ARTIGO

Processos de morte e possibilidades de vida: uma perspectiva gestáltica sobre o comportamento suicida

Death processes and life possibilities: a gestalt perspective on suicidal behavior

Bruno Latini Pfeil

Revista IGT na Rede, v. 18, nº 35, 2021, p. 240 –259. DOI **10.5281/zenodo.15149216**
Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs
ISSN: 1807-2526

RESUMO

Neste artigo, busca-se evidenciar, à luz da Gestalt-terapia, os processos de estigmatização e apagamento do comportamento suicida por um viés histórico, o embasamento teórico da Gestalt-terapia com relação ao suicídio e à morte e algumas perspectivas críticas acerca do manejo clínico gestáltico com pacientes que apresentam comportamento suicida. Serão investigados os impactos do suicídio no âmbito familiar, social, cultural e da saúde, tendo em vista o caráter coletivo e multicausal deste fenômeno. Em conclusão, salienta-se a necessidade de que profissionais de saúde estabeleçam uma relação diferenciada com a morte e o morrer, perpassada por acolhimento, receptividade e, principalmente, por respeito.

Palavras-chave: comportamento suicida; Gestalt-terapia; morte; manejo clínico.

ABSTRACT

This article seeks to highlight, throught the Gestalt-therapy perspective, the processes of stigmatization and erasure of the suicidal behavior by a historical bias, the theoretical basis of Gestalt-therapy about suicide and death and some perspectives on clinical gestalt management with patients who present a suicidal behavior. The impacts of suicide in the spheres of family, society, culture and health will be investigated, considering the collective and multi-causal character of this phenomenon. In conclusion, the need for health professionals to establish a differentiated relationship with the processes of death and dying, permeated by receptivity, welcoming and, mainly, respect, is highlighted.

Keywords: suicidal behaviour; Gestalt-therapy; death; clinical management.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde apresenta estatísticas alarmantes com relação ao suicídio. A cada ano, cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio ao redor do mundo. Jovens se mostram cada vez mais vulneráveis a esse comportamento autodestrutivo, sendo o suicídio uma das três principais causas de morte do grupo etário mais economicamente produtivo, entre a faixa dos quinze aos quarenta anos (OMS, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), uma pessoa comete suicídio a cada quarenta segundos, e estima-se um aumento de 60% nas taxas globais de suicídio, desde a última metade do século XX. Frente a isso, o suicídio é alocado no campo da saúde pública, enfatizando a necessidade de que medidas preventivas clínicas e sociais sejam urgentemente elaboradas.

Tais medidas, contudo, encontram desafios no campo prático. À luz da Gestalt-terapia, buscamos investigar os estigmas sociais associados ao suicídio e à morte, seu impacto em profissionais de saúde e suas repercussões no ambiente familiar. Considerando o suicídio como um evento coletivo, e não individual (OMS, 2012) – pois não abarca somente a morte de uma pessoa, mas uma série de crenças sobre os significados da vida e da morte, da angústia da existência e de violências sociais –, abrimos espaço para narrativas sobre a morte e o morrer; narrativas que, em detrimento da estigmatização do suicídio, são historicamente silenciadas.

O impacto que o suicídio provoca nas concepções individuais de quem circunda este evento é bastante notável. Questões como a medicalização compulsória, que distanciam o paciente do território familiar e o alocam em instituições silenciosas e sistemáticas como hospitais, tais como os rituais de embalsamento, que vestem e maquiam o cadáver para que este pareça vivo, denotam a relação confusa e angustiante do sujeito com a morte (KOVÁCS, 1992). Tal angústia não implica somente na perpetuação do silenciamento de discursos sobre o suicídio, como também dificultam o acolhimento de pessoas que apresentam estes discursos, e as violentam quando, ao invés de tentar compreendê-las, as afastam dos serviços de saúde oferecidos e de demais espaços que poderiam ampará-las. Contrariamos, com isso, os mecanismos de repulsa e silenciamento da morte, que, ao invés de afastá-la, produzem mais morte e mais adoecimento.

A primeira seção deste artigo busca definir o referido campo de estudo por meio de uma breve revisão histórica da morte e do suicídio, de seus processos de estigmatização e apagamento. Em seguida, a segunda seção introduz concepções fundamentais sobre o embasamento fenomenológico da Gestalt-terapia, com o objetivo de criticar alguns aspectos da prática diagnóstica e de definir as particularidades das disfunções de contato e da base teórica gestáltica sobre o comportamento suicida. A terceira seção se atenta ao manejo clínico, considerando a dificuldade de profissionais da saúde em promoverem o acolhimento necessário a pacientes com comportamento

suicida. Compreendendo os mecanismos sociais que fazem da morte um fenômeno a ser silenciado, procura-se analisar a forma com que os discursos paradoxais relativos ao desejo de morrer são concebidos em serviços de saúde que os acolhem, nas famílias dos pacientes e na clínica gestáltica fenomenológica.

Apesar do enrijecimento de visões socioculturais sobre a finitude e os processos de morte no decorrer da vida – pois, como Maria Júlia Kovács mostrará, há muitas mortes durante o desenvolvimento humano –, este trabalho argumenta que uma relação diferente com a morte, receptiva, compreensiva e, principalmente, respeitosa, pode proporcionar uma mudança significativa na forma como os discursos suicidógenos são recebidos, seja pela família, por instituições de saúde ou pela própria pessoa que os enuncia.

História da morte e do suicídio no Ocidente e algumas definições

Com o conceito de *campo*, a Gestalt-terapia compreende um todo "no qual as partes estão em relacionamento imediato e reagem umas às outras, e nenhuma deixa de ser influenciada pelo que acontece em outro lugar do campo" (YONTEF, 1998, p.17); em outras palavras, o campo caracteriza o horizonte histórico, as implicações subjetivas e objetivas, em que tudo o que está ao redor do ser e tudo o que ele alcança com sua percepção o afeta e é afetado por ele. Aprofundar nosso estudo nas mudanças temporais do fenômeno da morte no Ocidente se mostra uma aposta interessante para compreendermos os atravessamentos subjetivos do suicídio, tendo em vista que a forma com que o sujeito constrói sua narrativa acerca da morte, do suicídio e da vida está intimamente arraigada a estigmas sociais, marginalizações históricas e demais mecanismos estruturais que hostilizam quaisquer discursos sobre a finitude. Esta seção se inicia com uma breve historiografia sobre as concepções da morte e do suicídio no Ocidente, fundamentada principalmente nos estudos de Philippe Ariês (2012) sobre a transformação dos ritos funerários e das representações artísticas e literárias sobre a morte.

