



Configurações do cuidar em prática de prevenção do suicídio

Pedro Fragoso Costa Júnior¹

Resumo

Neste trabalho olharemos para algumas distinções entre dois modelos de intervenções em momentos distintos da história de um serviço de prevenção do suicídio: o primeiro vinculado a uma doutrina religiosa, e o atual, caracterizado por uma abordagem leiga. Ao longo do texto veremos os contrastes entre esses distintos modelos, além da compreensão dos aspectos que influenciaram uma nova configuração para o manejo. A partir da influência da Annemarie Mol, colocamos aspectos técnicos dessa prática em evidência para examinar as influências que ocasionaram outro modelo de cuidado. Observa-se que as entidades envolvidas nesse processo não se submetem à dimensão normativa local ou aos desejos dos praticantes, interferindo no modelo de intervenção em prol do manejo mais assertivo.

Palavras-chave: práticas, cuidado, prevenção do suicídio, sofrimento emocional, Sociologia da saúde

Introdução

Quando estudei a constituição do cuidado em processos práticos realizados por voluntários visando a prevenção do suicídio (Costa Jr 2021), algo mencionado por uma das minhas interlocutoras durante um diálogo me chamou atenção. Ela dizia sobre aquele local: “A instituição nasceu sendo feita. ”. Antes da análise dos dados, entendia muito superficialmente o que aquilo poderia me dizer de interessante. Posteriormente, alguns desdobramentos dessa afirmação se tornaram mais claros, assim, no presente artigo proponho pensar as mudanças no modelo de cuidado e sua imbricação com os aspectos técnicos e intervenções de praticantes.

O serviço ao qual me refiro é uma entidade não governamental brasileira que atua na prevenção do suicídio oferecendo apoio emocional na modalidade presencial (em postos que funcionam como sede em algumas cidades brasileiras), e distal (através de *chat* ou ligações telefônicas).

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais- Universidade Federal da Bahia.

O Serviço “*Como Vai Você?*”, de prevenção do suicídio, foi fundado em 1962 em São Paulo, sendo a primeira atividade da instituição filantrópica Centro de Valorização da Vida (CVV), a qual ele está vinculado². Vale dizer que estamos nos referindo a uma prática que não é profissional, mas leiga. Seu funcionamento se dá através de trabalho voluntário e se apresenta como “um serviço gratuito de apoio emocional oferecido por voluntários disponíveis para conversar com pessoas em estado de angústia, sofrimento e em necessidade de desabafar” (Centro de Valorização da Vida 2017: 10-11).

O fenômeno que traduz parcialmente a enunciação que destaquei inicialmente, fruto das trocas em campo, demonstra que ao longo desses anos de existência do serviço o modelo de abordagem sofreu alterações conforme o grupo julgava necessário repensar a efetividade das estratégias adotadas. Nesse artigo, minha intenção será justamente em estabelecer uma aproximação com o universo de práticas desse local buscando compreender quais elementos podem ter contribuído para alterações do modelo de cuidado ao longo desse processo.

Entendendo a configuração de uma prática no sentido de modelos que se afinam com a ideia de *modos de ordenamento* de Mol, buscarei rastrear aspectos referentes às alterações que se efetivaram ao longo do tempo na instituição estudada, não apenas contrastando-as, mas examinando os fatores que influenciaram as mudanças de um modelo para outro. Nesse sentido, ressalto o interesse dessa análise, não apenas pelos significados expressos por voluntários entrevistados, mas pelas materialidades, efeitos desejáveis e indesejáveis nas intervenções e eventos emergentes nas descrições sobre suas práticas, como propõe Mol (2002).

Modos de ordenamento e proeminência das práticas

Foi interessada nos acontecimentos em contextos de saúde, sobretudo a respeito da questão da escolha do paciente, que Mol (2008a), na obra *Logic of Care*, se utilizou do termo “lógica”, tão importante para a filosofia para pensar dimensões que alicerçam determinados tipos de assistência. Diferentemente da filosofia, em que a ideia de “lógica” costuma aludir ao sentido de regras de raciocínio, ela o emprega empiricamente a fim de contrastar justamente os

² Oficialmente a sigla “CVV” é utilizada em referência à instituição Centro de Valorização da Vida, no entanto, no discurso dos voluntários ao longo do texto, é habitual a utilização da mesma sigla em referência ao serviço de prevenção do suicídio “Como Vai Você?”.

modos de ordenamento que acompanham algumas intervenções de cuidados (Mol 2008a; Spink 2015).

Duas lógicas são descritas por ela para apresentar modos distintos observados na sua investigação a respeito dos procedimentos e eventualidades na prática de tratamento e assistência à condição de pacientes.

A primeira versão, a qual ela denominou de *lógica do cuidado*, será contrastada com a segunda versão, a *lógica da escolha*. A *lógica do cuidado* é caracterizada por intervenções que perseguem o bem através de uma busca artesanal, pois se reconhece que nem sempre os pressupostos e as expectativas de atores envolvidos correspondem ao que foi antecipado por uma instância normativa. Nesse caso, o que fazer precisa de uma intervenção habilidosa e engenhosa entre os participantes envolvidos (Mol 2008a).

Em outra direção, a *lógica da escolha* mantém o foco no momento em que decisões precisam ser tomadas, dessa maneira, endereça maior relevância a quem efetuará a escolha em determinados momentos específicos. Também nomeada por Mol como a *lógica do mercado*, a responsabilização por eventuais consequências desencadeadas pelas escolhas também passa a ser simplificada nessa versão, uma vez que os bens que podem ser escolhidos são expostos de forma generalizada para qualquer paciente, de maneira que as opções disponíveis possam ser alvo de escolhas individualizadas.

