

O papel da psicoterapia pautada na Abordagem Centrada na Pessoa em contextos de ideação suicida

Ricardo Hosannah de Carvalho

O papel da psicoterapia pautada na Abordagem Centrada na Pessoa em contextos de ideação suicida

Ricardo Hosannah de Carvalho

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), do Centro Universitário de Brasília (CEUB) como uma das atividades curriculares do curso de graduação em Psicologia
Professor-orientador: Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Brasília
Dezembro 2021

Folha de Avaliação

Autor: Ricardo Hosannah de Carvalho

Título: O papel da psicoterapia pautada na Abordagem Centrada na Pessoa em contextos de ideação suicida

Banca Examinadora:

Prof. Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Prof. Otávio de Abreu Leite

Prof. Francielly de Oliveira Müller Lima

Brasília
Dezembro 2021

Agradecimentos

Agradeço a todos os meus amigos de infância que me inspiraram a ver o mundo de uma forma peculiar e a valorizar o ser diferente.

Agradeço aos colegas de curso e a todos que de alguma forma contribuíram positivamente para minha construção como pessoa e como profissional.

Agradeço à minha família pelo suporte infinito, exemplo, carinho e por ser meu porto seguro.

Agradeço à minha amada, Jacqueline Fiuza, pela força, carinho, compreensão, paciência, alegria e paz de todos os dias.

Agradeço a todos os professores que ensinam a psicologia com alegria e leveza, mantendo vivo o lado amoroso do fazer da Psicologia, em especial Francielly Müller e Greice Nunes.

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora pela inspiração, força, coragem e amor que me levaram a seguir essa jornada de tentar apoiar o próximo como estilo de vida.

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1 – O suicídio	5
1.1 - Na história.....	5
1.2 - Definições	9
1.3 - Prevenção.....	11
1.4 - Suicídio e Psicologia.....	13
Capítulo 2 – Abordagem Centrada na Pessoa	16
2.1 - Breve histórico	16
2.2 – Principais conceitos.....	20
2.3 - O processo psicoterápico na ACP.....	24
2.4 - ACP e suicídio	26
Capítulo 3 - Metodologia	29
3.1 - Tipo de estudo.....	29
3.2 - Participantes.....	29
3.3 - Instrumentos	30
3.4 - Estratégia de coleta das informações	30
3.5 - Estratégias de análise das informações	31
Capítulo 4 - Análise e Discussões	33
4.1 - Ideação suicida na psicoterapia.....	33
4.2 - A ACP como suporte teórico	37
4.3 - Quebra de sigilo e notificação compulsória.....	42

4.4 - Eficácia dos atendimentos	45
4.5 - Aspectos pessoais do psicoterapeuta	46
4.6 - Reflexões gerais sobre os relatos	50
Considerações Finais.....	53
Referências.....	55
Apêndice A.....	59
Apêndice B.....	60

Resumo

O suicídio é um problema sério de saúde pública em nível global, afetando pessoas de todas as regiões do planeta, de todas as idades e sexos. Apesar do cenário alarmante, a maior parte dos casos são preveníveis por meio de intervenções precoces e encaminhamentos para especialistas, como o psicoterapeuta. Este trabalho caracteriza-se como pesquisa qualitativa e tem como objetivo geral analisar o papel da psicoterapia, pautada na Abordagem Centrada na Pessoa, em contextos de ideação suicida e como objetivos específicos caracterizar o fenômeno do suicídio, caracterizar a ACP como um instrumento de apoio e analisar a percepção do psicoterapeuta sobre a ACP diante de processos de ideação suicida. Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três psicoterapeutas dessa abordagem, que já tenham atendido pacientes com demandas suicidas, visando compreender as suas percepções sobre o fenômeno, o manejo terapêutico e o amparo da abordagem. A análise das informações ocorreu a partir da análise de conteúdo e possibilitou perceber a relevância da psicoterapia para o apoio de pessoas com ideação suicida e que a ACP é capaz de fornecer o suporte teórico para os profissionais que atuam na clínica com esses clientes. Ainda, a pesquisa se mostrou útil para aprofundamento e divulgação da ACP e na construção de conhecimento sobre a temática do suicídio, contribuindo para a redução de tabus, preconceitos e estigmas sobre o tema.

Palavras-chave: Abordagem Centrada na Pessoa; psicoterapia; ideação suicida.

Introdução

O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial e ocorre em todas as regiões do mundo. Em termos de definições, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) descreve o suicídio como sendo um ato consciente e intencional do indivíduo contra si com a intenção de morte, enquanto o comportamento suicida é definido como os comportamentos relacionados ao suicídio, como os pensamentos, os planos, as tentativas de suicídio e o próprio suicídio.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), apenas em 2012, cerca de 804 mil pessoas morreram por suicídio ao redor do mundo, o que representa um suicídio a cada 40 segundos e uma tentativa de suicídio a cada três segundos. Nessa linha, o quantitativo de mortes por suicídio anual ultrapassa o quantitativo de mortes decorrentes de homicídios e de guerras juntos (ABP, 2014).

Sendo assim, o suicídio é entendido como problema grave de saúde pública, em nível global. Apesar do cenário alarmante, o suicídio pode ser prevenido, pois a maior parte dos casos está relacionada a algum tipo de transtorno mental, que, muitas vezes, não foi diagnosticado ou tratado de forma adequada. Sendo assim, a detecção desses casos e o encaminhamento para especialistas são passos importantes na prevenção do suicídio (ABP, 2014). Nesse sentido, o atendimento clínico psicológico tem papel fundamental no combate ao autoextermínio.

Na atuação clínica, o psicoterapeuta age a partir de um referencial teórico específico, que sustenta teoricamente a sua prática e que guia e instrumentaliza o processo. Dentre as diferentes abordagens existentes na psicologia, temos a Abordagem Centrada na Pessoa – ACP, desenvolvida por Carl Rogers, que se insere na intitulada Psicologia Humanista, nascida na década de 1960 (Silva, 2019).

Na psicoterapia baseada na ACP, o cliente é visto como centro do processo psicoterápico, cabendo ao psicoterapeuta o papel de facilitador, colaborando para que esse

desperte seu potencial de crescimento, sua tendência atualizante, caminhando rumo à maturidade, autonomia, independência e autorrealização. Para ser capaz de auxiliar o cliente nessa autodireção da tendência atualizante, Rogers (2009) aponta que o psicoterapeuta deve vivenciar as três atitudes facilitadoras, a saber, congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática (Silva, 2019).

Além da abordagem teórica, o psicólogo deve seguir os preceitos do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), que estabelece princípios fundamentais que orientam a prática profissional da classe. Entre eles, o código aponta a importância do contínuo aprimoramento profissional, para o desenvolvimento científico da psicologia e sua prática. Portanto, na atuação diante das demandas do suicídio, é dever do psicólogo buscar se aprofundar em aspectos teóricos e práticos do manejo de situações de crise.

Além disso, o código de ética também aponta a importância da manutenção do sigilo profissional, com a finalidade proteger a intimidade da pessoa atendida. No entanto, o próprio código afirma que há a possibilidade de quebra desse sigilo, em casos excepcionais, buscando-se o menor prejuízo dos envolvidos (CFP, 2005). Portanto, o atendimento a pessoas com ideação suicida pode se enquadrar nessas exceções, devido ao risco de vida do cliente, podendo haver a necessidade quebra do sigilo como estratégia de criação de uma rede de proteção ao assistido. Além disso, também há quebra de sigilo devido a Portaria nº 1.271 (2014), que exige que os profissionais de saúde realizem uma notificação compulsória à Secretaria de Saúde sempre que tomem conhecimento de casos de tentativas de suicídio.

Por fim, a atuação junto a demandas do suicídio também exige do psicólogo grande preparo psicológico e emocional. Segundo Fukumitsu (2014), quando o profissional se disponibiliza para compreender a dor do outro é produzido nele efeitos igualmente dolorosos, portanto, para lidar com clientes com sofrimento grave ele deve ser capaz de lidar com o seu próprio sofrimento, podendo recorrer a própria psicoterapia ou a grupos de supervisão.

Diante do exposto, nota-se que o atendimento psicológico a pacientes com ideação suicida se mostra complexo, envolvendo dificuldades em relação aos aspectos éticos e com alto grau de exigência emocional do profissional, o que pode vir a influenciar na sua atuação e na possibilidade de vivenciar as atitudes facilitadoras propostas pela ACP. Sendo assim, questiona-se se seria possível criar uma relação psicoterapêutica, baseada na confiança e respeito, mesmo com a necessidade ou decisão de quebra de sigilo. O psicólogo deve direcionar o caminho da sessão e tentar impedir que um paciente cometa suicídio ou deve confiar na tendência atualizante do cliente mesmo quando ele tem buscado o autoextermínio como saída para suas dificuldades? É possível se manter congruente, com consideração positiva incondicional e com compreensão empática mesmo em casos de grande exigência emocional?

A partir desses questionamentos, essa pesquisa tem como objetivo geral analisar o papel da psicoterapia pautada na Abordagem Centrada na Pessoa diante de clientes com ideação suicida. Ainda, tem como objetivos específicos caracterizar o fenômeno do suicídio, caracterizar a Abordagem Centrada na Pessoa como um instrumento de apoio e analisar a percepção do psicoterapeuta sobre a Abordagem Centrada na Pessoa diante de processos de ideação suicida. Para alcançar os objetivos optou-se pela metodologia qualitativa, por meio da entrevista semiestruturada de três psicoterapeutas e a posterior análise a partir do método de análise de conteúdo.

Conforme levantado, o suicídio é um fenômeno complexo de saúde pública global, mas que pode ser prevenido. No entanto, esse tema ainda é considerado um tabu em diversas culturas, repleto de mitos, preconceitos e estigmas. Desse modo, é imprescindível a construção de conhecimento sobre o assunto, pois os estigmas relacionados a ele podem impedir as pessoas de buscarem ajuda, o que poderia evitar mortes precoces (Ministério da Saúde, 2017).

Partindo do conhecimento de que falar de forma responsável sobre o fenômeno do suicídio opera como um fator de prevenção, essa pesquisa visa contribuir para um melhor entendimento do fenômeno e cooperar para disseminação desse conhecimento e, portanto, para a prevenção de casos de suicídio (Ministério da Saúde, 2017).

Ainda, a pesquisa abarca a psicoterapia, a partir do referencial teórico da ACP, como estratégia de prevenção, destacando os psicólogos como profissionais da saúde e participantes de uma rede de suporte psicossocial. Dessa forma, a pesquisa busca contribuir para a ampliação dos conhecimentos sobre a prática psicoterápica e sobre a abordagem em destaque. Assim, pretende-se gerar reflexões sobre as limitações e suportes que a ACP proporciona ao profissional da psicologia em sua atuação clínica, mesmo lidando com um tema complexo e de elevada carga emocional.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo, é abordada a temática do suicídio, trazendo seus diferentes entendimentos ao longo da história da humanidade, definições e dados atuais do fenômeno, a importância da prevenção e o papel da psicologia nessa prevenção. No segundo capítulo, é apresentada a Abordagem Centrada na Pessoa, com um breve levantamento histórico da abordagem, seus principais postulados e princípios, o processo psicoterapêutico e a visão da abordagem sobre o suicídio. Já o terceiro capítulo descreve os aspectos metodológicos da pesquisa, contendo informações sobre os participantes, os instrumentos e as estratégias utilizadas na coleta e na análise das informações. Em seguida, o quarto capítulo apresenta as análises e discussões sobre as entrevistas realizadas, relacionando-as com o referencial teórico da Psicologia. Por fim, o trabalho é encerrado com as considerações finais, concluindo as discussões apresentadas e levantando os alcances e as limitações da pesquisa.

Capítulo 1 – O suicídio

Este capítulo trata sobre a temática do suicídio, apresentando um breve levantamento histórico, destacando como esse fenômeno foi percebido de acordo com as diferentes épocas e culturas. Ainda, é abordado sobre a importância da prevenção do suicídio e a participação da psicologia nesse processo.

1.1 - Na história

O suicídio atravessou toda a história humana, estando presente em todos os povos no decorrer dos séculos. No entanto, a forma de olhar para esse fenômeno se modificou ao longo do tempo e nas diferentes culturas (Silva, 2009). Nesse sentido, houve períodos em que o suicídio foi entendido como um fenômeno aceitável, desde que a certos critérios políticos e éticos, enquanto em outros foi entendido como abominável, trazendo consequências negativas para os corpos dos suicidas e para suas famílias (Alvarez, 1999).

Esse tema carrega um caráter inquietante, pois envolve a perplexidade diante dos mistérios da morte e o questionamento do próprio sentido da vida. Por esse motivo, o comportamento suicida é atravessado por discursos morais, religiosos, filosóficos, legais e científicos (Minois, 2001).