Inicialmente, Ariês (2012) apresenta um período em que os ritos funerários ocorriam com simplicidade, contrastando com a exaltação dramática e romântica dos mortos pelos vivos, no século XIX, e com o distanciamento de qualquer aspecto relacionado à finitude, a partir do século XX. As representações da morte na Idade Média demandavam a manipulação de signos naturais, de sentenças premonitórias íntimas e individuais. A morte era reconhecida naturalmente pelo sujeito moribundo e aceita de forma ritualística: o leito, geralmente o quarto, continha a família e outros visitantes. Ao contrário dos tempos atuais, as crianças não possuíam restrições para contemplar o corpo morto; pinturas antigas retratando velórios revelam a presença naturalizada de crianças entre os participantes da cerimônia. Ariês denomina esta morte como "morte domada", pois não configurava um perigo tão grandioso para ser evitada e mascarada como o é hoje.

Apesar de ser aparentemente 'domada', essa familiaridade com a qual se tratava da morte trazia, também, o medo dos mortos. Segundo Ariês, os ritos funerários e a alocação das sepulturas tinham como principal objetivo impedir "que os defuntos *voltassem* para perturbar os vivos" (ARIÊS, 2012, p.41). Os cemitérios localizavam-se para fora da cidade ou à beira de estradas, dificultando possíveis assombrações. Com a insurgência do cristianismo, os enterros foram 'santificados'. Moribundos queriam ser sepultados no "corpo de Cristo" como santos, sendo deslocados da periferia às igrejas:

> A separação entre a abadia cemiterial e a igreja catedral foi então apagada. Os mortos, já misturados com os habitantes dos bairros populares da periferia, que se haviam desenvolvido em torno das abadias, penetravam também no coração histórico das cidades. (ARIÊS, 2012, p.43)

Assim, as igrejas tornaram-se uma espécie de asilo para os mortos, despindo-se do caráter público dos ritos funerários. Os sepultamentos passaram a ocorrer de forma displicente, sem a devida atenção à localização dos corpos e à higienização. Com isso, o fim do século XVIII foi marcado pelo grave comprometimento da saúde pública: odores oriundos de fossas, exibição de ossários, descuido com a terra escavada para os enterros (ARIÊS, 2012). Revoltas sociais irromperam pela demanda urgente de higienização e pelo crescimento populacional, desapropriando os cemitérios das igrejas e alocando-os novamente à periferia das cidades. Os cadáveres começaram a ser escondidos, dispostos em caixões hermeticamente fechados. Esse 'encarceramento' da morte, apesar de motivado pela necessidade de higienização e cuidado com o solo, conferiu outra significação à finitude, considerando o teor simbólico de eventos ritualísticos: a morte, antes localizada no centro nas cidades e 'solta', por assim dizer, havia sido presa – em caixões – e afastada dos centros urbanos.

Na segunda metade do século XX, os cuidados paliativos incluíam o encobrimento da morte para com o enfermo, não por sua fragilidade, mas pela intolerância dos vivos para com a morte do outro. Parte desse encobrimento pode ser encontrada na realocação da morte: não se morria mais em casa, mas nos hospitais. Entre ordenamentos médicos e políticas de higienização e saneamento, observa-se a privação da morte de seu caráter íntimo e familiar na medicalização compulsória emergente no século XX. Tal como os cemitérios são anteriormente afastados da cidade, pessoas doentes são afastadas de suas casas e alocadas em hospitais, por vezes sem consentimento. Cerimônias de despedida, realização dos últimos desejos do enfermo, proximidade com a família não mais integram os ritos funerários. A morte é tratada de forma técnica e tutelar, sob o crivo médico. Cria-se uma relação repressiva para com a morte, uma vez que o luto, com o afastamento dos cemitérios, também sofre uma higienização.

Em contraste com o século XIX, que trouxe tentativas de higienização em razão do controle epidêmico e endêmico, o século XX transformou a noção de

morte em algo vergonhoso, escondido e impessoal. No hospital, a morte pode ser mensurada, analisada, *concedida*. Apesar do suposto controle da vida sobre a morte, esta não pode ser percebida; as cerimônias funerárias tornam-se cada vez menos 'ritualísticas', sem os costumes taciturnos e dramáticos. Kovács (1992) identifica a vergonha da morte nos rituais de embalsamento, em que a face do cadáver é corada e pintada para parecer viva.

A lida conturbada com a morte não possui melhor campo de análise do que o luto. Estudando os impactos da morte em famílias de pacientes terminais, Elisabeth Kluber-Ross (1981) mostra como a medicalização compulsória e a 'guarda' do paciente pelo hospital criam barreiras entre as trocas de afeto, dificultando a aceitação da morte pela família e pelo próprio paciente. Nossa cultura ocidentalizada concebe a morte como tabu, distanciando as crianças do corpo morto, ao contrário das representações de quartos de enfermos da Idade Média, segundo Ariês. Se, para Kluber-Ross, a aceitação da morte seria a melhor possibilidade para se viver uma vida plena, o comportamento arredio perante a mortalidade humana tem impedido qualquer chance de plenitude.

