FACULDADES INTEGRADAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, SAÚDE E EDUCAÇÃO DE GUARULHOS

EMANUELE BATISTA MARTINS DOS SANTOS

COMO O TERAPEUTA SE SENTE EM RELAÇÃO À PERDA DE UM PACIENTE POR SUICÍDIO

Guarulhos

2021

FACULDADES INTEGRADAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, SAÚDE E EDUCAÇÃO DE GUARULHOS

EMANUELE BATISTA MARTINS DOS SANTOS

COMO O TERAPEUTA SE SENTE EM RELAÇÃO A PERDA DE UM PACIENTE POR SUICÍDIO

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos, sob a orientação da Prof. Ms. Luciana Almeida Lima

Guarulhos

2021

EMANUELE BATISTA MARTINS DOS SANTOS

COMO O TERAPEUTA SE SENTE EM RELAÇÃO A PERDA DE UM PACIENTE POR SUICÍDIO

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos, sob a orientação da Prof. Ms. Luciana Almeida Lima

Professora Ms. Luciana Almeida Lima
Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos
Orientadora

Professora Ms. Rosângela Carreira Ortegosa
Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos
Banca

Professora Ms. Magna Barboza Damasceno
Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos
Banca

Guarulhos, 15 de dezembro de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia à minha família, com amor, por sua compreensão e apoio durante a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa.º Luciana Almeida Lima, pela orientação e acompanhamento.

Agradeço a todos os meus professores pela transmissão de conhecimento que me fizeram chegar até aqui.

Agradeço a minha mãe, Josimar Batista da Silva, que me compreendeu durante todos esses anos que estive na faculdade, me apoiou e ajudou de maneiras inimagináveis.

Às minhas irmãs e meu sobrinho que me apoiaram na realização desse trabalho e que me ajudam em todos os meus sonhos de crescimento.

Ao meu noivo por estar sempre ao meu lado me dando forças para continuar.

Ao meu falecido pai, DR. Nilton Martins dos Santos, que mesmo não estando presente sempre foi e sempre será minha fonte de inspiração.

E enfim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente nessa etapa decisiva em minha vida.

"Se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes."

Isaac Newton

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre como o psicoterapeuta lida com o suicídio de um paciente. Para isso, será apresentado em três partes: na primeira, serão abordadas as complexidades do suicídio e seus efeitos, buscando entender se há algum motivo específico para a ocorrência desse ato, e que população corre maior risco em relação ao suicídio, entre outras informações. A segunda parte é dedicada a compreender qual o papel esperado do psicólogo em relação ao suicídio, como ele deve agir frente às complexidades de casos de tentativa de suicídio de algum paciente. E a terceira e última parte, é dedicada à reflexão central de como o psicoterapeuta lida com a perda de um paciente por suicídio, e como se daria a questão da neutralidade em uma situação de impacto tão grande. Nas considerações finais, será apresentada uma reflexão sobre a importância de se lembrar que o psicólogo, por mais conhecimentos que tenha, é um ser humano com sentimentos e vulnerabilidades que merecem ser considerados.

Palavras-chave: Suicídio; psicoterapeuta diante do suicídio; suicídio de pacientes em terapia.

Abstract

This paper aims to reflect on how psychotherapists deal with a patient's suicide. For this, it will be presented in three parts: in the first, the complexities of suicide and its effects will be addressed, seeking to understand if there is any specific reason for the occurrence of this act, and which population is at higher risk in relation to suicide, among other information. The second part is dedicated to understanding the expected role of the psychologist in relation to suicide, how he should act in face of the complexities of cases of attempted suicide by a patient. And the third and last part is dedicated to the central reflection of how the psychotherapist deals with the loss of a patient by suicide, and how the issue of neutrality would occur in a situation of such great impact. In the final considerations, a reflection will be presented on the importance of remembering that the psychologist, no matter how much knowledge they have, is a human being with feelings and vulnerabilities that deserve to be considered.

Keywords: suicide; psychotherapist facing suicide; suicide of patients in therapy.

Sumário

1- INTRODUÇÃO..... 9
2 - OBJETIVOS 11
2.1 - Objetivo Geral.....11
2.2- Objetivos específicos.....11
3 – REVISÃO DE LITERATURA 12
3.1 - Qual a complexidade do suicídio? 12
3.2 - Qual o papel do terapeuta em relação ao suicídio? 19
3.3- Como o terapeuta se sente em relação a perda de um paciente por suicídio?.....24
4 – MATERIAL E MÉTODO... 29
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 30
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 33

1 - INTRODUÇÃO

A ideia desse trabalho se deu no início da faculdade, onde é aprendido a cuidar do outro, ter esse olhar sobre o outro, porém não se tinha uma matéria, debate etc., sobre quem cuidava do terapeuta, do psicólogo.

Claro, sempre foi falado sobre fazer terapia e supervisão, mas nada muito a fundo, nada específico sobre o olhar do psicólogo para o psicólogo, ou seja, imagine um profissional recém formado clinicando e acontece dele perder um paciente por suicídio, como ele lidaria com isso, como psicólogos, terapeutas, analistas lidam com isso?

Esse trabalho mostra-se relevante para corroborar com dados e contribuir para futuras intervenções para apoiar profissionais da área que estão em frente a essa problemática, e também trazer uma reflexão para o nosso campo sobre esse assunto.

Foram encontrados dados significativos sobre o suicídio em si, como por exemplo, segundo os dados da organização Mundial de saúde (OMS) é constatado que houve uma elevação significativa do ato suicida em todo o mundo, fazendo com que o suicídio ficasse em terceiro lugar das principais causas de morte entre as idades de 15 a 44 anos em 2019. Em relação ao Brasil, este se encontra entre os dez países com os maiores registros de números de suicídio, segundo os levantamentos de dados do Ministério da saúde em 2017.

E também dados em relação a como médicos e psicólogos lidam com o suicídio de um paciente. A pesquisa de Rothes, Henrique e Correia (2013) de nome: “Suicídio de uma paciente: a experiencia de médicos e psicólogos portugueses”, aponta que 47% dos profissionais apresentaram sentimentos de tristeza, desespero, desgosto, sentimento de perda, dor e angustia, 35% apresentaram preocupação, inseguranças, dúvidas e medo de perder outro paciente, 28% apresentaram frustação, raiva, desilusão, 23,3% apresentaram surpresa, choque ou descrença, 21,7% apresentaram sentimentos de fracasso ou falha, 18,3% tiveram sentimento de culpa e responsabilização, 16,9% impotência ou incapacidade e 6,7% apresentaram aceitação ou ressignificação.

O presente trabalho pretende se aproximar da experiencia dos psicoterapeutas quando ocorre suicídio de um dos seus pacientes, abordando as reações do terapeuta frente a essa problemática: sente-se culpado? Passa por um processo de luto? A

intenção é pesquisar se há algum tipo de apoio ou mesmo pesquisas específicas sobre essa situação-problema para os profissionais de Psicologia.

Para isso, o trabalho irá abordar alguns aspectos sobre o suicídio, tais como dados estatísticos, qual a população mais propensa ao suicídio, como é visto pela sociedade, como ele afeta as pessoas próximas, dentre familiares e amigos, e o que provoca na sociedade em si. Irá abordar também qual o papel dos profissionais de saúde, principalmente o dos psicólogos e psicólogas, qual o posicionamento que os profissionais têm em relação a este tema, como eles trabalham com pacientes com ideação suicida ou que já tentaram o suicídio. Posto estas considerações sobre o processo do suicídio, aí sim, será colocado o questionamento sobre como o terapeuta reage ao fato de perder um paciente por suicídio.