Apesar desse sintético contraste entre as lógicas descritas por Mol, alguns aspectos relevantes estão articulados no interior dessas versões que nos informam sobre o que se é valorizado em cada uma. Por exemplo, o fato de que, embora o modo de ordenamento alinhado à *lógica da escolha* celebre superficialmente a liberdade e autonomia dos pacientes, considerando o fato de serem pessoas bem informadas sobre o melhor para si e que podem discernir entre as opções colocadas, o escrutínio empírico dessa dimensão trouxe à baila elementos controversos a tal argumento libertário³.

³ Na *lógica da escolha*, os pacientes, podem ser posicionados enquanto *clientes* (dotados de poder de compra) ou *cidadãos* (dotados de direitos), no entanto, eles têm atuações e recursos participativos limitados aos momentos em que são convocados a consolidarem seu quinhão de autonomia a partir do consentimento dos profissionais (Mol 2008a). Até mesmo na variação mais discreta dessa versão, a categoria de pacientes-cidadãos, as possibilidades de escolhas postas se voltam aos padrões de normalidade, endossando o ideal de pessoas sãs como referência e vislumbrando a subjugação dos corpos e sua domesticação (Spink 2015).

A descrição da *lógica do cuidado* em contraste com a *lógica da escolha* delineadas por Mol, implica que *modos de ordenamento* estão dispersos em práticas e que conseguimos visualizá-los quando buscamos entender as lógicas (o que importa, o que vale, o que é relevante) por dentro das abordagens empreendidas (Mol 2008a). Inclusive, como na sua produção, lógicas distintas podem conviver lado a lado em algumas ocasiões, estarem direcionadas a objetos comuns, como o foco no tratamento aos diabetes investigado pela autora, e também a convivência de lógicas distintas podem causar interferências entre si ou não.

Afastando-se de uma premissa ontológica clássica, que toma a realidade como categoria previamente definida e fixa, a autora defende a noção de que o nível ontológico se origina mediante práticas que geram a realidade (Mol 2002). Para ela, portanto, será através do escrutínio do que acontece no interior das práticas que movimentam um determinado empreendimento que poderemos torná-lo conhecido.

Inversamente, significa dizer que uma realidade não está dada de antemão, ou pronta para ser reconhecida, mas que o seu ordenamento é engendrado através de esforços práticos agenciado por diversas entidades, esforços estes que, segundo ela, devem estar no centro da investigação, pondo em evidência o processo dinâmico de onde se origina determinada realidade (Mol 2002). A esse movimento de olharmos mais profundamente para as práticas localizadas, a autora denominou de *praxiografia*, uma etnografia de práticas.

No desenvolvimento do seu argumento, debruçada no contexto de cuidados em saúde em ambiente hospitalar, a autora que tem explícita influência dos estudos sociais da ciência e da tecnologia, apresenta categorias que emergem de diversas análises acerca do cotidiano nessas paisagens que se configuram pela proeminente orientação do saber científico.

Por isso, o interesse pelos acontecimentos minuciosos numa prática é visto por Mol como categoria que pode nos dizer muito sobre como realidades são ocasionadas, permitindo que preenchamos alguns vácuos que categorizam de forma generalizada muitos fenômenos.

Nesse trabalho olharemos para algumas significativas distinções entre dois modelos de intervenções em momentos distintos da história desse serviço de prevenção ao suicídio: o primeiro vinculado a uma doutrina religiosa e o atual, caracterizado por uma abordagem leiga. Considerando as contribuições de Mol já mencionadas, apresento a prática de prevenção do suicídio nessa instituição brasileira partindo da atual configuração e observando contrastes com

o modelo anterior compartilhado pelos membros mais antigos, de modo que nos permita entender alguns aspectos que impulsionaram as mudanças instauradas.

O cuidado é um desses fenômenos, que facilmente o tomamos como algo autoevidente, no entanto, quase nada sabemos sobre o interior das práticas as quais podem ser classificadas por esta categoria. Por isso, sob influências de Mol, o inverso é proposto: o de partir não de um ideal de cuidado, mas das práticas que o gera, para, com isso, conhecer aquilo que o sustenta.

Mobilizados por um movimento semelhante, estudos em contextos locais cujo empreendimento se apoia na legenda “cuidado” ou processos vinculados a algum tipo de manejo técnico, seja leigo ou especializado, já apresentaram contribuições pertinentes a respeito de partir de uma análise focada em práticas (Pols 2004; Mol 2008a; Mol; Moser; Pols 2015).

Mantendo distância de uma premissa universal do que é o cuidado, algumas autoras deixaram que as práticas alvo de sua análise mostrassem como categorias aparentemente autoevidentes se consolidavam ao longo de processos concretos no cotidiano. A partir dessas contribuições, foi possível entender que “bens” no cuidado, muitas vezes não correspondem à subordinações e restrições às normas, mas a demanda de algo novo que precisa ser instituído mediante colaboração e criatividade (Pols 2004). Além disso, em alguns momentos, a prática pode explicitar a complexidade envolvida na categoria “*bom cuidado*”, já que, determinadas atuações consideradas ásperas por contrariar o desejo do paciente, eram operadas em razão dos melhores resultados esperados para este (2004).

Em outro momento, o termômetro do cuidado também suscitou novas reflexões a partir de Pols (2012), ao problematizar que as qualidades “*quente*” e “*frio*” para caracterizar sensibilidades no cuidado, correlacionava, de antemão, uma intervenção menos afetuosa quando envolvia uso de tecnologias, como nos serviços de assistência remota.

