência composta de várias subáreas, a área clínica é a mais concorrida no término das formações. Este fato pode se exemplificar pelo fato de que, nos últimos anos da formação em Psicologia, o aluno tem contato

com o espaço clínico através dos atendimentos em clínicas-escolas. Apesar de não ser regra, a maior parte dos cursos de Psicologia no Brasil adotam o estágio clínico como pré-requisito final para a formação. Essa valorização do contexto clínico pode ser relacionada ao modo de atuação do psicólogo clínico, posto que, é uma área que exerce a possibilidade do profissional liberal atuar nas instituições privadas (MEIRA; NUNES, 2005).

Sobre psicoterapia, no Brasil, a Resolução 13/2022 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) regulariza e conceitua a psicoterapia como:

uma prática de intervenção sustentada por um campo de conhecimentos teóricos e técnicos fundamentados cientificamente, embasada por princípios éticos da profissão, que se desenvolve em contexto clínico e em um relacionamento interpessoal, junto a indivíduos, casais, famílias e demais grupos, decorrente de uma demanda psicológica com o objetivo de promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos (CFP, 2022, p. 1)

Além disso, a Resolução apresenta uma série de direitos e deveres que devem ser concernentes a todos os psicólogos e psicólogas que prestam o serviço e psicoterapia, sendo estes:

- I - promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiada nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Código de Ética Profissional do Psicólogo;
- II - promoção da saúde e da qualidade de vida, de modo a contribuir com a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;
- III - compromisso ético de não estabelecer, com a pessoa atendida, família, casais e demais grupos e conhecidos, vínculo que possa interferir negativamente e causar prejuízo aos objetivos do serviço prestado;
- IV - aprimoramento profissional e qualidade técnica, dando seguimento à sua formação de modo continuado, a fim de ampliar e atualizar seus conhecimentos teórico-técnicos e suas habilidades pessoais para conduzir os processos psicoterápicos;
- V - consideração da dimensão interdisciplinar, integral e interseccional nas relações humanas; e
- VI - conhecimento do campo científico e profissional da Psicologia como base para a prática psicoterapêutica (CFP, 2022, idem).

A Resolução 13/2022 (CFP, 2022) regulariza a psicoterapia para profissionais da Psicologia, mas desconsidera os mesmos princípios, direitos e deveres para profissionais de outras áreas. Isto é explicado pela ausência de privatização da atividade de psicoterapia para a Psicologia na legislação brasileira, sendo esta uma atividade que pode ser realizada por outros profissionais, especialmente, médicos

com especialidade em Psiquiatria. Este dado é extraído da Resolução Normativa nº 167/2008 da Agência Nacional de Saúde que, no artigo 14, incide que os planos ambulatoriais podem cobrir o serviço de psicoterapia – pelo número de sessões estipuladas – que podem ser realizadas por psicólogos e por médicos devidamente habilitados (BRASIL, 2008). Apesar desta carência, a psicoterapia permanece sendo uma das áreas de maior campo profissional para profissionais formados em Psicologia.

Nesse sentido, Lima (2016) aborda que, mesmo as resoluções não especificando quais são as ferramentas importantes para se fazer psicoterapeuta, existem três pilares essenciais na construção desses profissionais: a capacitação teórica/técnica, a supervisão e a psicoterapia pessoal. Isto pode ser corroborado por Cardella (2002), ao discorrer sobre a qualidade de presença do psicólogo: não basta que o psicólogo tenha uma ótima formação se não houver, em conjunto, um compromisso pessoal com suas próprias questões. É por este compromisso de confirmação, compreensão e ressignificação de suas inquietações pessoais que o psicólogo pode cuidar das inquietações alheias (LIMA, 2016).

Desse modo, a Psicoterapia é um processo onde cliente e terapeuta, a partir da relação terapêutica criada, desenvolvem formas de lidar com as questões de natureza emocional. Em conclusão, Ribeiro (2013, p. 58) considera que a “psicoterapia é um processo em que a pessoa aprende a se ler e a se reler, a partir do outro no mundo”. No processo psicoterápico é preciso acessar a história pessoal, em suas maiores e mais densas raízes, para se permitir adentrar no campo do outro e de suas questões.

Na seção a seguir, discutiremos com mais profundidade o lugar da psicoterapia e do psicoterapeuta no luto oriundo de um suicídio, dialogando através dos aportes teóricos disponíveis na literatura.

3.2.1 A Psicoterapia do luto por suicídio

O suicídio é um fenômeno que aponta a necessidade de se olhar o coletivo por meio da ação individual. Quando alguém morre por suicídio, morre também um marido ou uma esposa, um filho ou uma filha, um irmão e/ou uma irmã e, até mesmo, um profissional. Desse modo, quando alguém põe fim à sua vida, põe fim também ao papel que prestava na sociedade. Muitas vezes, após uma perda por suicídio, os

sobreviventes necessitam de suportes diversos para redesignar seus papéis e orientar suas vidas. Uma das possibilidades de suporte à pessoa enlutada é o suporte profissional pela via da psicoterapia.

Conforme argumentam Fukumitsu e Kovács (2016), o impacto da morte por suicídio pode ser vivenciado de formas diferentes, de acordo com os suportes internos ou externos que o enlutado possui. Nesse sentido, há aspectos que podem influir o luto: 1) o relacionamento com a pessoa que se foi; 2) o modo como acontecia essa relação (o vínculo; a natureza do vínculo); 3) a forma da morte, se repentina e drástica; 4) história de vida do enlutado e 5) os processos subjetivos de enfrentamento.

Além de lidar com a perda direta, a pessoa diante do luto lida também com a ausência da pessoa falecida. Nesse sentido, caso a pessoa falecida estivesse em acompanhamento psicoterápico, o profissional que o acompanhava deve ofertar suporte psicológico aos sobreviventes desta perda. Entretanto, vê-se que ainda há uma resistência na busca direta dos enlutados aos serviços, especialmente, ao serviço psicológico. Os fatores que podem se relacionar a esse acontecimento são os receios de preconceitos a respeito da perda ou a própria desvalorização do processo psicológico como fonte de apoio (ROCHA; LIMA, 2019).

Sobre isto, não é conveniente que, na clínica psicológica, o psicoterapeuta se posicione na tentativa de encontrar fuga ou saída para o sofrimento do enlutado. O processo psicoterápico no âmbito do luto por suicídio deve ser de acolhimento ao cliente, compreendendo seu sofrimento e possibilitando que este encontre, em seu próprio caminho, as suas estratégias de enfrentamento à perda. Esse espaço acolhedor, que é a Psicoterapia, pode servir para o compartilhamento das dúvidas, dos questionamentos e da dor que se deriva da perda (FEIJOO, 2021).

Na pesquisa de Salvador (2015) sobre mães enlutadas por suicídio, este discorre que a intensidade do sofrimento pode acarretar no adoecimento existencial das sobreviventes. No estudo, os relatos demonstram que o processo psicoterápico se constituiu como uma das formas de apoio mais importantes após a perda. Este estudo corrobora com as concepções de que, se não há tratamento e suporte adequados aos enlutados, o sofrimento psicológico pode ser elevado a um grau de questionamentos a respeito da própria continuidade da vida, levando a possíveis ideias ou tentativas de suicídio. Concordando com o autor, as autoras Fukumitsu e Kovács (2016) afirmam que a Psicoterapia se constitui como uma ação de

posvenção, por prevenir acontecimentos futuros de mesma ordem.

Além de ser espaço de suporte, a Psicoterapia também pode ser espaço de expressão única do sofrimento. Nesse sentido, no estudo de Silva (2009), as participantes relatam que o diálogo na sessão de terapia era fortalecedor apenas pela escuta empática e acolhedora. Assim, percebe-se que a importância não está somente em especial na pontuação dada ou na intervenção realizada, mas, sobretudo, na abertura ao compartilhamento do sofrimento em sua maior potência. O lugar do psicólogo torna-se lugar de sustentação da dor.

A Psicoterapia também pode ser espaço de reconstrução de significados diante da perda. Essa experiência é relacionada ao fato de que, na ocorrência da perda, toda a história de vida do enlutado é abalada e escancarada com questionamentos que podem nunca ter um fim. Nesse sentido, através do processo psicoterápico, o enlutado pode revisitar a narrativa de sua vida, pôr para fora aquilo que o impacta, que o prende ao que ficou após a perda. Para isto, o papel do psicólogo é de horizontalidade frente ao sofrimento, haja vista que estar vulnerável a perdas é uma condição humana. Nesse sentido, o próprio psicólogo deve ser capaz de adentrar nas suas vivências traumáticas, nas perdas já sofridas para poder cuidar daquele que perdeu (CÂNDIDO, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para fins de discussão, a tabela abaixo apresenta os seis participantes que participaram desta pesquisa. Para fins de explicação, é importante ressaltar que, nas buscas para potenciais candidatos do estudo, aproximadamente 20(vinte) pessoas foram contactadas para apresentação da pesquisa e, destas, entre faltas de respostas e não atendimento aos critério de inclusão, restaram seis participantes que consentiram com sua participação no estudo.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes

PARTICIPANTE	IDADE	ESTADO	GÊNERO	TEMPO DE FORMAÇÃO
T1	32	PI	F	10 anos
T2	43	PI	F	10 anos
T3	54	PI	M	12 anos
T4	60	M G	F	35 anos
T5	42	PA	M	15 anos
T6	56	RJ	M	32 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Participaram deste estudo 6 psicoterapeutas dos Estados do Piauí, Pará, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A média de tempo de formação dos profissionais varia de 10 a 35 anos. Foi possível perceber que a maior parte dos entrevistados tem um tempo de atuação na clínica próximo ao tempo de conclusão do curso, o que acarreta a compreensão de que a psicologia clínica se configura como uma área de ingresso destes profissionais no início de carreira.

Para uma organização mais coerente dos dados sociodemográficos, a segunda tabela apresenta as informações relacionadas apenas a atuação clínica: tempo de atuação no setting terapêutico, a orientação de abordagem psicológica adotada e se há alguma formação específica nas áreas de Tanatologia ou Suicidologia, campos relacionados ao fenômeno estudado. Todos os psicoterapeutas participantes deste estudo atualmente permanecem no espaço clínico.

Tabela 2 – Informações dos participantes sobre a atuação na clínica

PARTICIPANTE	TEMPO DE ATUAÇÃO NA CLÍNICA	ABORDAGEM CLÍNICA	CURSOS DE TANATOLOGIA OU SUICIDOLOGIA
P1	3 anos	Gestalt-Terapia	Não.
P2	10 anos	Gestalt-Terapia	Não.
P3	12 anos	Humanista	Sim.
P4	35 anos	Sem definição.	Sim.
P5	15 anos	Abordagem Centrada na Pessoa	Não.
P6	25 anos	Fenomenológica-Existencial	Sim.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Quanto às abordagens psicoterápicas, foram contactados profissionais de abordagens de pressupostos epistemológicos e filosóficos fenomenológicos, existenciais e humanistas, sendo 2 (dois) da Gestalt-Terapia, 1(um) da Abordagem Centrada na Pessoa, 1(um) Humanista, 1(um) Fenomenológico-Existencial e apenas 1(um) não descreveu a vinculação com nenhuma abordagem.