Se a morte é tabu, como diz Scavacini (2017), o suicídio é pior ainda. Na Grécia antiga, por exemplo, o suicídio deveria ser permitido pelo Estado para ser consumado; caso contrário, a pessoa que se suicidava ilegalmente, ou seja, aquela que não recebia permissão do Estado para se matar, era privada das honras fúnebres comuns, tendo sua mão amputada e enterrada longe do corpo. Da mesma forma, em Roma, o suicídio só poderia ser consumado quando autorizado pelo senado; suicídio por enforcamento privava o sujeito de sepultura, e militares e pessoas sentenciadas pela justiça que se suicidavam tinham os bens confiscados (CARVALHO, 1996, p.86-87). A postura da igreja católica diante do suicídio, durante os séculos VI e VII, era de repulsa. Enquanto as igrejas alocavam a morte de forma displicente e posteriormente marginalizada, negavam-se ritos fúnebres e cerimoniais para pessoas que se suicidavam. Mas isso não se limitou às igrejas: na cultura islâmica, o suicídio é considerado um crime e o corpo morto é isolado para não influenciar malignamente os vivos (ARAÚJO & BICALHO, 2012). Os enterros dos corpos suicidas costumavam ser realizados à noite, contribuindo com seu apagamento. A partir do século XVII, na Inglaterra e nos Estados Unidos, "um em cada dez vereditos de suicídio foi classificado *non compos mentis*, ou seja, como decorrente de insanidade" (ARAÚJO & BICALHO, 2012, p.726), e a insanidade tornou-se massivamente presente nos entendimentos do suicídio, embora este continuasse sendo considerado crime.

Apesar da consolidação dessa visão estigmatizada do suicídio já na Idade Média, observa-se uma atividade maior em torno do tema somente no início do século XIX, com a insurgência da medicina psiquiátrica (SCAVACINI, 2018). As visões apresentadas pela psiquiatria centralizavam-se na idéia de que o suicídio resulta de transtornos mentais, o que não se distancia muito dos discursos acadêmicos vigentes. Segundo Botega *et al.* (2006), de 93% a 95% de casos de suicídio poderiam receber um diagnóstico de transtorno mental,

particularmente transtornos de humor, dependência de álcool e esquizofrenia. Supõe-se que o risco de suicídio cresce mais de 20 vezes em pessoas deprimidas (BOTEGA ET AL., 2006). A atribuição de diagnósticos e comorbidades psiquiátricas a narrativas de morte e suicídio se mostra, neste artigo, como um assunto a ser problematizado. O que faz com que o fenômeno do suicídio seja tão psiquiatrizado, de forma que o diagnóstico de transtorno mental se torne uma espécie de justificativa para tal ato? O que é, de fato, o comportamento suicida?

Para Werlang & Botega (2004), a conceituação do suicídio geralmente gira em torno da ideia de tirar a própria vida, abrindo espaço para elucubrações teóricas acerca dos fatores externos relacionados ao ato, da letalidade da tentativa de suicídio, dos atravessamentos específicos a cada caso. O comportamento suicida pode ser definido como "todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato" (WERLANG & BOTEGA, 2004, p.17). Esse pensamento contrapõe-se ao foco excessivo na letalidade e na intencionalidade da tentativa de suicídio e na costumeira relação de causa e efeito que paira entre a vida e a morte do sujeito; esses fatores, como será debatido mais à frente, limitam a experiência do sujeito, cerceando-o a diagnósticos que não contemplam toda a sua narrativa e que até mesmo a distorcem, impedindo o sujeito de ter contato com sua própria vivência.

Bertolote *et al.* (2010) somam à definição de comportamento suicida o conjunto "de fenômenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio" (p.587). É interessante a aproximação dos autores à palavra 'fenômeno', afastando-a epistemologicamente da ideia de 'doença'; enquanto fenômeno, o comportamento suicida não é compreendido como doença, embora este possa ser provocado por fatores potencialmente adoecedores. Neste artigo, trilhando um viés despatologizante e interseccional, não se localiza a doença no sujeito, mas ao que o circunda.

O comportamento suicida é concebido, portanto, como um conjunto de fenômenos reativos internos a mortificações externas e como um processo multifatorial, percorrendo desde a ideação suicida até o planejamento e a consumação do suicídio (OMS, 2012). Nesse sentido, pensar as causas do suicídio requer um aprofundamento nas matrizes culturais e nas relações de poder que circundam o evento, no peso simbólico, nos fatores biopsicossociais atuantes em cada território e a partir de cada subjetividade (SCAVACINI, 2018). "Olhar parte de uma história como o todo", diz Scavacini (2018, p.34-35), "leva à construção, cristalização, não ampliando ou expandindo olhares possibilidades e caminhos".

O lugar *tabu* do suicídio apresenta a disparidade deste fenômeno em relação ao que se poderia chamar de processo 'natural' de morte, pois, apesar da repulsa social para com a morte "comum", esta possui localização. O suicídio,

pelo contrário, se assemelha mais a uma *ofensa* contra o processo de morte do que a uma *causa* de morte propriamente dita. Tal perspectiva evidencia a complexidade do campo da suicidologia, em virtude dos estigmas sociais e de sua invisibilização, que atingem fortemente a formação de profissionais de saúde e a relação do social com a morte e com o suicídio. Voltamo-nos, agora, à análise do comportamento suicida pela Gestalt-terapia, abarcando principalmente embasamento gestáltico em torno deste fenômeno e a crítica às dinâmicas diagnósticas que se dirigem ao suicídio.

O olhar da Gestalt-terapia sobre a prática diagnóstica e o comportamento suicida

Como ensina Rehfeld (2013), a Gestalt-terapia surge a partir de ideias da fenomenologia. Em seu desenvolvimento, a fenomenologia não se atém à concepção clássica de consciência. Compreende-se o ser humano como ser *no* mundo, de tal forma que não há dissociação entre o *self* e o outro, o sujeito e o mundo. A consciência existe, na medida em que o mundo existe. Então, qual é o sujeito dessa consciência? É um sujeito mergulhado em seu contexto cultural, histórico, nas visões de mundo possíveis, ou possibilitadas, em seu território. A tarefa da fenomenologia e, consequentemente, o direcionamento da Gestalt-terapia é analisar "as relações vividas e efetivas que se estabelecem, ao mesmo tempo necessária e livremente, entre homem e mundo" (REHFELD, 2013, p.14), ao contrário da análise determinada e objetiva do mundo, sem considerar o contexto que atravessa seu analisador.