Também podemos lembrar de quando Mol (2008b) nos mostrou que a categoria “*escolha do paciente*”, ao invés de decretar definitivamente o fim de todos os males que poderiam “*aprisioná-lo*”, tornou-se o ponto de partida para trilhar o interior desse argumento emancipador.

No nosso contexto, em que buscamos entender os fatores que influenciaram a mudança do modelo de intervenção ao longo da história da instituição, a relevância da prática como ponto de partida será assumida como estratégia metodológica.

Os dados alvo da análise deste texto foram produzidos através de entrevistas realizadas entre abril e setembro de 2019 com voluntários atuantes em um dos postos instalados em algumas cidades brasileiras. Entrevistas individuais semiestruturadas e um grupo focal contribuíram para explicar a dimensão individual e coletiva do trabalho desenvolvido pelos voluntários. Quatorze voluntários me concederam entrevistas individuais, entre eles oito mulheres e seis homens que possuíam entre um ano e meio e 28 anos de atuação no posto. Além dessas conversas, foi bastante oportuno para fins de análise, o acesso a documentos da instituição, em particular os materiais de apoio, como o manual dos voluntários que informam aspectos do funcionamento da instituição e a norma que orientam as práticas dos interlocutores.

O Serviço de Prevenção do Suicídio

Atualmente, existem mais de 100 postos do serviço de prevenção do suicídio do Centro de Valorização da Vida (CVV) dispersos por cidades brasileiras e que, a partir da implantação de uma linha integrada nacionalmente desde 2017, com o auxílio do Ministério da Saúde, tornou possível ampliar a oferta de apoio emocional àquelas cidades onde não possuíam postos instalados.

Cada posto possui um coordenador local, um dos voluntários que é designado para gerir as demandas e atividades da unidade. No entanto, dentro da instituição, incentiva-se uma postura cooperativa, onde todos são instados a garantir a manutenção e organização do local onde atuam, sendo o coordenador, na maioria das vezes, um representante do coletivo na organização setorizadas a nível local, regional e nacional.

Reuniões periódicas são realizadas para trocas e deliberações entre os diversos níveis hierárquicos, sobretudo para tentar garantir que, apesar das singularidades das atuações, os membros mantenham-se alinhados a um *modus operandi* que articule flexibilização e integral sintonia entre as distinções dos atendimentos na prática.

O campo onde os voluntários estão situados funciona na cidade de Salvador-Ba. No momento da produção dos dados, cerca de 40 membros integravam o corpo de voluntários deste local.

Qualquer pessoa a partir dos 18 anos pode se candidatar para atuar como voluntário e, como tal, passam a operar o trabalho no posto segundo o modelo normativo do cuidado

defendido pela instituição e que deve orientar todos os voluntários, inclusive àqueles membros que exercem diferentes abordagens em outras instituições de cuidado (ex: médico, psicanalista, psicólogos, etc.).

A etapa classificatória ocorre no chamado “Processo de Seleção de Voluntários”, caracterizado pelo conjunto de encontros organizado pelos voluntários, a fim de apresentar a norma local e auxiliar no desenvolvimento das habilidades dos novos membros, sobretudo através de técnicas de simulações de atendimentos entre eles.

Após algumas semanas, os voluntários mais experientes selecionam os aprendizes que se mostraram mais habilitados para exercer os atendimentos nos plantões. No posto, os plantões são individuais e cada voluntário assume cinco horas semanais de trabalho, realizando atendimentos telefônicos e presenciais, ocorrendo em número menor essa última modalidade.

Nesse posto, as trocas entre os voluntários em reuniões periódicas e a experiência adquirida no relacionamento com a Outra Pessoa-OP (nome utilizado para se referir aos usuários do serviço), constituem uma importante fonte de capacitação cumulativa para o repertório dos saberes dos membros.

A proposta é que a produção de saberes sobre a prática e a conformação coordenada entre as atuações distintas de todos os voluntários não seja uma questão a ser resolvida de uma vez por todas, mas numa constante busca, no qual não se pretende alcançar uma estabilidade definitiva. Ou seja, as experiências dos voluntários em prática tendem a produzir novas descobertas em relação a elementos associados ao atendimento, nesse sentido, a singularidade dos eventos os levam a priorizar um esforço artesanal do cuidado, em vez de uniformizar suas intervenções para qualquer contexto, já que a imprevisibilidade das situações é alvo da atenção dos cuidadores.

Para tanto, alguns materiais também os auxiliam nesse processo, como os manuais e técnicas que contribuem para o alinhamento das suas distintas intervenções com as regras locais estabelecidas pela instituição para a condução da *relação de ajuda*. A *relação de ajuda* trata-se do método empregado pelo voluntário ao interagir com a OP durante o atendimento segundo as normas da instituição para gerenciar o acolhimento visando mitigar o sofrimento emocional via autocompreensão.

A Relação de Ajuda

Adotada como o tipo de intervenção no acolhimento do serviço do CVV, a *relação de ajuda* atualmente carrega significativa influência da psicoterapia não diretiva de Carl Rogers (1998). Alguns aspectos da contribuição de Rogers são incorporados no cuidado empreendido pelos voluntários, como o fato de estabelecer uma relação de confiança com a pessoa que é atendida, deixando-a no protagonismo da conversação a fim de que suas potencialidades de crescimento para lidar com seu problema particular sejam reconhecidas por ela própria ao longo do diálogo, sem que caminhos sejam apontados pelo terapeuta, nesse caso, pelo voluntário. Essa proposta visa manter a *Abordagem Centrada na Pessoa*, em como ela se sente (ROGERS, 1998), e menos nos problemas compartilhados durante a conversa.