Na Grécia Antiga, havia uma pluralidade de opiniões perante a morte voluntária, variando conforme local, época e escola filosófica. O pensamento filosófico principal desse período era voltado para reconhecer o valor supremo do indivíduo e sua liberdade para decidir sobre quaisquer aspectos da sua vida. Nesse sentido, caberia a cada indivíduo decidir, com base na razão e na dignidade humana, se a vida merece ser conservada ou não, levando em conta se ela promove mais satisfação do que males. As correntes filosóficas contrárias ao suicídio compartilhavam a ideia do valor supremo do indivíduo e de suas escolhas, mas acreditavam que este não deveria optar por essa ação, defendendo até mesmo uma alteração do ritual de sepultamento do corpo do suicida. Platão entendia que como o ser humano é um

ser livre para escolher, também é responsável pelos seus atos, considerando o suicídio como um ato covarde de abandono de seus deveres diante da divindade. Em sentido próximo, Aristóteles enfatizava a importância do interesse coletivo acima do interesse pessoal, entendendo o suicídio como um ato de fraqueza contra a pátria, de abandono das responsabilidades e do papel social (Silva, 2009).

Na civilização romana, o fenômeno já era caracterizado dentro das leis estabelecidas. Segundo o código Justiniano, qualquer cidadão poderia tirar sua própria vida, sem qualquer punição para o corpo do suicida ou para sua família, desde que houvesse uma justificativa plausível, como dor, doença, loucura ou desonra. No entanto, no caso de falta de causa clara, o comportamento suicida era considerado como irracional e estabelecido como crime (Alvarez, 1999).

A Idade Média foi um período marcado pela forte influência da religião cristã. No entendimento dessa doutrina, a vida seria um dom sagrado de Deus e somente Ele possuiria o direito de retirá-la. Portanto, o suicídio passa ser compreendido como um ato proibido, um grande pecado, sendo que aqueles que optarem pelo autoextermínio não teriam direito ao acesso à vida eterna. Portanto, aquele que cometesse esse ato deveria estar louco ou possuído pelo diabo (Silva, 2009). O ato suicida era tão repudiado que o suicida tinha seus bens confiscados, seu corpo humilhado publicamente e seus familiares perseguidos (Alvarez, 1999). No entanto, vale ressaltar que na história da igreja cristã há suicídios que são tratados com algo admirável. As primeiras gerações de cristãos entregavam as suas vidas como um ato de coragem ou de fé inabalável até o martírio, sendo considerado um meio de alcançar o paraíso (Silva, 2009).

Na Idade Moderna houve uma retomada dos valores greco-romanos na Renascença, o que culminou na construção de uma nova forma de compreender ser humano e o mundo. A igreja deixa de possuir total saber e poder perante a sociedade, sendo que os casos de suicídio

passam a ser julgados pela esfera civil, passando a serem classificados como atos bárbaros e estúpidos. No entanto, a igreja permaneceu condenando o suicídio, mantendo-o como um dos pecados mais graves, porém com menor condenação aos familiares (Ulisses, 2012).

Com maior liberdade para tratar o tema, nesse período surgem as primeiras literaturas com o debate sobre a legitimidade de alguns tipos de morte voluntária, tanto com um olhar filosófico quanto científico. Em 1642, foi cunhado o termo "suicídio" pelo médico e filósofo Sir Thomas Browne, com origem nas palavras latinas *sui* (si próprio) e *caedere* (matar), com o intuito de diferenciar um homicídio contra outra pessoa e contra si próprio (Ulisses, 2012).

No âmbito filosófico, Immanuel Kant (1724-1804) se colocava contra o ato suicida, pois o compreendia como uma infração moral, um rompimento de um dever do indivíduo contra si mesmo. David Hume (1711-1771) apoiava que o ser humano teria o direito de findar sua própria existência, levando em consideração que esse ato não transgrediria as leis divinas, não causaria danos à sociedade e não seria contra os interesses daquele indivíduo. Nessa linha, Montesquieu (1689-1755), apesar de não encorajar o ato, afirmava que o autoextermínio não era um delito e que não causaria qualquer mal à sociedade ou à providência. Na visão do filósofo Arthur Schopenhauer (1788-1860), o suicídio seria um ato de ausência da vontade, pois tanto a vontade de viver quanto o sofrimento seriam inerentes à vida. Já o filósofo e escritor Voltaire (1694-1778), mesmo acreditando que o ser humano deveria suportar os sofrimentos em vez de se suprimir, afirma que o suicídio não seria um ato de covardia, pois necessitaria de uma força extraordinária de caráter para praticá-lo (Aquino, 2009; Silva, 2009).

No âmbito artístico, o suicídio foi representado como um ato guiado pelo sentimento, como um suicídio romântico ou um suicídio como libertação do sofrimento. Na literatura, o tema é inicialmente abordado no romance "A nova Heloisa", escrito por Rousseau, no qual o tema do suicídio é amplamente discutido pelos personagens principais, destacando os

aspectos contra e a favor do ato. Outro destaque foram as obras de Goethe, como “Os sofrimentos do jovem Werther” e “Fausto”. Inclusive o autor foi acusado de ter provocado, com as suas obras, a morte voluntária de vários jovens que teriam se identificado com seus personagens. No teatro, diversas peças traziam essa perceptiva ao grande público, entre elas as peças “Hamlet”, “Júlio César” e “Romeu e Julieta”, de William Shakespeare, tiveram grande destaque (Silva, 2009).

Entre os séculos XVIII e XIX, a questão do suicídio foi mudando de perspectiva. Foram sendo abandonadas as explicações de cunho moral e religioso, que relacionavam o suicídio a um pecado ou crime contra si mesmo ou contra a divindade. No lugar, abriu-se espaço para as explicações associadas a desequilíbrios das faculdades mentais, ou seja, entendendo o comportamento como sendo um sintoma psicológico, relacionado com os problemas inerentes à própria vida em sociedade (Aquino, 2009).

No século XX, essa visão ainda permanece, surgindo casos de suicídio relacionados com as características das sociedades industriais e dos conflitos bélicos, como o caso dos camicases na Segunda Guerra Mundial e os homens-bomba em ataques terroristas. No entanto, com o surgimento da neurociência, inicia-se a busca por explicações de base bioquímica para os comportamentos, trazendo a visão de que o comportamento suicida seria um ato involuntário, para além do controle individual, devendo o suicídio ser prevenido e não punido (Aquino, 2009).

Na contemporaneidade, o suicídio é tratado como um problema de Saúde Pública, sendo entendido sob a ótica da multicausalidade. Nesse sentido, o suicídio passou a receber contribuições de diversas áreas do conhecimento científico, entre elas da bioquímica, da farmacológica, da psiquiátrica, da psicológica e da genética (Bastos, 1995). Ainda, criou-se a especialidade específica sobre o tema, a Suicidologia, explorada, predominantemente, pela

psiquiatria e psicologia, tendo como autor destaque Edwig Schneidman com seus estudos sobre tanatologia e suicídio (Souza, 2020).

Deste modo, a partir desta revisão histórica, é possível compreender as várias formas com as quais o suicídio foi entendido e configurado na sociedade. O fenômeno já foi entendido como ato heroico ou pecaminoso, como um ato de loucura e desespero ou uma opção racional tomada pelo livre arbítrio. Ainda, no meio cultural, foram sendo construídas normas e regras como um meio de interditar ou evitar o fenômeno. Com isso, o tema adquiriu um caráter de tabu, de evitação, vergonha e culpa, permeado por preconceitos e estereótipos para com aquele que tenta retirar a sua própria vida e seus familiares (Ulisses, 2012).

1.2 - Definições

Conforme observado no tópico anterior, o suicídio é um fenômeno complexo que teve compreensões diferentes a depender da época e da cultura. Essas compreensões já assumiram tanto um olhar positivo como negativo, variando desde uma completa aprovação até uma extrema condenação. Na visão condenatória, o ato representa a destruição voluntária do maior bem que o ser humano possui, a própria vida, enquanto na visão de aprovação, o ato representa coragem e utilização da liberdade de escolha, mesmo perante a morte (Aquino, 2009).

Portanto, definir o suicídio não é uma tarefa simples e, com certeza, não é definitiva. Por se tratar de um fenômeno complexo, suas definições variam dependendo da área do conhecimento que a analisa, como: Sociologia, Filosofia, Epidemiologia, Psicologia e Medicina. Porém, o entendimento global é que o suicídio é um fenômeno resultante de uma combinação de fatores, sendo, simultaneamente, de natureza histórica, cultural e individual, ou seja, expressa-se nos indivíduos de forma biopsicossocial (Ulisses, 2012).

Na contemporaneidade, o fenômeno tem sido analisado pela visão científica, buscando uma compreensão do comportamento de forma objetiva, evitando juízos de valor e

se apoiando em aspectos classificatórios. Assim, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) define o suicídio como sendo um ato deliberado de matar a si mesmo e a tentativa de suicídio como sendo qualquer comportamento potencialmente suicida que seja não fatal, como envenenamento, lesão ou automutilação autoinfligida de forma intencional, com o sem a intenção de um resultado fatal. Ainda, define que o comportamento suicida se refere a uma variedade de comportamentos, que incluem a ideação, planejamento ou tentativa de suicídio e, ainda, o suicídio em si.

De maneira aproximada, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) descreve o suicídio como sendo um ato consciente e intencional do indivíduo contra si com a intenção de morte, enquanto o comportamento suicida é definido como os comportamentos relacionados ao suicídio, como os pensamentos, os planos, as tentativas de suicídio e o próprio suicídio.

No entanto, por mais objetivas que as definições atuais se proponham a ser, o suicídio ainda carrega influências culturais, religiosas e morais. Nesse sentido, o suicídio ainda é visto como um tabu, um comportamento carregado de uma conotação negativa, sendo qualificado como pecaminoso, criminoso, irracional ou injustificado (Carvalho, 2019).

Por outro lado, em alguns países o suicídio é legalizado, sob a forma de suicídio assistido ou eutanásia. Segundo Cruz e Oliveira (2013), as duas são práticas relacionadas ao encurtamento voluntário da vida. No suicídio assistido, uma pessoa gravemente enferma decide colocar um fim a sua própria vida e se utiliza da participação de um terceiro para realizá-lo. Na eutanásia, o encurtamento da vida é realizado por um médico, motivado ou não por compaixão, a pedido expresso ou presumido do enfermo, com o foco na dignidade dele.

Essas práticas levantam mais um debate em torno do suicídio, a morte digna. Esse debate envolve a possibilidade de pacientes terminais escolherem, de forma consciente e informada, evitar tratamentos que poderiam prolongar sua vida e prejudicar a sua qualidade de vida, na tentativa de abreviar o sofrimento diante da morte inevitável. Dessa maneira, o

tema da morte digna também levanta questões polêmicas, sob os olhares moral, jurídico, social, religioso, filosófico e médico. No Brasil, a prática do suicídio assistido é considerada crime e o auxiliador é enquadrado no Código Penal mesmo que sua ação tenha sido movida pelo sentimento de compaixão (Cruz & Oliveira, 2013).

Na presente pesquisa, o suicídio é entendido como sendo o ato intencional de tirar a própria vida, independente dos fatores que levaram a esse comportamento ou do método no qual foi utilizado. Quanto à tentativa de suicídio, é entendida como uma ação intencional, que se utiliza de um instrumento no qual o indivíduo acredita que resultará em sua morte, cujo objetivo é findar a própria vida.

1.3 - Prevenção

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), com dados de 2010 a 2016, estima-se que mais de 800 mil pessoas morram por suicídio todos os anos. Ainda, para cada morte por suicídio existem pelo menos outras 20 pessoas que realizaram tentativas não fatais. No entanto, como o suicídio ainda é visto como um tabu em muitos países, o número de suicídios pode ser ainda maior, pois essa visão favorece a subnotificação ou uma má classificação das mortes desse tipo, como acidente ou outra causa (WHO, 2014).

No Brasil, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2017) apontou que, entre 2011 e 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, passando de uma média de taxa geral de 5,3 por 100 mil habitantes em 2011 para a 5,7 em por 100 mil habitantes 2015. Os dados da OMS (WHO, 2019) apontam que, em 2016, foram registradas 13.467 mortes por suicídio no país.

Devido à importância do número de óbitos, o tema tem sido tratado como um problema de saúde pública em nível global. Por isso, o fenômeno se tornou foco de várias ações da OMS, inclusive sendo incluído dentro do Plano de Ação Global para o Desenvolvimento Sustentável. Além disso, em 2013, a OMS lançou o primeiro Plano de

Ação de Saúde Mental, que tinha como um de seus objetivos a prevenção do suicídio, traçando a meta de reduzir em 10% a taxa de suicídio todos os em países até 2020 (WHO, 2014).

Com esses esforços, entre 2010 e 2016, a taxa de suicídio global caiu 9,8%, mas apenas 38 países apresentam estratégias preventivas contra o problema. Nesse período, a única região que apresentou aumento dos casos foram as Américas, de 6% (WHO, 2019).

Apesar do cenário alarmante, acredita-se que a maior parte desses casos são evitáveis, ou seja, que o suicídio pode ser prevenido. Essa afirmação é baseada no dado de que em cerca de 90% dos casos de suicídio os indivíduos tinham algum tipo de transtorno mental, como depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Sendo assim, entende-se que, com a detecção precoce dessas perturbações e tratamento com profissionais especializados, esses casos podem ser evitados (OMS, 2006).

O Brasil também tem realizado esforços para reduzir a quantidade de suicídios em seu território. A partir da Portaria nº 1.271 (2014), a notificação de tentativa de suicídio passou a integrar a lista de doenças e agravos de notificação compulsória, tanto nos serviços de saúde públicos e privados. Essa notificação tem por objetivo desencadear o acompanhamento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além de buscar a prevenção de novas ocorrências.

