

ATENDIMENTO CAMINHANTE E SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISES DE IDEAÇÕES SUICIDAS

ITINERANT CARE AND HOMELESS: ANALYSIS OF SUICIDAL IDEATIONS

Dênis Wellington Viana
Dulce Mara Gaio

Recebido em 03 de julho de 2015
Aceito em 14 de agosto de 2015

RESUMO

A proposta deste artigo é analisar o atendimento de um homem de meia-idade em situação de rua e com comportamentos do espectro suicida. Para isso, buscou-se compreender as explicações estigmatizantes em torno do fenômeno do suicídio e as lógicas contemporâneas que colocam tal situação num lugar de marginalidade. A partir disso, tendo a Psicologia Fenomenológico-Existencial como parâmetro, o suicídio passa a ser apresentado como possível escolha ante uma existência inautêntica e não compreendida como processo. Por fim, os aspectos conceituais são confrontados com a vivência das sessões psicoterápicas para o atendido e para o terapeuta, já que ambos foram convocados a sair do lugar de quietismo para um lugar de processo, a fim de que o atendimento clínico ocorresse com vistas a uma prática ética, em que a escuta e a acolhida fossem possíveis.

Descritores: Saúde Urbana; Ideação Suicida; Marginalização Social, Psicologia.

ABSTRACT

The article's proposal is to analyze the care of a middle-age man in a homeless situation who presents suicidal tendencies. Based on that, we reach for an understanding of the stigmatizing explanations around the phenomenon of suicide and the contemporary logics that set such a situation as delinquent. Thus, having the Phenomenological-Existential Psychology as a parameter, the suicide starts to present itself as a possible solution for an unauthentic existence, and it's not understood as a process. Finally, the conceptual aspects are confronted with the experience of the psychotherapeutic sessions between the patient and the therapist — since both are being called out from a place of quietist to a place of process —, so that the clinical services are based on ethical practices, where listening and welcoming are possible.

Key-words: Urban Health; Suicidal Ideation; Social Marginalization; Psychology.

¹ Psicólogo pelo Centro Universitário Autônomo do Brasil - Unibrasil (2015), Oficial Policial Militar (2007) e Especialista em Gestão Pública pela Universidade Estadual de Maringá - UEM (2011). Chefe da Seção Técnica de Ensino do Colégio da Polícia Militar do Paraná (CPM-PR). Endereço: Rua José Rodrigues Pinheiro, 349-Portão, Curitiba, PR, CEP 80.320-140. E-mail: dwvdenis@yahoo.com.br. ² Psicanalista. Licenciatura (1975) e Graduação (1976) em Psicologia pela Universidade Católica do Paraná. Especialista em Psicologia Clínica pelo CFP. Especialista em Filosofia e Psicanálise (2003) e Mestrado em Filosofia Contemporânea (2007) pela Universidade Federal do Paraná- UFPR. Docente do Centro Universitário Autônomo do Brasil - Unibrasil. E-mail: dulcegaio@unibrasil.com.br.

INTRODUÇÃO

Este artigo visa apresentar a análise de uma série de dez atendimentos psicoterápicos individuais realizados com um homem de meia-idade em situação de rua em que nuances do espectro suicida fizeram-se presentes. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura com a finalidade de compreender o suicídio por meio de perspectivas históricas e de modelos estigmatizantes adotados na contemporaneidade, os quais conferem ao fenômeno um lugar de marginalidade. Na sequência, o discurso econômico foi tomado como parâmetro e embasado a partir dos conceitos existenciais de inautenticidade, angústia e má-fé, compreendendo-se que a adequação à lógica mercadológica engendra possibilidades de escolhas de morte para não exposição a frustrações típicas da vida humana. Partindo disso, a Psicologia Fenomenológico-Existencial é apresentada como possibilidade de intervenção no manejo terapêutico com pessoas que vivem as nuances do espectro suicida. Ainda, o modo de conceber a Clínica Psicológica é exposto com o intuito de entendê-la como práxis pautada pela ética do cuidado.

Por fim, toda a fundamentação teórica é confrontada com as vivências das sessões de psicoterapia individual realizadas com o atendido, em que a convocação para saída do quietismo como proposta terapêutica atingiu tanto o atendido como o terapeuta, em um processo de mútua afetação.

1) O SUICÍDIO COMO FENÔMENO MULTIFACETADO: EXPLICAÇÕES ESTIGMATIZANTES E SUBVERSÕES AO DISCURSO CONTEMPORÂNEO

Primeiramente busca-se compreender o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado. Para tanto, serão apresentados os espectros do comportamento suicida, a diferenciação entre causas e fatores desencadeantes, bem como serão expostos os discursos comumente utilizados que acabam por estigmatizar as pessoas envolvidas e o fenômeno em si. Ainda, serão esclarecidas as possíveis motivações para os comportamentos suicidas tomarem o status de marginalidade no mundo contemporâneo.

Inicialmente, deve-se compreender que os comportamentos suicidas são um processo complexo, ocorrendo a morte em situação de gravidade extrema, podendo passar em outros espectros pela tentativa de suicídio, pelo planejamento do ato e pela ideia de tirar a própria vida comunicada verbalmente ou não ⁽¹⁾. Os pensamentos de morte podem ser recorrentes ao longo da vida e não são patológicos em si mesmo, mas podem tornar-se quando são entendidos como a única solução para o sofrimento ⁽²⁾.