Pela perspectiva fenomenológica, Rehfeld (2013) salienta a necessidade de recuar ante um conceito, um fenômeno. Analisar o suicídio como fenômeno, tal como o atendimento a pessoas que apresentam ideações suicidas e/ou que já tentaram suicídio, pressupõe tal recuo. As dinâmicas de comunicação da clínica gestáltica procuram sempre uma troca de perspectivas fenomenológicas, de forma que as diferenças entre a perspectiva de pacientes e terapeutas se transformem em um diálogo constante (YONTEF, 1998). Pelas diferenças, o paciente torna-se consciente (*aware*) não somente de sua narrativa, mas da forma com que a expressa, das possibilidades de mudança e aceitação. Por esse viés, a Gestalt-terapia evidencia o *processo presente* da narrativa, para além de seu conteúdo.

O conceito de *campo*, como evidenciado no começo do texto, exerce um papel interessante no estudo do comportamento suicida. Segundo Yontef (1998), o campo pressupõe uma rede de afetações constantes, sustentada pelo horizonte histórico, pelos marcadores socioculturais e geopolíticos do sujeito. O campo só existe mediante um sujeito, pois só há fenômeno se há sujeito, e este só existe se houver, em contrapartida, um mundo no qual ele se insira/seja inserido. Portanto, o campo necessita imediatamente de um observador, considerando que os fenômenos emergentes a partir dele e com ele só existem através de alguém que os conceba e interprete:

> O campo fenomenológico é definido pelo observador, e é significativo apenas quando se conhece seu quadro de referências. O observador é necessário porque o que alguém vê, de alguma maneira, é função de como e quando se está vendo. (YONTEF, 1998, p.17)

Portanto, se as "abordagens de campo são descritivas em vez de especulativas, interpretativas ou classificatórias" (YONTEF, 1998, p.17), a compreensão do fenômeno estudado encontra um caminho sem embaraços interpretativos, pois as significações atribuídas ao campo da experiência derivariam do sujeito em si, e não de quem o observa. Contudo, a descrição de determinado fenômeno também depende do crivo moral de quem o descreve: *quem* descreve as implicações de um fenômeno não estaria, também, se inserindo nele, uma vez que o fenômeno só ocorre mediante sua observação e imediata interpretação? É por meio desse questionamento que se evidencia o caráter *tabu* do suicídio e da morte. Não é possível, pela Gestalt-terapia, se prender a prerrogativas que afirmam tantas verdades *essenciais* acerca de um fenômeno tão complexo como o suicídio. As explicações e as respostas para os conflitos enfrentados por alguém que decide pôr um fim à existência são demasiado vastas para uma única compreensão. Compreende-se o suicídio como um evento multicausal (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013), reunindo interações entre fatores psíquicos, econômicos, religiosos, culturais e familiares. Ideias essencialistas da natureza humana não encontram protagonismo na Gestalt-terapia, pois, como mostra Yontef (1998), há sempre "novos horizontes, novos problemas e novas oportunidades" (p.18).

Dessa forma, julgar moralmente a motivação do suicídio – e principalmente considerar somente uma única motivação, reiterando relações de causa e efeito – induz o psicólogo a subjetivismos morais e estereotipados (WERLANG & BOTEGA, 2004), promovendo a dicotomização da narrativa do paciente. Tal abordagem não só limita a compreensão psicológica do fenômeno do suicídio, como também a experiência do paciente: na medida em que o psicólogo faz parte do campo do paciente, seus julgamentos morais, exprimidos tanto verbal quanto corporalmente, integram a experiência do sujeito. Portanto, pensar o suicídio a partir de preconceitos tão arraigados em nossa cultura ocidentalizada, muitos dos quais foram expostos na seção anterior, não demonstra grande proveito. Da mesma forma, relações de causalidade se apresentam como impeditivos na compreensão do suicídio, pois deve-se considerar a atuação de fatores diversos tanto na constituição da vida, quanto na constituição da morte. As 'causas' da morte de uma pessoa que se suicidou atravessam desde os significados angustiantes alocados na vida até a concepção histórica e cultural da morte, ou se estendem para fora desta teia de significados. Somente o sujeito tem como afirmar o significado de sua morte, de seu desejo de morrer e de viver.

Contrariando as dinâmicas de causa e efeito que são atribuídas ao comportamento suicida e que interferem, muitas vezes, nas práticas

diagnósticas, Monique Augras (1986) denuncia o caráter patologizante da clínica. Segundo a autora, a clínica psicológica se origina diretamente da psicopatologia, de forma que a terapia e o diagnóstico sejam seus grandes pilares. A origem médica da psicologia clínica não é um problema, e sim sua falta de autonomia diante de uma linguagem psicopatológica previamente estruturada. Em nossa cultura ocidentalizada, são concebidos "todos os aspectos da existência humana como conflitos superáveis mediante tratamento adequado" (AUGRAS, 1986, p.11), dicotomizando o normal e o patológico e promovendo encarceramento.

A perspectiva fenomenológica, segundo Augras (1986), compreende a doença em situações em que o sujeito responde de forma destrutiva a determinados estímulos, agredindo a si e/ou aos outros. A saúde e doença, nesse sentido, não seriam estados, mas processos nos quais "o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma" (AUGRAS, 1986, p.11). Rompendo com a dicotomia saúde/doença, as situações em que a doença e a saúde são colocadas à prova podem ser caracterizadas como instâncias de um processo de criação do e no mundo; portanto, de construção de si.

Por esse pensamento, o *normal* seria a construção de si em liberdade, a consciência da realidade, e o *anormal* se definiria como a sedimentação de uma estrutura, a impossibilidade de mudança. Não são conferidas a estes momentos de normalidade/saúde e anormalidade/patologia somente dinâmicas subjetivas do sujeito, pelo contrário: as inadequações *do ambiente*, os processos de violência e apagamento do mundo para com o sujeito também devem ser trazidos à tona. A doença não é localizada no ser, pois, se este existe através do ambiente, por meio da linguagem utilizada para interpretá-lo, então é a linguagem, isto é, a interpretação do ambiente que delineia a patologia; o sujeito não é doente *no* ambiente, mas adoecido *pelo* ambiente. Nesse sentido, a atribuição de um diagnóstico buscaria identificar a localização do sujeito nos processos de criação ou estagnação da vida, ao contrário de limitá-lo a uma série de sintomas.

