

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA

Carlos Henrique de Aragão Neto

**OS ASPECTOS SOCIOANTROPOLÓGICOS QUE CONTRIBUEM PARA A
TENTATIVA DE SUICÍDIO EM TERESINA-PI**

Teresina
2013

CARLOS HENRIQUE DE ARAGÃO NETO

**OS ASPECTOS SOCIOANTROPOLÓGICOS QUE CONTRIBUEM PARA A
TENTATIVA DE SUICÍDIO EM TERESINA-PI**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Arqueologia da Universidade Federal do Piauí (PPGAArq), como requisito à obtenção do grau de Mestre em Antropologia e Arqueologia, com ênfase em Antropologia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior

Teresina

2013

CARLOS HENRIQUE DE ARAGÃO NETO

**OS ASPECTOS SOCIOANTROPOLÓGICOS QUE CONTRIBUEM PARA A
TENTATIVA DE SUICÍDIO EM TERESINA-PI**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Arqueologia da Universidade Federal do Piauí (PPGAArq), como requisito à obtenção do grau de Mestre em Antropologia e Arqueologia.

Área de concentração: Antropologia

Trabalho aprovado em: 18 / junho / 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Oliveira Júnior - UFPI
Presidente

Profa. Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa - UFPI
Membro

Profa. Dra. Francisca Verônica Cavalcante
Membro

A Nosso Senhor, Nossa Senhora, e aos anjos e santos que intercederam por mim.

A meu orientador, Prof. Dr. Francisco Barros Júnior.

À Minha esposa Juliana.

AGRADECIMENTOS

Como seres de relação que somos, não poderia ser diferente, ao longo desses vinte anos e seis meses, entre a primeira aula e a entrega da Dissertação e sem esquecer as semanas de estudo para a Seleção do Mestrado, contei com o apoio e a contribuição de várias pessoas.

Agradeço a todos os que se dispuseram e de fato me ajudaram no caminho para o Mestrado. Não vou listar um a um, esperando que essas pessoas se encontrem em uma das categorias abaixo. Portanto, sintam-se referenciados e reverenciados, e levem a minha gratidão.

A meu pai (*in memoriam*); à minha mãe; madrinha-mãe; filhos queridos, Gabriel, Carolina e André; todos os outros familiares; amigos e amigas; pessoas que trabalharam direta e indiretamente comigo; professores; eu mesmo.

Entretanto, tenho que fazer três menções em destaque, para dar a ênfase necessária devido às vultosas e preciosas contribuições:

Meu orientador, Prof. Dr. Francisco Barros Júnior.

Minha esposa Juliana.

Nosso Senhor, Nossa Senhora.

A todos meus mais profundos e sinceros agradecimentos, pois conclui um processo por demais importante na minha trajetória.

MUITO OBRIGADO!

As Dores da Alma

As dores da alma não deixam recados, imprimem uma sentença que perdura pelos anos.

Um amor que acabou mal resolvido, um emprego que se perdeu inexplicavelmente, um casamento que mal começou e já terminou, uma amizade que acabou com traição. Tudo vai deixando sinais, marcas profundas.

Precisamos trabalhar as dores da alma, para que sirvam apenas de aprendizado, extraíndo delas a capacidade de nos fortalecermos, aprendendo que o melhor de nós ainda está em nós mesmos (Dolores, trecho escrito no seu diário em 17 nov. 2010).

RESUMO

O suicídio é tratado como problema de saúde pública pela OMS (Organização Mundial de Saúde). O presente trabalho de natureza qualitativa buscou analisar os aspectos socioantropológicos que motivaram habitantes da cidade de Teresina-PI a tentar o suicídio. Objetivou também, apreender os significados dos atos suicidas. Foram entrevistadas cinco pessoas, quatro mulheres e um homem, com idade entre dezessete e cinquenta anos. A etnografia foi o caminho metodológico adotado com posterior análise dos resultados encontrados em campo. Os sujeitos foram encontrados através do cadastro do Hospital de Urgência de Teresina, levantamento feito do período de janeiro de 2011 a junho de 2012. Entretanto, ocorreram indicações de pessoas de fora desse cadastro. As categorias eleitas como objeto de análise são: solidão, angústia e desespero; relações afetivas; o pai; abuso sexual; saúde mental; espiritualidade. Um tema de tamanha complexidade como o suicídio deve ser abordado de forma plural, evitando-se perspectivas reducionistas. Este trabalho visou ressaltar o lugar de destaque que as ciências sociais devem ocupar nessa discussão, privilegiando o discurso subjetivo dos sujeitos sem esquecer-se do contexto em que vivem.