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, e a gravidade da situação é notada a partir dos estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a respeito desta temática ⁽³⁾. O número de suicídios tende a ser subestimado, já que nem todos os casos são reportados às autoridades competentes por questões culturais, ou ainda porque cada localidade compreende a morte por suicídio de modo diferenciado ⁽⁴⁾.

Mas, o que leva as pessoas a praticarem tal ato? Muitos mitos são construídos em torno do fenômeno do suicídio e um deles refere-se à tentativa de traçar um perfil do suicida ⁽⁵⁾. No entanto, por tratar de um fenômeno com múltiplas determinações e causas, numa interação de fatores ambientais, econômicos, culturais, religiosos, bem como fatores de ordem individual como questões psicológicas e psiquiátricas, torna-se impossível elaborar um único perfil dos suicidas ⁽⁵⁾, ⁽⁶⁾. Apesar das múltiplas causas e determinações relacionadas ao fenômeno do suicídio, em cada ato suicida há um fator específico que leva ao desencadeamento do ato, sendo este fator que, relacionado às demais variáveis, favorecerá a escolha pela morte ⁽⁶⁾. Contudo, “nunca se terão todas as explicações e respostas para a vastidão das incertezas que abrangem a dicotomia entre escolha da vida ou da morte” ^(6:198).

No entanto, as discussões e explicações em torno do fenômeno do suicídio tendem a ser um tanto quanto superficiais e rasas, adotando-se apenas um ponto de vista, que geralmente limita as possibilidades de compreensão da pessoa em sofrimento, deixando de considerar as variadas facetas que o fenômeno assume. Os entendimentos sobre o suicídio e sobre a pessoa do suicida variam ao longo dos locais e da história, indo de uma perspectiva pecaminosa com Santo Agostinho para uma visão criminosa ao longo da Idade Média, na qual os bens do suicida eram confiscados pela Coroa, chegando, por fim, a uma explicação patológica para o fenômeno, em que o ato de matar-se alcança o status de loucura ⁽⁷⁾.

Na atualidade os discursos em torno do suicídio continuam a estigmatizar a pessoa e o fenômeno em si, geralmente oscilando entre três vieses explicativos: o psicologismo, o sociologismo e o moralismo. As explicações psicologistas apoiam-se sobre as características individuais e psíquicas da pessoa, sem considerar o contexto no qual o fenômeno está inserido. Por outro lado, compreensões sociologistas tendem a atribuir a responsabilidade a respeito dos atos suicidas à organização, bem como à estrutura das sociedades. As explicações moralistas tendem a compreender a morte como um tabu e como fenômeno negativo, pois se busca a manutenção da vida, independente de como ela é vivida ⁽⁷⁾.

Assim, questiona-se: por que se evita falar da morte e ainda mais da morte autoinfligida? Por que estas temáticas são tão desconfortáveis e apontam para os tabus da sociedade na qual vivemos? Possivelmente porque a morte e as demais nuances do espectro

suicida contrapõem ao menos quatro aspectos da vida contemporânea: o científico ⁽³⁾, o modelo econômico capitalista, o discurso médico e a moral cristã ⁽⁸⁾.

O comportamento de morte “vai na contramão da ciência” ^(4:26), pois esta desenvolve mecanismos que proporcionam um alongamento da vida, por isso a pessoa que cogita ou comete o suicídio contraria e se choca com esta ideia tão disseminada em nossos dias.

A satisfação, o prazer e a felicidade constante são os pilares que balizam a sociedade capitalista na qual vivemos, e nela o erro, a dor, a tristeza e a falha não encontram espaço para serem vivenciados. Por isso, os objetos de consumo tendem a mascarar as faltas próprias da existência, e seguindo a essa lógica espera-se das pessoas o sucesso. Algumas pessoas não dão conta desta pressão em que o erro não se pode fazer presente, e muitas vezes para livrar-se da angústia, que é própria do existir, encontram vazão nos atos suicidas, devido à “incapacidade de atender as expectativas do Outro” ^(8:33). Nota-se que a lógica capitalista é posta a prova com a morte por suicídio; no entanto, o próprio sistema capitalista trouxe supostas soluções imediatas para a resolução dos problemas da existência. Se não se pode sofrer, é possível tamponar os sofrimentos, tornando as diversas áreas da vida alvo de intervenções médicas e, por consequência, de “curas” medicamentosas ⁽⁸⁾.

Também a ordem médica é subvertida pelos comportamentos suicidas, pois os saberes a respeito das temáticas de saúde e doença, vida e morte, dão aos profissionais médicos poderes prescritivos, segundo os quais a vida deve ser preservada. Deste modo, o sujeito que tenta o suicídio e/ou o consuma contraria o poder médico, podendo ser “indesejado e ‘maltratado’ pela equipe médica” ^(8:35). Há, ainda, outro juízo contrariado pelos comportamentos suicidas: o da moral cristã. Este pensamento entende que “se Deus lhe deu a vida, só a Ele é reservado o direito de retirá-la” ^(8:36).