Quanto às formações nas áreas de Tanatologia e Suicidologia, 03 entrevistados mencionaram não ter formação específica na área. Em contraponto, outros 03 profissionais mencionaram possuir especializações, cursos de extensão e/ou algumas outras formações relacionadas à temática. Os três profissionais que possuem estas formações são especialistas nas áreas de Luto e Suicidologia, incluindo um destes com pesquisa de mestrado voltada para o fenômeno do luto por suicídio.

Para fins de sigilo e confidencialidade, foi utilizada a letra P (psicoterapeuta) e o número corresponde à ordem das entrevistas realizadas. Na posterior análise, descreve-se os relatos vivenciados através das evidenciações nas vivências, realçando as possíveis particularidades e universalidades disso.

4.1 As experiências de atendimento

Um dos critérios de inclusão do estudo era o atendimento a(s) pessoa(s) enlutada(s) por suicídio pelo período mínimo de 6 (seis) meses, sem interrupções. Dessa forma, os relatos dos entrevistados versava sobre sua(s) experiência(s) clínicas (e em outros espaços). T1 descreveu ter trabalhado por 4 (quatro) anos em

uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e por 2 (dois) anos em

uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), antes de começar a realizar atendimentos clínicos por conta própria. Assim como ela, T5 se refere ao hospital público como primeiro contato com os atendimentos voltados a este fenômeno.

Ao falar sobre intencionalidade, Husserl (1913/2006) descreve o sentido de “*estar voltado para*” algo de forma atenta e valorativa. Sobre valor, o filósofo apresenta comparações ao ato e à ação, ou seja, sem atenção doada, sem valor dado, a coisa se torna uma “mera coisa”. No caso dos entrevistados, os atendimentos não foram, por si só, suficientes para despertar atenção para o fenômeno do suicídio. Foram situações específicas que geraram abertura para esse enfoque. Este é o caso de T3 que, em pesquisa realizada informalmente, teve contato com mães de pessoas que puseram fim à vida. Nesta pesquisa, uma das mães levou T3 ao local onde o filho havia morrido, dizendo:

“se um dia eu me matar, eu for me matar”. Eu tava em pé e ela no quintal “eu vou me matar naquela árvore, naquele galho, com a corda que meu filho se matou, que tá guardada no meu guarda-roupa, às 6 horas da tarde, que foi a hora que meu filho se matou [...] Eu saí da casa dessa mulher, entrei no meu carro implodindo, tremendo, suando, sei lá o que mais, passei uns 5, 10 minutos dentro do carro e pensei, minha dedução, “não pode ter um sentimento mais um complexo, uma dor maior que essa aqui”. É isso que eu vou estudar. Exatamente nesse dia, eu entrei na Suicidologia, de onde eu nunca mais saí, por causa dela (T3, 54 anos).

Husserl (1901/2012) argumenta sobre a característica dos sentimentos que, para o autor, existem através de uma relação intencional com o objeto. Adiante, o autor diferencia que, dos modos de sentimentos, existem os sentimentos sensíveis que se relacionam aos diferentes modos de sensações e os atos afetivos, que já dialogam com os próprios sentimentos de vivências afetivas. No último relato, T3 utilizou três verbos: implodir, tremer e suar. Pode-se afirmar que tais termos referem-se a sentimentos sensíveis: são fisicamente percebidos, mas falam de um objeto intencional, ao qual o terapeuta se dirigiu: o impacto do relato daquela mãe que perdeu seu filho por suicídio.

A maior parte dos entrevistados, ao relatar suas experiências de atendimentos a enlutados por suicídio, descreveram o modo como os primeiros contatos os

impactaram. A participante T2 que, semelhante a T3, experienciou contatos com os fenômenos do suicídio ainda na graduação, mencionou que o trabalho com a enlutada em questão – filha de um pai que pôs fim à vida – a fez se dar conta na própria situação vivenciada em casa: seu pai estava acometido do diagnóstico de um câncer. Neste momento, T2 relatou que buscou na psicoterapia pessoal uma forma de cuidado, descritos a seguir:

[...] por ser o pai. Por ser o pai e, por isso, vir de encontro com algumas questões pessoais, do meu pai, entendeu? Então, foi nesse período que descobrimos um c.a (câncer) no meu pai, o meu pai não encarava e a figura era a mesma, a situação diferente, mas a figura era a mesma. E isso mexeu. Eu precisei sim cuidar de mim pra não misturar as coisas porque já tinha o vínculo (T2, 42 anos).

Quando T2 se depara à situação vivenciada com o pai da enlutada que acabara de pôr fim à vida e com a própria situação, vivenciando a descoberta do câncer do próprio pai, entra-se na seara da discussão da vida: lado a lado, estavam situações diferentes, porém, como a própria participante frisa: a mesma figura. A figura de um pai que escolheu abreviar a existência e a do próprio pai que descobria uma doença que ameaça a continuidade dessa existência. No surgimento dessa situação, esta profissional demonstrou o cuidado, ao buscar suporte psicológico, para não confundir seus sentimentos com os que a cliente trazia, após a perda do pai.

A vivência retoma à necessidade da superação dualista entre sujeito e objeto, provocada por Husserl em relação ao pensamento do dualismo cartesiano de René Descartes. Husserl (1901/2015) não exclui a existência do objeto, mas critica a separação existente entre sujeito e objeto nas leituras cartesianas. Dessa forma, em alusão ao que foi dito por T2, entende-se que não poderia haver, naquele momento, uma separação completa entre T2 psicoterapeuta de uma pessoa que perdeu o pai e T2 filha de um pai com doença ameaçadora da vida. A resolução da situação, dada pela própria psicoterapeuta, é buscar seu processo psicoterápico pessoal.

Segundo o Código de Ética Profissional do Psicólogo, não há nenhuma diretriz sobre a necessidade e/ou obrigatoriedade de psicoterapia pessoal e/ou supervisão (CFP, 2005). Entretanto, o artigo 1º), que trata dos deveres fundamentais, menciona que é dever no profissional na alínea b: “assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente” (CFP, 2005, p. 8).

A Psicologia Clínica, uma das áreas profissionais da Psicologia, exige a

responsabilização profissional que o Código de Ética descreve. Estar capacitado pessoal, teórica e tecnicamente pode ser interpretado (à luz da não especificação) de várias formas. Desse modo, a busca pela terapia pessoal, no caso de T2, é um ato ético e um modo de capacitação pessoal que a profissional buscou para continuar acompanhando a cliente em questão.

Ainda na orientação husserliana, a intencionalidade é um dos princípios fundamentais do autor. Este conceito, que teve fortes atravessamentos com a perspectiva de Brentano, traz o modo próprio de relação entre sujeito-objeto, há pouco tratado na exemplificação das falas dos participantes. Neste sentido, Husserl transpõe a ideia de fenômeno psíquico de Brentano e elabora uma conceituação de intencionalidade da consciência dirigida ao objeto (MONTEIRO, 2021). Portanto, não cabe pensar na consciência como “caixa preta” onde os pensamentos são refletidos, mas na atividade que se dirige a algo, a alguma coisa. Consciência é ato intencional.

Este conceito possibilita que se retrate a realidade dos psicoterapeutas que colaboraram com este estudo. Apenas a metade dos entrevistados realizou algum curso na área da Tanatologia e Suicidologia, áreas de estudo dos fenômenos vinculados aos atendimentos. Destes, quatro profissionais (T3, T4, T5 e T6) relataram ter tido (ou ainda ter) vínculo com organizações não governamentais que trabalham com o fenômeno (ONG's), associações e grupos de enlutamento.

Estes direcionamentos, aqui já em formas de atos, dos profissionais de buscar aproximações com o fenômeno, seja pela via profissional ou acadêmica, demonstra que, por certo momento, o objeto – aqui descrevendo o luto por suicídio – abriu-se como horizonte de possibilidades a esses profissionais, que tomaram isto como um trabalho para-além do consultório. Tais evidenciações são presentificadas pelo relato de T6 que afirma: “trabalhar com o suicídio me aterrou, me deixou mais pra base, pro chão, “pisa aqui”, mesmo com todas as técnicas, nós temos nossas limitações” (T6, 56 anos).

A percepção dos limites das técnicas fornece a qualidade de pensar sobre como estes fenômenos afetam e como envolvem os profissionais entrevistados. Dar limite próprio a um trabalho é, por vezes, necessário para que o acompanhamento psicológico, especialmente frente ao enlutamento por suicídio, não busque fornecer tentativas de explicação das “causas” da morte do ente querido do paciente. Sobre estas limitações, Husserl (1901/2015) abordava que qualquer doutrina, de caráter gnosiológico, que queira explicar o conhecimento, falhará terminantemente. O

filósofo explica esta falha pelo equívoco que se comete ao tentar realizar análises empírico-filosóficas, em linhas de causa e efeito, em contraponto a simples descrição das situações imediatas em busca do sentido único (HUSSERL, 1901/2015). Neste sentido, como abordado pelo profissional, a temática do suicídio, ao “aterrar”, nos leva à raiz e não às ramificações: a necessidade de retornar às coisas mesmas. Suspende os *a priori*s, as técnicas, as abordagens e escutar o humano frente ao que ele é e está sendo, naquele momento.

Ainda nesse sentido, a narrativa de T1 menciona “quase todas as pessoas que eu atendo ou atendi, tiveram contato. Seja em forma de um familiar, em forma de amigos, em forma de pensamentos que elas mesmas tiveram”. Com base nesta fala, evidencia-se que a aproximação com o fenômeno do suicídio não é incomum. Na correlação sujeito-objeto, Husserl (1901/2005) aborda que é, pela redução fenomenológica, que esta relação pode ser evidenciada. Ao estar, frente a frente ao fenômeno, o que se pode apreender, pela intuição, é a vivência. Sobre vivência, entende-se como o que resta ao sujeito, da redução do seu objeto. É o que fica, de forma originária.

Na narrativa do psicólogo que atende a pessoa enlutada, encara-se a realidade da perda do outro, que é também, outro do enlutado: no caso de T1, descreve-se o trabalho psicoterápico com a mãe de um rapaz que se matara há 14 anos. Estar frente a frente ao processo, além de exigir competências já anteriormente necessárias, abre uma travessia, possivelmente, não comparável a nenhuma outra na clínica psicológica. Deste modo, na próxima seção, é apresentado o início do processo psicoterápico com pessoas enlutadas por suicídio, através das evidências dos entrevistados.