O processo de atribuição do diagnóstico se sustenta no que Augras (1986) denomina de *intersubjetividade*. Na medida em que o sujeito não se dissocia do ambiente que o cerceia, o contato clínico com o psicólogo confere, à subjetividade do mesmo, parte integral deste ambiente. Para realizar a prática diagnóstica, o psicólogo deve, antes de tudo, observar sua própria subjetividade tal como observa o campo em que o sujeito se encontra:

> É preciso entender que, nos protocolos dos testes, não se manifestam resultados absolutamente válidos e intemporais, mas que os mesmos constituem a expressão de um evento, a situação única e momentânea do encontro de duas subjetividades que influem uma na outra. [...] Assumir a própria subjetividade não é substituir as suas problemáticas aos conflitos do paciente. É reconhecê-la para delimitá-la,

> transformando-a em ferramenta para a compreensão do outro. (AUGRAS, 1986, p.14)

Não é possível julgar objetivamente a situação exposta pelo paciente sem se ater aos aspectos subjetivos – portanto, pessoais, relacionais – das dinâmicas clínicas. A aplicação clínica do método fenomenológico não busca a captura de dada situação exposta pelo paciente, mas sim o significado atribuído a ela, tanto pelo paciente quanto pelo psicólogo, e o reconhecimento dessa dupla significação é fundamental para que as crenças do psicólogo não ofusquem a realidade do paciente.

Pensar a relação entre terapeuta e paciente demanda uma profundidade nas relações entre o *self* e o outro, ainda mais pela ótica gestáltica, que concebe a constituição do sujeito a partir do outro; somente pela diferenciação e pela identificação entre o *self* e o outro é que se torna possível estabelecer contato com o meio externo, com o *campo*. Yontef (1998) traz o conceito de *metabolismo organísmico* como metáfora para os mecanismos de discriminação aos estímulos externos, mecanismos estes que regulam a relação do ser com o ambiente. A auto-regulação promove a identificação de estímulos externos como tóxicos ou nutritivos, ambos passíveis de discriminação, porém de diferentes formas. "O ambiente inclui toxinas que precisam ser expostas", diz Yontef (1998, p.28), e os processos pelos quais estas toxinas e os fatores nutritivos serão discriminados e/ou absorvidos "são governados pelas leis da homeostasia" (YONTEF, 1998, p.28).

Acima de tudo, o sujeito busca o equilíbrio. Para tanto, as fronteiras entre o *self* e o outro, o ambiente, devem ser flexíveis, possibilitando redes de troca, e estáveis, de forma que o sujeito tenha autonomia para lidar com as discrepâncias entre si mesmo e as imposições sociais. É por meio do contato que as fronteiras entre o "eu" e o "não-eu" se delineiam – ou não. Estável e dinâmica, a fronteira entre o *self* e o mundo permite tanto o contato quanto o distanciamento do ambiente; o sujeito flui entre o que o nutre e se afasta do que o intoxica. Tal flexibilidade *firme*, por assim dizer, pode perder sua estabilidade quando esse fluxo de contato não se mostra ideal para o sujeito, culminando "na perda da distinção entre o *self* e o outro, um distúrbio tanto de contato quanto de *awareness*" (YONTEF, 1998, p.28). Nestes rompimentos, observa-se a atuação de disfunções de contato, a perda da homeostasia. As disfunções de contato são marcos importantes nos estudos do comportamento suicida, podendo afetar pacientes, familiares, profissionais de saúde, etc., tendo em vista que a estigmatização do suicídio e da morte, em âmbito geral, atinge a todos. A dificuldade de se dialogar sobre a finitude e a concepção da morte como algo a ser evitado a todo custo faz do suicídio um grande paradoxo: se a ideia de morte não se dissocia do sentimento de repulsa, o *desejo* de morrer ultrapassa os limites da inteligibilidade, o que se reflete na forma como os corpos de pessoas que se suicidaram eram dispostos: no caso, fora dos cemitérios e até mesmo criminalizados. Assim, o comportamento

suicida, desde ideações a tentativas consumadas, torna-se uma ofensa, motivo de vergonha, pois contraria toda uma lógica de aversão à morte.

Na desestabilização da fronteira entre o eu e o outro, Yontef (1998) encontra o que seria a *confluência*, a desintegração dessa fronteira entre o eu e o mundo; encontra, também, o *isolamento*: a impermeabilidade da fronteira rompe com a união entre o *self* e o mundo, resultando no distanciamento do *self*. Além destas, há também a retroflexão, a introspecção, a introjeção, a projeção e a deflexão. A primeira seria uma repartição do *self*, de forma que este faça consigo o que deseja fazer com os outros, ou que faça consigo o que gostaria que os outros o fizessem, promovendo o isolamento do sujeito. A introspecção se configura como uma forma de retroflexão, porém não necessariamente destrutiva, pois, dependendo de sua intensidade e especificidades, pode fazer mais bem do que mal. Na introjeção, observa-se a absorção total de um estímulo externo, sem discriminação, ocasionando uma rigidez na personalidade do sujeito, pois este não se veria capaz de assimilar e adequar o estímulo à diversidade de sua composição subjetiva. A projeção, por sua vez, seria "uma confusão de *self* e outro" (YONTEF, 1998, p.29), fazendo com que o sujeito atribua fatores internos ao meio externo. Por último, a deflexão se caracteriza como a evitação da *awareness*, afastando-se da experiência por mecanismos secundários; por exemplo, não ir direto ao assunto, não encarar o outro nos olhos (YONTEF, 1998).

A *awareness* pode sofrer perturbações quando determinada experiência é negada, bloqueando o contato do sujeito com o mundo. "Uma *awareness* significativa", para Yontef (1998, p.31), "é a do *self* no mundo, em diálogo com o mundo e com a *awareness* do outro". Este processo de trocas entre o *self* e o mundo/outro ocorre por meio do "conhecimento do controle, escolha e responsabilidade dos próprios sentimentos e comportamentos" (YONTEF, 1998, p.31).