Deste modo, os comportamentos suicidas e os atos suicidas por serem alvos de explicações rasas e superficiais e por contrariem os discursos contemporâneos da ciência, da medicina, do capitalismo e da moral cristã acabam por colocar o fenômeno na esfera da marginalidade, pois muitos dos casos são levados “a cabo secretamente e sem testemunhas” ^(9:43). No entanto, “quanto as mortes dessas pessoas nos trazem elementos sobre a vida[?]” ^(7:24) Quanto da vida destas pessoas foi violentado, tamponado e impossibilitado de emergir? Quais as condições de vida e quais as vivências destas pessoas enquanto existência?

2) ABERTURA À ANGÚSTIA E POSSIBILIDADES AUTÊNTICAS

Com o intuito de refletir a respeito das questões levantadas anteriormente, será realizada uma análise específica do estigma da morte por suicídio, utilizando as definições existenciais de inautenticidade, angústia e ser-para-a-morte, tendo como pano de fundo os discursos da lógica capitalista que tanto influenciam os modos de existir na contemporaneidade.

As vivências atuais são marcadas pela tentativa de felicidade incessante e a qualquer custo, em que os momentos de fragilidade e tristeza típicos da condição humana passam a ser ocultados ⁽⁵⁾. Se de um lado temos um mundo de possibilidades ao nosso dispor, de outro, tendemos a nos perder devido à vivência da inautenticidade caracterizada pela conformidade, pela limitação e pela apropriação do impróprio ⁽⁹⁾. “Esse homem [o inautêntico] age em conformidade com os padrões, ordens e proibições sem demonstrar indícios de criticidade, pois (...) responde a comandos sem questionar os critérios” ^(9:45).

O binômio busca de felicidade/omissão do sofrimento faz-nos a ausência da singularidade pelo distanciamento dos sentidos próprios a cada pessoa, levando a existência a ser vivida de um modo impessoal e sofrível, na qual a morte é uma possibilidade de representação de sentido como uma forma de eliminação dos sofrimentos ⁽⁵⁾. “Suicidar-se não diz respeito a perder algo (a vida), mas sim a libertar-se da ausência que se sente” ^(9:53).

A morte é uma certeza futura em uma data incerta, porém, o suicídio denota uma interrupção do processo vital pela antecipação da morte numa data marcada ⁽⁹⁾. Esta alternativa pode apontar uma forma de renúncia ao enfrentamento das responsabilidades típicas da vida ⁽⁵⁾, sendo a responsabilidade compreendida como o exercício de escolhas autênticas ⁽¹⁰⁾. E é quando “a pessoa perde a capacidade de decidir livremente sobre suas possibilidades” ^(9:47) que o sofrimento surge e as escolhas podem ser inautênticas.

Há três possibilidades propostas pelo existencialismo sartreano para a vivência da inautenticidade. A primeira, refere-se ao desconhecimento das formas de relação com as outras pessoas ao invés de acontecer de forma compartilhada pela vivência do “nós”, se dá de modo conformativo pela vivência do “para-o-outro”. Outra inautenticidade, para o autor, se manifesta pelo relacionamento do homem com o mundo de maneira a estar confusamente misturado a ele, sem um exercício de criticidade e diferenciação. E, por fim, que a inautenticidade se dá quando o sujeito se coloca na condição de “é”, como uma coisa, e não se percebe como um sujeito em construção ⁽¹¹⁾. No último caso de inautenticidade, esta coisificação do sujeito “é experimentada (...) como alienação, quando meu ser escapa de mim e fica em poder dos outros” ^(12:149). As vivências inautênticas implicam negações: das

limitações, da liberdade de escolha e da possibilidade de escolhas para o futuro ⁽⁹⁾. Este processo é denominado de “má-fé”, ou seja, uma série de desculpas ou auxílios, ou mesmo invenções de determinismos que têm por finalidade dissimular a liberdade de engajamento ⁽¹⁰⁾. A má-fé não é sinônimo de mentira, pois enquanto esta se dá pela negação da verdade ao outro, aquela é manifestada por um ocultamento intencional da verdade para si mesmo ⁽¹³⁾.

Sabe-se que o “sujeito não pode escolher as limitações de sua existência, mas escolhe como confrontá-las” ^(9:48). A estas “limitações”, ou seja, ao “conjunto de condições materiais e psicanalíticas que, em determinada época, definem com precisão um conjunto” ^(10:31) denomina-se “situação” para o Existencialismo Sartreano. A partir disso, pode-se notar que “mesmo em situações difíceis, de grande pressão social, em que aparentemente não há saídas, as pessoas têm que fazer escolhas, achar alternativas de ser, (...) que definirão seus rumos existenciais e sociais” ^(12: 248).