4.2 O início da psicoterapia com pessoa enlutada por suicídio

Neste subcapítulo, apresento o que se pode intitular como o início da travessia em psicoterapia, relatada pelos interlocutores psicólogos e psicólogas deste estudo, com pessoas enlutadas por suicídio. A experiência clínica atravessa barreiras pessoais e, também, profissionais, especialmente, quando se trata do enlutamento por quem findou a vida. Para T1, o sentimento de choque foi explícito ao ouvir o relato de uma mãe que perdera seu filho há 14 anos, que chega à terapia após um longo processo de ressignificações da perda. Estas evidências são percebidas na fala:

Eu me lembro muito do primeiro atendimento que eu fiz à pessoa com essa demanda. Eu me lembro de ficar em choque porque eu nunca tinha ouvido um relato daquele e eu já tinha um tempo razoável de formação [...]. Eu me lembro do choque, mas o choque não foi pela história, foi pela forma como a pessoa me contava. A forma totalmente resignificada. Eu não acreditava que alguém poderia passar por uma experiência dessas e me contar a experiência daquela forma. Eu me lembro de eu ficar muito mais, acho que emocionada mesmo, do que a paciente ficava quando me contava. Cada coisa que ela ia me contando, me chocava e me emocionava e me impressionava, pela forma leve que ela me contava aquilo (T1, 32 anos).

A paciente acompanhada por T1 é a que relata o maior tempo de perda: 14 anos, do suicídio do filho. Entretanto, a paciente já estava em processo psicoterápico há aproximadamente 03 anos, o que corrobora com os estudos de que enlutados por suicídio não procuram, geralmente, suporte psicológico após a perda. No caso da paciente mencionada pela participante, o desconhecimento a respeito do serviço psicológico culminaram em tentativas próprias de restauração da vida, após a perda. É mencionado por T1 que “ela foi estudar Psicologia, ela foi se envolver em projetos relacionados à área do suicídio, ela foi participar do CVV”. E é neste sentido que T1 se choca: como poderá alguém, após a perda do filho, ainda ter força suficiente para contar aquilo sem chorar? Como posso eu, psicóloga, escutar aquele relato sem também me emocionar?.

O papel do psicólogo que, por vezes, é tido como o profissional que “orienta e no senso comum, que aconselha, se esvai quando se depara com uma vivência que não cabe conselhos, orientações ou diretrizes. Para isso, é preciso retornar a si e desviar-se do mundo, movimento denominado como *convertere*. Desviar-se do mundo não é anular a existência dos objetos apriorísticos, mas é possibilitar a reflexão e retornar a si para dar atenção à própria vivência (DEPRAZ, 2021). Nesse toar, a tragicidade que o fenômeno do suicídio carrega fez com que o choque de uma fala serena, por parte da enlutada, chocasse a psicoterapeuta.

A reflexão também é possibilitada na fala de T6, ao narrar seu encontro com a paciente que retorna à terapia quando perde a mãe por suicídio, pouco tempo após formar-se em Psicologia. Este fato provocou em T6 uma atenção maior, posto que a paciente chega ao processo com a soma da dor causada pela perda e a culpabilização do lugar de psicóloga que perdeu a mãe por suicídio. Nisto, o terapeuta promove as seguintes reflexões:

O trabalho com essa paciente, vem sendo porque ela ainda tá comigo, vem sendo nessa questão “qual é o papel do psicólogo?” “qual é o papel do ser filho?” [...] Essa culpa, que culpa é essa? Que responsabilidade é essa que eu trago para mim?” (T6, 56 anos).

Quem é a paciente de T6? É a filha para alguns e também é a psicóloga para outros. E, para muitos, é o conjunto: a filha, também psicóloga, que teria o poder de salvar a mãe da própria morte. Essa lógica é perfeitamente naturalista, se pensarmos que “em cada caso do conhecimento científico natural, oferecem-se e resolvem-se dificuldades, e isto de um modo puramente lógico, ou segundo as próprias coisas” (HUSSERL, 1907/2008, p. 41). Corroborando com o dito por Husserl, o pressuposto naturalista apontaria uma solução óbvia nesta situação: a existência do saber psicológico como função de saber. A Psicologia é tomada como ciência de modelo teórico-explicativo, onde a ação interventiva desta filha anularia a intenção de morte da mãe. Como isto não foi possível, os questionamentos do psicoterapeuta retornam a cliente, ao questionar os próprios papéis que esta ocupava: como filha, como psicóloga. Qual seria o limiar nestas posições? Há poder de salvar o outro?. Talvez esta seja uma das maiores perguntas no âmbito da Psicologia. Seria a ação clínica poderosa o suficiente para salvar alguém? Seria o ato terapêutico transformador da perda de quem não conseguiu salvar esse alguém?.

A culpa que a cliente sente, ao ser questionada pela família o porquê de “não ter feito nada” e incitada a pensar que seu curso não serviu é a percepção de que ainda há forte relação de causa e efeito na gama do fenômeno do suicídio. A culpa do enlutado é o apontamento julgador do outro. Sobre isto, Borges (2020, p. 365) descreve o termo ‘moralização’ para exemplificar a culpa direcionada socialmente para a pessoa enlutada por suicídio:

O aspecto moral mata novamente aquele ou quem já foi. Mata com a autoridade de quem se sabe certo, como convicções nunca contestadas. Mata com a competência de quem nunca calçou os sapatos daquele que é condenado. Mata como quem não precisa entender. Mata escondendo as mãos e disfarçando o prazer de ver o outro cair. Mata como quem nunca morreu.

Segundo Feijoo (2020), o julgamento naturalista mediado pelo controle da vida é o que se chama de moralização do suicídio. Moralizar a morte voluntária nada mais é do que buscar explicações causalísticas para o controle dos efeitos: sabendo as causas de possíveis suicídios, previne-se e, até mesmo, impede-se a ocorrência deles. É o que T4 critica também, em seu relato, quando fala da dificuldade de conseguir espaço para falar sobre a temática do suicídio e a reviravolta quando o

setembro amarelo, campanha sobre prevenção do suicídio, veio à tona: “do tabu total, virou uma panacéia”. Moralizar também é deter o conhecimento sobre o que é desconhecido.

Qual é então a ‘saída’ para pensar o fenômeno do suicídio para além das moralizações? Pensar e não somente pensar, mas atuar fora da caixa naturalista e explicativa. O interlocutor T3 menciona que, entre as maiores características que elenca para um psicoterapeuta que trabalhe com esse fenômeno na clínica, uma delas é a humanidade, evidenciada na fala ao dizer que é importante ter

O mínimo de decência, de técnica e a capacidade de se tornar humano, se tornar não, porque nós somos mas, muitas vezes, a gente esquece. Uma dose de humanidade que vem junto com o limite técnico, ético e moral, para que a pessoa sinta, o seu cliente, o meu cliente sinta que, além da parte técnica, teórica, tem gente na frente dele (T3, 54 anos).

E é exatamente esse humano que a ação clínica convida a aparecer. Quando se cristaliza a postura do saber terapêutico, cria-se a ideia de que o psicoterapeuta é o ser divino e superior que terá as chaves da libertação do cliente. Ambos se enganam, psicoterapeuta e cliente. Aquele que acredita ser detentor desse saber inalcançável e cliente que o posiciona como responsável por encontrar essa chave. Ainda que as ciências busquem encontrar as possíveis soluções ou causas, o suicídio é ainda o mistério que as ciências desejam desvendar e, quanto mais tentam, mais perdem, mais o fenômeno se oculta (FEIJOO, 2020).

Na perspectiva fenomenológica, pensar o suicídio é pensar o fenômeno suicida. Qualquer atitude natural esbarrará em interpretações que versam sobre patologia, sofrimento e desespero. Não somente para aquele que quer ou que pôs fim à vida, mas também para quem se enluta pela perda concreta, uma das possíveis tarefas clínicas é não se deter ao fato, mas a apreensão da vivência. A clínica psicológica precisa, antes, ser espaço de acolhimento a espaço de homologação das verdades absolutas, apriorísticas sobre as perdas. A respeito disso, a próxima seção abordará as metodologias interventivas e de condutas adotadas pelos(as) psicoterapeutas entrevistado(as).

4.3 A condução do psicoterapeuta: atuando frente ao enlutado e ao luto.

Neste tópico, abordo as ações, as intervenções e as conduções que os(as) psicoterapeutas entrevistados(as) adotaram em acompanhamento com a pessoa

enlutada por suicídio. Assim como, além disso, descrevo os métodos de trabalho utilizados pelos psicoterapeutas, compreendendo tais métodos de acordo com as distintas abordagens psicoterápicas das(os) entrevistadas(os).

A pessoa enlutada que busca um acompanhamento psicológico não busca por quaisquer razões. Tampouco, persiste por quaisquer razões. Sobre isso, T4 faz uma metáfora, baseada na sua experiência, sobre como é o início do acompanhamento:

[...] o enlutado, eu costumo dizer que ele chega com um saco de pedras muito pesado e que o processo do tratamento dele vai ser primeiro: abandonar esse saco de pedras, que a maior que tem é a culpa. Quando você tem uma perda por morte de alguma doença, ou algum acidente, você não carrega essa pedra. Você tem respostas objetivas, documentação a respeito das doenças, do acidente e, como o suicídio está relacionado a transtornos mentais, a gente não tem esse exame (T4, 60 anos).

A fala de T4 conduz a uma reflexão por meio da metáfora utilizada: a pedra. Quantas pedras um enlutado pode carregar após a morte de um ente querido? De quantas culpas, questionamentos, dúvidas, “e se’s” se abre um processo de luto?. Para enlutado, lidar com a morte daquele que põe fim à vida é lidar com os vazios: vazios de explicações. Além disso, em seu relato, a entrevistada também analisa as diferenças de mortes notificadas por causas externas e por causas “autoprovocadas”. Ao acessar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), encontro dados que corroboram com a percepção da psicoterapeuta T4. Na plataforma do sistema, há uma plataforma que é baseada no Código Internacional de Doenças (CID), entretanto, o termo “suicídio” não é utilizado, mas sim, o termo “lesões autoprovocadas intencionalmente”, separado de “transtornos mentais” “transtornos do neurodesenvolvimento” e outros (OMS, 2012).

Sobre esse assunto, faço aqui uma relação da Psicopatologia de Karl Jaspers (1863/1969), que conduz a um entendimento mais completo sobre essa associação. Jaspers foi um psiquiatra alemão, professor de Filosofia e estudioso das ciências humanas. Em 1913, obtém sua ascensão ao lançar a obra *Psicopatologia Geral*, que se deteve em explicitar as contribuições de um modelo histórico-compreensivo aos diagnósticos e compreensões psicopatológicas.

Jaspers sinalizava que no exame de pacientes psiquiátricos, duas classificações de sintomas são postas: os fatos subjetivos e os fatos objetivos. Os subjetivos dizem respeito às vivências, ao que ocorre no âmago da consciência e a

apreensão desses dados acontece pelos dados objetivos, através da mensuração e da observação. Sobre isto, o autor ainda ressalta que o que devemos aprofundar é o que está na consciência, na vivência do paciente. Tudo o que está fora da consciência é especulação e interpretação (JASPERS, 1987). Essa correlação entre o que é subjetivo e o que é objetivo, no trabalho do psicólogo clínico, é compreensível, especialmente, quando observamos as incidências de transtornos mentais e como esses transtornos se expressam enquanto fenômeno de cada cliente.