Palavras-chaves: Tentativa de suicídio. Etnografia. Teresina.

ABSTRACT

Suicide is treated as a public health problem by the WHO (World Health Organization). This qualitative study, aims to analyze the socio-anthropological aspects that motivated the inhabitants of the city of Teresina - PI to attempt suicide. Aimed also understand the meaning of suicidal acts. We interviewed five people, four women and one man, aged seventeen to fifty years old. Ethnography was the methodological approach adopted with subsequent analysis of the results found in the field. The subjects were found by registering the Emergency Hospital in Teresina survey from January 2011 to June 2012. However, there were indications from people outside this database. The categories defined as an object of analysis are: loneliness, anguish and despair, emotional relationships; father; sexual abuse, mental health, spirituality. A topic of such complexity as suicide should be addressed in the plural form, avoiding reductionist perspectives. This study aimed to highlight the prominent place that the social sciences should occupy in this discussion, privileging the speech of subjective subject without forgetting the context in which they live.

Keywords: Suicide Attempt. Ethnography. Teresina.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------|-----------------------------|-----|
| Gráfico 1 | - Estado civil..... | 188 |
| Gráfico 2 | - Sexo..... | 189 |
| Gráfico 3 | - Meio utilizado..... | 189 |
| Gravura 1 | - Litografia “O Grito”..... | 170 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | | |
|----------|---|--|
| AGESPISA | - | Empresa de Águas e Esgotos do Piauí S.A. |
| ANVISA | - | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| BNH | - | Banco Nacional de Habitação |
| BSI | - | Beck Scale for Suicide Prevencion |
| CAPS | - | Centro de Atendimento Psicossocial |
| CEP | - | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CEPRO | - | Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí |
| CVV | - | Centro de Valorização da Vida |
| FMS | - | Fundação Municipal de Saúde |
| FIEPI | - | Federação das Indústrias do Piauí |
| HUT | - | Hospital de Urgência de Teresina |
| NHE | - | Núcleo Hospitalar de Epidemiologia |
| OMS | - | Organização Mundial de Saúde |
| PAEG | - | Programa de Ação Estratégica do Governo |
| PDLI | - | Plano de Desenvolvimento Local Integrado |
| SAMU | - | Serviço de Atendimento Médico de Urgência |
| SUDENE | - | Serviço de Atendimento Médico de Urgência |
| TCLE | - | Termo de Consentimento Livre Esclarecido |
| TELEPISA | - | Telecomunicações do Piauí S.A. |
| UFMG | - | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFPI | - | Universidade Federal do Piauí |
| UNICAMP | - | Universidade de Campinas |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 | REFLEXÕES SOBRE A MORTE..... | 17 |
| 2.1 | Suicídio..... | 25 |
| 2.2 | Luto de suicídio..... | 35 |
| 3 | O CAMPO E O OUTRO | 40 |
| 3.1 | Etnografia..... | 40 |
| 3.2 | Considerações metodológicas..... | 44 |
| 3.3 | Sobre Teresina..... | 54 |
| 3.4 | As narrativas..... | 59 |
| 3.4.1 | Dolores..... | 59 |
| 3.4.2 | Joana..... | 77 |
| 3.4.3 | Romeu..... | 98 |
| 3.4.4 | Virgínia..... | 116 |
| 3.4.5 | Isadora..... | 144 |
| 4 | SOBRE O SUICIDA..... | 165 |
| 4.1 | Solidão, angústia e desespero..... | 167 |
| 4.2 | Relações afetivas..... | 171 |
| 4.3 | O pai..... | 174 |
| 4.4 | Saúde mental..... | 177 |
| 4.5 | Abuso sexual..... | 179 |
| 4.6 | Espiritualidade..... | 182 |
| 5 | MINHAS ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES..... | 187 |
| | REFERÊNCIAS..... | 194 |
| | APÊNDICES..... | 199 |
| | ANEXOS..... | 201 |

1 INTRODUÇÃO

A morte, desde tempos imemoriais, desafia a compreensão humana acerca da existência. Predominantemente, estudiosos e pesquisadores referem-se à morte como o grande tabu que se cristalizou no *zeitgeist* — “espírito da época”, “sinal dos tempos” ou o conjunto do clima intelectual e cultural do mundo — do século XX, adentrando o século atual.