A liberdade para a escolha não garante que as escolhas sejam sábias, pois cabe ao sujeito optar, ou pela realização de suas possibilidades, ou pela diminuição da ansiedade não se expondo aos riscos cotidianos ⁽¹⁴⁾. A angústia é proveniente da liberdade de optar, pois é por meio dela que o sujeito se defronta com a responsabilidade sobre suas escolhas ⁽⁹⁾. A partir do Existencialismo, a angústia deixou de ser compreendida como uma patologia, passando a ser vista como uma situação intrínseca à condição humana ⁽¹¹⁾, já que é por meio dela que o sujeito poderá manter-se “absorvido pela cotidianidade e permanecer na impessoalidade ou se apropriar do si mesmo, ao buscar uma existência mais autêntica” ^(5:154). Em contrapartida, a não abertura à angústia tende a levar o sujeito a buscar a explicação de sua dor no outro e não em si mesmo ⁽⁵⁾. A não abertura à angústia, a conformação e a inautenticidade são algumas possibilidades pelas quais o suicida, “com a morte, isenta o seu ser da frustração de ser” ^(9:46).

Finalmente, é na abertura para angústia que o sujeito defronta-se com a finitude existencial e com a noção de ser-para-a-morte ⁽⁹⁾. Esta situação não está relacionada com a antecipação da morte ou uma vivência de sofrimento, e sim com uma possibilidade de abrir-se para o mundo ⁽⁵⁾. Neste confronto entre escolha, liberdade e morte as possibilidades de autenticidade se fazem presentes, possibilitando ao sujeito deixar a condição de conformidade e passar a compreender-se como uma “totalização em curso” ⁽¹²⁾; ou de “ser-se um sempre em processo (...) passível de transcender a situação e a realização, aceitando o passado, percebendo o presente e superando-os frente a um novo projeto” ^(9:46).

Nada pode fazer falta a um ser completo, porém o homem é um ser em totalização, está na busca de seus sentidos no mundo ⁽¹⁵⁾. Deste modo, “... o destino do homem está em

suas próprias mãos (...) o existencialismo diz-lhe que a única esperança está em sua ação e que só o ato permite ao homem viver” (10:15).

De que maneira sair do quietismo típico da inautenticidade e partir para ação concreta e autêntica? A Psicologia Fenomenológico-Existencial apresenta um cabedal teórico que permite ao atendido em análise defrontar-se com seu projeto e a partir dele escolher de forma menos alienada.

3) CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL NO MANEJO DE ATENDIMENTOS SOB O ESPECTRO SUICIDA

Enquanto o método científico, pautado no modelo das ciências naturais, buscava o sentido da realidade, a Fenomenologia traz a questão da perda do sentido da realidade e a necessidade de seu resgate (16). Neste sentido, a Fenomenologia de Husserl propunha uma crítica ao psicologismo, pois segundo ele, a natureza poderia ser explicada, mas a vida psíquica deveria ser compreendida a partir do que é manifesto (17). No entanto, “isso não podia ser feito em laboratórios, pois envolve o ser humano em sua produção de significados” (16:94).

Na perspectiva fenomenológica, a vida psíquica é regida pela intencionalidade, em que consciência e objeto se dão em relação, e que um mesmo objeto pode ser vivenciado de modos distintos e múltiplos por mesmas e diferentes consciências (17). Assim, a Fenomenologia ocupa-se de compreender o vivido, por meio de experiências que possibilitem lidar com o fenômeno de modo concreto e situado (16), ao apontar que a investigação psicológica deve partir de aspectos concretos do homem relacional e em situação (12).

Apropriando-se dos conceitos trazidos pela Fenomenologia, o Existencialismo surgiu em meio a uma crise de sentido da humanidade no período pós-guerra, com discussões que foram além do âmbito acadêmico, perpassando a Filosofia, sendo compreendido como “uma doutrina filosófica que centra sua reflexão sobre a existência humana considerada em seu aspecto particular, individual e concreto” (18:11). O fator que agrupou os diversos autores sob o título de Existencialistas é o embasamento de suas visões de mundo pautadas na máxima de que a “existência precede a essência” (10:5), a qual propõe que o homem, diferente das coisas, não pode ser definido por qualquer conceito preliminar, ou da ordem de uma natureza humana. O homem, para este autor, nada mais é do que aquilo que fizer de si mesmo, já que primeiro existe como um ser lançado no mundo e posteriormente se define, sendo nada inicialmente.

Logo, o homem não está submetido a determinismos, mas tão somente à liberdade, à medida que não há nenhuma moral anterior que traga respostas aos conflitos humanos, portanto, estando só e sem desculpas com um futuro a construir. Daí procede outros conceitos que caminham ao lado da angústia: o desamparo e o desespero. Enquanto o desamparo “implica que somos nós mesmos que escolhemos o nosso ser” sem qualquer ajuda, apoio ou amparo, o desespero significa que “só podemos contar com o que depende de nossa vontade ou com o conjunto de possibilidades que tornam a nossa ação possível”^(10:12).

Possivelmente as maiores características dos Existencialistas são a inquietação com a ação e a consciência do problema da escolha⁽¹⁷⁾, pois apesar das adversidades, a vida humana é possível e ao homem sempre cabe uma escolha a fazer, contrariando a visão técnica de mundo que estava em voga no momento e que propunha que a produção antecede a existência do homem⁽¹⁰⁾.