Além disso, na rede pública, a atenção à saúde mental migrou de um modelo centrado em internações em hospitais psiquiátricos para um modelo de serviços comunitários de saúde mental, formado por diversas instituições públicas - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com isso, o cuidado com a saúde mental passou a ser tratado sob o olhar multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (Ministério da Saúde, 2011).

No entanto, devido à complexidade do tema, os esforços para a prevenção do suicídio não devem ser restritos ao setor público. Segundo a OMS, para melhores resultados é

necessário a colaboração de múltiplos setores da sociedade, públicos e privados, sendo eles dos setores de saúde ou não (WHO, 2014). Nesse sentido, o psicoterapeuta tem muito a contribuir com essa rede de apoio, tanto na prevenção, com clientes com ideações suicidas, quanto na posvenção, com os sobreviventes afetados pelo suicídio de conhecidos (Fukumitsu, 2014).

1.4 - Suicídio e Psicologia

Conforme descrito, o psicólogo tem muito a contribuir na prevenção do suicídio nas diversas áreas em que atua. Em especial, pelo atendimento de pessoas com algum tipo de transtorno mental ou que já possuam algum desejo de morte.

Como fonte de orientação na sua atuação, o psicólogo segue os preceitos do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), que estabelece princípios fundamentais que devem orientar a prática profissional dos psicólogos em suas diversas áreas de atuação. Ele estabelece que o psicólogo deve basear o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano, além de contribuir para eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Como uma de suas diretrizes, o código reforça a necessidade de contínuo aprimoramento profissional por parte do psicólogo, para o desenvolvimento científico da psicologia e sua prática. Portanto, na atuação diante das demandas do suicídio (prevenção, manejo ou enlutados) é dever do psicólogo buscar se aprofundar em aspectos teóricos e práticos no manejo de situações de crise, podendo optar por realizar cursos de extensão, especialização, supervisão, em complemento à leitura dos materiais públicos disponibilizados pelos diversos órgãos/instituições sobre o assunto (CRP-09, 2019).

O Código de Ética também aponta sobre a importância do sigilo profissional, em seus artigos 6º e 9º. Afirma que esse sigilo tem como finalidade proteger a intimidade da pessoa

atendida, resguardando o caráter confidencial das comunicações que foram estabelecidas no processo terapêutico. No entanto, no seu artigo 10º, o código afirma que, em casos excepcionais, o psicólogo pode considerar a quebra de sigilo quando há conflito entre a manutenção desse sigilo e os princípios fundamentais do código, buscando gerar menor prejuízo aos envolvidos (CFP, 2005).

Deste modo, o Código de Ética (CFP, 2005) não especifica claramente quando e como a quebra de sigilo deve ocorrer, deixando sobre a responsabilidade o psicólogo a análise crítica da situação. Em virtude disso, Conselho Regional de Psicologia 9ª Região, do estado de Goiás, publicou a Nota Técnica CRP-09 002/2019, que tem como objetivo orientar os psicólogos sobre o exercício ético da profissão diante de demandas voltadas ao suicídio e à automutilação. A nota esclarece que a Portaria nº 1.271, de 2014, sobre notificações compulsórias, se aplica aos profissionais de psicologia, em quaisquer das áreas de atuação. Sendo assim, há a responsabilidade de se realizar a notificação compulsória das tentativas de suicídio e automutilação para a Secretaria de Saúde, dentro de até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência do fato. Ainda, para além da notificação compulsória, a nota explica que a quebra de sigilo para um familiar ou para outros profissionais envolvidos é mandatório e tem como objetivo criar uma rede de proteção ao paciente (CRP-09, 2019).

Além de aspectos teóricos e éticos citados, a atuação junto a demandas do suicídio também exige do psicólogo grande preparo psicológico e emocional. Segundo Botega (2019, citado por CRP-09, 2019), muitos profissionais evitam trabalhar com pessoas potencialmente suicidas, devido ao medo de se sentirem responsabilizados por sua eventual morte. O autor afirma que muitos daqueles que decidem atuar com esse público e mantêm esse temor podem ter suas percepções obscurecidas, levando a manejos equivocados e com pouco suporte teórico. Caso necessário, o psicólogo pode recorrer à sua própria psicoterapia, a fim de ampliar seu o processo de autoconhecimento e sua disponibilidade interna para as

intervenções que se fizerem necessárias diante de pacientes com essas demandas (CRP-09, 2019).

Portanto, o psicólogo pode ser um grande aliado na prevenção do suicídio. Contudo, lidar com clientes com esse alto grau de sofrimento demanda muito desses profissionais, que necessitarão de um contínuo aprimoramento teórico, de manejo dos aspectos éticos e de um alto grau de controle emocional.

Capítulo 2 – Abordagem Centrada na Pessoa

Este capítulo trata sobre a Abordagem Centrada na Pessoa, apresentando um breve histórico da psicologia humanista e da abordagem citada. Ainda, serão trazidos os conceitos básicos dessa abordagem, o seu funcionamento na clínica psicoterápica e a sua relação com a temática do suicídio.

2.1 - Breve histórico

Os anos 1960 foram marcados, historicamente, como um período de intensas revoltas políticas. Nesse período, a cultura vigente era cientificista e a organização social estava voltada para um modelo tecnocrático. Portanto, o foco era a busca incessante por modernização, racionalização e planejamento, deixando de lado os aspectos sociais e humanos. A juventude da época começa um movimento de crítica à forma de organização social e de poder, movidos por uma rejeição geral do caminho em que a sociedade estava tomando. A preocupação geral era que o modo como o ser humano estava sendo tratado e compreendido estaria destruindo a própria condição humana (Campos, 2006).

Nesse sentido, os jovens rejeitaram a cultura dominante, seus modelos tradicionais e suas formas de autoridade. Buscava-se uma sociedade mais livre, baseada em novas maneiras de pensar, de se relacionar e de compreender o ser humano e o mundo. Esse clima cultural possibilitou a construção de uma nova proposta de psicologia, que pudesse abarcar a visão emergente de ser humano pautado na liberdade, autorrealização, criatividade e capacidade de estabelecer relações pessoais abertas, autênticas, expressivas e prazerosas (Campos, 2006).

Foi do entendimento de alguns psicólogos americanos da época que os modelos vigentes de psicologia eram limitados e não abarcavam essa visão mais humana, mais voltada para os problemas do ser humano (Campos, 2006). Portanto, a Psicologia Humanista surge como uma alternativa a essas tendências dominantes, Psicanálise e Behaviorismo, ficando conhecida como a “terceira força” da Psicologia (Pereira, 2009).

Segundo esses psicólogos, o behaviorismo, daquela época, buscava estudar o comportamento humano de forma objetiva, por meio da análise de respostas condicionadas, sendo o ser humano um tipo de organismo mecanizado que responde aos estímulos do ambiente. Para os behavioristas, o que não poderia ser estudado objetivamente não teria validade científica, portanto, a consciência não poderia ser estudada. Como crítica, o novo modelo afirmava que os seres humanos não poderiam ser objetivados, quantificados ou reduzidos a simples mecanismo de estímulo-resposta (Campos, 2006).

Com relação à Psicanálise, os psicólogos humanistas criticavam as tendências deterministas presentes nessa abordagem e a prevalência do inconsciente em detrimento do papel da consciência. Ainda, criticavam os psicanalistas freudianos por apresentarem uma visão pessimista, determinista e psicopatológica de ser humano, focando seus estudos nas pessoas mentalmente perturbadas - neuróticos e psicóticos. Sendo assim, os humanistas acreditavam que a psicologia também deveria enfatizar a saúde, o bem-estar, a liberdade experiencial e o potencial humano de crescimento e de autorrealização (Campos, 2006).

Deste modo, a proposta de Psicologia Humanista visava se afastar das psicologias já postas e desenvolver essa nova forma de entendimento humano. No entanto, essa psicologia não seguiu o pensamento de determinado autor ou de uma escola específica, sendo que os pressupostos gerais dela abriram espaço para construção de diversas escolas de pensamento que se identificaram com os pressupostos gerais levantados. Dentre eles, visava-se enfatizar a visão de ser humano como sendo essencialmente livre, intencional e consciente, capaz de tomar decisões e guiar seu caminho no mundo. Como sendo um ser em constante busca de si mesmo, em um processo contínuo de vir a ser e que apresenta uma tendência “natural” para esse desenvolvimento. Portanto, o tema central dos estudos seria a dimensão subjetiva do indivíduo, pela compreensão da vivência das suas experiências presentes, dos sentimentos, das emoções, dos valores, das inter-relações, etc. (Campos, 2006).

Uma das principais correntes que compõem a Psicologia Humanista é a Abordagem Centrada na Pessoa – ACP, criada por Carl Rogers. Apesar de a década de 1960 ser considerada o auge dos movimentos políticos e sociais e o marco da criação da Psicologia Humanista, as mudanças requeridas nesse período já estavam sendo iniciadas nas décadas anteriores. Nesse sentido, Rogers já desenvolvia sua construção teórica desde os anos 1930, a partir das suas atividades psicológicas com crianças. Posteriormente, seu foco voltou-se para a compreensão do fazer psicológico clínico e do processo psicoterapêutico, passando, também, pela proposição de uma teoria da personalidade. A sua colaboração para a Psicologia foi tão expressiva que a abordagem se desdobrou para diversas áreas fora do ambiente clínico, o que culminou em seu destaque internacional como um dos principais psicólogos do século XX, sendo, inclusive, indicado para o prêmio Nobel da Paz, em 1987 (Silva, 2019)

No entanto, a construção da sua teoria não ocorreu de forma linear. A partir da sua experiência profissional, o pensamento do autor foi se modificando e, com isso, a própria denominação de sua proposta teórica também sofreu alterações. Autores que discutem o trabalho de Rogers consideraram que a trajetória pode ser dividida em diferentes fases, de acordo com o foco de interesse presente em cada momento de sua teoria e metodologia. Apesar de não haver um consenso sobre o número de fases ou quais seriam essas, a divisão mais adotada tem sido a originalmente formulada por Hart e Tomlinson, em 1970, no livro *New directions in clientcentered therapy*. Essa divisão estabelece três fases relacionadas à psicoterapia: Fase Não-Diretiva (1940-1950), Fase Reflexiva (1950-1957) e Fase Experiencial (1957-1970). Moreira (2010) propõe uma quarta etapa, a Fase Coletiva ou Inter-Humana (1970-1987), que abarcaria a ACP (Moreira, 2010).

A Fase Não-Diretiva se iniciou com a palestra apresentada por Rogers em dezembro de 1940, quando ele declara o nascimento da sua proposta inovadora de psicoterapia. A obra

de referência desse período é, com o título em português, *Psicoterapia e consulta psicológica*, publicada nos Estados Unidos em 1942 e no Brasil em 1973. Nessa fase, a teoria se baseava no impulso individual do sujeito rumo ao crescimento e à saúde, sendo que a própria relação terapêutica pode ser entendida como uma experiência de crescimento. Coloca a ênfase nos sentimentos, no momento presente e no indivíduo, ao invés do problema. O terapeuta renuncia ao papel de especialista, tendo atitudes voltadas para a permissividade, por meio de postura de neutralidade, tentando intervir o mínimo possível e deixando o cliente conduzir a sessão. A ideia de não-diretividade foi bastante criticada e mal interpretada, gerando confusão sobre a atuação do terapeuta, sendo entendido como omissivo ou impossibilitado de falar. Essa interpretação trouxe uma imagem negativa e equivocada para a teoria, sendo que o próprio autor abandona o termo, desde a década de 1950, considerando-o inadequado (Moreira, 2010).

A Fase Reflexiva recebe essa denominação devido ao foco da psicoterapia se centrar no reflexo dos sentimentos do cliente. A obra de referência dessa etapa é o livro *Psicoterapia Centrada no Cliente*, de 1951. Nesse contexto, a função do terapeuta é mais ativa e tem o cliente como foco de sua atenção. Ele busca promover o desenvolvimento do cliente por meio da construção de uma atmosfera desprovida de ameaça, ou seja, pelo estabelecimento de três condições facilitadoras: empatia, aceitação positiva incondicional e congruência (Moreira, 2010).

Na Fase Experiencial, o foco da psicoterapia passa a ser a experiência vivida do cliente, do terapeuta e da relação entre ambos. Essa etapa foi influenciada pelo conceito de experienciação, de Eugene Gendlin, e teve como obra de referência o livro *Tornar-se pessoa*, publicado em 1961. A psicoterapia passa ter como objetivo auxiliar o cliente a usar por inteiro a sua própria experiência, de modo a desenvolver uma maior congruência do *self* e do desenvolvimento relacional. No entanto, a experiência do terapeuta também ocupa um lugar

significativo na relação terapêutica, sendo que a relação terapêutica passa a ser entendida como um encontro existencial. Logo, o destaque é dado à congruência como atitude facilitadora (Moreira, 2010).