Ainda, a Psicopatologia jasperiana auxilia na compreensão da dificuldade que T4 evidencia na fala anterior. Na morte por suicídio, em muitos casos pode não haver uma descrição enfática dos últimos momentos da pessoa, que sirvam de compreensão para possíveis sinais ou sintomas anteriores à morte. Com isso, o trabalho do psicoterapeuta que acompanha a pessoa enlutada é complexo por ter a difícil tarefa de não ofertar explicações de causa e efeito – mesmo de ordem psicopatológica – sobre o sofrimento alheio, que é desconhecido.

Assim, o que resta a psicoterapeuta que não deve buscar explicações ou preencher lacunas a respeito da morte do ente querido do cliente?. A participante T4, ao ser entrevistada, comenta, na entrevista, como seu trabalho ocorre quando da chegada do cliente:

Eu faço primeiro o trabalho de acolhimento daquela pessoa, mas depois eu faço um trabalho de psicoeducação, que é o esclarecimento. A gente faz a associação através da autópsia psicológica, que é poder olhar retrospectivamente a vida daquela pessoa, com entrevistas de pessoas próximas, profissionais de saúde, recriando os últimos momentos daquela pessoa (T4, 60 anos).

A participante lança mão em seu trabalho de um instrumento bastante difundido atualmente, como estratégia para compreensão de casos de suicídio: a autópsia psicológica. Apesar de não haver consenso sobre o criador da autópsia psicológica (ou autópsia psicossocial), compreende-se que este método foi conhecido na década de 1950,¹ como uma estratégia de estudo retrospecto e narrativo dos últimos momentos de vida de pessoas que se suicidaram, especialmente, através das narrativas de pessoas próximas. A metodologia da autópsia nasceu como um auxílio a médicos forenses para o registro exitoso de casos de suicídio nos certificados de óbito (CAVALCANTE et al., 2012; WERLANG, 2012).¹

¹ Há artigos que falam que a autópsia psicológica nasceu em 1950 com Edwin Schneidmann, considerado pai da Suicidologia. Outro artigo descreve que o surgimento foi em 1958 pelo médico

Segundo Cavalcante *et. al.* (2012), a autópsia psicológica é bem sucedida por meio da diversidade das fontes de informações, assim como da qualidade do conteúdo extraído. Apesar de não citar de forma detalhada como realiza esta autópsia, a participante T4 esclarece que o intuito da investigação é auxiliar o enlutado a encontrar um sentido para o vazio: “quando o enlutado vai compreendendo esse processo de adoecimento e que o suicídio foi, na verdade, a última gota d’ água, de um balde que já tava totalmente cheio, ele consegue abandonar esse saco de pedras e aí, realmente poder viver o luto”.

A autópsia psicológica não é um método descartável na clínica psicológica. Porém, é importante que algumas reflexões sejam realizadas quanto ao uso do método na clínica com pessoas enlutadas. Vejamos: se o suicídio tem como concepção atualmente mais aceita ser um fenômeno multifatorial, como a autópsia pode ser bem sucedida a “explicar” este fenômeno?. A resposta das ciências naturais é exatamente nesse sentido: colocar aquilo que é do cotidiano, do mundo vivido em laboratórios, em métricas. Nessa tentativa, o que se perde é o próprio fenômeno, que perde a razão do seu movimento (BORBA, 2010). Dito de outro modo, apesar do método da autópsia psicossocial servir como um importante panorama para a compreensão global da situação da pessoa, não é, de modo algum, uma definição para o fenômeno suicida que ocorreu. Realçando Jaspers (1987) novamente, o que está fora da consciência é interpretação.

Corroborando com isto, Jaspers (1987), a vida psíquica não é um conjunto de fenômenos particulares analisados de forma isolada, mas um aglomerado de referências em constante fluxo. Assim, compreendemos que, mesmo a luz de outra epistemologia, a metodologia da autópsia psicossocial pode auxiliar o enlutado nas suas próprias compreensões, mas talvez seja utópico garantir a explicação completa da morte daquele que se foi.

Nesse sentido, outros relatos versam sobre a importância de se escutar a experiência tal qual ela ocorreu, em sua pureza imediata. Se o que interessa é o vivido na sua manifestação mais originária, a participante T1 evidencia esse trabalho, em seu acompanhamento com uma mãe enlutada que já trabalhava com a temática,

legista Theodore Curphey, que observou imprecisões nos laudos de mortes por overdose, não conseguindo especificar se seriam mortes acidentais ou autoprovocadas. Com isto, o médico convocou uma equipe composta por Robert Liman, Norman Farberow e Edwin Schneidmann e o último denominou o termo “autópsia psicológica” (GUIMARÃES *et. al.*, 2021).

ao pedir que a mesma retorne ao lugar da mãe, do momento que perdeu o filho:

Ela fala do lugar de uma mãe enlutada que faz Psicologia, que atendia no CVV, que fazia parte de grupos de luto que ajudavam mães com demanda de filhos que se suicidaram. Eu queria acessar essa mãe que, no tempo, não tinha nenhum conhecimento, queria perceber essa perspectiva que, no tempo, era leiga. Era uma mãe leiga. Eu acho que a semi-dirigida foi nesse sentido de falar com essa mãe de quando o filho se suicidou, quando o filho se matou, porque essa pessoa que eu falava ali, naquele momento, era alguém que tinha muito conhecimento técnico, teórico, vivencial. Já estava em outro momento da relação com o suicídio (T1, 32 anos).

O fato estava posto: havia um filho morto. Naquela mãe, que perdera o filho há 14 anos, não havia nenhum conhecimento sobre Suicidologia, Posvenção, grupos de autoajuda. Somente havia ela e a interrupção da vida do filho. Quando a profissional convoca a mãe a se despir dos conhecimentos anteriores sobre suicídio e a falar como a mãe evidencia a máxima da fenomenologia: o que interessa são os sentidos do vivido, a essência do que ocorreu naquele dado momento, há 14 anos (BORBA, 2010). Deste modo, por mais importantes que tenham sido, para a enlutada, as reflexões teóricas a respeito da temática, a mãe, com dúvidas, com sofrimento, que acabara de perder o filho, ainda habitava nela. E a psicoterapeuta T1 desejou conhecê-la, encontrá-la no setting terapêutico, desnudada das informações. Apenas a mãe e o sofrimento daquele momento.

Para chegar a este momento, a psicoterapeuta descreve a fantasia semidirigida como uma travessia para o encontro com a mãe do passado. Este instrumento, que não segue premissa de abordagem, mas é bastante realizado na Gestalt-Terapia, tem como objetivo trazer ao paciente um contato mais vivido com a experiência passada, por meio da recriação, da visualização fantasiosa (YONTEF, 1998).

Esta intervenção da psicoterapeuta pode ser evidenciada pelo sentido da redução fenomenológica, em Husserl. A mãe que busca o atendimento psicológico é uma mãe com histórias posteriores de significação dos sentidos do suicídio. Mas a psicoterapeuta sabe a importância de observar, mesmo que imaginariamente, a mãe sem teoria, sem técnica. A mãe crua, desnuda. Para Husserl, é preciso excluir o que é significado e não dado no fenômeno (HUSSERL, 1975 apud MACHADO, 2020)

Ora, se o fenômeno é o próprio luto, para a participante, era preciso retornar ao fenômeno vivido da mãe, sua cliente. Para isso, a própria psicóloga também

necessita da sua própria suspensão. Ambas, em conjunto, acessam a experiência passada, no sentido mais puro existido.

Em consonância com a fantasia semidirigida, também foi evidenciada a técnica, de maior aproximação também com a Gestalt-Terapia, intitulada “cadeira vazia”. A técnica, formulada por Fritz Perls, um dos precursores da Gestalt-Terapia, consiste em dramatizar papéis de pessoas e/ou objetos, como forma de lidar com situações inacabadas e, também, sentimentos e sensações evocados durante as sessões (VIEIRA; VANDENBERGHE, 2011).

Ao falar sobre a percepção da filha enlutada que atendia, a participante T2 descreve que a garota, após o suicídio do pai, chegava à terapia portando um colar com a aliança do pai, encontrada em seu corpo. Para a terapeuta, a cadeira vazia veio como um suporte para o que a cliente mencionou como: “deixar o pai ir”. Sessões após a realização da cadeira vazia, a cliente passou a ir, espontaneamente, para as sessões sem a aliança do pai. Ela deixou o pai ir e se permitiu seguir.

Em consonância a isso, o psicólogo deve ter virtudes suficientemente importantes para trabalhar com o fenômeno do suicídio, segundo o participante T3, na seguinte elocução:

Acho que são algumas características do terapeuta, primeiro: disponibilidade, eu não admito que um terapeuta que trabalhe com risco se esconda por trás de um celular. É a mesma coisa de tu ter um cardiologista e ele não te dar o telefone, aí tu tem um infarto e não acessa, eu não admito [...]. Todos tem meu telefone, sabem pra que precisam e como podem usar. Fora, obviamente, o mínimo de decência, de técnica e a capacidade de se tornar humano, se tornar não, porque nós somos, mas muitas vezes, a gente esquece. Uma dose de humanidade que vem junto com o limite técnico e ético e moral, para que a pessoa sinta, o seu cliente, o meu cliente sinta que, além da parte técnica, teórica, tem gente na frente dele (T3, 52 anos).

Quando o participante T3 discorre que deseja que o cliente veja que tem gente na frente dele, é possível depreender que a couraça profissional, revestida de fortes dogmas e técnicas, não sustenta um trabalho psicoterápico frente ao fenômeno suicida. Neste ponto, pode-se inferir que o psicólogo T3 destoa da atitude natural e se aproxima da atitude fenomenológica, ao ver o cliente e a si mesmo como humanos. Porém, cada um está em posições diferentes: um pede ajuda e o outro é o profissional orientado a fornecer essa ajuda.

Pela atitude fenomenológica é importante ressaltar também que, na

Fenomenologia, não há uma apologia de exclusão do conhecimento natural e/ou científico. Há uma certa incompreensão nas literaturas, ao se falar da redução fenomenológica, como uma redução do objeto a mínimas partes. Não é disso que se trata a redução. Portanto, o problema não está na lógica e/ou no cientificismo, mas na forma como a lógica e/ou o cientificismo podem ser empregados na escuta psicológica, de modo a distanciar da escuta das evidências nas falas dos pacientes. Em relação a isso, a participante T2 exemplifica que o fato de buscar cursos e eventos para aprimorar os seus estudos não a afastam do próprio trabalho consigo mesma:

Os cursos que eu faço são teórico-vivenciais, são terapêuticos para nós. Nós aprendemos nos terapeutizando. Inclusive, os onlines, eles são terapêuticos [...] a minha professora- orientadora, na época que eu fazia faculdade, uma das coisas que ela disse foi: “você quer ser psicólogo clínico gestáltico? Vai se trabalhar, porque eu não aceito ninguém que não esteja, pelo menos, em terapia. E, no terceiro período, eu corri pra fazer terapia (T2, 42 anos).