Nesta esteira, a Psicologia Fenomenológico-Existencial não visa a “cura” das perturbações mentais, mas sim contribuir para o crescimento e para a transformação da pessoa; assim as noções de construção, projeto, liberdade, vir-a-ser, responsabilidade, autenticidade e sentido tomam conta do processo terapêutico, a fim de que o atendido possa tomar consciência de si, lançar-se para o futuro e assumir a responsabilidade por suas escolhas, deixando de lado ao máximo o processo de escolha alienada em suas vivências, sem descuidar, no entanto, do campo social e antropológico no qual está inserido⁽¹⁹⁾.

Outras implicações da abordagem Fenomenológico-Existencial se dão na relação terapeuta-cliente e no modo de compreender as patologias. Na relação terapêutica, o terapeuta se coloca numa posição de horizontalidade para com o cliente, por meio da valorização do encontro e da mútua afetação terapeuta-cliente^{(20), (19)}. Já as patologias são entendidas como formas de existir limitadas e bloqueadas que negam os dados do mundo à pessoa e não proporcionam a afirmação diante deles⁽¹⁹⁾.

As psicoterapias na perspectiva Fenomenológico-Existencial visam compreender os meandros que embasam o sentido da vida do sujeito singular para a construção de seu projeto de ser⁽²¹⁾. Assim, objetiva-se entender as particularidades do existir concreto de cada pessoa, em sua teia de relações pessoais e com o mundo que a cerca⁽²⁰⁾.

A partir desta compreensão a respeito da Psicologia Fenomenológico-Existencial, pode-se partir para uma análise dos possíveis manejos durante atendimentos em que nuances do espectro suicida façam-se presentes. Os trabalhos que visem a prevenção ao suicídio e a promoção da vida não necessitam abordar necessariamente o ato de matar-se, mas compreender a maneira como as pessoas valorizam a vida, como elas vivem e se tem

condições de transformar as situações vividas para que a morte não seja um desejo ⁽⁷⁾. Além disso, algumas atitudes podem contribuir para intervenção nestes casos, tais como: levantar junto ao atendido fatores predisponentes e as situações vivenciadas que o levam a compreender o suicídio como solução e a partir delas orientá-lo na busca de outras opções para lidar com os problemas, compreender quais as vivências do atendido são atreladas ao ato de se matar, ressaltar potenciais e fatores de proteção ligados à autopreservação do atendido, tolerar a ausência de sentido, e ter ciência de que o papel do psicólogo não é o de um salvador de vida ⁽⁶⁾. Cabe ao profissional “facilitar a ampliação das possibilidades existenciais para que o cliente lide com seu desespero” ^(6:203), e ainda, faz-se necessário apontar a carência de sentido da vida por si só, sendo as realizações humanas necessárias na construção de sentidos singulares, e ao atendido cabe conduzir seu projeto de vida ⁽⁷⁾.

Neste sentido, a psicoterapia na perspectiva Fenomenológico-Existencial não visa “uma ‘conformação ao que o paciente é’, um ‘assumir-se a si mesmo’, uma ‘aceitação de si’, um ‘autoconhecimento’, uma ‘adaptação às circunstâncias sociais’ ” (21:59), no entanto, objetiva tornar o sujeito capaz de compreender-se como pessoa para atuar em sua própria vida como um ser social e histórico que rompe com as visões alienantes, objetificadas e estereotipadas de si, dos outros e do mundo que o cerca.

4) A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA E O CONTEXTO INSTITUCIONAL

Os relatos de caso a serem analisados neste trabalho são a parte integrante de um projeto com maior amplitude desenvolvido em uma instituição religiosa da cidade de Curitiba que tem como frente de trabalho o atendimento a indivíduos do sexo masculino, com faixa etária entre 39 e 59 anos, em vulnerabilidade social, especificamente que se encontram em situação de rua. Os atendimentos institucionais se dão por meio de ações que compreendem a acolhida como moradia acompanhada de apoio religioso e psicossocial num período não superior a um ano e quatro meses.

É importante compreender que todos os acolhidos, apesar de residirem temporariamente na instituição, são considerados de acordo com a legislação brasileira vigente como “população em situação de rua”, a qual é entendida como um:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.⁽²²⁾

Considerando que o histórico da maioria dos acolhidos envolve situações de dependência de substâncias psicoativas — abrangendo as fases de abstinência, tratamento e recaída —, e que os mesmos não expunham à equipe institucional as situações específicas de suas vivências e seus conflitos individuais, elaborou-se um projeto de intervenção com foco numa atuação conjunta entre os serviços de Psicologia, Assistência Social, bem como os de caráter religioso e voluntário, a fim de responder reflexivamente a estas demandas.

Assim, um dos objetivos a serem atingidos pela equipe de Psicologia referia-se a levar os acolhidos à busca do protagonismo na ressignificação e na reconstrução dos seus projetos de vida. Para tanto, foram oferecidos grupos terapêuticos, plantões psicológicos e atendimentos psicoterápicos individuais.