A Fase Coletiva ou Inter-Humana refere-se ao momento em que Rogers passa a denominar a sua teoria de Abordagem Centrada na Pessoa, em 1976. O livro de referência dessa etapa é *Um jeito de ser*, publicado em 1980. Nessa etapa, Rogers se interessa mais por aspectos mais amplos, para além do processo psicoterápico individual, focando na relação humana coletiva, em atividades de grupo e de relacionamentos sociais. Além disso, Rogers passa a trabalhar com conceitos que existem em outras áreas da ciência, ampliando seus valores e ideais, em um sentido mais holístico, místico e transcendental (Moreira, 2010).

2.2 – Principais conceitos

Para melhor compreender a obra rogeriana é preciso entender alguns dos conceitos básicos que suportam toda a sua teoria. Nesse sentido, sua abordagem tem como postulado fundamental a tendência atualizante, a noção do eu (*self*) e a liberdade experiencial. Além disso, os conceitos conhecidos como as atitudes facilitadoras (congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática) são de fundamental importância quando se busca construir um ambiente facilitador ao crescimento humano.

A tendência atualizante, de acordo com Rogers e Kinget (1975), caracteriza-se como sendo uma capacidade inerente de todo ser humano, que visa desenvolver as suas potencialidades para favorecer a sua conservação e seu enriquecimento, levando-se em consideração as possibilidades e limitações do meio. O termo enriquecimento é utilizado pelos autores no sentido subjetivo, como sendo tudo aquilo que promove satisfação, que o próprio sujeito percebe como valoroso.

Essa tendência é entendida como uma capacidade que atua de forma global no organismo, estando presente tanto no nível físico como experiencial, dirigindo o ser no

sentido da autonomia e da unidade (Rogers & Kinget, 1975). A pessoa é impelida à autorrealização, da mesma forma que uma semente tem em si o impulso para tornar-se uma árvore (Royer, 2018).

Outro conceito de fundamental importância na teoria é a noção do eu, também designada como autoimagem, imagem de si ou *self*. A expressão é entendida como sendo um conjunto organizado e mutável das percepções do indivíduo sobre si mesmo. Essa estrutura perceptual é formada a partir dos significados que a pessoa formula em suas interações com o ambiente e com outras pessoas, levando-o a desenvolver sua realidade subjetiva e particular. Essa configuração é sempre organizada e coerente, apesar de estar em constante processo de mudança, acompanhando as experiências do indivíduo em cada momento de sua existência (Rogers & Kinget, 1975; Silva, 2019).

A tendência à atualização e a noção do eu são fatores que estão relacionados, sendo que a conjugação desses dois fatores determina o comportamento humano. Nesse sentido, a tendência atualizante representaria o fator dinâmico, a energia para realização do comportamento, enquanto a noção do eu representaria o fator regulador, a direção na qual o comportamento será realizado (Rogers & Kinget, 1975).

Conforme descrito, a tendência à atualização age na busca da conservação e do enriquecimento do eu, sendo, portanto, contrária a tudo que possa comprometer esse eu, tudo que possa diminuir, desvalorizar ou entrar em contradição com ele. No entanto, a noção do eu está relacionada a percepção do indivíduo sobre si, podendo esta percepção estar de acordo ou não com a realidade objetiva. Nesse sentido, a noção do eu é considerada realista quando há correspondência entre os atributos que o indivíduo acredita possuir e aqueles que ele de fato possui (Rogers & Kinget, 1975).

Para verificar o caráter realista dessa percepção, o indivíduo dispõe de dois critérios: um de natureza mais ou menos particular, que consiste na experiência vivida do indivíduo

sobre si; e outro de natureza mais ou menos pública, que consiste no testemunho fornecido pelos outros em relação a ele (Rogers & Kinget, 1975).

Portanto, entende-se que a eficácia ou a ineficácia da tendência atualizante depende do caráter realista da noção do eu. Nesse sentido, caso a noção do eu seja realista, a operação da tendência atualizante terá boas chances promover comportamentos eficazes e conduzir o sujeito à satisfação subjetiva. Caso contrário, a tendência atualizante não será clara e irá se propor a fins difíceis de atingir, que culminarão em fracassos e frustrações, impedindo um bom funcionamento do organismo (Rogers & Kinget, 1975).

Uma forma não-realista da noção do eu ocorre quando o indivíduo constrói uma noção do eu ideal, ou seja, com um conjunto de características que ele gostaria que o descrevessem. Ele, então, passa a introjetar crenças que não correspondem à sua realidade, criando uma imagem distorcida de si e se distanciando de quem realmente é. Com isso, a tendência atualizante busca manter a coerência com essa imagem, dando início a um processo de desajustamento e de rigidez perante o fluxo de crescimento pessoal (Royer, 2018).

Muitas vezes, essas crenças são introjetadas por uma tentativa do indivíduo de tentar se aproximar daquilo que acredita que o outro espera dele, ou seja, ele negar ou deformar suas opiniões e atitudes íntimas em busca de manter a afeição das pessoas que considera importantes. Portanto, para um crescimento saudável, Rogers e Kinget (1975) apontam a importância de o sujeito possuir uma liberdade experiencial, sendo essa uma sensação de liberdade para reconhecer e elaborar suas experiências e sentimentos pessoais, da forma que lhe parecer mais apropriada. Com isso, o indivíduo poderia expressar suas experiências, pensamentos, emoções e desejos independentemente da conformidade destes às normas sociais e morais, ou seja, sem julgamentos e ameaças.

Deste modo, a abordagem proposta por Rogers tem como hipótese central a ideia de que o ser humano possui dentro de si muitos recursos para se autocompreender e para

modificar seus autoconceitos, atitudes e comportamentos, desde que haja um clima favorável ao crescimento, que contenha atitudes psicológicas facilitadoras. Para a criação de um clima desses, é necessário que três condições estejam presentes, sendo elas a congruência, a consideração positiva incondicional e a compreensão empática (Rogers, 1983).

As condições mencionadas se aplicam a qualquer relação humana na qual se busque criar um clima de favorecimento de crescimento, incluindo o processo psicoterápico. Nesse caso, cabe ao psicoterapeuta proporcionar essas condições para favorecer o desenvolvimento pessoal do cliente. Sendo assim, ele deve ser congruente, também entendido como autêntico ou sincero, sendo capaz de vivenciar abertamente os seus sentimentos e atitudes que irão surgindo no momento, na relação com o outro, sem máscaras ou barreiras profissionais e pessoais (Rogers, 2009).

O conceito de congruência está associado a três fatores: experiência, representação correta na consciência e comunicação. A concordância entre esses fatores permite que o indivíduo esteja congruente, ou seja, capaz de realizar boa comunicação consigo e com os outros. Em outras palavras, ser congruente é buscar a semelhança entre a experiência (o que está sendo sentido), a tomada de consciência (o que está sendo percebido) e a comunicação (o que está sendo expresso). Nesse mesmo sentido, apresentar desacordo entre algum desses fatores é denominado de incongruência (Royer, 2018; Silva, 2019).

A condição facilitadora denominada consideração positiva incondicional está relacionada com o vivenciar de uma atitude calorosa, positiva e de aceitação do cliente, sem julgamentos ou avaliações. Nessa consideração, o aspecto positivo se refere a esses sentimentos e atitudes de calor, acolhida, simpatia, respeito e aceitação diante da experiência do outro, enquanto o aspecto incondicional consiste em se considerar dignas todas as experiências vivenciadas pela pessoa, sem julgamentos ou críticas (Rogers, 2009; Pereira, 2009).

Por fim, a compreensão empática é a disposição do terapeuta em ser sensível aos sentimentos e às significações pessoais do cliente, além de comunicá-las a ele, de modo a demonstrar que ele está sendo compreendido nessa relação. É buscar se colocar no seu lugar e perceber seu mundo subjetivo “como se” fosse essa pessoa, ou seja, tendo como referência o ponto de vista e os valores dela (Rogers, 2009; Pereira, 2009).

2.3 - O processo psicoterápico na ACP

A Abordagem Centrada na Pessoa, seguindo a proposta da Psicologia Humanista, buscou se afastar das abordagens psicológicas clássicas de sua época, desenvolvendo uma nova forma de entender o ser humano e, conseqüentemente, uma nova forma do fazer psicoterápico. Assim, a psicoterapia nessa abordagem não seguiu enfoque nas patologias ou nas experiências passadas do indivíduo, tendo como foco o indivíduo, o seu crescimento e as suas potencialidades, por meio do que é experienciado no momento presente, no aqui e agora (Braga, 2020).

Essa abordagem propõe que a pessoa possui em si mesmo uma capacidade, latente ou manifesta, de compreender-se a si mesmo, de resolver seus problemas e de caminhar no rumo ao funcionamento adequado, com maturidade, autonomia, independência e autorrealização. No entanto, para mobilizar tais recursos, o indivíduo necessita de um contexto de relações humanas positivas e favoráveis à concepção que o sujeito faz de si. Sob essa premissa, a psicoterapia baseada na ACP coloca o cliente como centro do processo psicoterápico, tendo o psicoterapeuta o papel de facilitador, colaborando para a construção desse ambiente favorável, capaz de despertar o potencial de crescimento ou a tendência atualizante do cliente (Pereira, 2009).

Nessa linha, o cliente possui a liberdade para conduzir o seu próprio processo de crescimento, sem que haja uma figura de autoridade ou uma relação de dependência com o psicoterapeuta. Munido desta liberdade, o cliente se sente confortável para expressar seus

sentimentos, positivos ou negativos, sem medo de julgamentos ou repreensões, algo que usualmente não ocorre em suas relações cotidianas. Com isso, o cliente pode examinar a sua experiência da forma como realmente a sente, sem precisar distorcê-la para se adaptar a um conceito previamente construído de si mesmo. Enquanto isso, o terapeuta mantém o foco apenas no que diz respeito ao cliente, buscando facilitar o seu caminho de compreensão das suas questões e das escolhas que ele fará a partir desse ponto (Melo, Lima & Moreira, 2015).

Nesse cenário, há a vivência de uma relação empática, na qual os sentimentos transmitidos pelo cliente são também sentidos pelo terapeuta, devido ao seu foco no cliente e sua vivência das atitudes facilitadoras. Com isso, o cliente se sente compreendido, valorizado, enxergado pelo psicoterapeuta, favorecendo o seu processo de aceitação do eu, pois está experimentando, no momento da psicoterapia, essa aceitação vinda do outro. A partir dessa aceitação, o cliente passa a se permitir crescer, criar possibilidades e desenvolver novos significados para a sua vida (Braga, 2020).

Logo, a psicoterapia centrada na pessoa visa auxiliar o cliente a ter uma melhor compreensão de si mesmo e de seus problemas, pois, desta forma, poderá desenvolver os melhores métodos para enfrentar seus problemas da atualidade e do futuro. O cliente passa a ter uma maior clareza sobre suas percepções, sentimentos e angústias, passando a construir novos sentidos na sua experiência individual e a realizar experiências de descoberta em suas relações consigo e com os outros. É um processo de mudança na organização das experiências do cliente, que tende a sair de um estado de rigidez para um mais flexível, podendo apresentar uma grande transformação na sua vida (Melo, Lima & Moreira, 2015).

Portanto, o objetivo da psicoterapia, nessa abordagem, seria o de auxiliar o cliente a tornar as suas experiências plenamente conscientes, de modo a conseguir, gradativamente, aceitar as experiências sentidas sem a necessidade de negá-las, passando a incorporá-las como parte de si. Rogers (1987) define esse movimento como sendo a capacidade de “tornar-

se quem ele é”, o que seria vivenciar as experiências dos seus sentimentos de uma maneira mais profunda e elevada, tendo um campo de percepções mais extenso e mais dilatado. Com isso, o indivíduo tornar-se-ia congruente, alinhando o que é sentido pela experiência, com o que é simbolizado na consciência, com o que é expresso no mundo externo (Rogers, 1987; Melo, Lima & Moreira, 2015).

2.4 - ACP e suicídio

Conforme apresentado, a Abordagem Centrada na Pessoa entende o ser humano como possuidor de liberdade e possibilidades e em constante crescimento e evolução, desde que lhe sejam ofertadas as condições psicológicas necessárias para esse crescimento (Melo, Lima & Moreira, 2015). No entanto, quando não há condições facilitadoras, o sujeito constrói uma imagem distorcida de si, estática, da maneira como acredita que deveria ser. Com isso, torna-se incongruente consigo, rígido na sua forma de pensar e agir. A experiência vivida não é plenamente compreendida na consciência, pois é interpretada, filtrada ou negada a partir das significações passadas (Rogers, 1987).

Nessa linha, um indivíduo com ideações suicidas pode ser entendido como alguém com uma incongruência entre o seu eu e as suas experiências. Ele vive de forma rígida, por meio de uma concepção predefinida de si mesmo, gerada a partir da visão das outras pessoas, que ele introjeta por necessidade de afeto. Essa concepção passa a representá-lo, mas de forma inautêntica, distorcendo suas experiências e aquilo que acredita ser, em outras palavras, ele tenta ser o que acredita que as pessoas esperam dele e não o que realmente é (Fonseca & Lôbo, 2015).

Uma vivência autêntica e congruente possibilita que o indivíduo construa sentido em suas experiências e, através desse sentido, busque crescimento e autorrealização. Portanto, o indivíduo incongruente, que não consegue viver autenticamente, dificilmente encontra

sentido em sua existência, passando a viver um vazio existencial, que pode desencadear o desejo pela finitude (Silva, Alves & Couto, 2016).