Apesar de enunciar especificamente um ato de sua abordagem psicológica, a elocução de T2 chama a atenção por mostrar a necessidade do trabalho interior de um psicólogo, especialmente, clínico. Ainda que os cursos realizados possam ser possibilidades de aprendizados e de suportes frente às conduções dos casos clínicos, interessa mais ainda que o profissional esteja em trabalho consigo mesmo: em sua psicoterapia pessoal.

Nesse sentido, ainda se tratando do processo do psicólogo, tem-se a *epoché*, como uma abstinência de julgamentos sobre a existência das coisas. Em uma bela conceituação, Depraz (2011) explica que a *epoché* não é nem uma destruição da normalidade da atitude natural nem uma ausência de interesse pelo mundo, mas uma desconstrução das elaborações mentais. Para a autora, a *epoché* é o que “nos reconduz ao solo sensível e prático de toda doação de sentido” (p. 53). É por meio disso que relaciona-se as falas dos partícipes a essa recondução de olhar, olhar ao cliente que, antes, também perpassa um olhar a si mesmo.

Ser dotada de sentido, conforme é afirmado por Depraz (2011) é que a consciência não é um mero reservatório de significados do mundo, mas que atua intencionalmente frente ao objeto percebido, de modo a apreendê-lo, significá-lo. Nas conduções dos profissionais abordados, compreende-se que houve desde uma escuta qualitativa como também processos mais complexos, como a elaboração da autópsia psicossocial. A atuação frente à pessoa enlutada não ocorre de modo

padronizado, como é incentivado nos manuais, cartilhas e documentos, mas ocorre de modo intencional: cada pessoa vista de forma única. Por intencionalidade, entende-se que não se toca o mesmo objeto, da mesma forma, todas as vezes. A cada atendimento, há um psicoterapeuta, há um modo de cuidado e um modo de trabalho.

4.4 O que fica com o psicoterapeuta?: retornando ao relato da escuta da vivência.

Em 2019, o título do trabalho da minha monografia tinha a seguinte forma: “O que fica com os que ficam?”. No questionamento anterior, quando cito “os que ficam”, refiro-me aos sobreviventes: às pessoas enlutadas, aqueles que permanecem após a morte de uma pessoa por suicídio. Desse modo, aqui, trago uma analogia a isso, permitindo-me interrogar o que fica com o psicoterapeuta, após os acompanhamentos, após ser atravessado com dimensões de sofrimento diversas. Antes de relacionar o conteúdo da pesquisa, é necessário trazer as contribuições teóricas de Edmund Husserl. *A posteriori*, os relatos dos psicólogos serão analisados à luz da teoria husserliana.

Apesar de não se deter no estudo da Psicoterapia, Husserl realizou críticas à Psicologia associada ao cientificismo. A confusão criticada por Husserl estaria no fato dos psicólogos do século XIX tomarem as leis do pensamento como leis causais da natureza. Para Tourinho (2013), o precursor da fenomenologia compreendia que a Psicologia se preocupava com “de que forma pensamos” e os estudiosos da lógica preocupavam-se mais com o “como devemos pensar”.

Ainda conforme Tourinho (2013), através das influências com Franz Brentano, Husserl traz a intencionalidade como um papel crucial em sua. Por meio desse conceito, que traz a qualidade de que toda consciência, em sua qualidade de *cogito*, é consciente de algo, que a fenomenologia tem seu início marcado. É através desse conceito que Husserl analisa que todos os vividos que possuem a propriedade intencional são considerados vividos intencionais (HUSSERL, 1907/2008).

Estes vividos são compostos por dados intencionais e dados não intencionais. Os dados sensíveis (materiais) são introduzidos por “dados hiléticos” derivado de *Ylh* (*hylé*) e aquilo que introduz a intencionalidade no fluxo de vividos é chamado de momento noético (*noese*). Com isso, o filósofo aproxima-se das teorias aristotélicas

ao trazer que a experiência é vivenciada pelos dois momentos: o momento intencional, atribuído enquanto forma (morphé) e o já evidenciado, momento sensorial, hylé. Quando se trata de matéria, entende-se que é além do sentido objetivo da extração das percepções: cores, luzes, tonalidades. Faz parte também da matéria as múltiplas sensações que o vivido perceptivo pode propiciar (MISAGGIA, 2015).

Por meio dessas afetações introduzidas pela compreensão de intencionalidade, que se compreende as vivências também intencionais dos psicólogos e psicólogas deste estudo. Um dos objetivos deste trabalho também foi compreender quais são as transformações de vida, daqueles que se propõem ao árduo trabalho como psicoterapeutas.

Trabalhar como psicoterapeuta desenvolve uma forma de olhar diferente para si e para as próprias relações. O participante T6 demonstra tais pensamentos ao trazer as reflexões de como seu trabalho afeta a forma como o enxergam:

Eu acreditava também, tinha essa pseudocrença, essa loucura de que, por ser psicólogo, a gente teria ferramentas que poderia evitar, a gente tinha obrigação de salvar o outro, então, eu trazia essa responsabilidade para mim [...] Dentro da Fenomenologia, ver esse outro dentro das possibilidades de escolha dele mudou muito a forma de eu ver o trabalho do psicoterapeuta, como a literatura e a própria faculdade faz a gente sair acreditando que a gente pode e deve e tem a obrigação de mudar a vida do outro.

Nesta fala, o participante T6 teceu uma crítica à crença tendenciosa de tornar o psicólogo uma figura imaculada: o de salvaguarda do sofrimento humano. Consciente dessa não responsabilidade, o psicoterapeuta entrevistado demonstra aproximação aos conceitos fenomenológicos ao atribuir que o ser humano é ser de escolhas e que, é a partir dessas escolhas, que o processo psicoterápico se desvela. Ao demonstrar suas críticas ao Psicologismo, Husserl (1913/2006) já abordava que, em sua época, havia inclinações para psicologizar o eidético que, segundo o filósofo, apenas aproximava a consciência como um construto psíquico advindo da consciência empírica e não fenomenológica. A isso, o autor aborda que seria como uma corrupção da Psicologia.

Desse modo, também não seria corrupção da Psicologia colocar o psicólogo no lugar de protetor da vida alheia? Esta tendência não somente invalida o real papel do psicólogo, como também é desproporcional ao real sentido da psicoterapia. Apesar disso, não é simples desvencilhar-se desses dogmas associados ao

psicoterapeuta. Isto é representado pelo relato da participante T4: “quando eu vejo uma história muito dolorosa, eu penso assim “não, eu tenho que estar bem, porque eu sei que essas pessoas vão melhorar com minha ajuda” (T4, 60 anos).

A expressão “tenho que estar bem” é dita pelo imperativo: eu tenho. O que é esse “eu tenho” se relaciona com o que foi discutido anteriormente?. É o “tenho que” que provoca a inclinação do psicólogo a corresponder às posições normativas da profissão, figurando o profissional como a pessoa em estado de saúde mental adequado para cuidar daquele que está, momentaneamente, “inadequado”. Apesar da importância do autocuidado – isto não é o questionado aqui – o que se observa é que não há como prescrever que o psicólogo esteja sempre em um estado de completo bem-estar para exercer sua profissão.

Desse modo, a fala denota uma compreensão de que estar bem é uma necessidade e estar mal significa não poder ajudar as pessoas que buscam psicoterapia. Entretanto, revelando um novo modo de olhar para essa dialética, Minkowski (2000) discorre sobre o sofrimento: este não é bom mas também não é mau. O sofrimento dói, mas é também por ele que o ser humano se defronta com os problemas de sua existência e os reconhece. Pode então, o psicólogo, reconhecer o seu sofrimento, ainda que necessite trabalhar o sofrimento do outro, que o requisita esse lugar?. Quem responde essa questão com uma analogia é o participante T5, que discursa:

Eu penso que o atendimento é como se a gente tivesse conhecendo um rio, vou falar aqui da minha realidade da Amazônia, que é contato com o rio. Existem algumas formas da gente conhecer o rio: eu posso ficar de longe e olhar o rio, eu tenho um conhecimento acerca do rio dessa forma. Eu posso me aproximar da margem dele e eu começo a sentir o cheiro do rio, e sentir um pouco da brisa que é decorrente dessa aproximação; eu posso até chegar na beirinha e molhar os pés, as mãos, tocar, sentir a temperatura da água e posso também pular nesse rio, de cabeça e, quando eu penso que me proponho a conhecer esse rio, a forma que, no meu entendimento, é a forma que mais me dá profundidade no conhecimento dele é quando eu pulo de cabeça e eu nado, eu vou lá no fundo, eu vou e toco, eu vejo como que tá lá por baixo, mas é preciso que eu volte porque se eu não voltar desse rio, eu vou morrer afogado lá, então, eu preciso voltar até pra que eu entenda melhor essa experiência. Quando eu saio, eu não saio enxuto, eu não saio seco, eu saio molhado. Mas eu tenho possibilidade de me enxugar, possibilidade de pegar um sol e me secar porque eu não sou o rio, eu sou apenas uma pessoa que está lá pra conhecer o rio, estabelecer um contato com ele e eu não sou mais o mesmo depois que eu saio do rio e também esse rio não é mais o mesmo (T5, 42 anos).

A analogia do participante T5 aborda a metáfora da psicoterapia como um rio, e psicoterapeuta e cliente são os navegadores deste rio. A partir do momento que, enquanto psicólogos, se decide, juntos a outra pessoa, iniciar a travessia de cuidados que é a psicoterapia, inicia-se também um trajeto que, como no rio, pode ter belezas, mas também, difíceis e duras surpresas. O psicoterapeuta é aquele que mergulha na profundidade, tão bem descrita pelo participante, mas necessita voltar à superfície. Voltar à superfície é o retorno do psicólogo em si mesmo. Retornar às coisas mesmas. Retornar a si, ao seu eu, ao fenômeno que percorre a ele, psicólogo, antes de qualquer coisa, pessoa. Pessoa que afeta e se afeta, que sofre e provoca sofrimento.

Pensar a psicoterapia é também pensar o campo de afetações que existe não somente entre, mas com psicólogo e cliente juntos. Desse modo, o conceito de campo fenomenológico atravessa os sentidos daquilo que a psicoterapia também pode promover. Segundo Holanda (1997), o campo fenomenológico diz respeito a todas as experiências vivenciadas tomadas pela consciência no momento da ação, ou seja, na situação fenomenal.

Deste modo, surge a indagação sobre: quanto desse campo não é construído, sessão após sessão, em psicoterapia?. O envolvimento de ambos os atores do processo é contínuo e, também, carrega profundas transformações.

Sobre isso, o participante T5 ainda afirma que existem atendimentos com pessoas enlutadas que, por tamanha complexidade, requerem recursos de enfrentamento diferente. O terapeuta mencionou:

Eu saio e me joga na piscina, para tomar banho de piscina mesmo, literalmente, descansar, escutar música, conversar com a minha esposa. Por mais que eu tenha me afetado profundamente, é com respeito ao sofrimento, à dor, que eu entendo que essa vida não é minha, é do outro. Eu nao ajudo se eu me misturar nela, porque, inclusive, quando a pessoa me busca, ela me busca não pra que eu seja ela ou pra que eu sinta como ela sente, ela me busca justamente porque ela quer a compreensão de alguém diferente (T5, 42 anos).