Por se inspirar nesse modelo de intervenção, passa também a ser anexada à prática do cuidado novos critérios que foram incorporados no desenvolvimento do trabalho pelos voluntários, como: a discrição nas conversas e o contexto em que ocorrem os atendimentos; o sigilo do conteúdo compartilhado nos diálogos; a negação em orientar ou aconselhar os usuários do serviço sobre suas indecisões; evitar a tentativa de dissuadir ou interpelar uma pessoa a fim de convencê-la a não infligir a autoviolência.

As articulações com esses novos elementos emergiram junto com as buscas por melhorias e sucesso no tipo de intervenção adotado pela instituição. Assim como a adesão de aspectos da abordagem terapêutica rogeriana, conhecimentos científicos e os que eram compartilhados por agências vinculadas à saúde pública como a Organização Mundial da Saúde a respeito do manejo do comportamento suicida passaram a ser considerados no modelo de atuação defendido pela instituição.

Essa configuração atual marca um importante distanciamento com o modo de atuação anterior, o qual a instituição se apoiava no momento da sua fundação, ressaltando, particularmente, seu viés religioso, já que nasceu vinculado à doutrina espírita.

Mudanças ao Longo do Tempo

Numa conversa que pude presenciar no campo, uma das interlocutoras mais antigas destaca que o serviço “nasceu sendo feito” (Marisa 05/2019), essa descrição da história da instituição enfatiza uma espécie de preceito em relação à maneira de produzir o cuidado nessa

instituição, que, ao longo do tempo foi sendo atualizado para potencializar a melhor forma de prestar assistência aos eventos envolvendo o comportamento suicida.

Então, como o serviço ao longo dos cinquenta e sete anos, ele não nasceu do jeito que é hoje. Ele nasceu extremamente diretivo, ele nasceu com o foco espírita, ele foi se transformando, direcionava a vida das pessoas, dizia o que as pessoas tinham que fazer. A partir de dois mil e alguma coisa houve uma mudança na forma de atender, nessa forma que já é essa.... Quem tem dez anos já encontrou (assim)... E, como Dinalva diz, a gente vem dando certo, mas pode ser que mude. [...]Tudo que é feito é pensando no acolhimento ao outro, então isso não muda. Tudo que a gente vem buscando e a transformação que a gente vem sofrendo é exatamente pra que o outro sempre venha em primeiro lugar. (Marisa 06/2019)

É possível observar na fala de Marisa, o informe de momentos distintos em referência à configuração do modelo de cuidado na história da instituição. Sendo uma das voluntárias mais antigas atuantes nesse posto, percebe-se que esse cuidado para ela não é compreendido como um empreendimento que se consolida de uma vez por todas, mas que é galvanizado sempre que parecer conveniente operar modificações normativas para melhor fundamentar a assistência.

Além disso, nessa fala da voluntária é visível que, enquanto no modelo de origem, marcado por um vínculo religioso como sua principal referência, a rigidez normativa expressava uma autossuficiência a respeito do sucesso das intervenções investidas, e adiante, mais especificamente no atual modelo descrito desde o início dessa seção, não só os aspectos assertivos, mas também os possíveis problemas do modelo vigente são examinados ao longo do desenvolvimento dessas práticas. Ou seja, mais próximo do esquema de tentativas e ajustes, salientando que novas mudanças podem ocorrer.

O nascimento da instituição associado à doutrina religiosa marcava significativamente o tipo de abordagem incorporado pelos primeiros membros desse trabalho voluntário. Como explicitado por Marisa, aspectos como o direcionamento das pessoas naquele momento, apontando o que elas deveriam fazer, também sobressaía como uma dessas características referidas à configuração anterior na instituição.

Os voluntários mais antigos, assim como Marisa, se reportam a essas alterações na assistência não como um sinal de fragilidade da prática, mas justamente como uma espécie de atualização necessária, cujo o diagnóstico apontava para que eventuais mudanças fossem de fato investidas.

O serviço começou amando, ele amava, mas não tava sabendo amar porque ele tava aconselhando, tava julgando, tava criticando, tava indo nas casas das pessoas pra: “não faça isso e tal”. Depois, ele percebeu que as pessoas queriam falar no dia que elas queriam. Até no dia que a pessoa não queria falar, o serviço procurava, mas aí ele percebeu que a pessoa quer falar num dia, e no outro, ela não quer falar sobre aquilo. E aí (é) onde entrou o conhecimento, aí quando ele diz que o amor ganhou conhecimento, entrou a técnica, entrou a ciência, pra mostrar que: tudo bem, você ame, mas vamos juntar as duas asas. (Osvaldo 05/2019)

Como destacado por Osvaldo, um elemento marcante em relação ao atual contexto, em contraste com o anterior, era o fato de a intencionalidade de prestar ajuda contínua às pessoas nem sempre era uma abordagem aparentemente conveniente para os usuários, uma vez que a iniciativa partia da instituição e seguiam seu imperativo no tipo de intervenção adotado.

Considerando esses eventos, as percepções da reação dos usuários conferiam demonstrações de que apesar das boas intenções, a atuação naqueles termos não estava repercutindo no sucesso esperado no empreendimento do cuidado. O fato de que as pessoas estivessem interessadas em falar em determinados dias e tornarem-se apáticas em outros, quando surpreendidas com uma nova oferta de ajuda, foi um dos motivos que ressaltou a necessidade do diálogo com outros saberes para intensificar boas condutas no trabalho de cuidar nessas circunstâncias.