As pessoas com ideação suicida tendem a ter uma concepção rígida de si, não conseguindo conceber outras formas de existir, encontrando o fim da própria vida como única alternativa para frear o sofrimento e o vazio existencial. No entanto, como a falta de sentido as levou a considerar o fim da vida, encontrar sentidos que as possibilitem viver de forma mais genuína, pode levá-las a querer permanecer vivas (Melo, Lima & Moreira, 2015).

Nesses casos, a psicoterapia pode ter um papel importante, apoiando a pessoa na busca e no encontro de novos sentidos para sua vida. Nessa linha, a psicoterapia com base na ACP entra como uma boa opção para lidar com este e outros fenômenos complexos da existência humana, pois possui uma visão humanizada e holística do ser humano. A abordagem promove uma relação pautada na empatia e na aceitação, na qual a existência do outro é valorizada, podendo levá-lo a considerar a validade de sua própria vida e encontrar sentidos para ela. Essa relação também é pautada na comunicação, compreensão e respeito pelo sentir do outro, tornando possível o compartilhamento de dores, sofrimentos, angústias, alegrias e experiências, o que é um passo fundamental na prevenção do suicídio (Melo, Lima & Moreira, 2015; Carvalho, 2019).

Vale ressaltar que a relação proposta pela ACP não está restrita ao ambiente psicoterápico, podendo ser construída em diversos ambientes sociais. Como exemplo, temos o trabalho desenvolvido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição que promove um programa de apoio emocional, aberta a comunidade, com foco na prevenção do suicídio. O programa tem como embasamento teórico a ACP, ensinando voluntários a criarem relações com condições favoráveis para o desenvolvimento das pessoas que buscam o serviço, promovendo um espaço para que elas se sintam confortáveis para desabafar, entrar em contato consigo mesmas de forma profunda e promoverem mudanças em suas vidas. A

organização realiza o atendimento ao público de forma presencial, pelo telefone 188 ou pelo site www.cvv.org.br (Carvalho, 2019).

Capítulo 3 - Metodologia

3.1 - Tipo de estudo

A pesquisa realizada é do tipo qualitativa, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas. As pesquisas com essa metodologia são mais adequadas quando se busca compreender algum fenômeno a partir da perspectiva dos participantes que vivenciam a situação em estudo. Sendo assim, ela é ideal para pesquisas de cunho exploratório, com caráter descritivo e que se busca o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade. Esse tipo de pesquisa se utiliza de instrumentos pouco estruturados e de maior flexibilidade, pois as descobertas de campo podem gerar desdobramentos e acabar por modificar o rumo da pesquisa (Godoy, 1995).

Deste modo, a metodologia qualitativa se mostrou assertiva nessa pesquisa, pois auxiliou a compreensão de um fenômeno específico a partir da análise individual e subjetiva de sujeitos que vivenciaram essa situação.

3.2 - Participantes

A pesquisa foi realizada com três psicólogos que atuam na área clínica com base na ACP e que já tinham atendido pelo menos um cliente com ideação suicida. Para garantir a confidencialidade, os participantes foram nomeados P1, P2 e P3 e sua apresentação contém apenas as informações de gênero, tempo de experiência clínica e primeiro contato com a ACP.

A participante P1 é do gênero feminino, possui 12 anos de experiência na área clínica e conheceu a ACP na faculdade. O participante P2 é do gênero masculino, possui 31 anos de experiência na área clínica e conheceu a ACP na faculdade. O participante P3 é do gênero masculino, possui 20 anos de experiência na área clínica utilizando uma abordagem que abrange a ACP e a Gestalt Terapia, conheceu a ACP antes da faculdade realizando a sua psicoterapia e possui um Mestrado na temática do suicídio.

3.3 - Instrumentos

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada (Apêndice A), realizada de modo remoto, a partir da utilização de um computador com câmera e microfone e da ferramenta de videochamada Google Meet.

A entrevista semiestruturada consiste em elaborar um roteiro prévio à entrevista, o qual contém as principais perguntas a serem feitas aos participantes. No entanto, o roteiro é apenas norteador, sendo que perguntas complementares surgem durante o processo de interação entre o pesquisador e o participante, de acordo com as circunstâncias momentâneas do processo. Para Manzini (1991), esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

3.4 - Estratégia de coleta das informações

Segundo a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (2012), toda pesquisa cujo objeto ou sujeito de análise é um ser humano deve, necessariamente, ser aprovada por um comitê de ética. Essa medida visa proteger os indivíduos e a sociedade contra possíveis abusos que poderiam ser cometidos por pesquisadores contra o bem-estar do ser.

Neste sentido, o primeiro passo para o início dessa pesquisa foi a aprovação junto ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília, cadastrado no sistema eletrônico nacional Plataforma Brasil. Essa aprovação ocorreu em 28 de julho de 2021, com número de identificação CAAE: 46481221.7.0000.0023.

Em seguida, foi realizada a seleção dos participantes, que ocorreu a partir da rede de relacionamentos do pesquisador, selecionando dentre os psicólogos conhecidos os que atendiam aos critérios de participação estabelecidos para a pesquisa - atuar na clínica com base na ACP e ter atendido pelo menos um cliente com ideação suicida.

As entrevistas ocorreram por meio remoto, com apoio da ferramenta de videochamada Google Meet e tiveram duração média de 40 minutos. Após o contato inicial e a confirmação

do interesse de participação da pesquisa, foi designada uma data e horário cômodo para a realização da entrevista virtual, a qual teve seu áudio gravado para posterior transcrição, visando a realização das análises.

Antes do início das entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi enviado por e-mail para os participantes, assinado e devolvido por e-mail ao pesquisador.

3.5 - Estratégias de análise das informações

Para analisar as informações obtidas por meio das entrevistas, utilizou-se o método de análise de conteúdo (Bardin, 2011), que consiste em um conjunto de técnicas que objetivam destacar os sentidos presentes em um texto. Esse método leva em consideração tanto os conteúdos manifestos (explícitos) quanto os conteúdos simbólicos (latentes), que carecem de interpretação para desvendar seu real sentido, levando a compreensão dos significados do texto para além de uma leitura comum (Campos, 2004).

A análise de conteúdo ocorreu segundo as fases apontadas por Bardin (2011), sendo elas pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na primeira fase, pré-análise, foi realizada a organização do material por meio do primeiro contato, a gravação das entrevistas e a realização das suas transcrições. A partir delas, foram formulados indicadores que orientarão as fases seguintes (Câmara, 2013).

Na fase de exploração do material, foi analisado o conteúdo presente nas entrevistas transcritas e criado categorias de análise, que podem ser descritas como enunciados ou temas construídos pelo agrupamento de elementos constitutivos dos textos que possuam certo grau de intimidade ou proximidade entre si. Essas categorias foram criadas a partir de critérios predefinidos, voltados para responder o problema de pesquisa (Campos, 2004).

Por fim, na fase de tratamento dos resultados, foram feitas interpretações e inferências, buscando compreender os significados para além do conteúdo expressamente

manifesto nos documentos. Ainda, foi relacionado o resultado obtido com as referências teóricas do assunto (Câmara, 2013).

Capítulo 4 - Análise e Discussões

As análises elaboradas neste capítulo foram feitas conforme as etapas indicadas por Bardin (2011). Após a realização das três entrevistas semiestruturadas e suas respectivas gravações, foi realizada a transcrição integral do conteúdo. Em seguida, foram elaboradas categorias temáticas, agrupando os pontos de destaque das falas dos entrevistados e articulando-os com os conceitos e referenciais teóricos da Psicologia, a saber: ideação suicida na psicoterapia, a ACP como suporte teórico, quebra de sigilo e notificação compulsória, eficácia dos atendimentos e aspectos pessoais do psicoterapeuta.

4.1 - Ideação suicida na psicoterapia

Nesta categoria, foram agrupados os comentários sobre a presença de clientes com ideação suicida dentro do ambiente de psicoterapia. Nesse sentido, os participantes discorreram sobre a presença desse público no consultório, sobre a postura do psicoterapeuta diante do assunto.

Todos os participantes trouxeram que é bastante comum o atendimento em psicoterapia de clientes com ideação suicida.

“Eu acho que não teve uma semana da minha vida, em todos esses anos, que alguém não fale a respeito do tema, né. Acho que é bem comum, mesmo” (P2).

Foi levantado que a expressão utilizada, ideação suicida, é recente e surgiu a partir de uma maior preocupação e estudo sobre o tema. No entanto, mesmo sem esse rótulo, o tema da vontade de morrer sempre foi comum no ambiente clínico.

“Hoje em dia, tem-se falado esse nome, né, ideação suicida. Antigamente, não se falava. Agora meio que todo mundo começa a comentar dessa forma. Mas sim, as pessoas trazem muito sofrimento para clínica e dentre esses sofrimentos à vontade de sumir, de não estar aqui, faz parte dentro do repertório delas, essa é uma das saídas” (P1).

Além disso, o entrevistado P3 se aprofundou em estudos na área da compreensão do fenômeno do suicídio. Sendo assim, ele entende que se torna uma referência no assunto, devido a palestras que ministra e os conteúdos que produz, atraindo ainda mais esse público para o seu consultório.

“Como foi um tema de estudo do meu mestrado, então acabou que isso ficou sendo conhecido e mais pessoas acabaram me buscando em razão de ser alguém da área, alguém que, de vez em quando, fala sobre o tema. (...) Então, a gente acaba, por estar nesse lugar de fala, sendo procurado por mais pessoas que trazem essa demanda, do comportamento suicida como um todo” (P3).

Sendo assim, os participantes colocam que a ideação suicida aparece de forma rotineira no ambiente clínico, pois é um ambiente que lida, cotidianamente, com sofrimentos profundos.

“O suicídio é uma saída para quem não achou outra saída. Então, para mim, é uma tentativa da pessoa, do organismo, de tentar lidar com a dor. E, às vezes, a dor é tão intensa que alternativa que a pessoa imagina que tem como solução é a morte” (P2).

Logo, os participantes apontaram a ideação suicida como uma tentativa da pessoa de lidar com um sofrimento profundo e que entendem o fim da vida como uma possibilidade de terminar com esse sofrimento. De maneira semelhante, a pesquisa realizada por Zana e Kovács (2013) apontou uma das motivações do suicídio como sendo um último ato em um processo doloroso no qual a pessoa não veria outras saídas.

Os entrevistados entendem ser legítima a vontade do cliente de querer terminar com a própria vida e que essa deve ser respeitada, apesar de o próprio terapeuta não concordar.

“Eu entendo que a vontade de se suicidar faz parte do repertório daquela pessoa. É uma das saídas e ela encontrou para resolver os problemas dela, né. (...) Então, apesar de eu não concordar e, muitas vezes, falar para as pessoas que eu não

concordo, (...) eu entendo que elas têm essa opção de escolha, sabe, e eu respeitar isso, mesmo não concordando” (P1).

Nesse mesmo sentido, Zana e Kovács (2013) destacam a importância de se construir, no atendimento clínico de pessoas com ideação suicida, um ambiente sem julgamentos de valor, ou seja, sem o objetivo de adaptação social do cliente ou de julgamento do ato suicida. Logo, os entrevistados afirmam que não cabe julgamentos de valor sobre os temas trazidos pelo cliente, pois todas as experiências vividas por ele seriam legítimas.

“Então, para mim a experiência do outro é legítima. Ele querer morrer, ele tem o direito de querer morrer. Agora, veja o que eu estou falando da ordem do querer, da vontade, do desejo de querer terminar com a própria vida. Assim, isso é livre. Ele não tem o direito, legal, de exterminar a própria vida, entende. Mas ele tem o direito de, enquanto experiência, vivenciar isso, essa vontade de morrer” (P3).

Essa legitimidade da experiência, citada pelos entrevistados, concorda com a noção de liberdade experiencial apresentada por Rogers e Kinget (1975). Segundo os autores, é importante para o indivíduo sentir-se livre para reconhecer e elaborar suas experiências e sentimentos sem precisar negar ou deformar suas opiniões para manter a afeição ou o apreço das pessoas.

Em outro ponto de destaque, os participantes P1 e P2 entendem que o atendimento clínico diante de uma demanda de ideação suicida não difere de qualquer outro atendimento.

“Eu ajo da mesma forma. Porque, pelo menos para mim, sabe, eu entendo que a ideação suicida é mais um rótulo, né, que colocaram naquela pessoa e eu estou muito mais preocupada com o sofrimento que ela tem” (P1).

“Quando as pessoas trazem o desejo, à vontade, da morte, do suicídio, a forma como eu lido com elas é da mesma forma como eu lido com qualquer pessoa que venha aqui com qualquer sofrimento” (P2).

Essa posição corrobora com a ideia de Rúdio (2003) de que o papel do psicoterapeuta não se altera a depender do cliente. Ele deve agir como facilitador do desenvolvimento deste, acreditando na sua tendência atualizante e proporcionando um ambiente de aceitação e isento de julgamentos.

No entanto, o participante P3 pontua que, dependendo do grau de risco em que a pessoa se encontra, a atuação do psicoterapeuta pode se alterar, no sentido de ter que tomar algumas medidas práticas em busca de auxiliar a pessoa em sofrimento.