Holanda (1997) argumenta que o psicoterapeuta pode ser um facilitador da emergência do fenômeno de seu cliente. Dito de outro modo, o terapeuta pode ser a figura que promove o desvelamento do fenômeno que está ali. Para além do luto, existe alguém enlutado(a). Por isso, não se revela, em psicoterapia, apenas o luto, mas também quem o enlutado é diante e além deste luto.

Trabalhar com o enlutamento, então, não é tarefa fácil. Ao abordar como trabalha em psicoterapia, o participante T6 revela os caminhos próprios que faz voltar para si. Como o rio que também percorre o participante T5. Ele revela que, ao tocar a morte de outro, pensa em sua própria:

Qual é a minha percepção sobre o estar morto? Acabou tudo? Não acabou? A morte é só uma passagem? O que é a morte?. Será se não morrem todos os dias, se não morrem os sonhos? E o que a gente vai deixando para trás, tantas coisas, isso não é uma morte também? (T6, 56 anos).

E esta pergunta também afeta a pesquisadora e permite que se levantem outras questões: de quantas perdas, nós também, psicólogos e psicólogas, somos feitos? Trabalhar com o enlutamento permite atravessar as mortes dos outros, mas quanto à nossa própria finitude? Quantos de nós estamos, de fato, preparados para compreendê-la? O quanto habitamos também nossas perdas?. As palavras do participante T6 refletem a importância da educação para a morte, que prepara e trabalha os profissionais de saúde para lidar com aspectos ligados às perdas. No paradigma da saúde, volta-se para duas vertentes: curar e cuidar. Curar remota a investir tudo para salvar a vida, e o cuidar reflete uma postura de compreensão da morte como passagem natural da vida (KOVÁCS, 2005).

É comum que as pessoas busquem a psicoterapia para cura das próprias dores e sofrimentos. É importante que, desde os primeiros momentos, o psicólogo se apresente de forma objetiva quanto às percepções curativas da psicoterapia, posto que esse falso crédito dado ao processo pode promover idealizações de que, através dele, haja um reparo total, ou mesmo um apagamento das vivências anteriores. A dor, bem como os momentos dolorosos, fazem parte da teia de fluxo de vividos, necessários à integridade e à significação da vida das pessoas. Desse modo, nem mesmo a psicoterapia é capaz de retirá-la ou eliminá-la (NEUBERN, 2010).

Assim, o participante T6 reflete sobre a máxima: todos morremos, todos os dias. Há como, psicólogo e cliente, juntos, atravessarem a finitude da vida? Sim. É por também ser reconhece(dor) de si que o psicoterapeuta desenvolve a arte de ser acompanha(dor) desse outro. Não aquele que acompanha à frente, compassos longos como se soubesse o caminho, mas ao lado, caminhando junto. Tampouco, o psicoterapeuta é aquele que abandona, permitindo que o outro vá sem rumo, caminhando de forma distante. A psicoterapia é uma travessia com início, meio e,

quando possível, fim, onde ambos trilharão, em passos semelhantes, mas através de mundos de vida diferentes, um novo caminho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerrar este estudo não significa um adeus, mas um “até breve” em relação às pesquisas acadêmicas. Ingressar no mestrado e, especialmente, seguir curso com a temática do luto por suicídio, tema este tão povoado de lacunas e também de inúmeras respostas, por vezes, foi desafiador. Desafiador a um nível que permita tecer breves reflexões sobre cada achado deste estudo, como também permitir a criticidade do que ainda é necessário promover na área da Suicidologia.

Inicialmente, o estudo teve um viés completamente diferente, pois enquanto pesquisadora, no ano de 2020, eu promovia a ideia de pensar sobre o cliente e o(a) psicólogo(a) no trabalho do enlutamento após um suicídio. Através de algumas mudanças, pude perceber que, por maior que fossem as boas intenções, nada se compara à experiência desse enlutamento. Esta percepção não estava clara para mim, apenas estudiosa e uma mera expectadora do fenômeno.

Como qualquer um desses psicólogos e psicólogas que se permitiram participar do estudo, eu também estava de fora. E é na narrativa que tenho, no dia a dia, em meu próprio trabalho enquanto psicóloga clínica com estas pessoas, que compreendo não ser possível taxar tais experiências em uma pesquisa, não de modo comparável. O encontro inesperado e prazeroso com a Fenomenologia me permitiu compreender que a doação de sentidos é originária e única. Um psicólogo pode afetar um cliente e um cliente pode afetar um psicólogo, mas cada vivido é singular, e nossa atitude natural em fazer desse movimento algo sistemático e apenas teórico torna-se errônea.

Desse modo, optar pela segunda possibilidade, pesquisar esta compreensão com psicólogos clínicos me fez atravessar o outro lado. A psicóloga que há em mim e a pesquisadora que brotou, desde 2020, em mim também. Estes profissionais me fizeram também entrar em contato com a minha atuação e com quem sou, quando recebo os clientes que eles também se dispõem a receber.

Em primeiro lugar, considero ser de extrema importância abordar a dificuldade na condução desta pesquisa. Os desafios foram desde a formulação dos convites aos psicólogos interessados quanto ao aceite à participação. Piamente, acredito que abordar a temática, mesmo em um estudo organizado e aceito por um comitê de ética, ainda cause espanto e receio. Faço-me valer das palavras de Casellato (2020, p. 35):

O problema social não é e nem nunca será a morte e o luto, pois estes não apenas organizam e dão contorno à existência como também favorecem o sentido da vida. O desafio é a crise empática que nos aprisiona num universo de identidades verticais num mundo que se transforma constante e rapidamente.

A morte evidencia a existência. E é através desta evidência que algumas pessoas, voluntaria ou involuntariamente, iniciam um processo psicoterápico. O primeiro objetivo específico da pesquisa consistia em descrever os sentimentos vivenciados pelos psicoterapeutas entrevistados. No estudo, os sentimentos que emergiram enquanto fenômeno nos relatos dos entrevistados eram diversos: a descrição do papel de responsabilidade, a busca pelo autocuidado como forma de sustentáculo do papel de ser psicólogo e as dificuldades advindas das demandas do fenômeno suicida.

No emergir destes sentimentos foram evidenciados discursos de autorresponsabilização na profissão. A autorresponsabilização se percebe no cuidado dos psicólogos ao fazer uso de métodos e técnicas que possam tocar na vivência do enlutamento. Foi possível também perceber que o contato com tais experiências requer um autocuidado contínuo, descrito por aqueles que realizam psicoterapia pessoal, supervisão e outros modos de enfrentamento, como o psicólogo que mencionou, após alguns atendimentos, necessitar de um demorado banho de piscina, como forma de desafogar uma parcela da dor que absorve, no setting terapêutico.

Quantas vezes, como psicóloga clínica, foi necessário realizar limpezas, após atendimentos? Não por alguma sujeira física, mas por precisar lavar um pouco de tudo que se impregnara em mim durante as demoradas sessões. Pouco se fala sobre isso nas academias: o lugar cansativo e demorado do psicoterapeuta. Desse modo, esta psicóloga e pesquisadora se reconheceu em diversas das falas aqui descritas, especialmente, por trabalhar com essa dinâmica há mais de 02 (dois) anos.

Ainda em torno dos objetivos desta pesquisa, também pretendi abordar as transformações de vida naqueles que foram entrevistados. É notório observar que apenas um dos psicólogos abordou que, desde a graduação, se preparou ou mesmo se inclinou para estudar as áreas da Suicidologia e da Tanatologia. Dessa forma, todos os participantes aqui citados, em algum momento, traçaram este caminho em torno e trabalhar com pessoas enlutadas. Alguns, pela demanda crescente. Outros, por inclinação também não descrita completamente. Há como se descrever

completamente o que faz persistir nesse trabalho?. Este questionamento não é passível de ser respondido neste estudo.

Uma das evidências que emergiu desta pesquisa foram os relatos dos entrevistados(as) de que, após tornarem-se psicólogos, se aproximaram mais da própria vida, para fora do consultório, para fora das sessões. O contato com a vida descritos por eles pode significar pular de piscina, pode significar chorar pelo adoecimento do pai ou mesmo aqueles que passaram a interrogar sobre a própria vida: o que é vida? O que é morte?.

O contato com pessoas enlutadas e o contato de pessoas enlutadas com os entes queridos que faleceram traz uma cadeia de relacionamentos onde, em cada nível de relação, um busca suporte no outro. O enlutado pede suporte ao psicólogo que, a quem recorre? Pode recorrer ao supervisor, pode recorrer à própria psicoterapia pessoal, como também pode recorrer a tudo que transmite algo além da objetividade do espaço clínico. Ainda parafraseando a fenomenologia, não é a exclusão da atitude natural que aqui se faz, mas a transposição de pensar que, na profissão de psicólogos, para tocar almas humanas, é necessário mais que grandes titulações e cursos.

À guisa de conclusão, como toda pesquisa, também é necessário apontar suas dificuldades. Deste modo, uma das maiores dificuldades foi o encontro de partícipes, desafio já citado anteriormente. A pequena amostra pode trazer lacunas quanto a diferentes modos de trabalhos e diferentes modos de abordagens, mas também compete à pesquisadora realçar que as descrições dos psicólogos e psicólogas que aceitaram participar deste estudo trouxeram inovações e percepções completamente diferentes desde modos de trabalhar o enlutamento – como a autópsia psicológica – e também o cuidado pós-atendimento.

Além disso, o estudo também possui limites geográficos, posto que, a amostra de psicólogos(as) entrevistados(as) não significa um número significativo, mediante a quantidade de psicólogos registrados em território brasileiro. Para que a pesquisa obtivesse este alcance, seria necessário um estudo longitudinal, com maior investimento financeiro e temporal, suficientes para se aproximar dos números reais. Deste modo, o alcance da pesquisa não era de cunho nacional. É válido ressaltar que, entre os psicoterapeutas convidados para participar do estudo,

havia profissionais do Estado do Maranhão, entretanto, não houve possibilidade de marcação da entrevista, justificando a ausência de profissionais desse estado.

Os riscos da pesquisa, citados anteriormente, foram observados durante todo o estudo por mim, no papel de entrevistadora. Em nenhum momento, foi observado pelos participantes algum grau de mobilização afetiva. Mesmo após o término das entrevistas, o meu contato permaneceu disponível para quaisquer retratações ou dificuldades geradas pela pesquisa.

Dito isto, ratifico a importância de outras pesquisas com esta temática possam ser realizadas. Além disso, pelo próprio relato dos participantes, se enfatiza a necessidade de discussões a respeito do tema desde o início da graduação, seja com a possível elaboração de uma disciplina sobre o assunto ou outras abordagens menos específicas. Esta necessidade se justifica pelas vivências observadas, nas quais todos os entrevistados, apesar de terem algum contato com o assunto ainda na graduação, não tiveram outras bases para aprofundamento na temática.