O trabalho foi feito em três partes principais, onde a primeira é dedicada a complexidade do suicídio, desde um breve entendimento histórico sobre o suicídio, e como o mesmo é visto da atualidade, além de dados como motivos possíveis para o suicídio, e quais são as populações mais vulneráveis.

A segunda parte é para compreender qual o papel do terapeuta em relação ao suicídio, o que é esperado desse profissional que lida com uma problemática tão complexa envolta a vários tabus e sentimentos que vão além de técnicas psicológicas, mas sempre rodeadas de reflexões sobre um tema de vida e de morte.

A terceira parte é voltada ao tema central que é como o terapeuta se sente em relação a perda de um paciente por suicídio, trazendo dados e relatos de caso sobre essa problemática pouco discutida na nossa área.

O desfecho principal desse trabalho concluiu que é necessário mais aprofundamento nesse campo do sentimento do terapeuta para o terapeuta, do psicólogo para o psicólogo, do analista para o analista, do cuidado de quem cuida.

2– OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral:

O objetivo desse trabalho é contribuir com dados acerca do assunto abordado e ajudar com possíveis intervenções de apoio aos profissionais da psicologia que lidam com essa problemática.

2.3- Objetivos específicos:

a) Contribuir com dados e informações para a literatura sobre o tema.
b) Evidenciar os sentimentos possíveis para o terapeuta quando perde um paciente por suicídio.
c) Oferecer possibilidades de atuação frente a esse contexto

3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1- Qual a complexidade do suicídio?

É importante compreender que o suicídio foi visto e descrito de diversas formas pela história, onde os significados e o valor desse ato foram diferentes dependendo do tipo de cultura e dos momentos históricos que as sociedades se encontravam (RIGGO, 2013).

Hoje, o suicídio é estudado em vários campos de conhecimento, por isso é tão necessário que qualquer interpretação sobre o suicídio, suas causas e consequências não sejam reduzidas a uma “desordem” biopsíquica, mas sim, deve levar em conta a sociedade, o ambiente, a cultura, a economia e claro, a subjetividade de cada indivíduo. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020)

O suicídio já foi interpretado de diferentes formas: desde um ato de bravura ao de redenção, como no conto de Judas que se matou após trair Jesus para ter o perdão e a redenção do seu pecado.

De acordo com Netto e Riggo (2013) na época de Santo Agostinho, um pouco antes da idade média, foi que o ato de tirar a própria vida foi ligado ao demônio e ao pecado, ou seja, se matar, não importa o motivo, era um pecado gravíssimo onde a consequência seria o inferno. Na idade média, além de ser um pecado, o suicídio foi considerado um ato criminoso, pois ia contra os interesses do reinado, sendo que tudo o que o falecido tinha ficava com a coroa.

Depois da idade média, a medicina ganha lugar de destaque e autoridade e o ato de tirar a própria vida já não é mais um pecado ou crime e sim, um problema patológico, consequência da loucura, ou seja, o ato de tirar a própria vida vai contra os preceitos médicos de saúde e prolongação da vida, de modo que qualquer pessoa que se matava só poderia ser doente ou ser louca, e o senso comum da sociedade passa a fugir da morte, em todos os sentidos, pois se nem mesmo falar sobre a morte é visto com bons olhos, imagina então discutir sobre pessoas que se jogaram à morte.

Esse preconceito em relação a morte e toda a negatividade em cima dela, faz com que se criem tabus e ignorâncias sobre a morte e como nos relacionamos com ela, onde dificilmente as pessoas falam sobre este assunto, a não ser em ambientes que estejam de fato ligados com o assunto. Com isso, a pessoa que comete suicídio

é normalmente estigmatizada como doente pela sociedade, vista como um caso isolado e que nada tem a ver com a vida social, isso só faz que se crie uma bolha em torno do suicídio.

No meio científico, observa-se divergência sobre o que leva o indivíduo a cometer suicídio. Conforme o trecho de uma entrevista publicada no PSI, jornal do Conselho Regional de Psicologia do estado de São Paulo (CRP – SP) em 2003, onde um dos responsáveis pelas questões da saúde mental da Secretaria de Saúde do município de São Paulo, Leon de Souza Lobo Garcia, diz que “[...] Os fatores do suicídio são múltiplos e de interação complexa "e também fala que “cerca de 90% dos casos e 40% das tentativas de suicídio estão associadas a transtornos mentais, principalmente depressão e abuso de substâncias psicoativas” (CRP-SP,2003 p.17 apud NETTO, 2013 p.18).

De acordo com Reddy (2010, apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA do DF, 2020, pg.19) existem associações encontradas entre mortalidade por suicídio e uso abusivo de álcool, bem como sobre intoxicação por álcool no momento da tentativa de suicídio.

> No entanto, é importante não atribuir restritamente como causa do comportamento o uso de álcool e/ou outras drogas, visto que o uso abusivo de substâncias psicoativas muitas vezes encobre/camufla conflitos emocionais e relacionais, que são aliviados e/ou tentam ser resolvidos por meio do uso de substâncias psicoativas (NEVES,2014; RIBEIRO, et al., 2016 APUD CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA do DF, 2020, pg.19).

Como apresentado em estudos, há uma relação entre o suicídio e transtornos mentais como abuso de psicoativos e depressão. Normalmente, a depressão sempre se mostra fortemente ligada ao suicídio, porém, nem todo mundo que se suicida tem depressão, fazendo com que a depressão não se torne em si o motivo principal para o suicídio, mas sim considerar a depressão como um fator de risco. Já as substâncias psicóticas podem servir para ajudar a concretizar o ato de tirar a própria vida, assim sendo também estarão associadas ao suicídio, porém não significa que as substâncias psicoativas sejam o motivo, mas sim, devem ser consideradas como um fator de risco. (RIGGO, 2013)

Ou seja, isso mostra uma inconsistência sobre o que de fato sabemos sobre o que realmente causa o suicídio, se é algo particular e de causa diversa, se é por doença ou uso de drogas, mas com certeza sabemos que na maioria dos casos há

algo que afligia o sujeito, de forma que vê a morte como única saída. “O suicídio é um marcador de sofrimento psíquico ou de transtorno psiquiátrico “(Botega, 2010 apud NETTO, 2013)

> Allen Frances, psiquiatra e coordenador do DSM IV, fala em sua obra literária “Salvando o normal” que o aumento de diagnósticos de transtornos mentais está engolindo a normalidade, que o sistema de diagnósticos é muito frouxo e que a ausência de testes biológicos é uma enorme desvantagem para a psiquiatria, pois significa que todos os diagnósticos hoje são baseados em julgamentos subjetivos, que são falíveis por natureza. (Allen, 2016 apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020, pg.18)

Ou seja, não há um dado exato que diga que quem vai se suicidar é somente aquele sujeito que tem uma doença psiquiátrica, a verdade é que a qualquer momento qualquer pessoa pode estar passando por algum tipo de sofrimento, onde a única saída vista é a morte, todos estão vulneráveis a ter um sofrimento psíquico capaz de levar a pensamentos, decisão e a tentativa do suicídio, porém, estatisticamente, sabemos que há grupos sociais mais vulneráveis a cometerem suicídios que outros grupos.