“Se ele está com uma ideação leve, pouco frequente, não muda tanto a rotina do processo terapêutico. (...) Se, por caso essa intencionalidade vai aumentando, ela passa para um nível de consultar meios de morte, verificar possíveis datas, começaram a ter um tipo de comportamento, especificamente o comportamento, mais destinado ou mais prático para tentativa de suicídio, isso demanda um ajustamento no contexto da terapia mais prático” (P3).

Sua colocação corrobora com o elaborado por Fukumitsu (2014). A autora descreve que, na atuação de clientes com ideação suicida, é necessário considerar o grau de letalidade e de sofrimento psíquico para identificar a intervenção a ser utilizada. Em situações de crise, é necessário realizar encaminhamentos, ou seja, envolver, orientar e direcionar o cliente, a família e outros profissionais, de modo a contribuir para a não reincidência das tentativas de suicídio.

Nessas ocasiões, é importante entender qual tipo de suporte a pessoa possui fora do ambiente psicoterápico, que pode atuar como sua rede de apoio, conforme apresentado pelo entrevistado P3:

“Por exemplo, se a pessoa está com suporte bioquímico, ou seja, se está com acompanhamento médico, qual é o tipo de acompanhamento que ele está tendo, qual

é o suporte da rede de apoio, familiar, amigos, para a gente ver como que isso pode favorecer a saída dele daquela condição em que se encontra” (P3).

Nesse entendimento, Fukumitsu (2014) destaca que o trabalho de prevenção ao suicídio não deve ser realizado apenas pelo psicoterapeuta, devendo contar com a parceria da família e de outros profissionais da saúde.

4.2 - A ACP como suporte teórico

Essa categoria reuniu a visão dos participantes sobre o suporte teórico que a ACP lhes oferece na sua prática profissional, incluindo na atuação com clientes com ideação suicida.

Os participantes destacaram o viés fenomenológico da abordagem, que foca na relação do terapeuta cliente como meio para a transformação pessoal. Nesse sentido, o participante P1 alerta que, diferentemente de outras abordagens, a ACP não apresenta um protocolo ou regras objetivas a serem seguidas no atendimento ao cliente.

“Eu acho que quando a gente atende em outras abordagens a responsabilidade não é minha. Então, eu vou fazer um protocolo, porque no livro tal, falou quando a pessoa tem ideação suicida, eu tenho que fazer de tal jeito. (...) E dentro da abordagem, (...) a gente não tem um protocolo, a gente se apoia na relação, na confiança dentro da relação e a gente entende que o suicídio uma das opções da pessoa, apesar de eu não querer. Então, eu não sei o que eu vou fazer, eu sei o que eu vou sentir, ali na hora, e o que eu senti ali na hora eu vou compartilhar com a pessoa” (P1).

Nesse sentido, conforme apresentado por Rogers e Kinget (1977), a essência da abordagem não está em um conjunto de técnicas das quais o psicoterapeuta se utilizará na sessão, mas em um modo de ser e agir, que deve estar em concordância com os princípios da abordagem. Deste modo, a teoria está profundamente enraizada em sua personalidade, sendo expressa nas atitudes e convicções do terapeuta.

Entre os princípios da abordagem, temos o valor da relação estabelecida entre as pessoas. Nesse sentido, os entrevistados destacaram a importância da relação que eles criam com os seus clientes dentro do processo terapêutico.

“Então, eu quero estar 100% com essa pessoa, para que quando ela trazer coisas assim, na verdade tudo que ela trazer, eu quero estar ali, me aproximando da relação, me aproximando do sentimento dela, (...) para que a gente possa ir se aprofundando na nossa relação e não levar uma relação de outra pessoa para aquela relação” (P1).

“Eu confio no poder da relação, e é isso que a abordagem centrada confia, no poder da relação. E eu entendo que quando eu me expesso, quando eu sinto alguma coisa e eu sou capaz de expressar o que eu sinto para o outro, naturalmente eu facilito condições para que essa relação se fortaleça e essa relação fortalecida, talvez contribua para o outro poder repensar, se sentir seguro no ambiente à parte do mundo para poder repensar a sua vida e as suas alternativas” (P2).

Rogers (2009) aponta a importância da construção de uma relação de confiança entre terapeuta e cliente. O autor descreve que, por meio dessa, o cliente pode manifestar-se de forma autêntica, entrando em contato com as suas experiências sem medo de julgamentos, o que abre caminho para uma atualização de diversos aspectos da sua experiência.

O participante P3 destaca que a construção dessa relação com clientes com quadros depressivos ou de ideação suicida pode ser desafiadora, caso estes apresentem um certo grau de embotamento afetivo.

“Em um primeiro momento, a gente encontra situações que é um certo embotamento do afeto, uma dificuldade para você acessar a pessoa. E isso leva um tempo. Então, quanto mais breve for essa vinculação, essa criação de confiança, mais facilitador

vai ser o seguinte momento, que é trabalhar exatamente a amplitude de horizontes” (P3).

Sendo assim, fica evidente que a relação construída pelo encontro entre o psicoterapeuta e o cliente é fundamental para o processo psicoterápico. No entanto, os participantes destacam que para que essa relação seja construtiva e capaz de auxiliar no desenvolvimento dos envolvidos, é necessário que o terapeuta ofereça as condições facilitadoras preconizadas pela ACP.

“O que eu tenho certeza de que eu vou fazer é confiar no potencial da pessoa, compreender ela de uma forma empática, ser autêntica com ela e aceitar ela incondicionalmente. E aí, a partir disso, a gente vai vendo para onde que essa relação vai caminhando” (P1).

Segundo Rogers (2009), para que o psicoterapeuta atue como facilitador, ele deve vivenciar as atitudes facilitadoras de congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática. Com isso, ele seria capaz de oferecer as condições necessárias para que a terapia ocorra e a mudança terapêutica da personalidade do cliente aconteça.

“Se eu criar um ambiente facilitador, um ambiente a parte do mundo, onde a pessoa se sinta ouvida, aceita, acolhida, numa relação de pessoa para pessoa de um jeito honesto, ela ganha chance de repensar a sua vida e repensando a sua vida ela ganha chance de perceber outras alternativas para vida que não o suicídio” (P2).

Essa visão corrobora com o entendimento de Fukumitsu (2014). A autora afirma que, quando o psicoterapeuta é capaz de agir de forma empática e de oferecer a sua disponibilidade interpessoal, cria-se um ambiente no qual o cliente tem a possibilidade de reconhecer suas potencialidades, ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos existenciais e emergir como sujeito.

Dentre as atitudes citadas, os participantes destacaram a congruência como mais desafiadora na sua atuação.

“A única coisa que eu acho, é que, dentro dos princípios facilitadores, a congruência ele é o mais difícil, né. Porque ele é um princípio facilitador que, não que você tem o controle em algum momento, mas que te deixava vulnerável de todas as formas. E eu entendo que, dentro da seção, ele é super importante. Então, o quanto é importante a gente está conectado com a gente, para, a partir disso, eu conseguir me conectar com aquela pessoa que está ali na minha frente. Sabendo o que é meu, para minha vida, e o que é meu daquela relação” (P1).

“A congruência me permite existir na relação. E quando ouço uma coisa que me deixa impactado, eu acho que é um direito do outro saber o que é que está me impactando” (P2).

Essa percepção está de acordo com o apresentado por Rogers (1983), onde estar congruente significa estar inteiramente ao dispor para ouvir o outro, compreendendo o que está sendo vivenciado no momento e trazendo essa vivência para a comunicação. De forma similar, Wood *et al* (1997) descrevem que para se estar congruente é necessário honestidade para consigo mesmo, autoconhecimento para compreender o que está sendo sentido e a habilidade de comunicar essa experiência.

Outra habilidade destacada pelo participante P3 foi o papel da escuta empática em sua atuação clínica.

“Eu tenho trabalhado, falado para as pessoas, o quanto é importante a escuta empática com pessoas que estão em condição suicida. (...) Primeiro que ela é uma escuta sem julgamento. Então assim, eu não julgo a experiência do outro, eu não moralizo a experiência do outro. (...) Segundo, é um tipo de escuta que quer

compreender a partir da perspectiva do outro. Meu interesse é compreender o que essa pessoa está experimentando” (P3).

Essa escuta empática trazida pelo entrevistado pode ser entendida como a atitude facilitadora da compreensão empática trazida por Rogers (1983). O autor descreve essa atitude como sendo uma forma de escuta ativa e sensível, na qual se busca compreender o mundo subjetivo do outro, captando seus sentimentos e significados pessoais expressos em suas falas.

Outro tema importante trazido pelos entrevistados é a confiança na tendência atualizante, mesmo em clientes com ideação suicida.

“A tendência atualizante é uma tentativa de buscar alternativas para se sentir melhor. Estou falando isso porque, às vezes, há a impressão, meio distorcida, de que se a pessoa decide se suicidar ela não tem tendência atualizante ou está dormindo. E não é isso, a escolha de se matar já é a própria tendência atualizante” (P2).

“Quando você vai falar sobre o suicídio dentro da abordagem algumas pessoas se confundem, no sentido: ‘Ah, então a pessoa quando tem ideação suicida, ela não tem tendência atualizante. E aí, o profissional precisa estar ativando a tendência atualizante dela’. E não. Eu entendo que a vontade de se suicidar faz parte do repertório daquela pessoa. É uma das saídas e ela encontrou para resolver os problemas dela” (P1).

Essa visão corrobora com a apresentada por Rogers e Kinget (1977) de que a tendência atualizante é intrínseca a todos os seres humanos, sendo ela um processo natural e permanente de desenvolvimento, na qual o indivíduo busca autorrealização, autonomia e ajustamento. No entanto, os autores explicam que, em casos de incongruência, o indivíduo desenvolve uma noção do eu não-realista, culminando em uma ineficácia da tendência

atualizante, ou seja, em comportamentos que acabam por não contribuir para o seu desenvolvimento.

4.3 - Quebra de sigilo e notificação compulsória

Essa categoria reúne as informações trazidas sobre a possível necessidade de quebra de sigilo e de notificação compulsória com clientes com tentativas e/ou ideação suicida.

Os entrevistados afirmaram a importância do sigilo profissional no processo terapêutico. Os participantes P1 e P2 destacaram que nunca passaram por situações nas quais entenderam como necessária a quebra de sigilo ou a comunicação com algum familiar. O participante P1 destacou que, caso precisasse realizar a quebra de sigilo, a realizaria com a concordância do cliente.

“Eu nunca falei com nenhum familiar, nem notificações e nem nada assim desse tipo. Mas se eu tivesse que falar com algum familiar, se eu tivesse, eu conversaria com a pessoa, que eu não estou dando conta e se a gente poderia abrir com alguém da confiança dela. Não necessariamente um familiar, mas alguém da confiança dela” (P1).

Já o participante P2 entende que não realizaria essa quebra de sigilo, pois entende que a confidencialidade é muito importante para a relação criada e que a comunicação com uma pessoa externa culminaria na perda de confiança na relação.

“E eu acho, particularmente, que é uma traição com outra pessoa. Se eu chego e falo assim para você: ‘Aqui você pode ser você mesmo, porque aqui eu aguento qualquer coisa que você fale, pense, diga. Aqui é um ambiente que você pode ser você, porque eu aguento’. E você fale assim: ‘Eu acho que eu vou pular de um prédio, queria te contar isso, queria avisar’. E aí, eu falo: ‘Vou ter que contar para alguém’. É uma sacanagem com você, na minha visão. Porque aí você vai falar: ‘Mas você não acabou de falar que você ia aguentar tudo que eu falasse? Eu falei porque você disse

que ia aguentar’. E eu ia falar: ‘Então, mas eu não sabia que você ia me contar uma coisa dessas’. Então, é mentira que eu aguento” (P2).

A colocação dos participantes está de acordo com o Código de Ética do Psicólogo, que indica como um dever do profissional manter sigilo e confidencialidade das informações trazidas pelos clientes, como um modo de proteger a intimidade deles. No entanto, o próprio código afirma que há situações em que esse sigilo pode ser quebrado, buscando o menor prejuízo dos envolvidos (CFP, 2005). Nessa linha, o Conselho Regional de Psicologia 9ª Região (CRP-09, 2019) entende que clientes que apresentam risco de morte se enquadram na situação de quebra de sigilo descrita no código. O órgão afirma que cabe ao psicólogo avaliar o risco de suicídio em cada situação e elaborar estratégias de manejo desse risco, entre elas, o contato com pessoas de confiança do paciente.

O participante P3 trouxe colocações nesse sentido, entendendo que há situações em que é importante a comunicação com uma rede de apoio fora do ambiente psicoterápico, de modo a criar uma rede de suporte para apoio ao cliente.

“Eu penso que o diálogo honesto com o cliente, é um diálogo que facilita muito processo. Aí ele entende que é parte do nosso trabalho dar condições de sustentação da vida dele e isso pode passar por algumas situações muito específicas, como precisar entrar em contato com a família ou alguma pessoa de suporte, acordado junto com ele, para que essa pessoa tenha o suporte externo que, no momento, ele está demandando” (P3).