Adiante, é possível perceber que os clientes, as pessoas enlutadas por suicídio, também podem ser investigadas à luz da Fenomenologia. No campo da Suicidologia, pesquisas que deem voz à pessoas que vivenciam esse fenômeno, seja na prática profissional ou nas suas vivências pessoais, são de suma importância para construção de reflexões em torno da nossa praxis, como também, de forma mais otimista, para a produção de conhecimento, necessário para a produção de políticas públicas em torno desse tema. Deste modo, é preciso que a ciência psicológica atue diante desses espaços, mas também permaneça em atenção com o seu próprio fazer

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, E. S.; BICALHO, P. P. G. Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 723-734, 2012. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/151/261>. Acesso em: 24 julho 2022.

AZEVEDO, A. K. S.; PEREIRA, M. A. O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. **Clínica & Cultura**, v. 2, n. 2, p. 54-67, jul/dez 2013. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180429150842id_/https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/viewFile/1546/1695. Acesso em: 17 julho 2022.

AZEVEDO, C. B. F.; FAGUNDES, J. A.; PINHEIRO, A. F. S. Psicoterapia e psicofarmacologia: a percepção de psicólogos. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 281-290, mai-ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/JMqGJqs7LDRcjKC64T9c4Xt/?lang=pt> Acesso em: 20 nov 2022. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5568>.

BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>. Acesso em: 17 julho 2022.

BARBAGLI, M. **O suicídio no Ocidente e no Oriente**. Tradução de Federico Carotti. Petropolis, RJ: Editora Vozes, 2019.

BARREIRA, C. R. A. Escuta suspensiva. 2018. **Anais...** Foz do Iguaçu: Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/26960325803/10>. Acesso em: 17 out. 2022.

BERENCHTEIN-NETTO, N. **Suicídio**: uma análise psicossocial do materialismo histórico dialético (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, 2007, 168p.

BORBA, J. M. P. A fenomenologia em Husserl. **Revista do NUFEN**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 90-111, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v2n2/a07.pdf>. Acesso em 28 set. 2022.

BORGES, L. Ouvi-dor: o colo de Pietá. In FEIJOO, A. M. L. C (org). **Suicídio: Estudos & Ensaios**. 1. Ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2020.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: Epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 julho 2022.

_____. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGAGNOLO, F. Atitude natural e atitude fenomenológica: a relação existente entre as diferentes atitudes a partir do ato intuitivo. **Intuitio**, v. 7, n. 2, p. 73-88. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/intuitio/article/view/17312/12367>. Acesso em 28 set. 2022.

BRANDÃO, W. O.; FERREIRA, E. A.; SUSSUARUNA, A. C. O suicídio no contexto dos processos de civilização. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP.**, Macapá, v. 8, n. 2, p. 229-245, jul/dez. 2015. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/307848712_O_SUICIDIO_NO_CONTEXTO_DOS_PROCESSOS_DE_CIVILIZACAO>. Acesso em 28 set. 2022.

BRASIL. **Resolução Normativa RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. 2008.

CAMPOS, E. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na Psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 12, n. 1, p. 13-24, jan. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n1/a03.pdf>. Acesso em 19 jul. 2022.

CÂNDIDO, A. M. **O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 229 p. 2011.

CARDELLA, B. H. P. **A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2002.

CASELLATO, G. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade** (org: Gabriella Casellato). São Paulo: Summus, 2020.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; SILVA, R. M.; GUTIERREZ, D. M. D.; CONTE, M.; FIGUEIREDO, A. E. B.; GRUBITS, S.; CAVALCANTE, A. C. S.; MANGAS, R. M. N.; VIEIRA, L. J. E. S.; MOREIRA, G. A. R. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2039-2052, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vK4W77wQMnkHGdhsSJDBMYS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov. 2022.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicologia Informação**, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v17n17/v17n17a07.pdf>. Acesso em 19 nov.

2022.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organização Mundial de Saúde; trad: Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artmed, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 010/2005. Código de Ética Profissional dos Psicólogos.** Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

_____. **Resolução CFP nº 13, de 15 de junho de 2022.** Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000, e 404/2008. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2016.

DEPRAZ, N. **Compreender Husserl.** 3º ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2011.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa.**, n. 115, p. 139-154, mar/2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/PmPzwwQmXQsvQwH5bkrhrDKm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 nov. 2022.

DURKHEIM, E. **O suicídio.** Tradução Monica Stahel. Martins Fontes: São Paulo, 2000.

DUTRA, C. C. Fenomenologia e (in)consciência: Husserl, Freud e Psicoterapia. **Rev. Estudos de Psicologia. PUC-Campinas.**, v. 17, n. 1, p. 44-54, jan/abr. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/tXMKrwmbS3fByVDLjXJmNQS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 set. 2022.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/7dTyvpTbPQW9XfFsgk4shcn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 set. 2022.

DUTRA, K.; PREIS, L. C.; CAETANO, J.; SANTOS, J. L. G.; LESSA, G. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2146-2153, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/JhkJkrN5nqtcgy4YdGZFYVq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 nov. 2022.

FEIJOO, A. M. L. C. Situações de Suicídio: Atuação do psicólogo junto a pais enlutados. **Psicologia em Estudo**., v. 26, e44427, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/qxhP9NhBk9wQcJPnjkgCZJq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 17 nov. 2022.

_____. **Suicídio: Estudos & Ensaios** (org: Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo). 1 ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2020.

_____. Suicídio: uma compreensão sob a ótica da Psicologia Existencial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**., v. 77, n. 1. P. 158-173, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v71n1/12.pdf>. Acesso em 17 nov. 2022.

_____. Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio. **Revista da Abordagem Gestáltica**., Goiânia, v. 24, n. 2, p. 173-181, ago/2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n2/v24n2a06.pdf>. Acesso em 17 nov. 2022.

FREITAS, J. L. **Experiência de adoecimento e morte** - diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-Terapia. 1º ed. Curitiba: Juruá Editora. 120 p. 2009.

FUKUMITSU, K. O. Façetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O (orgs). **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus. 2017.

_____. **Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções**. 1ed. São Paulo: Summus Editorial, 2019. 120p.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre o processo de luto por suicídio. **Psico (Porto Alegre)**., Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v47n1/02.pdf>. Acesso em 19 nov 2022.

FUKUMITSU, K. O.; ABÍLIO, C. C. C.; LIMA, C. F. S.; GENNARI, D. M.; PELLEGRINO, J. P.; PEREIRA, T. L. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**., Salvador, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/322792019_Posvencao_uma_nova_perspectiva_para_o_suicidio_Postvention_a_new_perspective_for_a_suicide. Acesso em 25 nov 2022.

GONZAGA, L. Z. M.; PERES, R. S. Entre o rompimento concreto e a manutenção simbólica do vínculo: Particularidades do luto de cuidadores familiares de portadores de doenças crônico-degenerativas. **Vínculo – Revista do NESME**., v. 9, n. 1, pp. 1-60. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v9n1/a03.pdf>. Acesso em 19 nov 2022.

GUIMARÃES, A. C. Uma aproximação aos conceitos básicos da Fenomenologia. **Fenomenologia e Psicologia**., v. 1, n. 1, p. 138-148. 2013. Disponível em:

https://sfjp.ifcs.ufrj.br/revista/downloads/aproximacao_aos_conceitos_basicos.pdf. Acesso em 19 nov 2022.

GUIMARÃES, C. M.; GUIMARÃES, L. D.; RIBEIRO, M. L.; SANTOS, M. A.; COSTA, R. A. Revisão e Análise dos modelos de autópsia psicológica. **Brazilian Journal of Health Review.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 9349-9364, mar/abr. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28840/22775> Acesso em 19 nov 2022.

HOLANDA, A. Fenomenologia, psicoterapia e psicologia humanista. **Estudos de Psicologia.**, v. 14, n. 2, p. 33-46, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/gBqGJPM3TPshYVnNQm43jsK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 nov 2022.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia: Cinco Lições**. Tradução: A. Mourão. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1907). 2008.

_____. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**: introdução geral à fenomenologia pura [tradução Márcio Suzuki] (1913). – Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006. (Coleção Subjetividade Contemporânea).

_____. **Investigações Lógicas, segundo volume parte I**: investigações para a fenomenologia e a teoria do conhecimento (1900/1901) [tradução na língua portuguesa falada por Marco Antônio Casanova. – Rio de Janeiro: Forense, 2015.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: F.Alves. 1983.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética.**, v. 22, n. 1, p. 94-104, jan/abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set 2022.

_____. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 457-468, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/jQrBZXqtr35w7Y8pqCFcTJH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set 2022.

_____. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência & Profissão.**, Brasília, v. 25, n. 3, set/2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set 2022.

JACÓ-VILELA, A. M.; MELLO, D. S. Por uma história local: A psicologia clínica no Rio de Janeiro. **Revista Psicologia & Saúde.**, Campo Grande, v. 10, n. 1, jan/abr. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v10n1/v10n1a06.pdf> Acesso 20 nov 2022.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral** (vol 1). Tradução de Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 2987.

LESSA, M. B. M. F. Um estudo sobre a moralização do suicídio. In: FEIJOO, A. M. L.C (org.). **Suicídio: Entre o morrer e o viver**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: IFEN, 2018.

LIMA, L. P. Psicoterapia para psicoterapeutas: luxo, obrigação ou necessidade?. **IGT na Rede.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 60-84, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a05.pdf>. Acesso em 20 nov 2022.

MACHADO, I. M. I. Do desenvolvimento à maturidade da redução fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica.**, Goiânia, v. 26, n. 1, p. 63-73, abr. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v26n1/v26n1a07.pdf>. Acesso em 20 nov 2022.

MARTINS, I. R. Moralidades e atos de fala em serviços de apoio emocional: modalidades laicas da confissão e do testemunho?. **Religião e Sociedade – Dossiê Testemunho.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 19-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/KpqyxbZyfqbqvsRy7g7yfrK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov 2022.

MEIRA, C. H. M. G.; NUNES, M. L. T. Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de Psicologia. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v. 15, n. 32, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/XsSXZ4QvRyDpQJXh6WLqbBg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov 2022.

MEZAN, R. Psicanálise e Psicoterapias. **Estudos Avançados.**, v. 10, n. 27, p. 95-108, ago. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/FFh4wC8ZbYKTgzxNLrNy9HP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov 2022.

MINKOWSKI, E. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.**, v. 3, n. 4, out/dez. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/jHtvTKvfZYHD4kzxtwh63hj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov 2022.

MISAGGIA, J. O. **Redução, intencionalidade, mundo: a fenomenologia husserliana como superação da oposição entre realismo e idealismo**. Tese (Doutorado em Filosofia). – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

MOREIRA, J. O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: Ciência & Profissão.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/BBv99MqzHbTRwVHprgvvR6P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 nov 2022.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.**, v. 19, n. 3, set/dez. 2015, p. 445-453. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/d6wbJxC3KF5QZ7sJb67kVPr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 nov 2022.