> A pessoa que reconhece verbalmente sua situação, mas efetivamente não a vê, não a *conhece*, não *reage* a ela, e não *sente* em resposta a ela, não está totalmente *aware* e nem em contato total. A pessoa que está consciente, *aware*, sabe *o que* faz, *como* faz, que tem alternativas e *escolhe* ser como é. (YONTEF, 1998, p.31)

Negando a totalidade da experiência ou seu próprio caráter de experiência, o *self* passa por um processo de rejeição, pois, se o sujeito se constitui a partir da experiência, a negação desta seria, também, a "negação de quem se é" (YONTEF, 1998, p.32). Nesse sentido, a captura da *awareness* total necessita não só de autoconhecimento, como também de "um conhecimento direto da situação atual e de como o *self* está nesta situação" (YONTEF, 1998, p.31). Dito de outra forma, deve-se identificar as representações simbólicas do sujeito em sua localização social e em seu horizonte histórico: que lugar o sujeito ocupa? Qual o efeito dos lugares sociais do sujeito para com os outros e como este efeito repercute na maneira como ele mesmo se percebe? O que o "outro"

tem a ver com a constituição do *self* e qual o papel que atribuímos ao meio externo quando falamos em suicídio?

Este "lugar ocupado pelo sujeito" não se aplica apenas ao paciente, mas, como vimos, ao psicólogo. Privar-se do caráter de *sujeito* faz do psicólogo mero agente passivo nos embates do paciente com o mundo, o que contraria as propostas da Gestalt-terapia. Frente à dificuldade de profissionais de saúde em atender pessoas com ideação suicida ou que tentaram suicídio, como Cerqueira & Lima (2015) constatam, a compreensão das facetas do manejo clínico, com pacientes que apresentam comportamento suicida, se torna um fator fundamental nos estudos da suicidologia. Nesse sentido, embora já tenhamos pincelado algumas concepções acerca da relação entre psicólogo e paciente, a seção seguinte se aprofundará em aspectos do manejo clínico referentes ao comportamento suicida.

O manejo clínico gestáltico referente ao comportamento suicida

Uma característica bastante recorrente entre profissionais que se deparam com pacientes que tentaram suicídio ou que relatam ideação suicida é a dificuldade de lidar com suas próprias concepções e emoções em contato com as emoções dos outros (CERQUEIRA & LIMA, 2015). Isso resulta em obstáculos no desenvolvimento do processo clínico, ao distanciar o terapeuta do paciente por meio de suas crenças discrepantes e emoções de repulsa. O caráter de *tabu* atribuído socialmente ao suicídio e a demais comportamentos destrutivos, como a automutilação, dificulta o acesso do acolhimento social e da saúde aos sujeitos que procuram, por meio destes comportamentos, resoluções para seus conflitos. A partir disso, devemos questionar a visão do terapeuta sobre o suicídio. Qual o valor que o terapeuta atribui à morte? Seria o mesmo valor adotado pelo paciente? Quais os significados que o terapeuta aloca à vida e às suas intempéries? Poderiam eles atravessar a clínica?

Na medida em que a significação do fenômeno se sustenta na interpretação subjetiva do observador, a subjetividade se torna o único caminho possível para a elaboração de análises objetivas; portanto, não existe neutralidade científica. As crenças do terapeuta sempre atravessarão sua abordagem e suas implicações no decorrer de suas análises clínicas. O diferencial que possibilitará o caminhar da terapia é a consciência, por parte do terapeuta, de que suas crenças e valores pessoais perpassam, sim, a forma como ele promove suas análises e dinâmicas clínicas. Tal consciência carrega consigo um recuo diante de seus pensamentos individuais, que dá espaço para que o paciente exponha suas próprias crenças e valores em um ambiente mais seguro e acolhedor:

> [...] é necessário que cada terapeuta examine suas crenças e seus sentimentos relacionados ao suicídio, pois eles certamente estarão presentes no "entre" do processo terapêutico, e conhecê-los previamente pode ajudar o terapeuta a descobrir suas potencialidades e dificuldades ao

> lidar com o cliente em crise suicida, pois, se acredita que a pior hora para se descobrir que não se consegue lidar com pessoas que pensam e/ou cometem o suicídio é em meio à crise suicida. (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013, p.201)

O método fenomenológico propõe a identificação dos significados do paciente, reconhecendo a interferência constante de crenças pessoais do psicólogo e identificando sua atuação no trabalho clínico. Augras (1986, p.16) afirma a limitação da compreensão: "O significado [do fenômeno] jamais é alcançado em sua totalidade, da mesma maneira que a complexidade individual nunca se encerra dentro de um diagnóstico". Transcrevemos Polster & Polster (2001, p.21), quando dizem que a elaboração de linhas teóricas e práticas se assemelham a pinturas: "elas são *sua* perspectiva, afinal de contas, mas não devem ser tomadas como a própria vida". As teorias fortalecem nossos caminhos, conferem sentido a nossas visões, mas não são a verdade. O terapeuta, representando o pintor, age na clínica através de suas crenças, sua perspectiva de mundo, porém sua atuação ocorre somente mediante a conexão com o paciente, pois, "do mesmo modo que o artista que pinta uma árvore tem de ser afetado por essa árvore específica, também o psicoterapeuta precisa estar ligado à pessoa específica com quem ele está em contato" (POLSTER & POLSTER, 2001, p.35). A Gestalt-terapia se volta à clínica enquanto experiência, refutando uma suposta autoridade científica que pretende alocar o sujeito em perspectivas externas a ele.

Para Werlang & Botega (2004, p.123), a tentativa de suicídio revela uma cadeia de "fenômenos psicossociais complexos afetando pessoas que vivem sob tensão e que expressam de modo agudo o seu padecimento", fazendo da prática diagnóstica um exercício situacional. Estabelecer um vínculo com o paciente, proporcionando um ambiente de segurança e confiança, é essencial para que o paciente colabore, futuramente, com seu processo clínico. Tal confiança depende, acima de tudo, do *respeito* à sua condição emocional, ao seu contexto social, à sua narrativa, qualquer que ela seja. Concebendo a clínica como experiência por si mesma, a significação da narrativa do paciente pelo terapeuta se torna nula. O terapeuta absorve a expressão do paciente, tornando-a parte da experiência terapêutica, ao contrário de interpretá-la e nomeá-la, limitando a narrativa do sujeito.