A visão dele corrobora com a apresentada por Fukumitsu (2014) em sua obra. A autora indica que, desde o início do processo, o cliente deve ser alertado que o sigilo profissional será mantido desde que não haja risco de vida. Nesses casos, será realizado o contato com pessoas previamente selecionadas pelo próprio cliente, que atuarão como rede de apoio para o processo de prevenção fora do ambiente terapêutico.

Ainda, Botega (2015) afirma que em casos graves de risco de vida, como a crise suicida, a segurança do paciente é mais importante que a confidencialidade. Assim, o autor ressalta que o contato com um familiar ou responsável para falar sobre o risco de suicídio é mandatório, mesmo sem a anuência do paciente, buscando criar uma rede de proteção com a participação de pessoas próximas ao cliente.

Para o entrevistado P3, como a comunicação com pessoas externas à psicoterapia possui ciência e anuência do cliente, esses casos não precisam ser, necessariamente, considerados como quebra de sigilo.

“Eu sempre conversei com meus clientes e expliquei qual era a razão de eu precisar conversar com os familiares, por exemplo, as vezes em que isso foi necessário. (...) Até o momento, dificuldades eu não tive. Por isso que eu não considero quebra de sigilo” (P3).

Quanto à notificação compulsória, nenhum dos participantes relatou realizar o procedimento. O acontecimento mais próximo ocorreu com o participante P3, mas sem caráter compulsório.

“Não tive essa necessidade. A não ser assim, a gente já teve, no trabalho de supervisão de estágios, a comunicação, a troca de comunicação, com o CAPS. Mas não chegou a ser algo nessa compulsório” (P3).

A não realização da notificação compulsória por parte dos entrevistados vai contra o apresentado na Nota Técnica CRP-09 002/2019 do Conselho Regional de Psicologia do estado de Goiás. Nessa nota, o órgão orienta que os psicólogos estão enquadrados na Portaria nº 1.271 de 2014, tendo, portanto, a responsabilidade de realizar uma notificação, de forma compulsória, sempre que souberem de casos de tentativas de suicídio ou de automutilação (CRP-09, 2019).

4.4 - Eficácia dos atendimentos

Nessa categoria, foram agrupadas as colocações dos participantes sobre como eles avaliam se o seu trabalho tem sido assertivo, dentro do apoio que a psicoterapia pode promover aos seus clientes, incluindo o trabalho com pessoas com ideação suicida.

Os participantes colocaram que não realizam um tipo de verificação objetiva de seus atendimentos. No entanto, colocaram que há outras maneiras de entender que o trabalho proposto tem gerado efeitos positivos na vida dos clientes.

“Eu não sei se tem como avaliar, mas tem como olhar para o que aquela pessoa está fazendo com ela, e não no sentido de essa melhorou ou essa piorou. Porque se eu colocar esse critério de melhora ou de piora, já vai ser o julgamento da minha parte e, o que eu tenho certeza, é que eu não sei o que é melhor para a vida daquela pessoa ou de qualquer outra e nem o que é pior, mas eu quero entender o que é importante para ela, e se ela seguindo o que para ela é importante para ela” (P1).

“Eu penso que o grande valor do nosso trabalho é ajudar a pessoa se sentir mais inteira. Então, se na expressão dela, ela se coloca de maneira mais inteira, ou seja, mais genuína, mais congruente com quem ela é, eu penso que o trabalho está ali, efetivado. A razão da terapia é promover um tipo de mudança, dentro daquilo que é possível. E a principal mudança é a pessoa chegar nesse lugar de congruência” (P3).

A colocação dos entrevistados está de acordo com o que Rogers (1987) define como sendo o objetivo da psicoterapia na abordagem. O autor explica que esse objetivo seria o de auxiliar o cliente a tornar-se congruente, ou seja, alinhar o que ele sente pela experiência, com o que ele simboliza na consciência, com o que ele expressa no mundo externo.

Em relação ao atendimento com a temática do suicídio, os participantes destacaram que não cabe ao terapeuta o papel de responsável por manter a vida do outro.

“Essa questão do resultado do trabalho, eu acho que aí se trata de uma questão muito ambígua. Se a gente for considerar, por exemplo, pacientes que morreram ou pacientes que continuam vivos, eu acho que isso seria muito cruel com qualquer terapeuta. Medir o resultado do trabalho pelo número de pessoas que morreu ou que se manteve viva. Porque não está na ordem do nosso trabalho a garantia de que essa pessoa vai ou não se manter viva” (P3).

“Eu não acho que seja um mérito meu [não ter tido clientes que se suicidaram]. Porque eu acho que tem psicólogo que é muito bom, que é muito capaz, e que já teve alguém que se suicidou” (P2).

Essas colocações concordam com o elaborado por Fukumitsu (2014), na qual a autora afirma que não é papel do psicoterapeuta evitar a morte do cliente, pois não é possível alguém ter o controle sobre a vida do outro. Nesse sentido, o profissional deve se afastar da fantasia de onipotência e de salvador do próximo. No entanto, ele também não deve assumir o papel de impotência, entendendo que seu trabalho pode ser capaz de ampliar as maneiras que aquele cliente enfrenta seu sofrimento, podendo levá-lo a escolher permanecer vivo, mesmo que sem garantias.

4.5 - Aspectos pessoais do psicoterapeuta

Nessa categoria, foram agrupadas as reflexões dos participantes sobre suas transformações pessoais durante a sua atuação profissional, incluindo momentos de crescimento pessoal e de necessidade de apoio externo.

Os profissionais entrevistados entendem que, ao buscar compreender o cliente em sua singularidade, o terapeuta passa a conhecer novos pontos de vista sobre o mundo, podendo levá-lo a repensar a sua própria vida, ou seja, também passando por um processo de transformação decorrente daquela relação.

“Eu entendo que são relações muito profundas e que, como são profundas, obviamente impactam a gente de alguma forma, né. Eu sempre penso que para ser psicoterapeuta, assim da abordagem, você acaba sendo uma pessoa bem flexível, no sentido de você, às vezes, entra para uma sessão acreditando em alguma coisa e sai da sessão já acreditando em outra. E não sobre aquela pessoa, sobre a sua própria vida, porque as sessões também te transformam do mesmo jeito que transformam aquela pessoa. Então, é uma transformação constante, é um aprendizado constante de vida assim” (P1).

“Eu aprendo junto com outro. Quando eu estou atendendo alguém, naturalmente, por eu existir, me ajuda a repensar um monte de coisa na minha vida, também, de um jeito que eu não sei quem que ajuda quem. Se eu que ajudo a pessoa que eu estou atendendo ou se é a pessoa que eu estou atendendo que me ajuda a repensar minha própria vida” (P2).

As colocações dos entrevistados estão de acordo com o exposto por Moreira (2010), que afirma que quando o terapeuta se propõe a estar em uma relação de forma congruente, sua experiência passa a ser parte da relação terapeuta-cliente. Nesse sentido, há uma comunicação entre dois mundos fenomênicos, com um diálogo íntimo e intersubjetivo entre ambos. Logo, por mais que o psicoterapeuta se utilize de seus sentimentos como movimentos dirigidos ao cliente, ele também é afetado pela relação experienciada.

Nesse movimento, o terapeuta, quando se conecta empaticamente, também acaba afetado, em algum nível, com o sofrimento trazido pelo cliente.

“E a gente quando está numa relação com a outra pessoa, ela se expõe bastante, né, então dá para você, não sentir, mas se aproximar ao máximo daquele sofrimento que ela está ali transmitindo. E é muito angustiante ver tudo que ela está passando e a forma como ela vem entendendo a vida, sabe” (P1).

“Eu entendo que para eu atender alguém, eu estou aberta para aquela relação.

Então, muitas coisas que o outro traz me atravessam, muitas coisas que o outro traz fazem com que eu pense coisas para mim, para minha vida, e muitos sofrimentos que ele traz me machucam, também” (P1).

Fukumitsu (2014) destaca que, ao se disponibilizar para a dor do outro, o psicoterapeuta também é atravessado por efeitos igualmente dolorosos. Nesse sentido, a autora destaca que essa relação é simétrica, pois ao buscar cuidar e compreender o outro, o psicoterapeuta deve também buscar cuidar e compreender a si mesmo.

Ainda, foi destacado que, a partir dos anos de experiência na clínica, os profissionais vão se fortalecendo emocionalmente, tendendo a se sentir menos abalados com o que surge na relação.

“Acho que eu posso te dizer que é intenso, assim. Porque, lógico, atualmente, eu já tenho uns anos assim, como eu posso dizer, não suga totalmente a minha energia” (P1).

“Eu acho que atender o outro me fortalece. E acho que chega um momento da vida que, eu não sei explicar isso, mas eu acho que naturalmente eu fui encontrando um jeito de lidar com isso, de uma maneira que eu me sinta fortalecido, para estar com a pessoa e para lidar comigo mesmo com relação aos atendimentos, de um jeito que eu me sinta bem, mas eu acho que ficou tão natural em mim que eu não sei nem explicar e não sei nem ensinar isso, mas eu sei que acontece” (P2).

Os participantes trouxeram que, em casos de necessidade, também recorrem a apoios externos para suas próprias questões. No entanto, destacam esse movimento como necessidade natural e não causada por sua relação com os clientes.

“Eu faço terapia a cada 15 dias. E, quando a gente não estava vivendo nesse momento de pandemia, eu ia para os fóruns da abordagem, os nossos congressos, grupos de encontro, e eu tenho amigas incríveis” (P1).

“Eu faço a minha terapia há décadas, já. Duas décadas com a mesma pessoa. Porque é importante para mim e não por conta dos meus pacientes, que me trazem algum tipo de mobilização” (P3).

Em concordância com o exposto, Botega (2015) afirma que profissionais que trabalham com crises humanas devem buscar cuidados em prol da sua própria saúde mental. Entre outras, o autor destaca a realização da psicoterapia pessoal, a realização de supervisões e a organização de grupos de estudos para a discussão de casos clínicos mais difíceis e angustiantes.

Quanto à temática da ideação suicida, os participantes destacam que encaram de forma natural essa posição do cliente, sem qualquer dificuldade adicional em sua própria questão emocional.

“Eu acho que eu nunca deixei de ouvir, uma semana da minha vida sequer, alguém falando a respeito do desejo ou, pelo menos alimentando a hipótese de suicídio, e nunca alguém se suicidou. E eu nunca tive medo de que alguém se suicidasse aqui, porque eu entendo que, a pessoa em um ambiente diferente, à parte, né, como eu já disse, do mundo, ela ganha a chance de repensar sua vida e alternativas para sua vida que não seja o suicídio” (P2).

“Então, eu acredito nisso e acolho muito claramente, de maneira muito tranquila, que uma pessoa chega para mim e diga que está pensando em se matar. Eu escuto sem nenhuma mobilização a mais, sem nenhuma preocupação excessiva” (P3).

Apesar dos participantes não destacarem dificuldades adicionais ao atenderem clientes com ideação suicida, Fukumitsu (2014) aponta que esse tipo de atendimento pode demandar

mais do profissional, devido a necessidade de aprender a tolerar e a respeitar a falta de sentido de vida dos clientes. Ainda, a autora destaca que a ocasião da morte de um cliente por suicídio pode ocasionar nos profissionais a sensação de fracasso e o sentimento de impotência, devido a fantasia criada por ele de onipotência, de salvador da pessoa que deseja se matar.

4.6 - Reflexões gerais sobre os relatos

Os participantes trouxeram que o ambiente clínico é um local que lida diariamente com sofrimentos profundos, estando o tema da vontade de morrer sempre presente. É do entendimento deles que a ideação suicida surge como uma tentativa da pessoa lidar com um sofrimento profundo e que essa experiência é legítima e deve ser respeitada.

Sendo assim, dois dos participantes entendem que o atendimento clínico diante de uma demanda de ideação suicida não difere de qualquer outro atendimento, pois estão lidando com pessoas que relatam seus sofrimentos. Nesse sentido, conforme Rúdio (2003), o papel do psicoterapeuta deve ser o de facilitador do desenvolvimento do cliente, por meio da construção de um ambiente munido das atitudes facilitadoras, isento de julgamentos e confiante na tendência atualizante.

No entanto, foi levantado por um dos participantes que, dependendo do grau de risco em que a pessoa se encontre, são necessárias outras ações de ordem prática, em busca de evitar a reincidência das tentativas de suicídio. Fukumitsu (2014) descreve essas ações como envolver, orientar e direcionar o cliente, a família e outros profissionais envolvidos, de forma a construir uma rede de apoio.

Outro ponto de destaque foi que todos os participantes acreditam que a ACP oferece suporte teórico para atendimento em psicoterapia em todos os casos, incluindo com clientes com ideação suicida. Vale ressaltar que, segundo Rogers e Kinget (1977), esse suporte

teórico não se dá por meio de um conjunto de técnicas, mas em um modo de ser e agir que deve estar profundamente enraizado na postura do terapeuta.

Portanto, os participantes buscam construir uma relação de honestidade e confiança com o cliente, no qual possam vivenciar as atitudes de congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática. Dentre essas, a congruência foi destacada como mais desafiadora, pois exige uma certa vulnerabilidade do terapeuta em expor seu mundo interno ou, como descrito por Rogers (1983), compreensão e comunicação do que está sendo vivenciado no momento.