Os três modelos de atendimento oferecidos aos acolhidos tiveram por escopo os fundamentos da Psicologia Clínica. Neste sentido, o principal norteador da prática clínica reside no compromisso ético ^{(23), (24)} que modifica “a visão tradicional de que o psicólogo clínico é representado pelo espaço físico de um consultório ou sala” ^(24:29). Deste modo o fazer clínico passa por uma contextualização e reflexão, em que a escuta e a acolhida passam a ser os diferenciais que devem ser estabelecidos “onde quer que este se realize ou onde quer que o cliente esteja” ^(23:383).

5) METODOLOGIA

A análise que segue terá como foco a compreensão dos principais conteúdos apresentados em 10 sessões de atendimento psicoterápico individual por meio de um enfoque clínico de perspectiva Fenomenológico-Existencial, com duração aproximada de uma hora cada, a qual ocorreu durante o segundo semestre de 2014, ao longo do Estágio Supervisionado em Psicologia. As intervenções foram realizadas com um homem, com idade entre 50 e 55 anos, com queixa inicial pautada em dimensões do espectro suicida.

A presente pesquisa apresenta um caráter explicativo, sendo as sessões registradas por meio de diário de campo que foram utilizados como ferramenta para a pesquisa. Os diários foram objeto de análise com o intuito de compreender os conteúdos significativos e os meios pelos quais o atendido alterou seu modo de vida.

Tanto a pessoa atendida quanto a instituição da qual ele era integrante, foram esclarecidos da importância do sigilo, do anonimato, da possibilidade de que o atendido ou instituição interrompessem as sessões em caso de necessidade.

Logo, o escopo deste artigo é desmistificar o local do fazer clínico psicológico e apontar para formas e lugares diferenciados de atuação em Psicologia, tomando por base a realidade do próprio atendido.

6) AS VIVÊNCIAS DE “C” JUNTO AO TERAPEUTA: DA INAUTENTICIDADE À “TOTALIZAÇÃO EM CURSO”¹

O atendido será nomeado *C*, é pai de um filho e uma filha, encontra-se separado há mais de 10 anos, tabagista, apresenta diagnóstico de bipolaridade, faz uso de psicofármacos e já fez uso continuado de álcool e outras drogas como maconha e cocaína. *C* é legalmente uma pessoa em situação de rua, já que se encontra em condição de extrema pobreza, está com os laços familiares interrompidos e utiliza uma unidade de acolhimento como moradia provisória.

A psicoterapia de orientação Fenomenológico-Existencial convoca o atendido a sair do quietismo, mas não é só ele o afetado por esta proposta. Nos atendimentos com *C*, além das dificuldades próprias do processo de atendimento a uma pessoa em situação de rua, bem como com comportamentos do espectro suicida, uma das questões que mais mobilizou o estagiário deu-se quanto ao lugar de atendimento.

Desde o início, *C* relata pensar em se matar e ter sonhos em que pratica o ato com uma arma de fogo, não conseguindo visualizar outras possibilidades além da morte para a solução dos seus problemas, realiza planejamentos mentais e tem ideações comunicadas, de acordo com o indicado no espectro suicida ⁽¹⁾, sendo tais ideações de caráter patológico ⁽²⁾.

Notou-se através dos discursos de *C* que os possíveis fatores desencadeantes para as ideações suicidas foram a maneira ansiosa de lidar com a passagem do tempo e com a proximidade do término de permanência na casa de apoio, as dificuldades de colocação no mercado de trabalho, o medo de voltar a morar na rua, os diversos conflitos relacionados ao seu passado e as dificuldades de construção de projetos para o futuro.

Todos estes discursos não eram notados pelos atores institucionais, já que as explicações utilizadas por eles ora circulavam em torno de olhares psicologistas: quando se relacionavam as ideações suicidas de *C* ao seu diagnóstico de bipolaridade e ao uso constante de psicofármacos; e ora moralistas: quando, na tentativa de apoiá-lo, os demais atores institucionais faziam discursos de restituição da vida a qualquer custo. Além dos discursos

¹ O termo “totalização-em-curso” foi cunhado por Schneider (2011) e utilizado como inspiração para este subtítulo.

institucionais estigmatizantes, *C* apoiava-se na lógica econômica capitalista, a qual exige a felicidade a qualquer custo, sendo o erro motivo de insatisfação.

Neste sentido, *C* vivia de forma inautêntica, pela resposta a comandos sem o questionamento dos critérios, e pela renúncia de suas responsabilidades através de uma visão “coisificada” de si mesmo. O atendido conformava-se ao fato de ter sido diagnosticado com bipolaridade, e dizia: “Hoje me sinto no topo da doença” ou “Me sinto muito pra baixo hoje, é uma fase da doença”. Nestes discursos notava-se o não posicionamento dele como construtor de sua história, por meio do imobilismo e não escolha.

Tal situação pode ser confirmada quando ele apontou que não buscava trabalhos e não se envolvia nas atividades da instituição, por ter “problema de coluna”, pois um médico disse que sua condição não poderia ser solucionada. Além disso, como era uma pessoa “desdentada” ninguém jamais iria contratá-lo para um trabalho. O momento vivido pelo atendido caracteriza a opção pela não escolha, reduzindo a ansiedade pela não exposição aos riscos decorrentes dela.