Desde o começo de sua existência, o homem se preocupa e se ocupa com a morte; percorrendo a história, vamos desde inscrições em cavernas, com representações de mortos, até a contemporaneidade da extrema negação da morte. O sonho da imortalidade nos persegue, cada dia mais encorpado pelo nosso narcisismo exponencial. As estratégias desenvolvidas para tornar tal sonho realidade vão desde deixar a prole até ter o nome escrito numa placa de homenagem ou num livro. Somos cada vez mais programados para ganhar, nunca para perder – sentimento que a sociedade capitalista reforça incansavelmente.

A morte por suicídio potencializa este desafio de compreensão, por ser considerada uma morte desnecessária, e que põe em destaque o questionamento entre continuar ou desistir da vida. Possivelmente, o aspecto que mais estarrece a sociedade frente ao fenômeno do suicídio é que este parte de uma decisão do próprio indivíduo, deixando uma insuportável dúvida quanto às motivações e um sem número de “por quês?”.

A principal ambição neste trabalho é discutir, com a profundidade necessária e possível, uma questão que nos intriga há tempo, e o faz a muitos que se permitem pensar e trabalhar a grande questão existencial humana. Nas palavras de Camus (2010): — a vida vale ou não vale a pena ser vivida? Para abordar temáticas relacionadas à morte e ao processo de morrer (chamarei de “morte e morrer”), utilizaremos a Tanatologia, a ciência que estuda a morte e o morrer, que nos ajudará no entendimento dos processos relacionados à morte, especificamente o suicídio. A pergunta que nos motivou e guiou à escolha deste tema foi: — Quais as motivações que levam as pessoas a querer tirar a própria vida? Os “porquês” que fazem a vida se tornar um fardo tão pesado. O senso comum sempre aponta para uma relação de causa e efeito; algo faz com que a pessoa atente contra si própria. No entanto, não é

assim que funciona a dinâmica do suicida, como veremos ao longo do trabalho. Desistir da vida é muito mais complexo, o suicídio é complexo e multideterminado.

A Tanatologia é a ciência que estuda os fenômenos relacionados à morte e ao processo de morrer. A palavra origina-se do grego Thânatos, figura da mitologia grega que representava a morte; e Logia entende-se como estudo. A definição literal de estudo da morte não dá a dimensão alcançada pela Tanatologia atualmente. Os campos de estudo e trabalho são variados, porém ligados pela temática da morte (Luto, Cuidados Paliativos, Bioética, Suicídio, entre outros).

Vários especialistas redefiniram o conceito de Tanatologia ao longo das últimas décadas. Cremos poder sintetizá-lo do seguinte modo: “Ciência que estuda a morte e o processo do morrer em todos os seus aspectos: forense, antropológico, social, psicológico, biológico, educacional, filosófico, religioso e estético” (SANTOS, 2007, p. 292).

O médico canadense William Osler é considerado um pioneiro nos estudos da Tanatologia, com a publicação da obra *A Study of Death*, em 1904. No entanto, é a partir dos trabalhos de dois pesquisadores – o americano Herman Feifel e a suíça Elizabeth Kubler-Ross, que, em meados do século passado, a Tanatologia começa a ganhar mais visibilidade e espaço nas universidades e hospitais (SANTOS, 2007).

No Brasil, Wilma Torres foi a primeira a se dedicar à sistematização da Tanatologia, criando, em 1980, o programa *Estudos e Pesquisas em Tanatologia* na Fundação Getúlio Vargas para realizar pesquisas na área (KOVÁCS, 2003).

O interesse pela Tanatologia nos acompanha desde o ano 1997, quando, em Fortaleza, nos envolvemos como voluntário na Associação Peter Pan, entidade filantrópica que assiste crianças portadoras de câncer. Tivemos a grata oportunidade de participar tanto no trabalho direto com as crianças no Hospital Albert Sabin – realizando atividades lúdicas e escutas no próprio leito – quanto nas atividades da Diretoria da instituição – reuniões semanais para deliberar sobre diversos assuntos como planejamento de ações, arrecadação financeira, eventos. Nessa ocasião, todos tínhamos que participar de treinamentos, experiências vivenciais, oficinas, sempre voltados para a Tanatologia, visando um preparo pessoal cada vez maior para fazer frente ao difícil trabalho de lidar e cuidar de crianças vítimas do câncer.