Praticando Novos Conhecimentos: Reposicionando os Objetivos

Diante da desvinculação com o espiritismo, a instituição reconfigura sua abordagem marcando uma aproximação, sobretudo, com o conhecimento da psicologia, mais especificamente ao modelo de Terapia rogeriana que contribuiu para influenciar o tipo de relação que passaria a ser realizada na interação entre voluntário e OP.

Com a adesão de saberes oriundos de outra abordagem, novos elementos adotados na prática realçam o contraste com o modelo anterior. A proposição de que o sucesso do cuidado estava ancorado no empreender de atitudes estritas à norma, enquanto uma garantia de que vidas seriam foi deixando de ser o centro. Uma vez que a estratégia de convencimento e interpelação demonstravam impedir a aversão dos usuários ao tipo de ajuda oferecida no período.

Diferentemente, na nova configuração destaca-se a redução da verticalidade das interações. Em outras palavras, o voluntário não deve apresentar qualquer aconselhamento sobre o que deve ser feito por outrem para libertação dos seus males. Além disso, define-se que a própria OP passará a contatar o serviço a qualquer momento que desejar, e não mais o contrário. Somado a isso, extingue-se a necessidade de estabelecer qualquer tipo de vínculo que exija a identificação ou a manutenção do contato com a instituição.

Diante disso, é possível sinalizar dois aspectos da psicoterapia não diretiva de Rogers (1998) que passa a vigorar com o atual cenário de práticas na instituição. O primeiro é o fato dos voluntários se relacionarem com a OP dando ênfase à particularidade de cada história, distanciando assim de generalizações, ou comparações com outras experiências. O segundo aspecto é o depósito de confiança que o voluntário deve compartilhar em relação à OP, acreditando que ela tem potencial de lidar com seus próprios problemas, auxiliando-a em direção à sua autocompreensão, sem que ele lhe ofereça qualquer sugestão sobre como responder a um problema pessoal, mesmo que elas solicitem esse tipo de suporte.

Cuidar Vs. Salvar Vidas

Como vimos, o cuidado na atual configuração não envolve respostas previamente pensadas, mas em um modo de ser no qual investe-se na elaboração de diálogos que contribuam para a OP escutar a si própria e aumentar a chance de amainar sua aflição e, posteriormente, refletir sobre como lidar com as questões que lhe incomodam naquele momento.

Dessa maneira, a relação de ajuda é movida por uma tentativa, onde o processo de engajamento estabelecido pelo voluntário baseado no respeito à condição particular manifestado por cada OP e o interesse em oferecer ajuda oportuna o quanto possível, ao mesmo tempo que alinhado à norma local, são aspectos que os voluntários caracterizam como uma boa intervenção.

Diante da lucidez de que alguns alcances podem não ser consolidados até o fim do atendimento, os voluntários conferem esperança nas oportunidades de seguir tentando que a OP possa se estabilizar emocionalmente. Isso se destaca nos desfechos mais sensíveis, como nas situações em que os voluntários empreendem o respeito mesmo quando os usuários mantêm o desejo de provocar a autoviolência após o atendimento.

A diferença fundamental é o respeito à outra pessoa, aceitação incondicional à outra pessoa, então, saber que o outro tem o direito de saber como ele é, saber que o outro tem o direito de gerenciar sua vida do jeito que ele quer, inclusive, se for o caso, até buscar o suicídio, ele tem esse direito. Isso eu acho que é fundamental no serviço, essa característica, então, pra mim, esse cuidado de entender que o outro tem o direito de ser como é e que a mudança tem que ser promovida por ele mesmo, eu acho que isso que diferencia o serviço... (Evandro 07/2019)

[...] O mais difícil, penso que é aceitar. A gente aceita, embora não concordando com algumas questões que a outra pessoa nos traz, por exemplo, aceitar que alguém diga assim ó: “tudo bem, você falou comigo, mas eu vou me matar, eu tou decidida.”. Ou a pessoa te liga pra contar como é que vai ser e a pessoa se despede. Então, durante muito tempo isso mexeu comigo e ainda mexe, porque, na verdade, a gente quer que a pessoa desista da ideia de morrer... A gente deseja que ela recupere o desejo de continuar viva e muitas vezes já aconteceu, e é muito gratificante, mas quando isso não acontece é difícil. Hoje, eu penso que a maior dificuldade é essa aceitação, embora eu não concorde, mas eu respeito e aceito que o outro é quem tem o poder pra definir sobre sua vida, não sou eu, eu não tenho como decidir por ela.[...] Quando a pessoa desiste [do suicídio] é porque ela encontrou dentro dela a força pra continuar, quando ela se despede, é porque ela não consegue e se ela não consegue, não sou eu... Eu não tenho esse poder pra transformar. Então, a dificuldade que eu tenho é de aceitar, mas é naquele momento, depois, eu tenho a clareza de que [aquilo que] a instituição se propõe a fazer, do que eu acredito que é possível ser feito, eu fiz. Daí eu tenho muito cuidado durante todo momento que eu tou fazendo um atendimento, de realmente estar ali junto da pessoa, dando toda a atenção, estando realmente com a pessoa, pra que ela se sinta naquele momento, acompanhada por mim. (Marisa, 06/2019).

Para os voluntários, no atual modelo de cuidado, a eliminação do desejo de se suicidar pela OP não é o foco principal de sua atuação, uma vez que eles, enquanto membros, compreendem que convencer ou interpelar as pessoas com comportamento suicida não converge com o proposto pela instituição no atual modelo de abordagem.