Segundo os dados da organização Mundial de saúde (OMS) é constatado que houve uma elevação significativa do ato suicida em todo o mundo, fazendo com que o suicídio ficasse em terceiro lugar das principais causas de morte entre as idades de 15 a 44 anos (OMS, 2019 apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020).

Em relação ao Brasil, este se encontra entre os dez países com os maiores registros de números de suicídio (BOTEGA, 2014 apud CONSELHO REGIONAL DO DF, 2020). Segundo os levantamentos de dados do Ministério da saúde a incidência de suicídio cresceu em 12% entre 2011 e 2015, atingindo a marca de 5,7 mortes por 100 mil habitantes, no Brasil, em 2015 (MS,2017) apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF,2020).

Segundo dados mundiais o índice de suicídio entre os jovens tem aumentado consideravelmente, se tornando assim o grupo mais vulnerável em um terço dos países (Ibidem).

Em relação ao Brasil, a maior taxa de suicídio é entre as pessoas idosas. Segundo a OMS, em 2015 os índices de suicídio entre pessoas de 65 a 74 anos foram de 7,8 óbitos por 100 mil habitantes. (Ibidem)

Em relação ao gênero, em várias regiões do mundo, incluindo o Brasil, a quantidade de mortes por suicídio em relação aos homens é maior do que em relação as mulheres, entretanto, o ato de tentativa de suicídio entre as mulheres é predominantemente maior. Mulheres tentam o suicídio duas vezes mais que os homens, enquanto homens morrem três vezes mais por suicídio do que mulheres (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020)

Referente a população LGBTQIA+ não se tem um levantamento conclusivo sobre os dados, pois nos registros de óbito não constam os dados sobre orientação sexual e identidade de gênero, e a forma de ter um levantamento desses dados, por enquanto, é somente através de recursos de mídia, ou seja, noticiário em tvs, jornais e rádio. (ibidem)

Sobre a população negra, principalmente jovens, a média de óbitos por suicídio entre 2012 e 2016 foi elevada em comparação a outras raças, segundo publicação do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Brasília, em 2018 (MS, apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020).

Já na população indígena no Brasil a comparação é alarmante, pois o suicídio é três vezes maior do que no restante da população, e a ocorrência é maior em indígenas nas idades de dez a dezenove anos, segundo dados do ministério da saúde. (Ibidem)

Pessoas com menor escolaridade, especificamente até três anos de estudo, tem maior incidência ao suicídio, 6,8 de 100 mil habitantes (MS,2017 apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020)

Os dados apresentados só corroboram com o fato de que qualquer sujeito vivo pode sim, estar vulnerável ao suicídio, sem de fato estar ligado a algum problema mental, ou seja, o suicídio pode estar relacionado a inúmeros fatores, desde ser derivado de uma patologia, mas também por vários outros fatores.

O suicídio é um processo complexo, que engloba diversos momentos, começando apenas como um pensamento, quem sabe uma conversa, onde o sujeito comunique essa vontade, indo até o planejamento, tentar o ato e até mesmo consuma-lo.

> O suicídio é um ato deliberado, iniciado e concluído por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa da sua morte. Ainda que possa haver ambivalência na ação, é escolhido um método que a pessoa considere ser fatal.Nesse sentido, o suicídio é um dos elementos do comportamento

> suicida- que envolve a ideação, o planejamento e a tentativa de autoextermínio (OMS, 2014 apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020 pg.8).

Ou seja, o suicídio é uma escolha feita pelo sujeito, sujeito esse que tem o seu motivo, ou os seus motivos, sejam emocionais, patológicos, religiosos, culturais etc.. Escolha essa que pode ter sido tomada por um conjunto de motivos que o levaram a se direcionar para a morte, mesmo que as vezes não seja de fato o desejo da morte, mas sim uma ferramenta para o verdadeiro propósito, que é a extinção da dor e do sofrimento.

Trata-se de um fenômeno multifatorial e sobredeterminado, de forma que quaisquer generalizações de fatores de risco ou explicações reducionistas são contraproducentes (MS, 2017 apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020 pg.8).

Ou seja, fatores diversos como a sociedade, a cultura, em relação com a subjetividade do sujeito, serão cruciais na escolha de retirar a sua própria vida.

Para Scavacini (2017, apud KREUZ e ANTONIASSI, 2020 pg.3) devemos atentar para o fato de que “[...] Os sinais podem ser verbais ou comportamentais [...]” e nem sempre são claros, fazendo sentido apenas depois do ato”.

Para Fukumitsu e kovács (2015, apud KREUZ e ANTONIASSI, 2020 pg.3) “existem vários tipos de suicídio – os planejados, os impulsivos, os que não oferecem nenhuma pista e os que assinalaram que a morte poderia acontecer’.

Quando se trata de uma ideação suicida ou o suicídio com o ato planejado, há um grau de preocupação maior, pois, existe em um plano que pode conter definições de data e método onde o sujeito pode ou não comunicar esse planejamento. Compreender se a tentativa ou o ato foi planejado pode auxiliar em uma análise de risco de outra tentativa, ou no caso do ato consumado, uma análise do que pode ter causado o ato. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DF, 2020)

O fator de risco mais fortemente associado ao suicídio é o histórico de tentativas de suicídio e/ou histórico familiar de óbito por suicídio (Ibidem, pg.17).

O suicidologista Edwin Shneidman (1993) afirmou que um ato suicida,

> costuma ser o resultado da conjugação de três importantes fatores psicológicos: 1) uma dor psicológica intolerável, 2) um grau de perturbação e 3) um estado de pressão. A vivência da dor psicológica intolerável é o resultado de frustrações das necessidades psicológicas mais básicas; o fator

> de perturbação refere-se a qualquer distúrbio preestabelecido que reduza a capacidade de enfrentamento dos indivíduos, tais como os transtornos de humor e aqueles caracterizados pela impulsividade, além de déficits cognitivos constituídos; já a pressão está relacionada com estressores e eventos adversos de vida, capazes de precipitar as crises suicidas agudas, como um diagnóstico de doença terminal, o fim de uma relação, a morte de alguém querido, ou mesmo o endividamento excessivo (SHNEIDMAN apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF,2020).

Porém, cabe ressaltar que, dentre todos estes fatores, o mais importante, para Shneidman (1993),

> seria a vivência de um sofrimento tido como intolerável. Tal vivência é comumente reportada em notas e cartas suicidas como uma força tão esmagadora na vida das pessoas, que arrasta consigo tudo ao redor e lhes parece interminável e intolerável, tornando-as desesperadas e incapazes de encontrar qualquer solução. Pela pressão que esta dor impõe, o suicídio passa a ser compreendido como uma solução para o alívio de sua tensão. O manejo com pessoas em risco de suicídio deve considerar essas características. É necessário buscar alternativas para que a pessoa consiga lidar com essa dor, torná-la mais tolerável, ampliar a capacidade de lidar com a frustração e diminuir a pressão e a tensão causadas pelos eventos estressores. (SHNEIDMAN apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020 pg.22)

Shneidman nos mostra que o suicídio vem como algo de grande impacto, uma força avassalada onde é concebido como a única saída para se livrar da dor, e nos mostra que é o papel do terapeuta mostrar ao indivíduo outra saída, outro caminho

Segundo Soraya Carvalho Rigo (2013), pensando em termos da psicanálise, as pessoas estão sempre em busca de completar um vazio, ou melhor, uma falta existencial e nessa busca as pessoas acabam por escolher um objeto, aquele que estará carregado de idealizações podendo ser representado de diversas formas, desde uma ideologia, um emprego ou mesmo o par romântico, onde esse objeto idealizado será o que vai lhe trazer a completude do que falta (preencher o vazio).