A Gestalt-terapia procura proporcionar ao sujeito a *awareness*, ou o *insight*, que, segundo Yontef (1998, p.16), "é a compreensão nítida da estrutura da situação em estudo". Para que a *awareness* seja obtida, esta deve ser focalizada tanto na narrativa do paciente quanto no próprio processo a partir do qual a narrativa se apresenta. Segundo Yontef (1998, p.30), *awareness* pode ser definida como um estado de "contato com a própria existência, com *aquilo que é*", com o aqui-e-agora, e a funcionalidade total da *awareness* como "o processo de estar em contato vigilante com os eventos mais importantes do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensorimotor, emocional, cognitivo e energético" (YONTEF, 1998, p.31). Estar presente, consciente de seu

organismo, do ambiente que o cerca e das estruturas – sejam elas quais forem – que o constituem: é assim que este conceito é concebido. Como diz Yontef (1998):

> Mais do que qualquer outra terapia, a Gestalt-terapia enfatiza que, o que quer que exista, é aqui-e-agora, e que a experiência é mais confiável do que a interpretação. O paciente aprende a diferença entre *falar a respeito* de algo que aconteceu há cinco minutos (na noite anterior, ou há vinte anos) e *experienciar* o que é agora. (p.21)

Uma vez que os sistemas sensoriais e motores do sujeito somente capturam percepções do presente, os impactos do passado e as elucubrações do futuro têm como única possibilidade de existência o presente (POLSTER & POLSTER, 2001). O processo terapêutico de um paciente que já tentou suicídio, por exemplo, não necessita de um retorno objetivo ao momento da tentativa, ou a acontecimentos que marcaram um período depressivo. Para Kóvacs (1996), a morte não se limita ao momento em que o coração para de bater ou quando eletrodos deixam de captar atividade cerebral. A morte está em situações cotidianas, em fases que chegam ao fim, em momentos de felicidade que terminam ou em momentos de tristeza que se deixam substituir por alegria: "não é possível se manter criança para sempre" (KOVÁCS, 1996, p.13). Somamos a estas mortes cotidianas as mortes sociais, os apagamentos e as marginalizações que aniquilam tanto o corpo quanto a subjetividade. *Experienciar* o aqui-e-agora, segundo Yontef, e estar *aware* do campo fenomenológico que rodeia o sujeito diz respeito, também, à compreensão destes processos de mortificação que *suicidam* o sujeito, à *awareness* para com eles.

No cuidado aos sujeitos que tentaram o suicídio, é preciso "fortalecer os fatores protetores e minimizar os fatores de risco" (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013, p.199), evitando que o suicídio seja consumado e que o sujeito permaneça em sofrimento. Parafraseando Fritz Perls, Fukumitsu & Scavacini (2013) compreendem o suicídio como "um duelo entre o assassino e o assassinado que se encontram no ato da morte" (p.198). Não haveria diferenças absurdas entre o suicida e o assassino; o que os une seria a impotência para lidar com o conflito, escolhendo a violência e a destruição como resolução. O sujeito que atenta ao suicídio de fato promove sua destruição, ao aniquilar seu corpo e impedir seu total desenvolvimento.

Os conflitos propostos pelo paciente, no entanto, não devem ser minimizados. O conflito, para Augras, não se configura como "algo ruim, indesejável e portanto inútil e nocivo", mas antes a "luta necessária entre tendências contrárias que, sucessivamente opostas e sintetizadas, compõem o próprio processo da vida" (AUGRAS, 1986, p.20). A realidade, a cisão do "eu" e do "não-eu", gera conflitos necessários para a constituição do ser. Na perspectiva gestáltica, não se almeja o apagamento do conflito, mas "a possibilidade de

que um conflito signifique crescimento" (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013, p.199).

Assim sendo, é essencial compreender o conflito como um acarretador de mudanças; a crise que o paciente enuncia é diretamente proporcional à quantidade e intensidade dos conflitos e, quanto maior a crise, mais intensa e rápida será a resposta do sujeito (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013). Tal intensidade tem caráter bastante perigoso, pois a resposta ao caos que o sujeito expressa pode muito bem ser o suicídio. O terapeuta deve, portanto, facilitar o percurso do paciente para que ele elabore seus conflitos em um ambiente seguro e que lhe ofereça uma base de acolhimento, a fim de que sua resposta se concentre na resolução em vida, e não na morte.

Para tanto, um dos atravessamentos da terapia pode ser a identificação das situações que suscitam os conflitos do sujeito, ou seja, os impasses que o sujeito exprime com mais veemência na terapia. O objetivo de tal identificação seria a elaboração das questões conflitantes, o reconhecimento das formas como elas implicam na vida do sujeito e a ampliação da *awareness* de suas emoções para com seus dilemas. Sua elaboração propiciaria ambiente ideal para a resolução dos conflitos, evitando a resposta impulsiva e intensa referente às suas crises, geralmente o suicídio (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013). Muitos conflitos emergem de situações inacabadas, que o sujeito tenta destruir a partir de comportamentos autodepreciativos. Contudo, não é possível conceber a mudança dessas situações inacabadas por meio dos mesmos comportamentos que as fizeram insurgir.

Devemos pontuar, também, os ensinamentos da psicologia da Gestalt, ao dizer que o todo é diferente da soma das partes (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013). A eliminação do sofrimento, insurgente dos conflitos do sujeito, não se dá pelo aniquilamento do todo – o corpo, a existência –, mas pela localização da origem do sofrimento e de sua elaboração. O que ocorre é a confusão do todo pela soma das partes, promovendo o fim do sofrimento pelo aniquilamento do corpo total.

A ênfase do Gestalt-terapeuta em fatores de proteção do sujeito que revela ideações suicidas é fundamental para que este tenha desvelamentos criativos, e não destrutivos, no decorrer de seu processo terapêutico. Importante, também, trazer à tona o plano do suicídio, os pensamentos diretos sobre como, quando e por que morrer. A imersão do sujeito nessas questões pode ser uma maneira de prevenir o suicídio, promovendo o acolhimento e o não julgamento diante de pensamentos tão reprimidos e repulsivos à sociedade (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013). O receio do terapeuta de perguntar diretamente sobre a ânsia de morte deve ser dissipado, pois, ao contrário do que propõe o senso comum, questões socialmente condenadas como o suicídio precisam ser dialogadas:

> É necessário que o profissional tolere a falta de sentido do outro. Quando a tolerância do psicoterapeuta é

> pequena para aceitar o suicídio sem investigar efetivamente o significado da morte para o cliente, ou seja, quando não tenta compreender a motivação pela qual a morte é tão desejada ou, então, não consegue nem lidar com esse assunto de maneira aberta, o trabalho apresenta dificuldades. (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013, p.202)

A intolerância do terapeuta para com a falta de sentido exposta na clínica o impede de dar o tal 'recuo' fenomenológico, pois o terapeuta se atém à sua própria concepção de morte, aos seus medos e faltas de sentido. A fenomenologia não impele simplesmente um recuo do sujeito para com os outros, mas dele para consigo mesmo, pois considera que todas as suas concepções de mundo provêm primariamente de formulações culturais, contextualizadas historicamente e, portanto, construídas.