Ao retornar para Teresina, nos tornamos voluntário do Lar de Maria – entidade filantrópica semelhante, que assiste crianças com câncer – e os temas da

Tanatologia sempre estiveram presentes. Direcionamos os cursos da Rede Nacional de Tanatologia (CE), enquanto estivemos nas funções de organizador e de professor, para o auditório da instituição, que culminou com a realização de um estágio supervisionado, voltado para o atendimento às crianças e acompanhantes.

O mergulho definitivo nos temas em questão veio com o início da graduação em Psicologia, por meio de formações, pós-graduação, congressos, artigos e pesquisas. Em uma dessas pesquisas, resolvemos estudar o luto de mães que haviam perdido filhos por suicídio. Desde então, canalizamos os trabalhos para essas duas vertentes dentro da Tanatologia: suicídio e luto. É perceptível nosso envolvimento intenso e progressivo com esses temas. Aquela pesquisa em que entrevistamos três mães, em suas próprias residências, causou tamanho sentimento de inquietação, inerente a mim em quaisquer conjecturas acadêmicas e profissionais. Agora, com o Mestrado, temos a oportunidade de buscar um olhar socioantropológico sobre suicídio, que se faz necessário e relevante para a tentativa de compreensão do fenômeno no ambiente proposto — Teresina — cidade onde nascemos, voltamos a morar depois de um longo tempo, onde os casos de suicídio nos dão a impressão de estarem aumentando, e isso nos impeliu a produzir algo que contribuísse para a discussão e proposições acerca do tema. Esperamos que seja útil, para ir além da discussão acadêmica, já que o suicídio é um fato que requer atenção, considerado problema de saúde pública.

Verificamos ao começar a pesquisar, ainda na faculdade, o rastro de destruição que o suicídio deixa nas famílias, nas comunidades, e, por consequência, na sociedade como um todo. Começamos a ministrar palestras, oficinas e apresentações em congressos — entre eles, três internacionais: Congresso Internacional de Tanatologia, em 2008, no México; XXV Congresso da Associação Internacional de Prevenção de Suicídio (IASP), em 2009 no Uruguai; XXVI Congresso da IASP, em 2011 na China —, além da publicação de artigos em livros. Ainda em 2009, participamos como organizador e palestrante do I Encontro de Tanatologia do Piauí, realizado na Universidade Federal do Piauí, em parceria com o Mestrado de Políticas Públicas, quando fizemos a palestra magna "Tanatologia: conceitos, história e situação atual", ministramos uma oficina intitulada "Suicídio e Luto", além de coordenar a mesa-redonda de Luto.

Atuamos, também, como voluntário no Centro de Valorização da Vida (regional Piauí), anteriormente chamado Grupo de Apoio Fraternal (GAF). Depois de

alguns meses de treinamento teórico e prático, assumimos um plantão semanal de quatro horas e meia, conforme o regimento da instituição. Ficamos mais de dois anos nesse trabalho, que visa aliviar o sofrimento das pessoas que não têm a quem recorrer, e usam o telefone para ligar ao CVV e conversar com um dos plantonistas à disposição naquele momento. Um foco importante deste trabalho é a prevenção do suicídio. Além do plantão semanal, o grupo se reúne duas vezes por mês para as discussões internas, oficinas, estudos e dinâmicas de grupo, confraternizações. O CVV é uma organização nacional, que presta relevantes serviços à população brasileira, tudo de forma voluntária. Muitos outros países oferecem serviços semelhantes.

Atualmente, nossa atuação na clínica se volta prioritariamente às pessoas com ideação suicida, sobreviventes de tentativas frustradas e enlutados.

Neste percurso, percebemos claramente o tabu que envolve as temáticas da morte e do suicídio. Faz-se extremamente necessária a discussão, realização de pesquisas e proposição de ações que visem a diminuição dos altos índices de suicídio, assim como das tentativas que acontecem em número exponencialmente maior do que os atos efetivamente consumados. Note-se que o suicídio, como fenômeno multideterminado, deve ter uma atuação interdisciplinar, envolvendo antropólogos, sociólogos, médicos, psicólogos, assistentes sociais, filósofos, educadores e gestores públicos.