As escolhas pessoais informadas espontaneamente pelos usuários durante a conversação podem servir como uma espécie de feedback para o voluntário entender se a relação de ajuda foi oportuna ou não, segundo a perspectiva da OP. No entanto, não os surpreendem alguns casos em que a OP relata expressamente que aquele diálogo não a ajudou em nada. Acerca disso, podemos, inclusive, recorrer a algo que meus interlocutores costumam repetir com orgulho: “se durante todo esse tempo tivermos salvo apenas uma vida, nosso trabalho valeu à pena”.

Isso comunica que o quantitativo não é o fator mais relevante nesse contexto para fins de mensuração da efetividade do trabalho realizado. Imbricado a isso existe a noção que

acompanham os voluntários, a de que aquilo que concerne os problemas das pessoas, assim como os desfechos pós ligação, estão muito além do controle dos voluntários na sua tarefa de cuidar das emoções.

Embora algumas situações eventualmente desapontem a expectativa dos voluntários, como trazido na fala de Marisa, consequências dessa natureza não são vistas pelos mesmos como uma espécie de negligência de sua parte, tampouco é visto como culpa da OP, por ela não alcançar a estabilidade de suas emoções. Em vez disso, esses contextos explicitam para o cuidador a complexa tarefa de domar elementos que acompanham a natureza complexa das emoções, condição a qual parece repercutir no interesse da OP pela violência autoprovocada.

Como vimos no início desse artigo, o termo “*lógica*”, no sentido empregada por Mol faz referência ao que vale numa prática, aquilo que impulsiona as coreografias dos praticantes envolvidos, o que sustenta o ordenamento de suas demandas.

Quando Mol descreve as duas lógicas que identificou em seu campo, é possível refletir que os pressupostos da lógica da escolha, centrados no momento das deliberações sobre quem escolhe, mostram-se insuficientes diante da complexidade associada a algumas condições clínicas. Por exemplo, a existência de um aparelho para medição de glicose não resolve de uma vez por todas tudo aquilo de que o paciente carece após sua aquisição. Nesse caso, a autonomia e liberdade que essa lógica faz ecoar no ouvido do paciente pelo fato dele poder consumir aquele tratamento, depende de mais elementos para ser proclamada.

Enquanto práticas articuladas a essa lógica operam através do encorajamento para o paciente escolher racionalmente aquele bem que está sendo ofertado, na lógica do cuidado, por sua vez, o bem muitas vezes não está posto, mas em vias de ser produzido. Para tanto, o processo no qual prioriza-se “o que fazer” e não “quem deve escolher”, é cercado de tensões, dificuldades, cooperações, criatividade, entre outras coisas que traduzem uma tarefa que está sempre por se fazer.

No caso da lógica do cuidado descrita por Mol (2008a), sua configuração faz coro àquilo que outros estudos mostraram sobre a categoria “bom cuidado”(Pols, 2004), como o argumento de que tais bens são subdeterminados quando vistos empiricamente, ou seja, sua realidade pode ser bem complexa, e até mesmo controversa em algumas ocasiões.

A partir dessa sinalização, torna-se possível considerar que as falhas no processo de assistência nem sempre serão sinônimo de negligência, como no caso de doenças crônicas observadas por Mol (2008), em que por melhor que tenha sido a performance da equipe de atendimento ao paciente com diabetes, os níveis de açúcar no sangue continuam a instabilizar: “Tente, ajuste, tente novamente. Ao lidar com uma doença que é crônica, o processo de cuidado também é crônico. Isso só termina no dia em que você morre.”. (*Ibidem*: 19).

Estando os membros do CVV atentos a complexidade dos fenômenos com o qual trabalham, ao invés de focar numa busca obstinada de afastar a pessoa do desejo por suicídio estabilizando suas emoções, será, em vez disso, o empenho artesanal dos voluntários em manter-se alinhados à norma ao mesmo tempo que procuram meios que facilitem a desobstrução do estado de angústia em que a OP se encontra.

Nesse sentido, a boa intervenção não se restringe aos casos em que a circunstância sugere que aquela vida será salva, ou aos *feedbacks* positivos sobre os alcances do atendimento expressos espontaneamente pelos usuários durante a conversa, mas a todo esforço que foi empreendido pelo cuidador na tentativa de realizar sua melhor performance com os recursos de que dispunha e da engenhosidade consoante ao que a atual norma estimula.

Ao nos debruçarmos empiricamente diante de práticas de cuidado, podemos ver caindo por terra a premissa dessa categoria abranger um cenário bem delineado. Alguns aspectos das descrições dos voluntários elucidam, justamente, alguns dos processos complexos com que lidam em razão do interesse em endossar intervenções eficientes.

Evidentemente a configuração de um modelo anterior, cuja referência se dá ao vínculo com uma doutrina religiosa, e o modelo atual descrito pelos interlocutores expõem algumas das características e prioridades que particularizam cada um desses momentos. Esses modelos estão historicamente situados, embora possamos concordar que ambos refiram àquilo que se entendia por um “bom cuidado”, cada modelo ao seu molde.

O modo como os voluntários contextualizam o modelo anterior, nos apresenta um cenário em que começam a ser questionada a efetividade das condutas agenciadas pelos cuidadores. Naquele momento, como mencionado, as intervenções investidas pelos membros pareciam não estar afinadas com os interesses das pessoas a quem tais benfeitoria eram direcionadas.