Uma das compreensões do suicídio é sua representação como "um pedido interrompido de vida e não de morte" (FUKUMITSU & SCAVACINI, 2013, p.202), tornando-se válido questionar o sentido que o cliente aloca na morte: quais são os seus desejos de resolução que o levam a essa conclusão? O que a pessoa que apresenta comportamento suicida deseja transmitir? Qual o significado da morte, da vida e do suicídio para este sujeito, considerando, porém não exclusivamente, a cultura que o rodeia?

Pela fenomenologia, questiona-se: qual o fundamento do sofrimento? Para Rehfeld (2013, p.16), o sofrimento é "um encurtamento de seu mundo, de suas possibilidades", de forma que o sujeito não tenha arcabouço material e simbólico para *viver* de fato. Com o mundo 'encurtado', ele se vê preso a uma só visão, uma só possibilidade de vida. A psicoterapia promoveria a ampliação dessa visão, das concepções prévias, dos determinismos; ao expandir uma verdade, imediatamente ela é destruída, abrindo possibilidades de criação e ressignificação. Ao mesmo tempo em que a destruição de verdades pode ser desesperadora, a crise que ela impulsiona pode acarretar desvelamentos criativos, e não destrutivos, salvando à psicoterapia um papel substancial na sustentação das suas questões e demandas levantadas durante as crises necessárias à criação.

Portanto, arraigar-se aos estigmas históricos atrelados ao suicídio e à morte, como dispomos na primeira seção, faz do manejo clínico uma atividade danosa, na medida em que implica, ao sujeito atendido, crenças e visões de mundo preconceituosas. Identificando os processos de silenciamento da morte, nos tornamos mais hábeis a combater as raízes da aversão que ela suscita e a localizar, em narrativas sobre morte, possibilidades de criação.

Conclusão

Pela história da morte no Ocidente e pela forma como o suicídio era e é concebido, compreendemos como os estigmas sociais em torno do comportamento suicida inferem na clínica psicológica gestáltica, nas relações familiares e sociais, nas dinâmicas institucionais que circundam o sujeito. Silenciar a morte não culmina em seu afastamento; a morte sempre está presente, e o diálogo sobre o suicídio não o impulsiona, muito pelo contrário (KOVÁCS, 1992).

Como vimos, o silenciamento de narrativas de morte e suicídio denuncia a falta de contato que temos com a finitude, e recuar fenomenologicamente pressupõe a recuperação desse contato. Prender-se a crenças aversivas para com a morte, no ambiente clínico, não só impede que o sujeito construa sua narrativa acerca da morte, como também o violenta, ao silenciar seu discurso em detrimento de estigmas enraizados em concepções de mundo historicamente estigmatizantes. Se o suicídio é estigmatizado, o sujeito que apresenta comportamento suicida também o é; a que violências ele está submetido? Como podemos trabalhar mecanismos autodestrutivos, como o suicídio e a automutilação, paralelamente ao caráter de condenação que é atribuído a eles?

Consideramos que os questionamentos expostos no decorrer deste trabalho têm um peso importante nas formas pelas quais o comportamento suicida é acolhido e trabalhado, ou reprimido e silenciado. Por meio destas questões e dos conceitos gestálticos, propomos uma escuta precedida, acima de tudo, pelo respeito e pela noção de autodeterminação dos sujeitos, considerando que somente estes podem significar sua morte, sua vida e seus processos de adoecimento diante de uma realidade já mortificante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Emanuelle Silva; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. SUICÍDIO: CRIME, PECADO, ESTATÍSTICA, PUNIÇÃO. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p.723-734, 2012.

ARIÊS, Philippe. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

AUGRAS, Monique. **O Ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

BERTOLOTE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p.587-595, 2010.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp.213-220, 2006.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. de. Suicídio – A morte de si próprio. In: BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco; KOVÁCS, Maria Júlia; CARVALHO, M. Margarida M. J. de; CARVALHO, Vicente A. de. (org). **Vida e Morte: Laços da Existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p.77-98.

CERQUEIRA, Yohanna; LIMA, Patrícia. Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção. **Revista IGT na Rede**, v. 12, n. 23, p.444–458, 2015. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs ISSN: 1807-2526>. Acesso em: 14 fev. 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajuma; SCAVACINI, Karen. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 19, n. 2, p.198–204, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2020.

KLUBER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1981.

KOVÁCS, Maria Júlia (org.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, Maria Júlia. A morte em vida. In: BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco; KOVÁCS, Maria Julia; CARVALHO, M. Margarida M. J. de; CARVALHO, Vicente A. de. (org). **Vida e Morte: Laços da Existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p.11-34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Geneva, 2012.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia Integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

REHFELD, Ari. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: FUKUMISTSU, Karina Okajuma; FRAZÃO, Lilian Meyer. **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus Editorial, 2013, p.24-33.

SCAVACINI, Karen. Na sociedade em que a morte é tabu, suicídio é o maior. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, edição 515, 2017. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/7130-na-sociedade-em-que-a-morte-e-tabu-suicidio-e-o-maior>. Acesso em: 09 nov. 2020.

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

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. (org). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

World Health Organization - WHO. **Preventing suicide, a global imperative**. 2014. Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=9D7EA1304734987A67A171B3B23D5331?sequence=1>.

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo e awareness: Ensaios e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

Endereço para correspondência

Bruno Latini Pfeil

E-mail: brunopfeil8@gmail.com

Recebido em: 15/04/2021

Aprovado em: 30/12/2022