Segundo a OMS, a mortalidade por suicídio cresceu 60% nos últimos quarenta e cinco anos no mundo, tendência observada tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Ainda de acordo com as projeções da OMS, no ano de 2020, mais de um milhão e meio de pessoas morrerão por suicídio no mundo todo (WERLANG e BOTEGA, 2004). Isto quer dizer que acontecerá uma morte a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos. O dado ainda mais preocupante se refere ao crescente índice entre os mais jovens – entre quinze e quarenta e cinco anos – sem que isso signifique a diminuição entre os idosos. Na faixa etária entre quinze e trinta e cinco anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte no Planeta.

O Brasil apresenta baixas taxas de suicídio em termos mundiais; em 2004 foi de 4,5 (por 100.000 habitantes) de acordo com o Ministério da Saúde. No entanto, algumas áreas já mostram taxas mais elevadas ou em crescimento, o que requer cuidado na avaliação. No Piauí, ainda segundo dados do MS de 2004, a taxa foi

5,39, acima da média brasileira – na população masculina foi 8,2 e na feminina de 2,7, ambas crescentes desde 1994. Em Teresina, a taxa em 2004 na população masculina foi 10,6, enquanto na feminina foi 4,2, a mais alta das capitais brasileiras.

Iniciamos o projeto fazendo dois recortes: um de gênero e outro de faixa etária. Limitamos o estudo a pessoas que moram em Teresina. No decorrer do trabalho, após as necessárias discussões com meu orientador, resolvemos abrir mão dos recortes e continuar com a delimitação geográfica, a cidade de Teresina, abrindo uma exceção para moradores de Timon - MA, visto que está praticamente integrada em todos os sentidos à nossa cidade. Discutiremos esse processo no Capítulo 3.

Este trabalho está sistematizado em cinco partes, contando-se, segundo a ABNT, a partir da (1) Introdução. O Capítulo 2, intitulado *Sobre a morte*, discute a morte compondo uma linha do tempo que historiciza o processo de morrer. Trabalhamos com autores que nos ajudaram a refletir, e assim compreender a condução do processo de secularização e desumanização da morte. Ainda neste capítulo, abordamos o fenômeno do suicídio, foco desta pesquisa, compondo a matriz temporal com base nas distintas abordagens nos campos das ciências humanas, sociais e da saúde. Finalizamos o capítulo tratando do processo de luto de um suicídio em suas complexidade e especificidade.

O Capítulo 3, intitulado *O campo e o outro*, apresenta uma discussão etnográfica e considerações metodológicas acerca do trabalho, sobre nossa iniciação na etnografia, no qual discorremos sobre a trajetória da pesquisa. Em um segundo momento, caracterizamos Teresina, buscando compreender como a cidade pode ser apontada como ambiente que contribui para o repertório de comportamentos dos habitantes. Observamos as debilidades, as dificuldades da ausência de equipamento urbano que geram nas zonas periféricas, locais vulneráveis para a população de baixo poder aquisitivo. A centralidade deste trabalho consiste nos discursos dos protagonistas. As falas e os sentidos produzidos por elas, os sujeitos e suas subjetividades são de fato a riqueza maior desta pesquisa. As entrevistas deram voz aos indivíduos silenciosos e marcados pela experiência suicida. O ofício da escuta e a relação com eles contribuíram de modo especial à nossa condição de pesquisador. Após o levantamento dos possíveis entrevistados, chegamos ao número de cinco pessoas, sendo quatro mulheres e um homem, todos residentes no raio da cidade de Teresina e adjacências. Ao longo

desse trecho do capítulo, inserimos algumas discussões teóricas, mas basicamente priorizamos a fala dos sujeitos.

No Capítulo 4, intitulado *Sobre o suicida*, abordamos os aspectos que chamamos de categorias, a respeito dos sujeitos suicidas deste estudo. Foram elencadas seis categorias que emergiram de todos ou da grande maioria dos entrevistados: solidão, angústia e desespero; relações afetivas; o pai; abuso sexual; saúde mental; espiritualidade. Procuramos transitar entre autores e sujeitos, sempre com a intenção de valorizar o discurso destes. Nesse sentido, tecemos nossas últimas considerações para concluir o trabalho.