Adotou-se como estratégia terapêutica a exposição do atendido às angústias próprias da vida, sendo que ao longo dos atendimentos *C* sinalizou o quanto para ele a vida era importante e como suas possibilidades existenciais estavam reduzidas, possivelmente, devido à ausência de criticidade. A partir de questionamentos como “o que você deseja fazer com isso que tem vivido?” ou de pontuações como “de fato, a vida não é fácil, mas será que é possível mudar algo?”, *C* deu-se conta do desespero, ao se perceber como uma pessoa com idade razoável, mas com poucas realizações na vida justamente por ter colocado sua vida nas mãos de outras pessoas. Chegou a dizer: “É este o problema, quando criança dependia da minha mãe e da minha tia, quando casado foi da minha esposa e dos meus filhos, agora fico na espera para que as pessoas da instituição me digam o que fazer, no entanto, entendi que sou eu que tenho que decidir o que quero fazer para mim.”

Em um dos atendimentos, *C* relata que outro médico disse “você não está mais condenado”, referindo-se ao problema na coluna, percebendo poder trabalhar, conseguindo ajudar em algumas tarefas na instituição. Apesar de sentir-se mal por estar “desdentado”, diz estar tentando parar de fumar. Na segunda sessão, *C* dizia ter vontade de voltar a tocar seu violão, e o faz durante o atendimento, relatando o quanto sente tristeza ao tocar as músicas que remetem ao seu passado. Nas próximas sessões e nos atendimentos em grupo realizados junto aos demais acolhidos da instituição, relata-se que ele tocou o violão somente naquela sessão, que não tinha cantado, nem tocado o instrumento em outras ocasiões. Na quinta sessão, *C* não faz nenhuma menção aos comportamentos suicidas e na sexta e sétima diz que

deixou de pensar em se matar. Da oitava à décima sessão a palavra suicídio não foi mencionada.

Uma das hipóteses para a mudança de posicionamento do atendido diante do binômio vida-morte foi a superação de sua vivência inautêntica para a assunção de um modo de vida autêntico, pois é o defrontar-se com a angústia que pode permitir a apropriação de si mesmo. Mostrando assumir a autoria de sua história, *C* buscou por iniciativa própria um grupo de apoio antitabagismo em uma unidade de saúde próxima ao local que reside, voltou a realizar os serviços de pintor dentro da instituição, algo que fazia antes de passar a viver em situação de rua. Além disso, buscou um tratamento dentário, e ainda foi convidado a tocar violão em uma cerimônia religiosa e em uma festa realizada em comemoração ao Dia da Saúde Mental no CAPs que frequenta, aceitando e tocando nos dois eventos.

De uma vivência inautêntica, *C* passou a compreender-se como “totalização em curso”, em que as situações dadas podem ser transpostas, e que sempre é possível escolher. Deste modo, o objetivo fundamental da Psicoterapia de orientação Fenomenológico-Existencial foi atingido, pois possibilitou ao atendido a compreensão de si como autor de sua vida e capaz de interagir com as circunstâncias sociais e históricas que o cercam. É de se ressaltar o manejo terapêutico para pessoas com comportamento do espectro suicida, pois não são a morte e o ato de se matar os norteadores da prática terapêutica, e sim a compreensão dos processos pessoais e singulares que as pessoas dispõem para valorizar a vida ⁽⁷⁾.

A instituição em que *C* reside não dispõe de um espaço específico para o atendimento individual, e o próprio atendido propôs algumas estratégias para driblar o problema e possibilitar um *setting* adequado. O primeiro atendimento aconteceu dentro da instituição no quarto de *C*, porém o local era compartilhado com mais três acolhidos e as interrupções eram constantes. Na tentativa de mudar este quadro, *C* propôs um atendimento no jardim da instituição, e foi justamente nesta sessão que ele tocou o violão, e isso trouxe como consequência a aproximação de outros acolhidos da casa.

Da terceira até a décima sessão, outra estratégia passou a ser adotada, foi o que se chamou de “clínica caminhante”, pois optamos por utilizar uma praça, próxima à instituição, como local de atendimento. Geralmente após duas voltas em torno da praça, optava-se por assentar num banco ou em uma floreira. Os atendimentos na praça proporcionaram vivências diferenciadas e singulares que se realizados numa clínica tradicional não aconteceriam. Discutimos sobre a velocidade da caminhada e o quanto ela representava na vida de *C*, analisamos como ele era capaz de escolher o itinerário que percorríamos na praça e que poderia também escolher os itinerários de sua vida. As pinturas na praça, as condições

climáticas e as pessoas que passavam pelo ambiente de caminhada proporcionaram a *C* refletir sobre suas vivências, pela conexão do que ocorria em cena com sua história de vida, como pessoas fazendo uso de substâncias entorpecentes. Era a cena que se colocava no caminho que possibilitava a *C* defrontar-se com as vicissitudes próprias da existência.