MOREIRA, V. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a Psicopatologia Fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica.**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 172-184, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n2/v17n2a08.pdf>. Acesso em 20 nov 2022.

MONTEIRO, E. D. C. O conceito de intencionalidade em Husserl. **Inconfidentia: Revista Eletrônica de Filosofia.**, Mariana, v. 5, n. 10, jul/dez. 2021. Disponível em: <http://inconfidentia.famariana.edu.br/wp-content/uploads/2021/08/10-5.pdf>. Acesso em 22 nov 2022.

NEUBERN, M. S. Psicoterapia, dor & complexidade: construindo o contexto terapêutico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 515-523, jul/set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/sHsq5jv4w78jHW5ZSdF5PSQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 nov 2022.

ONATE, A. M. **Ficção e tempo na filosofia de Edmund Husserl.** – Porto Alegre: Editora FI: EDIPUCRS, 2016. 198p. – (Série Filosofia; 228).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Eststística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10 ed. São Paulo: Editora USP, 2012.

_____. **Prevenção do Suicídio:** Um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.

PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. Dossiê: Saúde mental pela perspectiva das ciências sociais. **Sociedade & Estado.**, v. 35, n. 01, p. 61-81, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/rLfxhwgd7qgpBzMSrjwFXmj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set 2022.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia:** teorias e técnicas psicoterápicas. 3ed. São Paulo: Summus Editorial, 2017.

ROCHA, P. G.; LIMA, D. M. A. Suicídio: Peculiaridades do Luto das famílias sobreviventes e atuação do psicólogo. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p.323-344, ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/07.pdf>. Acesso em 20 nov 2022.

ROEHE, M. V.; DUTRA, E. Compreendendo narrativas sobre suicídio com base na analítica existencial de Martin Heidegger. **Revista da Abordagem Gestáltica.**, Goiânia, v. 23, n. 1, p. 32-41, abr. 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n1/v23n1a05.pdf>. Acesso em 15 set 2022.

SALVADOR, V. C. F. **Um segundo sem ti é uma eternidade e eu tenho o resto da minha vida: a experiência de mães enlutadas por suicídio**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Universitário: Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. 2015.

SAMPAIO, M. A.; BOEMER, M. R. Suicídio - um ensaio em busca de um desvelamento do tema. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 325-331, dez. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000400002>. Acesso em 20 nov 2022.

SANTO AGOSTINHO. **A cidade de Deus** – vol 1 (Livro I a VIII). 2º ed. (traduzido do original latino *De Civitate Dei*). Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkianm, 1996. 822 p.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio**. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018. 271f.

SCAVACINI, K.; CORNEJO, E. R.; CESCÓN, L. F. Grupo de apoio aos enlutados porsuicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. **Revista M. Estudos sobre a Morte, os Mortos e o Morrer.**, v. 4, n. 7, p. 201-204. 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/8981/7964>. Acesso em 4 nov 2022.

SCHNEIDER, D. R. **Sartre e a Psicologia Clínica**. 1. ed. Santa Catarina: UFSC, 2011.

SHNEIDMAN, E. S.; FARBEROW, L.; LITMAN, R. E. El Centro de Prevencion del suicidio. In: FARBEROW, N.L. SHNEIDMAN E.S. (Ed). **Necesito ayuda! Un studio sobre el suicidio y su prevencion**. Mexico: La Prensa Medica Mexicana, 1969. p. 6-19.

SILVA, D. R. **E a vida continua: o processo de luto dos pais após um suicídio de um filho**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2009.

_____. Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In: CASELLATO, G (org). **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: Summus, 2015.

SILVA, M. C. M. **Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa do Recife nos anos 1950**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. História, 2009.

STROUBE, M. SCHUT, H. The dual process model of bereavement: rationale and description. **Death Studies.**, Filadélfia, v. 23, p. 197-224, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10848151/>. Acesso em 4 nov 2022.

TEIXEIRA, R. P. Repensando a psicologia clínica. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, fev/ago.1997, p. 51-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/r8GDmq76Sfs9hdvZntH4BJg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 4 nov 2022.

TERESINA. **Lei Municipal nº 5.156, de 28 de fevereiro de 2018**. Institui, no Calendário Oficial de Eventos do Município de Teresina, o “dia Municipal da Posvenção ao Suicídio” e dá outras providências. Teresina, 2018.

TOURINHO, C. D. C. A consciência e o mundo na fenomenologia de Husserl: influxos e impactos sobre ciências humanas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 852-866, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a08.pdf>. Acesso em 15 set 2022.

_____. A crítica da fenomenologia de Husserl à visão positivista nas ciências humanas. **Revista da Abordagem Gestáltica**., Goiânia, v. 17, n. 2, p. 131-136, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n2/v17n2a03.pdf>. Acesso em 15 set 2022.

_____. O lugar da experiência na Fenomenologia de E. Husserl: De Prolegômenos a Ideias I. **Trans/Form/Ação**., Marília, v. 36, n. 3, p. 35-52, set/dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/transformacao/article/view/3374/2598>. Acesso em 15 set 2022.

_____. O método fenomenológico nas ciências humanas: a recepção de Husserl na filosofia francesa contemporânea. **Revista Ética e Filosofia Política**., v. 1, n. XX, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/eticaefilosofia/article/view/17614>. Acesso em 15 set 2022.

VIEIRA, E. D.; VANDENBERGHE, L. Reflexões sobre Gestalt-Terapia e psicodrama a partir do movimento de integração em Gestalt-Terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica**., Goiânia, v. 17, n. 1, p. 75-84, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n1/v17n1a11.pdf>. Acesso em 16 set 2022.

XIMENES, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. Rev. e ampl. São Paulo: Ediouro, 2001.

YONTEF, G. M. **Processo, diálogo e awareness**. – São Paulo: Summus, 1998.

WERLANG, B. S. G. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**., v. 17, n. 8, p. 1955-1962, 2012.

_____. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia Clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. **O suicídio e os desafios para Psicologia** (pp. 25-29). Brasília: CFP. 2013. Disponível em: <https://vitaalere.com.br/download/autopsia-psicologica-werlang-e-botega.pdf>. Acesso em 15 set 2022.

WORDEN, J. W. **Terapia do Luto**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO RELATO DE PSICOTERAPEUTAS NA ESCUTA DAS VIVÊNCIAS DO LUTO POR SUICÍDIO NA CLÍNICA

Pesquisadora: Ingrid Lorena Lima da Silva Carvalho

Orientador: Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa científica do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisador Responsável (orientador): Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba

Contato Telefônico: (98) 98119-5759

Contato Eletrônico: jean.marlos@ufma.br

Horário para contato: Horário comercial: 8h-12h / 14h-18h.

Pesquisadora participante (orientanda): Ingrid Lorena Lima da Silva Carvalho

Contato Telefônico: (86) 99953-5520.

Contato Eletrônico: ingrid.lorena@discente.ufma.br

Horário para contato: Horário Comercial: 8h-12h / 14h-18h.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é analisar como ocorre a experiência do luto por suicídio para psicoterapeuta no processo psicoterápico. Os objetivos específicos são descrever os sentimentos vivenciados por terapeuta no trabalho com o luto por suicídio e caracterizar as transformações na experiência de vida do terapeuta em decorrência do acompanhamento à pessoa enlutada.

Para a coleta desses dados, serão utilizados um breve questionário

sociodemográfico e, para a coleta das informações, uma entrevista com uma única pergunta disparadora. Para o armazenamento destes dados, ressalta-se que será necessária a ferramenta de gravação do vídeo, para extração do áudio.

Este estudo trata-se da busca pela compreensão de um fenômeno complexo, multideterminado e de forte impacto, pelo grau de violência envolvido. Assim, qualquer desconforto ou mobilização afetiva manifestados em qualquer momento da entrevista ou percebido pela pesquisadora, será passível de interrupção e/ou de encerramento. No que concerne às mobilizações, se ocorridas, será realizado um acolhimento a pessoa e, posteriormente, encaminhamento às redes de apoio mais próximas.

Os benefícios da pesquisa implicam no contato com a experiência do luto através do viés de reflexão acerca do processo psicoterápico e as transformações ocorridas diante do processo e os sentimentos vivenciados nesse processo.

Em qualquer caso ocorrente na pesquisa, os pesquisadores garantem o direito aos participantes de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Além disso, os pesquisadores garantem o direito ao sigilo e à confidencialidade, como dever, assegurados pela Resolução 466/2012, em qualquer etapa da pesquisa, também sem nenhuma penalização.

Ao participante, pede-se que todas as páginas deste Termo de Consentimento **sejam assinadas e rubricadas**, ao seu término. Os campos de assinatura, ao final do documento, devem estar na mesma página de assinatura. Os participantes receberão duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma de armazenamento dos pesquisadores e uma para guarda dos participantes.

Caso o participante necessite sanar alguma dúvida a respeito da ética da pesquisa, poderá entrar em contato diretamente com o **Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFMA**, pelo telefone: (98) 2109-1250. O endereço físico do CEP é Rua Barão de Itapary, nº 227, 4º andar, Centro, São Luís-MA. CEP: 65.020.070.

Os Comites de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Os participantes não terão qualquer despesa ou ônus financeiro atrelados a esta pesquisa, devido ao fato de ser uma pesquisa realizada de modo remoto. Entretanto, os pesquisadores garantem o direito ao ressarcimento de qualquer despesa realizada pelo participante, se necessário, através de um reembolso financeiro de acordo com o valor das despesas realizadas.

Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrido da participação na pesquisa, os participantes poderão pleitear indenização, por total direito nas instâncias legais da Resolução nº 466/2012. Em caso de direito à indenização, o participante terá assistência integral gratuita devido a ocorrência de tais danos, diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios, pelo tempo necessário.

CONSENTIMENTO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo
em participar da pesquisa _____, como participante. Fui
devidamente informado(a) e esclarecido (a)
pela(s) pesquisadora _____ sobre a pesquisa,
os procedimentos nela envolvidos, assim como todos os
benefícios e riscos da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar meu
consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Data: __, de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Participe: _____

Gênero:

- F
 M
 Outro

Naturalidade: _____

Estado civil: _____

Ocupação: _____

SOBRE A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

A. Há quanto tempo você é formado em Psicologia?

B. Há quanto tempo você realiza atendimentos clínicos?

- 1 - 3 anos
 3 - 5 anos
 > 5 anos

C. Você realiza supervisão dos atendimentos e psicoterapia pessoal?

- Sim, ambos.
 Sim, apenas a psicoterapia.
 Sim, apenas a supervisão.
 Nenhum.

D. Qual sua abordagem clínica?

E. Você tem algum curso ou formação no campo de sua abordagem clínica?

- Sim. Qual? _____
 Não.

F. Você tem algum curso ou formação na área da Tanatologia ou Suicidologia?

- Sim. Qual? _____ Não

APÊNDICE C – ENTREVISTA COM PARTICÍPES

ENTREVISTA - PARTICIPANTES

- 01. Conte sua história sobre ser um(a) terapeuta que atende pessoas com a experiência de luto por suicídio.**