À medida que novas discussões sobre a temática são construídas, trazem à sociedade civil o conhecimento e informação sobre algo tão complexo e enigmático, de modo que este trabalho possa contribuir enquanto ferramenta de auxílio junto àqueles que lidam, direta ou indiretamente, com os indivíduos que tentaram ou possam vir a tentar suicídio.

2 REFLEXÕES SOBRE A MORTE

Essa vontade de morrer nunca passou.

Dolores

A morte é a eterna companheira do homem, e ter consciência da finitude é uma característica da humanidade. “Esta consciência faz parte da adaptação autocrítica dos homens ao mundo, que é a cultura, e está em relação com a significação do indivíduo no corpo social” (RODRIGUES, 2006, p. 33).

O fetiche de ser imortal nos acompanha desde os tempos mais remotos. Entretanto, fugir, negar, esquivar-se da morte é a obsessão do homem ocidental do nosso tempo. A eterna companheira do humano tornou-se, ao longo da história, a cristalização da derrota e do fracasso dos onipotentes frente ao mais verdadeiro e certo fenômeno existencial. A morte, mais precisamente desde o início do século XX torna-se um fenômeno interdito na sociedade ocidental, o chamado tabu da morte (ARIÈS, 1989; MORIN, 1997; MARANHÃO, 1998; RODRIGUES, 2006). Por conseguinte, Ariès (1989) pesquisou a representação e as atitudes do homem diante da morte no Ocidente, desde a Idade Média até o século XX. Divide a história da morte nesse contexto em quatro momentos. O primeiro é o que chama de “A morte domesticada”, quando o moribundo aguardava “a morte no leito, jazendo no leito, doente”, a morte era uma cerimônia pública e social, uma morte familiar em que as crianças também participavam ativamente. O mais importante, no entanto, era “a simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de maneira cerimonial, é certo, mas sem caráter dramático, sem movimento de emoção excessivo” (ARIÈS, 1989, p. 24).

O segundo momento, que o autor chama de “A morte de si próprio”, na segunda Idade Média a partir dos séculos XI-XII, mudanças sutis, mas importantes, foram se incorporando ao repertório cultural do homem ocidental. Note-se que, àquele tempo, o indivíduo ainda se encontrava demasiadamente socializado e ligado à natureza, e a morte era aceita, nessa perspectiva, como parte da ordem natural das coisas. Uma nova iconografia se estabelecera, ao retratar a ideia de Juízo Final, acontecimento que outrora ocorria no fim dos tempos e passa a sê-lo (por volta do século XV) no leito do moribundo (ARIÈS, 1989). Nesse sentido, A história de vida

da pessoa cresce em importância, diante do fato de o julgamento não mais ter espera, dar-se-ia em vida:

[...] relação cada vez mais estreita entre a morte e a biografia de cada vida particular [...] nos sécs. XIV e XV é definitiva [...] A partir de então, acredita-se que cada homem revê toda a sua vida no momento de morrer, num único relance [...] esta evolução reforçou o papel do moribundo nas cerimônias da sua própria morte (ARIÈS, 1989, p. 35).

Outro aspecto relevante que emerge nesse período e se estende até o séc. XIX é o caráter dramático com grande carga emocional que a solenidade ritual incorporou, especificamente “entre as classes mais instruídas” (ARIÈS, 1989).

O terceiro momento foi chamado pelo autor de “A morte do outro”, compreendido entre os séculos XVIII e XIX. O homem do Ocidente agrega à morte uma dramaticidade que não havia e promove-a a evento impressionante e dominador. Torna-se uma ruptura:

Tal como o ato sexual, a morte é cada vez mais considerada como uma transgressão que arranca o homem à sua vida cotidiana, à sua sociedade racional [...] para o submeter a um paroxismo e o lançar então para um mundo irracional, violento e cruel [...] a morte é uma ruptura [...] esta ideia de ruptura, note-se bem, é absolutamente nova (ARIÈS, 1989, p. 44).