Porém, essa falta, esse vazio que é característico do sujeito humano, é a partir desse falta que se dará origem ao desejo e as buscas da vida, ou seja, sem a falta não teria como ter uma busca pelo sentido da vida e não se teria os impulsos da vida

para continua-la, porém, na vida é comum que os sujeitos acabem idealizado um objeto a ponto de se iludirem com uma completude inexistente, e onde os sujeitos ficam dependentes desse objeto, e se o perderem irá fazer voltar à tona todo o vazio, podendo gerar consequências sérias, como a depressão.

Rigo (2013) então traz uma reflexão sobre a sociedade atual que tem os seus fundamentos na ideologia capitalista, onde não se tem tempo para as mazelas da vida, que força os sujeitos a conquistar o sucesso aquisitivo, pois só tendo poder de compra conseguirá ter o seu objeto de consumo, que irá preencher o vazio, e essa pressão para o sucesso, onde não se pode deixar falhar, gerando em muitas pessoas, principalmente jovens, o sentimento de incapacidade para alcançar o esperado pela sociedade, fazendo com que caiam na depressão e corram o risco de cometerem o suicídio para aliviar as pressões que os outros lhe impuseram.

Esta autora apresenta dois tipos de ato suicida pela visão psicanalítica: aquele onde o sujeito realmente deseja que o ato se concretize, denominado como “passagem ao ato”, e outro onde o sujeito no fundo quer que o ato não se realize, denominado como “acting out”.

No acting out a pessoa busca atenção, criando uma cena e se inserindo nela, para fazer um apelo ao outro. Diferente da passagem ao ato, onde o sujeito já não se enxerga como parte da cena, então ele se retira dela de forma brusca. Porém, Soraya enfatiza que não importa se é um acting out ou uma passagem ao ato, o que se deve considerar é o sofrimento e a dor do sujeito que não pode ser medida.

Segundo o Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (2020), o objetivo do ato de retirar a vida seria um método para acabar com um sofrimento psíquico insuportável, onde somente a morte poderia cumprir esse objetivo. Quando o sujeito está em crise suicida experimenta um forte sentimento de desesperança e ambivalência quanto ao seu ato. Normalmente tem a percepção prejudicada, seja pelo estado emocional ou uso de substâncias, quer fugir de um modo rápido, onde o ato acaba tendo um caráter de comunicação interpessoal. Assim, o ato vira uma mensagem para ser interpretada por outros, e o manejo deve oferecer alternativas para ajudar com a superação desse sofrimento ou pelo menos fazer com que esse sofrimento diminua e seja mais tolerável para o sujeito.

3.2 - Qual o papel do terapeuta em relação ao suicídio?

Nessa perspectiva de que o suicídio tem complexidades históricas, o papel do terapeuta também irá trazer diferentes características no âmbito de se lidar com o tema suicídio.

Como vimos anteriormente, o poder médico teve um marco muito forte na história, onde médicos se tornaram os juízes sobre a verdade da vida e da morte, e o seu papel era o garantir a longevidade da vida, de modo que o suicídio para essa ordem era uma afronta. Disto tivemos desdobramentos, como questionamentos sobre esse poder.

Sobre o poder médico, Rigo afirma:

> (...) Por que o suicida subverte a ordem médica? Ao longo da história, o médico, afinado com a ciência, vem acumulando saber sobre a saúde e a doença, sobre a vida e sobre a morte, um saber responsável por lhe conferir status e poder. A ordem médica, em consonância com sua ética, baseia sua prática no princípio de que a vida está acima de tudo e de que todos os esforços devam ser empreendidos no sentido de preservá-la. Ao tentar contra a própria vida, o sujeito, de certa maneira, subverte essa ordem. É como se, com seu ato, ele competisse com o saber e, consequentemente, com o poder médico, tornando-se, por esta razão, uma persona non grata, muitas vezes indesejado e “maltratado” pela equipe médica (RIGO, 2013, pg.35)

Karina Okajima Fukumitsu traz uma reflexão sobre o papel do psicoterapeuta:

> (...) A morte é soberana e é a situação limite de todos os seres humanos que vivem. Sendo assim, há que se indagar: existe a possibilidade de ser possível ter o controle sobre a morte do outro? A resposta é negativa, pois também se acredita não ser possível ter o controle sobre a vida do outro. O trabalho do psicoterapeuta, portanto, não deve ser o de evitar a morte, mas, de fato, o de promover a ampliação de situações nas quais o cliente possa se sentir vivo (FUKUMITSU, 2014, pg 271)

Ou seja, é fato que não é o nosso papel ser o salvador da vida do outro, pois não temos o domínio dessa vida e não podemos tomar a decisão pelo outro, o que podemos fazer é mostrar ao paciente os caminhos alternativos que ele tem, que ele tenha mais de uma escolha.

Devemos considerar ainda que, por estarmos numa sociedade capitalista, o suicídio se torna mais uma expressão da exploração, opressão, desigualdade, competitividade e o individualismo.

Netto é quem novamente nos traz uma reflexão:

> (...) O que é que nós estamos fazendo diferente nesse sentido? O que fazer para que a vida miserável que faz com que as pessoas desejem a morte não permaneça a mesma e para que as pessoas não tenham que suportar essa condição, pelo bem daquilo que elas mal conhecem, mas que elas entendem ser necessárias? Essas mortes, então, deveriam nos levar a algumas reflexões que são importantes de serem feitas. Como nós, profissionais da saúde, seja no âmbito da prevenção, seja no âmbito da promoção da vida estamos agindo?" (NETTO,2013, pg. 21)

Como Netto explica, para evitar o suicídio não é somente tocando no assunto "suicídio" e sim trazer a valorização da vida em si, porém, ele aponta: "que tipo de vida e condições são estas que iremos valorizar?"

> (...) nós não podemos centrar os nossos esforços somente em garantir a sobrevivência dessas pessoas, que já foram tão atingidas por essa guerra de todos contra todos, mas também temos que fazer algo que vá em direção à transformação radical das relações de exploração que constituem essa sociedade e que as pessoas possam se entender e se assumir partícipes dessa transformação (NETTO,2013, pg.23)

Em relação ao âmbito clínico, é necessário entender qual a demanda de sofrimento do paciente para se compreender o ato do suicídio, ou seja, tudo que está relacionado com o paciente, desde familiares a pessoas que tinham até mesmo pouco contato com esse indivíduo. Dados indicam que entre seis a dez pessoas são atingidas quando acontece um suicídio de uma pessoa conhecida, ou seja, além do sofrimento do indivíduo que cometeu o suicídio, haverá também todo um punhado de sentimentos, desde culpa a raiva expressadas por amigos e parentes, além, por exemplo, dos amigos do trabalho ou da faculdade, fazendo até com que mais pessoas do que seis ou dez sejam afetadas por esse ato. (WERLANG, 2013)

Assim, cabe ao psicólogo estudar todos os aspectos do suicídio e compreender que há vários gatilhos para o suicídio, como problemas de desordem psíquica, conturbações familiares, instabilidade financeira ou luto. É certo que se tem uma oscilação na psique do sujeito que deve ser analisada. (WERLANG, 2013).