Notou-se que o compromisso ético, a escuta e a acolhida da pessoa em atendimento são os principais elementos que caracterizam uma prática clínica em Psicologia, e não o local físico em que a escuta se dá ⁽²³⁾, ⁽²⁴⁾, pois, para *C*, foi na caminhada que a fala e a escuta possibilitaram a saída do quietismo e de um movimento da inautenticidade para a percepção de si como processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender as pessoas que vivenciam algum comportamento do espectro suicida exige do terapeuta o entendimento a respeito das visões estigmatizantes sobre o fenômeno, bem como em relação às compreensões contemporâneas que conferem ao suicídio um lugar de marginalidade. Mas compreender este contexto não basta, é necessário que a relação terapeuta-atendido opere uma ruptura destas visões parciais e atinjam uma compreensão mais ampla do fenômeno em questão.

Tomando-se por princípio os pressupostos da Psicologia Fenomenológico-Existencial é compreensível que pessoas que estejam num processo de existência inautêntica encontrem na morte uma solução para seus problemas imediatos. Neste sentido, é por meio da ampliação das possibilidades existenciais que a morte deixa de ser vista como a única escolha para a solução dos problemas, mas como mais uma dentre várias possibilidades. Para isso, faz-se necessário possibilitar ao atendido o confronto de sua vida com as vicissitudes próprias da condição humana, por meio da exposição à angústia. A partir daí, ao atendido caberá conformar-se com a situação vivida ou perceber-se como um processo em que a mudança pode ocorrer.

Nesta esteira, os pressupostos da Psicologia Clínica, quais sejam o do compromisso ético, o da escuta e do acolhimento da pessoa devem ser os norteadores da prática, independente do contexto em que o atendimento aconteça. No caso de *C*, o lugar em que o atendimento se deu foi fundamental para que as reflexões e a exposição à angústia acontecessem, possibilitando a ele uma ampliação de suas possibilidades existenciais, em que, apesar das inúmeras dificuldades de sua história, a morte deixou de ser a única opção para a solução dos problemas, tornando-se mais uma, ante as inúmeras outras optadas por ele:

melhorar sua aparência, tocar violão, tentar deixar de fumar e compreender-se para além do diagnóstico de sua doença.

Após as dez sessões descritas neste artigo, C continuou a ser atendido por profissionais de Psicologia e de Serviço Social no interior da instituição em que era acolhido, visando manter as conquistas atingidas e buscar novas possibilidades existenciais.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Psicologia (Brasil), O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília (DF); 2013. p.10-11.
2. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.
3. Werlang B. Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Saúde Pública – Capítulo II. *In*: Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília (DF); 2013. p. 25-29.
4. Organización Panamericana De La Salud. Mortalidad por suicídio en las Américas. Informe Regional; Washington (DC): OPS; 2014.
5. Dutra E. Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: algumas considerações. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 2011; XVII (2), p. 152-157.
6. Fukumitsu KO, Scavacini K. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma proposta gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 2013; XIX, (2), p. 198-204.
7. Berenchtein Neto N, Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Saúde Pública – Capítulo I. *In*: Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília (DF); 2013. p. 15-24.
8. Rigo SC. Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Saúde Pública – Capítulo III. *In*: Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília (DF); 2013. p. 30-39.

9. Costa MM, Forteski R. O constrangimento do ser e a alienação existencial como hipóteses Fenomenológico-Existenciais para o ato de suicidar-se. *Psicopatologia Fenomenológico-Contemporânea*, 2013; 2(1); p. 42-56.
10. Sartre JP. O existencialismo é um humanismo. *In.*: Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. São Paulo (SP): 1987, p. 1-32.
11. Camon VAA, *Psicoterapia Existencial*. 4ª ed. rev. São Paulo (SP): Thomson Learning Brasil; 2007.
12. Scheneider DR. *Sartre e a psicologia clínica*. Florianópolis (SC): 2011.
13. Erthal TCS. Inconsciente: construção necessária ou justificativa conveniente para a má-fé. *In.*: _____. *Terapia Vivencial: uma abordagem existencial em psicoterapia*. 2 ed., Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 1991.a; p. 97-115.
14. Erthal TCS. Ser neurótico: desencontros na psicoterapia e na vida. *In.*: _____. *Terapia Vivencial: uma abordagem existencial em psicoterapia*. 2 ed., Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 1991.a; p.85-96.
15. Perdigão P. *Existência e Liberdade: uma introdução à filosofia de Sartre*. Porto Alegre (RS): L & PM; 1995.
16. Amatuzi MM. *Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórica humanista*. *Estudos de Psicologia* 2009; 26(1); 93-100.
17. Ewald AP. Fenomenologia e Existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2008; 8(2), p. 149-165.
18. Penha J. *O que é existencialismo?* São Paulo (SP): Brasiliense; 2001.
19. Teixeira JAC. *Introdução à Psicoterapia Existencial*. *Análise Psicológica*, 2006. p. 289-309.
20. Lessa JM, De Sá RN. A relação psicoterapêutica na abordagem fenomenológico-existencial. *Análise Psicológica*, 2006; XXIV (3), p. 393-397.
21. Schneider DR. A Náusea e a Psicologia Clínica: interações entre Literatura e Filosofia em Sartre. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2006. 6(2), p.51-61.

22. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional da População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acessado em: 16 out.2014.
23. Dutra E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 2014; 9 (2), p. 381-387.
24. Souza CC. A clínica que se vive: reflexões sobre a prática da Psicologia Clínica na contemporaneidade. [dissertação de Mestrado não publicada]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.