Outros aspectos da morte continuavam inalterados, vide o cerimonial ainda presidido pelo moribundo no leito, cercado por familiares e amigos. Contudo, as mudanças eram fato. Uma delas, a dramaticidade nos velórios e funerais através do choro, gestos e rezas. O autor relata que, ao final do séc. XIX, o ideal do romantismo emerge com força e contribui para a primeira grande alteração desse período: “a complacência com a ideia da morte” (ARIÈS, 1989). A outra se deu em função da relação entre o moribundo e sua família, pois, até o séc. XVIII, à pessoa ameaçada de morte e apenas a ela cabia expressar sentimentos, desejos e vontades. O instrumento usado para tal era o testamento:

Do séc. XIII ao séc. XVIII, o testamento foi o meio de cada um exprimir, muitas vezes de maneira muito pessoal, os seus pensamentos profundos [...] as decisões que tinha tomado para assegurar a salvação da sua alma [...] na segunda metade do séc. XVIII, dá-se na redação dos testamentos uma alteração considerável [...] o testamento ficou reduzido ao que é hoje um ato legal de distribuição de fortunas [...] completamente laicizado (ARIÈS, 1989, p. 46-47).

Outros fatores cambiaram até o quarto momento, “A morte interdita”, período iniciado na segunda metade do séc. XIX até o século XX, quando a obra é escrita. Para constatar que a evolução da interdição da morte no Ocidente chega aos nossos dias como nunca fora em outro momento da história. O mundo social do século XIX vai, pouco a pouco, se distanciando da morte e adquirindo socialmente características marcantes de individualidade.

O aspecto do individualismo moderno tem suas raízes na Idade Média, porém é no início do século XX que temos o fortalecimento desta condição. Segundo DaMatta (1997), a morte vista como problema filosófico e existencial, surge nesse momento histórico. Aponta que nas sociedades tribais e tradicionais, onde o “todo predomina sobre as partes”, a sociedade prevalece sobre o indivíduo, já que este não “existe como entidade moral dominante” (DAMATTA, 1997). Nessas sociedades os mortos importam mais do que a morte. Os questionamentos mais complexos relativos à morte são produtos da modernidade, da noção de indivíduo autônomo e da individualidade subjacente a esse contexto:

De fato, saber se a morte pode ser vencida, conhecer seu significado, ficar profundamente angustiado com o fato paradoxal de que é a única experiência social que não pode ser transmitida, discutir a imortalidade, o tempo, a eternidade, tomar a morte como algo isolado, são questões modernas certamente ligadas ao individualismo como ética do nosso tempo e das instituições sociais (DAMATTA, 1997, p. 121).

Os valores protestantes daquela época foram decisivos para a mudança de paradigma da noção de indivíduo e das relações sociais nas comunidades, que outrora eram “seguramente mais básicas que os indivíduos nelas envolvidos”. A mediação com Deus acabara e, exclusivamente, do indivíduo dependeria a sua salvação (DAMATTA, 1997). Até esse momento histórico:

O indivíduo humano não tinha ainda obtido a consciência vazia e desolada de sua individualidade, de sua isolada autonomia. Não havia ainda se abandonado a si mesmo, e feito de si mesmo uma plataforma (FEUERBACH, 1980 apud DAMATTA, 1997, p. 122).

Weber reafirma, ao escrever sobre a Ética Protestante, o pressuposto de Feuerbach quanto ao aparecimento de uma consciência de individualidade ligada aos valores protestantes, e acentua o que é demasiado importante para pensarmos os indivíduos que buscam o suicídio como saída de uma existência sem sentido.

Essa nova realidade traz uma “inacreditável solidão interna do indivíduo” (WEBER, 1967 apud DAMATTA, 1997). Ora, a solidão e o vazio existencial são categorias praticamente unânimes nos discursos dos suicidas em potencial.

A importância do indivíduo estabelecida na modernidade afetou a representação e a atitude do homem do Ocidente diante da morte, o que Ariès (1989) nomeou de “A morte de si próprio”.

Dumont (1985) aborda o individualismo em uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna. O indivíduo é em si “empírico” – a amostra individual da espécie humana – e um “ser moral” – independente, autônomo e portador de valores supremos. Valores ou hierarquia, como prefere chamar, são segregados pelo individualismo na modernidade, sendo, entretanto, parte das sociedades holistas. A diferença entre sociedades holistas e individualistas é de suma importância para a compreensão do surgimento da ideologia e, portanto, do individualismo. De forma simplificada, holismo é “uma ideologia que valoriza a totalidade social e negligencia ou subordina o indivíduo humano”. Ao contrário, o individualismo é “uma ideologia que valoriza o indivíduo e negligencia ou subordina a totalidade social” (DUMONT, 1985).