Ainda segundo este autor, em relação à saúde pública, o psicólogo precisa ter uma boa qualificação para poder adentrar nos quesitos do suicídio, identificando os fatores de riscos que podem gerar o suicídio. Tanto para o psicólogo como para os demais profissionais da saúde existem publicações de órgãos, como o Ministério da Saúde, para auxiliarem esses profissionais da melhor maneira possível. (WERLANG, 2013).

De acordo com Tavares (2013), se a psicologia de saúde pública se limitar a visão da medicina tradicional, pouco será feito em relação à prevenção do suicídio. É necessário investir em entender e prevenir complicações ligados a fatores de ordem comportamental, emocional e psicológica, que podem ser considerados fatores de risco no âmbito social e familiar.

Tavares (2013) aborda pesquisas que mostram que em 90% dos suicídios há diagnostico de transtorno mental, porém, também mostram que o suicídio acontece com frequência nessas condições em que há inacessibilidade ou desistência do tratamento, que pode se dar por dificuldade do sujeito ou do profissional em enfrentar as situações do tratamento ou da natureza da relação com o paciente.

Este autor lembra que a tentativa ou suicídio não impacta somente a vida do paciente, mas a família, pessoas do seu ciclo social e do trabalho. A compressão desse impacto no contexto cultural da sociedade se liga à compreensão de estar correndo o risco de se deparar com a situação de perder alguém por suicídio, ou seja, um alguém que amamos ou que convive conosco. Perder alguém por suicídio faz com que se crie a necessidade de dar sentido ao acontecimento, para justificar e sustentar a valorização da própria vida, ainda mais em momentos conturbadores.

Pessoas que passam por esse fenômeno são denominados de “Sobreviventes”. A consequência de ser um sobrevivente é tão marcante, que por ter estado em convívio com quem se suicidou torna-se um dos principais fatores de risco para também se cometer um suicídio. Significa que parentes, pessoas do grupo social, amigos próximos, colegas do trabalho, de uma pessoa que se matou tem mais riscos de cometerem suicídio do que as demais pessoas (TAVARES, 2013).

De acordo com Rigo (2013), na clínica psicológica, o ponto de partida é a análise dos fatores que antecederam o suicídio, para que se tenha uma base sobre os motivos internos que causaram o ato, que normalmente estão ligados a problemas conflitantes do passado do sujeito. Onde alguma situação do presente foi gatilho para desencadear um sentimento anterior de sofrimento, fazendo uma junção

potencializadora de sofrimento, que chega a ser tão devastador, que o suicídio acaba sendo uma saída para eliminar esse sentimento.

O suicídio no âmbito clínico é construído em cima de diversos desafios, que nem sempre estão ligados ao paciente exclusivamente, mas também à sua família e a equipe responsável, onde, além de se lidar com uma situação incógnita, também tratará com a fragilidade psicológica tanto da equipe quantos dos familiares, e lembrando que quanto se trata de fenômenos humanos também terá que defrontar com questões religiosas e morais. (RIGO, 2013).

De acordo com Rigo (2013) o acolhimento é essencial, por via de uma escuta focada e sem julgamentos, onde é necessário ter Â-N-I-M-O, que significa: (A) de atenção, tanto a vida quanto ao tratamento do paciente. (N) de neutralidade, escuta sem julgamentos. (I) de interesse, que é caraterístico do nosso ramo, uma esculta com interesse faz toda a diferença. E por último (MO) de motivação, aquele desejo que nutre o trabalho na clínica.

Esta autora ainda, orienta no sentido de que na clínica é preciso ter paciência, principalmente ao tempo do paciente. E quando se trata de suicídio, é importante que o número de celular do terapeuta esteja disponível para situações de crises, mesmo fora da jornada de trabalho. Em relação a equipe e a família é proposto o PIC, (P) de parceria, (I) de informação e (C) de coragem. ÂNIMO e PIC, são um conjunto de extrema importância para enfrentar o suicídio (RIGO, 2013)..

De acordo com a OMS (2000), o trato com o sujeito em perigo de suicídio deve levar em consideração a confusão em relação ao desejo de morte, compreender que as pessoas normalmente estão imersas em um dilema entre a vontade da vida ou da morte. É necessário que profissionais da saúde, em especial os(as) Psicólogos(as) criem intervenções para assegurar o progresso do tratamento desses sujeitos na rede assistencial, desenvolvendo uma base de cuidado constante, que abarque intervenções de segurança, observando principalmente as pessoas mais fragilizadas. Onde é preciso se ter uma abordagem multidisciplinar, para corroborar com a atuação terapêutica pela via de trocas de conhecimento e deveres. (OMS, 2000, apud CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DF, 2020)

De acordo com Tavares, a maneira ideal de ajudar um sujeito que cometeu ou quer cometer uma tentativa de suicídio é escutá-lo de forma sincera e gerar uma sensibilidade para sua dor. Pois quanto esses sujeitos se consideram ouvidos, isto pode dar início à mudança, não por que o “curamos”, porém desenvolvemos a

oportunidade deles se compreenderem e encontrar novos caminhos no encontro com uma alteridade, fazendo com que se compreenda e elabore sua dor. “Quando se sentem ouvidas, essas pessoas relatam a importância e a grande diferença que essa oportunidade lhes confere na vida.” (TAVARES, 2013)

Para Fukumitsu, o vínculo terapêutico que preza pelo cuidado em vez da cura, pode ser favorável para que o sujeito elabore seu sofrimento e encontre novo sentido, assim podendo administrar os seus sofrimentos. Porém, tais fatores talvez não sejam suficientes para que a pessoa pare de idealizar que a morte seja mais viável que a vida.

> “Primeiramente, aponta-se que não é possível prevenir o suicídio de maneira solitária e, por esse motivo, o trabalho deve ser realizado em parceria com a família e outros profissionais envolvidos, tais como psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, massoterapeutas etc.” (FUKUMITSU, 2014, pg. 271)

Ou seja, para Fukumitsu, se pensar em uma situação onde talvez a pessoa não queira de fato morrer, porém viver de forma distinta, é preciso evidenciar um ponto de extrema importância: a disposição do terapeuta, no que diz respeito a situar sua habilidade técnica à disposição, e orientar essa habilidade para proporcionar Amor, ternura, acolhimento e compaixão pelo sujeito humano, partilhar de seu sofrimento, acarretado pelas mazelas que a vida lhe trouxe.

A disponibilidade não lhe dá garantias para salvar vidas, todavia, mostrar para qualquer um que ele é entendido como outro diferente e humano, faz a diferença. “O toque acontece somente entre humanos e, dessa maneira, a disponibilidade afetiva quanto ao cuidado pode oferecer a sensação de alívio para a solidão existencial e acalento para o desespero.” (FUKUMITSU, 2014)

3.3- Como o terapeuta se sente em relação a perda de um paciente por suicídio?

Como apresentado acima, o suicídio afeta bem mais do que o a própria pessoa que o comete, pois as consequências do ato se estendem a família, amigos e pessoas próximas e até além.