A inconstância do interesse das pessoas em manter ou não uma conversa com o voluntário em outro momento; a iniciativa da pessoa em buscar contato apenas quando lhe fosse conveniente; o foco na escuta atenciosa, em vez de produzir respostas pautadas numa orientação do que os usuários deveriam ou não fazer. São alguns aspectos dos efeitos desencadeados com os objetos da prática e suas variáveis cuja característica não assumia papel tão passiva quanto uma realidade normativa inflexível pudesse ter como expectativa.

Os resultados de outros estudos já destacam o quão dispendioso são os esforços para lidar com as oscilações do sofrimento emocional (Cunha 2015) bem como a tentativa de conhecer e mitigar o sofrimento em contexto de cuidado visando apoio emocional (Costa Jr 2021).

Mol (2008a) utilizou o termo “viscosidade” para referir-se aos objetos e variáveis (hábitos, condições materiais, outras pessoas) que associados à condição de pacientes interferem em processos práticos no qual estão envolvidos. A natureza escorregadia desses aspectos, como descreve Mol, não correspondem a uma expectativa normativa, nem exerce uma performance estável como esperada pelos que buscam governá-las. Diante disso, no cenário de cuidados associados a objetos dessa ordem, como o apoio emocional e o comportamento suicida no contexto da instituição aqui analisada, a viscosidade ressalta a necessidade de intervenções cujo o foco sejam menos domar tais variáveis que escapam, mas sim atender aos equilíbrios dessas entidades escorregadias.

O que resta, portanto, é atender aos equilíbrios dos objetos articulados aos procedimentos em que estão inseridos a fim de estabelecer caminhos que direcionem a resultados satisfatórios na medida do que se é possível ser feito nas eventualidades em que as variáveis viscosas se evidenciam (Mol 2008).

As intervenções de objetos com essas características subvertem a ideia hegemônica de que pacientes e suas variáveis assumem o papel passivo nas intervenções, pois suas atuações desencadeiam influências que instabilizam os padrões pré-definidos que muitas vezes se encontram associados à ideia de cuidado. Nesse contexto, as escolhas a respeito do que privilegiar numa nova versão de regras que orientariam a prática buscou seguir alternativas que convergissem, justamente, com a natureza características dos objetos com os quais estavam manejando.

Logo, aquilo que não parecia funcionar muito bem anteriormente, foi revisado para recriar um modelo a contento. Esse processo exprime aquilo que Mol se refere como consequências políticas que estão implicadas nas escolhas de alternativas que são gerenciadas na constituição do real, como veremos no próximo tópico.

Políticas Ontológicas no Interior das Práticas de Cuidado

Referindo-se às práticas de cuidado ocidental enquanto heterotopias, Mol argumenta que elas tendem a oferecer um lugar do “outro” segundo o nosso ideal de indivíduos que fazem escolhas racionais. Porém, dirá Mol (Martin, Spink & Pereira 2018), isso não funciona tão bem em práticas de cuidado por antecipar uma conduta específica de pacientes. Nesse caso, fenômenos dessa natureza só são passíveis de análise quando observados empiricamente.

Nas suas análises sobre a prática médica, Mol observou como detalhes técnicos são subdeterminados quando os observamos intimamente. Os elementos técnicos, dirá Mol, é algo que envolvem os nossos modos de vida e não devem ser deixados apenas para os profissionais, eles dependem também de “aspectos práticos, contingências, jogos de poder, tradições.” (Mol 2002: 171). Baseado nesse argumento, Mol acentua o viés normativo que sempre esteve ancorado na profissão médica.

A autora dirá que pensar escolhas sobre o cuidado nem sempre é o que mais importa em alguns contextos, mas sim as organizações em torno da prática (Martin, Spink & Pereira 2018). Isso porque esse empreendimento abrange eventos que não se conformam através de simples escolhas: “pessoas não escolhem ter, por exemplo, diabetes tipo 1. Em vez disso, o diabetes acontece.” (*Ibidem*: 303).

A existência de algumas doenças como o próprio Diabetes, o Câncer ou Alzheimer, são exemplos de condições cuja interferência nas práticas de tratamento e assistência endereçadas a elas nos ensina justamente sobre a complexidade de estabelecer bons cuidados em um cenário onde torna-se dispendiosa e imprevisível a busca para domar as variáveis associadas a elas⁴.

⁴ A respeito do ideal de bem da prática médica, Mol recorda que, por volta de 1950, com as primeiras pesquisas sobre o câncer, ensaios clínicos suscitavam reflexões dos profissionais em torno dos objetivos de adiamento da morte e melhoria da saúde que imperavam na orientação biomédica (Mol 2002). Esses acontecimentos trouxeram abalos no *bem* defendido naquele momento, que mantinha o objetivo da “sobrevivência” como autoevidente: “Seis meses dentro e fora de um hospital, com um corpo em desintegração, com dores tanto da doença quanto do tratamento, podem muito bem levar a mais sofrimento do que alívio. Talvez não fosse um bem natural, afinal.

Apesar de não estarmos olhando neste artigo para uma prática de sistemas de saúde oficiais, ou direcionadas ao tratamento de uma doença específica, é possível encontrar contrastes com características do cenário ao qual Mol estava analisando.

Enquanto importante problema de saúde pública, o suicídio é reconhecido por suas características complexas e causas múltiplas. (World Health Organization 2014). Estando engajados em um contexto que lida eventualmente com a manifestação do comportamento suicida e mantendo o interesse em promover uma relação de ajuda baseada no apoio emocional, os voluntários do Centro de Valorização da Vida constataam nas suas tarefas os esforços investidos por eles para produzir o manejo mais apropriado a esses objetos.