Com isso, os participantes confiam que o objetivo da psicoterapia na ACP esteja sendo cumprido, ou seja, que o cliente passe a se tornar mais congruente, sendo isso entendido como a capacidade de alinhar o que se sente pela experiência, com o que é simbolizado na consciência e com o que é expresso no mundo externo (Rogers, 1987). Desta forma, ele poderia reconhecer suas potencialidades, ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos existenciais e emergir como sujeito (Fukumitsu, 2014).

Quanto aos aspectos éticos, os participantes ressaltaram a importância do sigilo profissional. Dois deles destacaram que nunca precisaram entrar em contato com nenhuma pessoa fora do ambiente terapêutico, enquanto um dos participantes afirmou que houve situações de crise em que foi necessária essa comunicação, com o objetivo de criar uma rede de apoio para o cliente. Nesses casos, o entrevistado não considerou como quebra de sigilo, pois realizou o contato com ciência e anuência do cliente.

O Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005) confirma a possibilidade de quebra de sigilo, nos casos de busca de menor prejuízo aos envolvidos. Botega (2015) entende que a crise suicida se enquadra nessa situação, pois é um caso de grave de risco de vida, no qual a segurança do paciente é mais importante do que a confidencialidade. Ainda, o autor alerta que, em contato com clientes com tentativas de suicídio ou automutilação, o contato com uma

rede de apoio é mandatório, assim como a notificação de forma compulsória para os órgãos competentes (CRP-09, 2019).

Por fim, os participantes trouxeram que, ao construir uma relação autêntica com o cliente, eles também são atravessados pela relação experienciada. Nesse sentido, seu mundo interior também sofre transformações, o que os levam a repensar a sua própria vida e os fortalecem emocionalmente. Ainda assim, os participantes destacaram a importância de cuidar e compreender a si mesmo, por meio da própria psicoterapia, da supervisão, de grupos de encontro e dos amigos.

Quanto a dificuldades diante do atendimento com clientes com ideação suicida, Fukumitsu (2014) destaca a necessidade tolerar e respeitar a falta de sentido de vida do cliente e a possível sensação de fantasiosa de onipotência ou de impotência diante da pessoa que deseja se matar. No entanto, os participantes destacam que encaram de forma natural essa posição do cliente, sem qualquer dificuldade adicional no quesito emocional, entendendo que não está dentro das suas possibilidades garantir que a pessoa vá ou não se manter viva.

Considerações Finais

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o papel da psicoterapia pautada na Abordagem Centrada na Pessoa diante de clientes com ideação suicida. A partir das entrevistas realizadas, entende-se que esse objetivo foi alcançado, pois foi possível identificar a importância da psicoterapia para o apoio de pessoas com ideação suicida e que a ACP fornece o suporte teórico para os profissionais que atuam na clínica com esses clientes. Ainda, entende-se que os objetivos específicos também foram cumpridos, uma vez que os relatos permitiram compreender a percepção que os psicoterapeutas sobre a abordagem diante de processos de ideação suicida e o levantamento teórico caracterizou o fenômeno do suicídio e a ACP como um instrumento de apoio.

Os relatos mostraram que o tema da vontade de morrer é comum no ambiente clínico, por se tratar de um local de cuidado para sofrimentos profundos. Foi compreendido que o atendimento de pessoas com ideação suicida não difere dos demais atendimentos pautados na ACP, com exceção para casos com elevado grau de risco de vida, nos quais uma rede de apoio, fora da clínica, deve ser acionada.

Os participantes acreditam que a ACP lhes oferece suporte teórico para atendimento em psicoterapia em todos os casos e que esse suporte não se dá por meio de um conjunto de técnicas, mas por um modo de ser e agir (Rogers & Kinget, 1977). Nesse sentido, os participantes buscam ser facilitadores no desenvolvimento do cliente, por meio da construção de uma relação pautada nas atitudes facilitadoras, no qual ele ganharia a oportunidade de reconhecer suas potencialidades, ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos existenciais e emergir como sujeito (Fukumitsu, 2014).

Quanto aos aspectos éticos, os participantes trouxeram a importância do sigilo profissional, por vezes não seguindo algumas orientações sobre rede de apoio e notificação compulsória em busca de manter a relação de confiança com o cliente. Outra estratégia foi

incluir o cliente nessa tomada de decisão, de modo que a comunicação para fora da psicoterapia se torne parte do processo e reforce a relação. Nos aspectos emocionais envolvidos no processo psicoterápico, os participantes destacaram que a relação com o cliente os ajuda a repensar suas próprias vidas. Nesse sentido, não sentem dificuldades emocionais decorrentes dos atendimentos, mas devido a situações rotineiras da vida.

Os profissionais entrevistados já atuavam há bastante tempo na área clínica, destacando que se sentem seguros e emocionalmente fortalecidos para realizar qualquer tipo de atendimento. Logo, é possível que com uma amostra maior de entrevistados possamos encontrar outras percepções sobre as dificuldades emocionais diante da atuação com clientes com ideação suicida e sobre a forma de lidar com as questões éticas nesse tipo de atendimento.

De modo geral, foi possível contribuir para o aprofundamento e divulgação da ACP como embasamento teórico para a atuação clínica. No entanto, ainda existe um vasto campo a ser explorado sobre a utilização desse referencial teórico como instrumento de apoio nas diversas áreas da saúde. Ainda, a pesquisa pôde auxiliar na construção de conhecimento sobre a temática do suicídio, de modo a diminuir os tabus, mitos, preconceitos e estigmas que envolvem o tema. Da mesma maneira, o trabalho realizado não abrange toda a complexidade do tema, sendo necessária a continuação da construção e divulgação de conhecimentos no assunto, auxiliando na prevenção de casos de suicídio.

Referências

- Alvarez, A. (1999). *O Deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Cia das Letras.
- Aquino, T. A. A. (2009). *Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos*. (Tese de Doutorado). UFPB e UFRN. João Pessoa.
- Retirado de <https://docplayer.com.br/27331964-Atitudes-e-intencoes-de-cometer-o-suicidio-seus-correlatos-existenciais-e-normativos.html>
- Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014). *Suicídio: Informando para Prevenir*. Brasília: CMF.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, O. (1995). Suicídio e Depressão. *Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia*. 58, 37-44.
- Botega, N. J. (2015) *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Braga, J. S. (2020). *O suicídio sob o olhar da Psicologia Existencial-Humanista*. (Monografia Graduação). Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes, Rondônia.
- Câmara, R. H. (2013) Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, Brasília. 6 (2), 179-191.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Ver. Bras. Enferm*, Brasília. 57, 611-614.
- Campos, R. F. (2006). Ética contemporânea: os anos 60 e o projeto de psicologia humanista. *Epistemo-somática*, 3(2), 242-262.
- Carvalho, Z. T. (2019). *O papel da escuta rogeriana no processo de prevenção do suicídio*. (Monografia Graduação). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Retirado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13903/1/21505358.pdf>

- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2005). *Código de ética profissional do Psicólogo*. Brasília-DF.
- Conselho Regional de Psicologia 9ª Região - CRP 09 (2019). *Nota Técnica CRP-09 002/2019*. Orienta às(aos) psicólogas(os) sobre prevenção e manejo do comportamento suicida.
- Cruz, M. L. & Oliveira, R. A. (2013). A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Revista Bioética*, 21(3), 405-411.
- Fonseca, E. F., Lôbo, W. L. (2015). Tentativa de suicídio: reflexões em base a clínica centrada na pessoa. *Revista do NUFEN*. Belém. 7(2), 152-165.
- Fukumitsu, K. O. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*. 25 (3), 270-275.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo. 35 (2), 57-63.
- Manzini, E. J. (1991). A entrevista na pesquisa social. *Didática*. São Paulo. 26/27, 149-158.
- Melo, A. K., Lima, R. P. & Moreira, V. (2015) Construção da noção de experiência ao longo do pensamento de Carl Rogers. *Revista do NUFEN*. Belém. 7(1), 4-31.
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

- Ministério da Saúde (2014). *Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- Ministério da Saúde (2017). *Boletim epidemiológico*. 48 (30).
- Minois, G. (2001). *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. Cochrane, L.G. Trans. New York: John Hopkins University Press.
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 27(4), 537-544.
- Organização Mundial de Saúde - OMS (2006). *Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros*. Genebra.
- Pereira, L. G. C. (2009). *Psicoterapia Centrada na Pessoa: evidências empíricas do processo de reintegração da personalidade, observadas em estudo de caso*. (Monografia Graduação). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Retirado de
<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/3023>.
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1975). *Psicoterapia e relações humanas: Teoria e prática da terapia não diretiva* (Vols. 1-2), (ML Bizzotto. Trad.). Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.
- Rogers, C. R. (1987). *Tornar-se pessoa*. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Royer M. (2018) *O Crescimento da Pessoa na ACP – Um Estudo de Caso*. (Monografia Graduação). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, Retirado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12353>.

- Rúdio, F. V. (2003). *Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia*. Petrópolis: Vozes.
- Silva, F. C. R. (2019). *O desenvolvimento da congruência em estagiários de psicologia com atuação na Abordagem Centrada na Pessoa – ACP*. (Monografia Graduação). Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Retirado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13883>.
- Silva, M. (2009). *Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950*. (Dissertação Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Retirado de https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/7124/1/arquivo3283_1.pdf
- Ulisses, S. M. (2012). *Religiosidade, saúde geral e satisfação com a vida: uma análise da dimensão risco e proteção frente à ideação suicida*. (Monografia Graduação). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. Retirado de <https://lacep.ufc.br/wp-content/uploads/2018/09/ulisses-2012.pdf>
- Silva, K. F., Alves, M. A. & Couto, D. P. (2016). Suicídio: Uma escolha existencial frente ao desespero humano. *Pretextos- Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. 1(2), 184-203.
- Sousa, V. (2020). *Suicidologia para psicólogos. Coleção Como se Faz?* Salvador: Sanar
- Zana, A. R. O. & Kovács, M. J. (2013). O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro. 13(3), 897-921.
- Wood, J. K. et al, (1997). *Abordagem Centrada na Pessoa*. Vitória: EDUFES.
- World Health Organization - WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva.
- World Health Organization - WHO (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Geneva.

Apêndice A

Roteiro de entrevista

- 1) Me conta um pouco da sua trajetória clínica com a Abordagem Centrada na Pessoa?
- 2) O que difere o atendimento de clientes com ideação suicida dos demais clientes?
- 3) Como você percebe que a ACP te oferece suporte para atender casos de ideação suicida?
- 4) Como é vivenciar a congruência, a consideração positiva incondicional e a compreensão empática com esses clientes?
- 5) Como é manter uma abordagem não-diretiva e confiar na tendência atualizante com clientes com ideação suicida?
- 6) Como você lida com as questões de quebra de sigilo e notificação compulsória com clientes com tentativas e/ou ideação suicida?
- 7) Quais as maiores dificuldades encontradas nos atendimentos de clientes com ideação suicida?
- 8) Como você verifica que o seu trabalho tem sido efetivo?
- 9) Como você faz para lidar com os seus próprios aspectos emocionais?

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

“O papel da psicoterapia pautada na Abordagem Centrada na Pessoa em contextos de ideação suicida”

Instituição dos pesquisadores: UniCEUB

Professor Responsável: Frederico Guilherme Ocampo Abreu

Pesquisador: Ricardo Hosannah de Carvalho

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de monografia acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e devolvê-lo ao pesquisador. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- Esse projeto tem como objetivo específico analisar a psicoterapia na Abordagem Centrada na Pessoa diante de clientes com ideação suicida. Ainda, possui como objetivos específicos caracterizar o fenômeno do suicídio, caracterizar a Abordagem Centrada na Pessoa como um instrumento de apoio e analisar a percepção do psicoterapeuta sobre a Abordagem Centrada na Pessoa diante de processos de ideação suicida.
- A presente pesquisa faz parte de uma das atividades de avaliação da disciplina de Projeto de Monografia e Monografia, do 9º e 10º semestres do curso de Psicologia.

Procedimentos do estudo

- Seu envolvimento consiste em participar de uma entrevista, que será realizada de modo remoto, por meio do aplicativo de videochamada Google Meet.
- A data e horário da entrevista será combinada com antecedência, para um momento cômodo para o pesquisador e o participante.
- A entrevista terá o áudio gravado para posterior transcrição, visando auxiliar na realização das análises.

Riscos e benefícios

- Os riscos são mínimos, relacionados ao processo de entrevista. Caso você sinta algum desconforto com relação a alguma pergunta, não será necessário respondê-la.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas, garantido o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.
- No caso de dúvidas ou demais informações sobre a pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável pelo e-mail ricardo.hc@sempreceub.com ou pelo whatsapp: (61) 98147-0069.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa ou caso queira informar ocorrências irregulares durante a sua participação na pesquisa, entre em contato com o professor orientador: Frederico Guilherme Ocampo Abreu pelo e-mail – frederico.abreu@ceub.edu.br

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do projeto e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte desta pesquisa.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia do pesquisador responsável e a outra será fornecida ao participante.

Assinatura do Participante: _____ Data: _____

Assinatura do Professor-orientador: _____

Assinatura do Pesquisador responsável: _____