De acordo com Tavares (2013), familiares que tinham o conhecimento dos riscos, podem apresentar culpabilização, o que não é raro, pois sentem que fracassaram com o cuidado para aquela pessoa querida. Quando pessoas sofrem esse tipo de perda, cria-se um marco na vida, então elas se tornam sobreviventes, pois sobreviveram a um acontecimento de forte impacto, sobreviveram ao suicídio. Qualquer um que esteja ao redor da pessoa em sofrimento e propenso ao suicídio, são afetadas, e o profissional também se enquadra entre as pessoas afetáveis.

> (...) Dois tipos de expectativas recaem sobre o profissional em Saúde Mental. Uma, mais geral, envolve a noção básica de cuidado. Outra define expectativas técnicas e profissionais sobre tipos de atenção esperados nos serviços de Saúde Mental. Em ambas, a expectativa pode ser vivenciada como ônus ou sobrecarga difícil de se enfrentar. (TAVARES, 2013, pg.50)

Em relação a atuação é esperado dos profissionais de saúde, ações de prevenção de vários tipos, para pessoas que estão com fortes ideações suicidas ou até mesmo que já tentaram o suicídio, para os familiares dessas pessoas que também são afetados, para aqueles familiares que já estão em luto por terem perdido alguém por suicídio.

> (...) A nossa profissão é toda dirigida para as noções de ajudar, de cuidado e de dar apoio a quem busca ajuda. Estar diante de alguém que chega à nossa atenção profissional por meio de uma tentativa de suicídio pode evocar sentimentos bastante contraditórios. Nós, profissionais, somos pessoas e as nossas reações, antes de mais nada, são reações como pessoas. Então, esses sentimentos, comuns para um familiar que convive com o risco ou que experimentou o suicídio de alguém na família, também acontecem com profissionais (Ibidem)

Uma forma eficaz para que o profissional possa lidar com essa situação, sem entrar em sofrimento, seria se colocar também como um sobrevivente. Primeiramente se colocar na situação de convivência do risco de suicídio, em seguida, onde o suicídio de fato ocorreu e por fim, refletir consigo mesmo sobre sua posição em relação ao significado da vida diante da morte.

> (...) Em outras palavras, uma maneira de se desenvolver resiliência no enfrentamento do risco de suicídio e do suicídio consumado seria se perguntando: “Como seria a minha experiência se eu fosse um sobrevivente ao suicídio, ou seja, se eu tivesse de fato perdido alguém (um paciente) por suicídio?”. Isto é, na verdade, uma situação plausível na medida em que trabalhamos com pessoas em risco (TAVARES, 2013, pg.51).

De acordo com Tavares, realizar essa reflexão faz com que possamos entender melhor as relações afetivas entre paciente e terapeuta na situação onde há risco de suicídio. Assim, podendo nos sensibilizar e nos instrumentalizar para essa vivência de estar ligado afetivamente a uma pessoa disposta a se matar. “Esse tipo de reflexão e a aceitação desses sentimentos que surgem em nós nos permitem uma elaboração mais profunda, que pode nos proporcionar a condição profissional de estar com essas pessoas” (Ibidem)

Ainda segundo essa autora, mesmo com treinamento básico para esses casos e até mesmo com o auxílio de supervisão nas situações mais complexas, se colocar de antemão como um sobrevivente é uma forma eficaz de se criar empatia e habilidades técnicas na desenvoltura dos casos de risco. É preciso estar em contato com os sentimentos pessoais internos, para de fato poder entrar em contato com a experiências de outros.

Em relação a empatia, a ideia é que se tenha uma sensibilidade aos sentimentos do outro. Entretanto, se existe um bloqueio aos sentimentos pessoais, será difícil se ligar aos sentimentos do outro. Dessa maneira, é necessário aceitar os bons e os maus sentimentos, as agonias e conflitos, esse é o processo para o profissional que quer entender o sofrimento da perda pelo suicídio, e os seus efeitos. “Nesse processo de elaboração, o profissional se sairá melhor se tiver suporte necessário tradicionalmente conferido nas relações de supervisão, preferencialmente com um profissional que tenha feito esse percurso.” (Ibidem).

Ainda nessa linha, é compreensível sentir descontentamento ou se sentir incapaz referente ao tratamento. Não é correto, porém, deixar que esse sentimento de incapacidade aflore a ponto de abandonar o paciente ou o de descontentamento a ponto de agir de formar rude com ele.

> (...) Os sentimentos “contratransferenciais”, como são chamados todos os afetos que o profissional experimenta em relação a seus pacientes, vêm sendo discutidos de maneira mais ampla há muito tempo. É normal e

> compreensível ter afetos em relação aos pacientes, seja esses afetos experimentados como bons ou maus, agradáveis ou desagradáveis. Esses afetos comunicam aspectos essenciais do sofrimento do paciente na interação com o profissional. Uma ação com base neles, sem a devida compreensão do sentido dessa comunicação e do possível efeito de nossa intervenção, pode ser desastrosa para o paciente. Agir com base nesses sentimentos sem compreender seu sentido, função e efeito em relação ao sofrimento do paciente, não é adequado e corre grande risco de ter consequência desastrosa (TAVARES, 2013, pg.53).

Assim, uma boa elaboração de sentimentos de contratransferências, mesmo as ruins, poderá levar a uma ação terapêutica boa. Essa diferenciação expressa que há sentimentos contratransferenciais que são considerados normais no processo profissional, porém esses sentimentos podem fazer surgir contratransferências que podem diferir das ações terapêuticas.

Atuações contratransferenciais geralmente resultam em situações clínicas prejudiciais ao paciente e são associadas às dificuldades do profissional no processo de elaboração de sua experiência subjetiva com o paciente” (Ibidem)

Uma vontade imensa de ajudar pode ter consequências que não são favoráveis ao paciente, como ter atitudes maternais, que coloca o paciente em um lugar de dependente dos conselhos do terapeuta. O descontentamento ou irritação com o paciente pode gerar uma atuação incorreta de rebaixar o sofrimento do paciente, quando por exemplo o profissional julga um comportamento preocupante como uma manipulação. Pesquisas demostram que atitudes como essas podem gerar riscos graves e levar a falha do processo terapêutico, onde o paciente pode realizar novas tentativas de retirar a vida e até mesmo retirar de fato a vida (Ibidem)

> “Muitas são as formas e manifestações dessas reações que o profissional pode ter em relação ao paciente suicida. Existem duas classes de atuações contratransferenciais indesejáveis, baseadas na aversão ou no ressentimento. São reações comuns ao paciente que está em risco. A primeira dessas atuações deriva da aversão e do desejo de evitar o paciente, de afastamento daquele contrato, de retirada, de recusa. E, aí, surgem os desejos de encaminhar o caso. Um encaminhamento pode ser realizado com elaboração adequada e, até mesmo, com um sentido positivo de cuidado para o paciente. Nesse caso, o paciente pode ter a experiência de encontrar um terapeuta capaz de aceitar suas limitações pessoais e, mesmo assim, trabalhar isso de modo suficientemente respeitoso e cuidadoso para proteger o paciente de suas dificuldades pessoais. Por outro lado, quando o terapeuta