Apoiado na contribuição de Mol de falar sobre ontologias pensando simultaneamente em realidades e construção, ao passo em que se distancia dos argumentos teóricos positivistas e desconstrucionistas que se baseiam na ideia de uma substância fixa e estável imbricada ao nível ontológico (Souza 2015), podemos compreender a recorrência do nascimento do cuidado à medida em que é feito mediante atualizações, como apresentado pela interlocutora.

No entanto, isso não diz respeito apenas aos momentos centrais que culminaram nas modificações das regras locais na história dessa instituição que nos aproximamos, mas também, na flexibilidade presente no delineamento do atual modelo de intervenção que promove a coordenação das intervenções, mas não a cerceia por meio de procedimentos ortodoxos.

O novo modelo visa, justamente, adaptar-se, sobretudo, à instabilidade e variabilidade dos objetos com que os voluntários lidavam na prática, que, em dado momento, provocaram fricções frente as expectativas de alcances priorizados pela instituição e aos membros a ela articulados.

Dessa maneira, identifica-se na atual prática apresentada pelos voluntários, um cenário movido por regras, mas que estimulam a adaptação dos praticantes em orientar-se por elas estando cômicos sobre as especificidades das variáveis do comportamento suicida e das emoções.

Talvez a vida extra que o tratamento poderia trazer fosse bom se fosse bem gasto, se os meses ganhos realmente valessem à pena viver.” (Mol 2002: 173-174). A partir desses eventos, portanto, a medicina passou a incorporar novos ideias como o de “qualidade de vida” para considerar a premissa do bem.

Muito embora algumas correntes de pensamento argumentem que existam variações na forma diversificada de “representar” o real, a postura de Mol visa romper com a crença de que a dimensão ontológica possui algo substancial que a faz permanecer sempre a mesma, e se aproxima da ideia de que a realidade está localizada histórica, cultural e materialmente (Mol 2008b). Isso evidencia seu interesse pelas práticas situadas, o foco nos acontecimentos e nas consequências políticas no decorrer da gênese ontológica que são imprevisivelmente desencadeadas.

Mol argumenta que ontologias são ocasionadas mediante processos práticos marcado por tensões, aberturas a fluidez que podem, inclusive, apresentar variabilidade no modo como se estabelecem de um lugar para o outro, possibilitando que a noção seja pensada em termos de sua multiplicidade: “Ontologias, note-se. A palavra tem agora que vir no plural. [...] se a realidade é feita, se é localizada histórica, cultural e materialmente, também é múltipla. As realidades tornaram-se múltiplas.” (Mol 2008a: 66).

Diante do exposto, considerando a noção de ontologias múltiplas, destacam-se que alternativas distintas para ordenar a realidade se apresentam no curso de práticas mundanas, o que demanda esforços para deliberar acerca do que fazer; do que seguir; do que priorizar, entre os praticantes envolvidos nas investidas.

Com isso, a autora tem a intenção de elucidar como o real está implicado no político e vice-versa (Mol 2008a). Ou seja, a realidade não se apresenta como algo dado e coeso, pelo contrário, no processo para que seja instituída necessita-se de mobilizações em prol de decisões que não são prescritas, mas operadas no curso de uma prática.

Através da política ontológica percebemos que algumas variáveis numa prática de cuidados, por exemplo, não são apenas entidades passivas prontas para serem domesticadas ao bel prazer de um praticante, mas objetos atuantes que interferem no tipo de conduta que parece ser mais assertiva para estabelecer algum nível de estabilidade.

Na prática aqui analisada, o apoio emocional e a prevenção envolvem variáveis viscosas que fizeram os membros despertarem para a necessidade de uma atualização normativa no qual o foco não mais estaria em domar de uma vez por todas essas entidades associadas à condição de seus usuários. Isso porque, no interior dos modelos de cuidado, nos mais discretos aspectos técnicos dessa prática, as mobilizações políticas repercutidas a partir da interação dos

cuidadores com objetos que oscilam os fizeram vislumbrar a necessidade de repensar as estratégias de suas intervenções.

Como percebemos nos relatos dos voluntários, não seria surpresa se futuramente novas mudanças precisem ser instauradas, uma vez que no atual modelo, as lentes para observar as variáveis as quais dialogam foram reposicionadas, o que os levam a assumir que se tratando do comportamento suicida e das emoções, não é incomum que o cuidado continue sendo feito constantemente mediante perícia e engenhosidade.

Referências

- COSTA JR, Pedro. 2021. *Cuidado em perspectiva: a prática de prevenção do suicídio à distância*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. 2017. *Manual do voluntário*. [S.l.]: CVV.
- CUNHA, Litza. 2015. *Texturas do sofrimento emocional*. Salvador: EDUFBA.
- MARTIN, Denise; SPINK, Marie & PEREIRA, Pedro. 2018. “Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol”. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64): 295-305.
- MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn & POLS, Jeannette (orgs.). 2015. *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- MOL, Annemarie. 2008a. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- MOL, Annemarie. 2008b. “Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas”. In. J. A. Nunes e R. Roque (orgs.), *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Afrontamento, p. 63-106.
- MOL, Annemarie. 2002. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham; London: Duke University Press.
- POLS, Jeannette. 2004. *Good care: enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. Enschede: University of Twente.
- ROGERS, Carl. 1998. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- SOUZA, Iara. 2015. “A Noção de ontologia múltipla e suas consequências políticas”. *Ilha Revista de Antropologia*, 17(2): 49-73.
- SPINK, Mary. 2015. “Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde”. *Saúde e Sociedade*, 24(1): 115-123.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO Press.