> já está em contato com o paciente há algum tempo e desiste inconscientemente, quando não é capaz de elaborar esses afetos na consciência e começa a apresentar dificuldades na escuta, a tendência desses sentimentos contratransferenciais é criar um contexto de ruptura no tratamento, que pode ser concebido como abandono ou abuso terapêutico. O profissional pode até permanecer lá, mas já não está lá em uma função terapêutica. Ele afasta-se emocionalmente desse paciente ou terá reações adversas. Pode ser difícil ou doloroso perceber que é isso que está acontecendo, pois essa percepção é contrária aos ideais profissionais (TAVARES, 2013, pg.53)

Tratar de pessoas com comportamentos suicida é um obstáculo para profissionais da saúde. Estar em relação com essas pessoas pode gerar sentimentos desagradáveis. É necessário que os profissionais tenham em mente utilizar caminhos como a supervisão de outros profissionais da saúde mental para lhe dar suporte, fazendo que que se crie um projeto terapêutico singular para o paciente, ajudando assim profissionais a compreenderem melhor os sentimentos que surgem diante dessas relações, ou seja, amparar quem ampara. (Ibidem)

De acordo com Haas (1999 apud FUKUMITSU, 2014 pg. 270), “Existem dois tipos de terapeutas – aqueles que perderam um paciente por suicídio e aqueles que perderão.”

Em uma entrevista sobre a perda de um cliente, Hass (1999 apud FUKUMITSU 2014 pg. 270) afirmou: “Perder um cliente devido ao suicídio era o meu grande medo e então se tornou uma realidade [...]. A perda de um cliente traz um impacto devastador, em ambos os níveis: profissional e o pessoal”.

De acordo com Fukumitsu (2014), é por meio do complexo do suicídio que compreendemos aspectos como a dialética da vida e da morte, e os aspectos que isso traz como o desespero, as imprevisibilidades da vida humana, a falta de esperança na vida.

Cândido (apud FUKUMITSU, 2014 pg.270) afirma, “a morte por suicídio é quase sempre sentida como inesperada e imprevisível. Apesar da existência de toda uma gama de sinais potencialmente preditivos do risco”

De acordo com Fukumitsu (2014), sentimentos de fracasso e impotência que são gerados pelo suicídio de um cliente, são normalmente divididos pelos profissionais. Esses sentimentos podem gerar ansiedade e ainda fazer com que o terapeuta se coloque em uma posição fantasiosa de onipotência, onde ele seria a

pessoa a salvar aquele que quer a morte, fazendo de tudo para que o outro fique vivo. Porém, isso é um comportamento errôneo. O psicoterapeuta não pode se colocar em papel de onipotência, e também não pode se deixar abater pelos sentimentos de fracasso e impotência. Não há como viver a vida de alguém, e por isso o psicoterapeuta só pode manter a sua potência, ou seja, cada um tem suas próprias responsabilidades existenciais, e novamente, não é dever do psicoterapeuta salvar vidas, mas sim de alavancar os sentimentos de vida do cliente.

Bulcão relata sobre a perda de seu paciente:

> (...) “Perdê-lo foi o que me tocou. Sei agora que meu sentimento é de luto. A de não ter mais por perto alguém por quem temos carinho. O interessante é que somente agora consigo lhe dar este nome e posso finalmente compreender que se trata disso: Não o luto vivenciado pela perda de um amigo ou parente próximo, mas, sim, de um paciente com quem me envolvi por quase um ano.” (BULCÃO, 2013, p.149)

E segue, falando sobre suas considerações após a perda do seu paciente.

> (...) “Tempo passado, refletindo sobre o acontecido, me parece fazer mais sentido a noção hermenêutica que Hans-Georg Gadamer (1900-2002) propõe. Com base em estudos da fenomenologia-existencial de Martin Heidegger (1889-1976) e grande apreço pela filosofia platônica e aristotélica, nos mostra que a neutralidade é uma ilusão impossível de ser alcançada. Quando duas pessoas se encontram e trocam experiências, trata-se sempre do encontro entre dois mundos, duas visões e duas imagens de mundo. (Gadamer,2007, p. 246). Somente ao me dar conta deste aspecto ontológico, pude perceber que se tratava de luto o que sentia. E se por alguns instantes não o soube, foi pela dificuldade de deixar de lado minha noção positivista de terapeuta neutro, de função técnica, exterior ao objeto de estudo – no caso, de tratamento. (Ibidem)

Porém, ter a consciência desses sentimentos é importante para a qualificação do profissional que trata com situações extremas como as de suicídio.

De acordo com Tavares (2013) É necessário ter alternativas externas para a concretização desse trabalho, como ajuda de colegas de trabalho ou mesmo da supervisão, e também da instituição, que precisa ter a competência necessária para auxiliar essas pessoas em risco. É essencial que os profissionais não estejam desamparados ao lidar com casos muito complexos, devem procurar acompanhamento dos colegas, podem participar de equipes para refletir e ajudar nas dúvidas de casos complexos, assim podendo traçar uma estratégia terapêutica eficaz.

4 – MATERIAL E MÉTODOS

A revisão literária desse trabalho teve como objetivo abordar obras que apresentassem estudos sobre o que é suicídio para psicologia e, como é o processo de luto para o psicólogo, para então poder destrinchar o assunto principal que é como terapeutas lidam com o suicídio de seu paciente. A organização consistiu na escolha do tipo de revisão bibliográfica narrativa. De acordo com ROTHER (2007, p.1), a revisão narrativa utiliza-se "da aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo" [...] "para descrever o estado da arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual". Constitui-se basicamente "da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador.

Como fonte dos dados foram utilizados artigos, livros e produções acadêmicas em geral que abordem o tema em questão.

Repositórios selecionados:

Para estruturar esse trabalho foram usadas como base de dados a SciELO – Scientific Electronic Library Online — http://www.scielo.br — Que é uma biblioteca virtual de revistas científicas brasileiras em formato eletrônico. Ela organiza e publica textos completos de revistas na Internet / Web, assim como produz e publica indicadores do seu uso e impacto.

Foi pesquisado na base de dados Scielo com as palavras chaves suicídio, resultado: (107), utilizado:(1). Psicólogo e suicídio, resultado (0). Psicoterapeuta diante do suicídio, resultado: (1). Terapeuta em luto, resultado: (1). suicídio de pacientes, resultado: (30). Suicídio de pacientes em terapia (3 resultados, somente 1 usado). Luto e suicídio, resultado:(5) utilizado: (1). Com os filtros de idioma Português, filtros de área de atuação psicologia, medicina, e psiquiatria, multidisciplinar.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão de psicólogos sempre foi vinculada ao cuidado, mas o cuidado de quem? O cuidado ao outro, um outro que normalmente está acometido de sofrimento psíquico, um outro fragilizado que, por vezes, quando está em processo terapêutico, tem a ideia de que o psicólogo, terapeuta ou analista vai curar o seu sofrimento, e joga as suas expectativas para isso, além de criar um vínculo afetivo forte com aquele a qual ele espera que vai ajudá-lo. Porém, esse trabalho teve como objetivo pensar em primeiro plano como o terapeuta lida com seus sentimentos por um paciente, mas em um cenário específico, qual seja, onde um terapeuta perde um paciente por suicídio.

Na psicologia e em muitas áreas da saúde sempre ouvimos falar sobre a neutralidade, sobre afetar um outro com o propósito de ajudar, mas sem ser afetado no decorrer do caminho, mas a questão é: o terapeuta, com todo o seu saber, ainda é um ser humano, que está tão vulnerável aos afetos quanto qualquer outra pessoa. E, quando falamos de um processo terapêutico onde há a probabilidade de suicídio por parte do paciente, as questões de afetos e neutralidades podem ser um tanto difusas, já que acabam se encontrando com tema de natureza complexa da vida e da morte.

O suicídio, mesmo nos dias de hoje, com acessos nunca antes vistos a informações, ainda é considerado um tabu, pois, imagine pessoas estudando anos para aumentar a longevidade da vida, para curar doenças e ajudar pessoas a sobreviverem, e um outro talvez, com plena saúde, decidir tirar a vida, a vida que é tão sagrada em quase todas as instituições, desde médicas a religiosas, esse outro então acaba por ser taxado de louco ou pecador.

Porém, hoje sabemos que, infelizmente, o suicídio não é algo incomum, e sabemos que qualquer pessoa pode estar vulnerável ao sofrimento psíquico tão marcante a ponto de tirar a vida, e nem sempre isso pode estar ligado a doenças psíquicas, aliás ter uma doença psicopatológica não significa que a pessoa diretamente quer se matar, mas sim que pode ser um fator de risco, aliás existem vários fatores de risco para o suicídio, o que faz pensar: será que a existência humana, com todas as suas singularidades, afetos, desejos, vontades e contrariedades já não se torna um fator de risco?

Então, em relação ao psicólogo, aquele a qual esperam que tenham o conhecimento para ajudar, principalmente quando se trata do aspecto de lidar com pessoas em risco de suicídio, esperam que ele tenha a competência necessária para lidar com a situação, revertê-la ou ameniza-la se possível, aquele que necessita ter o conhecimentos de técnicas e principalmente que não se afete de maneira negativa no processo, porém, novamente lembrando, o psicólogo antes de tudo ainda é um ser humano vulnerável a ser afetado por sentimentos de naturezas diversas, incluindo o sentimento de luto por um paciente que cometeu o suicídio.

Rigo (2013) aponta que na clínica do suicídio, onde há uma grande pressão por se lidar com dores psíquicas, se verá com a urgência, sempre no limite, isso deve fazer com o psicólogo reflita sobre o seu trabalho de maneira geral, desde técnicas a sua ética profissional. Quando falamos de pessoas que estão em sofrimento tão grande a ponto de cometer suicídio, o psicólogo deve compreender que independente da abordagem escolhida, o sofrimento sempre estará presente, independe se é ou não um transtorno mental.

Sabemos que quando alguém comete suicídio, todos com o qual ele convivia são afetados de alguma maneira, familiares, amigos, conhecidos etc... E se essa pessoa que cometeu suicídio estava em processo terapêutico, gera a questão se o psicólogo também será afetado? A terapia é feita de vinculo, um vínculo que não é só por parte do paciente, mas também do terapeuta, aquele que tem como objetivo acolher e ajudar, aquele que precisa ter “ANIMO” para ajudar da melhor maneira as pessoas que recorrem a sua ajuda, aquele que vai demandar energia e esforço em sua profissão para ajudar o outro, então até mesmo o terapeuta que segue à risca a ideologia da neutralidade tem sim, grandes chances de ser afetado.

A pesquisa de Rothes, Henrique e Correia (2013) de nome: “Suicídio de uma paciente: a experiencia de médicos e psicólogos portugueses”, aponta que 47% dos profissionais apresentaram sentimentos de tristeza, desespero, desgosto, sentimento de perda, dor e angustia, 35% apresentaram preocupação, inseguranças, dúvidas e medo de perder outro paciente, 28% apresentaram frustação, raiva, desilusão, 23,3% apresentaram surpresa, choque ou descrença, 21,7% apresentaram sentimentos de fracasso ou falha, 18,3% tiveram sentimento de culpa e responsabilização, 16,9% impotência ou incapacidade e 6,7% apresentaram aceitação ou ressignificação.

Os dados apresentados podem gerar uma reflexão, médicos e psicólogos, munidos de saberes, técnicas e experiencia, mas em situações de suicídio

apresentarem sentimentos que por muitos podem ser considerados como negativos, somente pouco mais de 6% apresentaram aceitação e ressignificação. Em um meio onde a palavra cuidado é tão usualmente falada, esses dados são preocupantes.

Acredito que não há como um terapeuta ser neutro ao perder um paciente, por que não é somente um paciente e sim um indivíduo a qual o terapeuta tinha convívio, vínculo e expectativas, então é compreensível ser afetado, mas a questão é: como lidar, como ajudar aquele que ajuda?

Esse trabalho não tem uma conclusão por que há muito o que se refletir e pensar sobre esse assunto, acredito que deveria haver mais suporte aos psicólogos que lidam com o campo do suicídio, muito mais do que ajuda de colegas e supervisão, é preciso que se aprofunde muito mais no tema do cuidado com o terapeuta, que, lembrando, também é humano, com sentimentos e expectativas. Deixo em aberto esse tema para outras pesquisas refletirem e elaborarem sobre isso.

Psicólogos não são salvadores e não tem controle sobre a vida do outro, o nosso trabalho é ajudar e cuidar, mas não se colocar em um papel que não é nosso, o que podemos fazer é lembrar que para cuidar do outro também devemos cuidar de nós mesmos. Sendo assim, finalizo esse trabalho de conclusão de curso com um conto:

> “Ouvi uma piada uma vez: Um homem vai ao médico, diz que está deprimido. Diz que a vida parece dura e cruel. Conta que se sente só num mundo ameaçador onde o que se anuncia é vago e incerto.
> O médico diz: "O tratamento é simples. O grande palhaço Pagliacci está na cidade, assista ao espetáculo. Isso deve animá-lo."
> O homem se desfaz em lágrimas. E diz: "Mas, doutor... Eu sou o Pagliacci."
> (Alan Moore)

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BULCÃO, R.S.L. O terapeuta afetado: hermenêutica como posição clínica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Online: Universidade de São Paulo, v. 16, n. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000100011. Acesso em: 18 maio 2021.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação** / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --. Brasília: CRP, 2020

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP.** Online: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo v. 25, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>. ISSN 1678-5177. https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140001. Acesso em: 13 de setembro de 2021

KREUS, G.ANTONIASSI, R. P. N.. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. **Psicologia em Estudo**, Online: Universidade Estadual de Maringá, v.25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.42427>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 1807-0329. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.42427. Acesso em: 13 de setembro de 2021

NETTO, N. B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica In: BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos (coord.). **O suicídio e os Desafios para a Psicologia.** 1ª Edição. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

RIGO, S. C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica In: BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos (coord.). **O suicídio e os Desafios para a Psicologia**. 1ª Edição. Brasília: Conselho federal de Psicologia, 2013.

ROTHES, I. A.. HENRIQUES, M. R. CORREIA, R. S.. Suicídio em um paciente: uma experiência de médicos e psicólogos portugueses. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Online: Escola Nacional de Saúde Pública, v. 31 n.2, 2013. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087090251300031X. Acesso em: 11 de dezembro de 2019.

TAVARES, M. A. Suicídio: O luto dos sobreviventes In: TONDIN, Celso Francisco (coord.) **O suicídio e os Desafios para a Psicologia**. 1ª Edição. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

WERLANG, B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica In: BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos (coord.). **O suicídio e os Desafios para a Psicologia.**: 1ª Edição. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.