Faz-se importante notar que o aparecimento do individualismo na modernidade trouxe novas configurações; segundo Rodrigues (2006, p. 25), duas coisas podem frequentemente ser a mesma coisa, e uma coisa normalmente são duas ou mais coisas, segundo as variações dos conjuntos significacionais a que pertençam. Alguns aspectos na sociedade contemporânea são valores ainda pré-modernos, como a família. Todavia, valores da ideologia individualista se mesclaram com elementos locais.

[...] desde fins do século XVIII e começo do XIX, combinações em que eles se misturam sutilmente em seus opostos [...] as ideias e os valores individualistas da cultura dominante, à medida que se propagavam através do mundo, sofrem localmente modificações que dão origem a novas formas [...] essas formas modificadas ou novas podem passar, por sua vez, para a cultura dominante e nela figurar como elementos modernos de pleno direito (DUMONT, 1985, p. 29-30).

Os nossos protagonistas estão emaranhados nessa teia social, em que valores como individualismo, utilitarismo e consumismo se imbricam com outros aparentemente antagônicos, como a noção de família – agrupamento que, em suas

mais diversas configurações que assume nos nossos dias, deve servir de amparo ou apoio aos membros, especialmente em momentos de crise – e vida comunitária. É perceptível que nossos sujeitos tentam cruzar essas fronteiras com frequência, ao experimentarem valores modernos – para usar os conceitos de Dumont (1985) – e sentirem necessidade de outros pré-modernos, a família principalmente.

Como neste estudo os sujeitos – não por critério de corte metodológico, mas pelas circunstâncias da trajetória da pesquisa – são eminentemente membros das classes populares, a vida comunitária, entenda-se vizinhos, amigos, grupos, igreja, tem um destacado papel nas suas vidas. Alguns vieram de cidades do Interior, do sertão, onde tais valores são bem reforçados. Esse paradoxo vivido “entre mundos” está presente no cotidiano do suicida que ora estudamos, motivo de tremenda angústia existencial.

A morte, algo tão presente na vida da comunidade e da família, vai se transformando em fenômeno vergonhoso, e precisa ser afastado do cotidiano das pessoas. Passa-se a poupar os doentes e a evitar que os sentimentos diante da perda do ente querido não mais sejam expressados; a verdade não constitui valor supremo no leito de morte.

Uma das mais significativas mudanças foi o paradigma do local da morte: até o início do século passado, morria-se em casa. Entre as décadas de 1930 e 1950, transfere-se a morte para o hospital, e, enquanto anteriormente morria-se rodeado de gente, agora morre-se só. As manifestações de luto também são objeto de interdição. O ideal de felicidade trazido pelos norte-americanos no início do século XX não tem espaço para lágrimas nem tempo para despedidas. As crianças são afastadas dos rituais a título de serem poupadas de tamanho sofrimento (ARIÈS, 1989). O tabu social do sexo tem o seu substituto: o tabu da morte! O que surpreende é que o interdito da morte foi construído rapidamente.

O estabelecimento de um interdito tem um sentido profundo [...] o interdito da morte sucede de repente a um longo período de vários séculos, em que a morte era um espetáculo público a que ninguém teria tido a ideia de se esquivar, acontecendo até que alguns o procuravam. Que inversão rápida! [...] Uma causalidade se revela imediatamente: necessidade de felicidade [...] evitando toda a causa de tristeza ou aflição, conservando o ar de quem está sempre bem disposto mesmo quando se está mergulhado em angústia (ARIÈS, 1989, p. 59).

O complô do silêncio que cerca a morte e o processo de morrer desde então é verificado e constatado neste trabalho. Os nossos sujeitos estão envolvidos com uma combinação medonha em que eles próprios fazem parte, na qual protagonistas de tentativas de suicídio e as pessoas próximas fingem que tudo está bem, escamoteiam a gravidade do fato, no ledó engano que essa atitude abreviará o sofrimento de quem quer morrer. Não há tempo nem espaço para a expressão de sentimentos. Esse passivo emocional será cobrado em algum momento.

Paradoxalmente ao silêncio sobre a morte, desde as últimas décadas do século passado entrando pelo XXI, assistimos literalmente a um novo fenômeno acerca desta. Ou seja, uma exposição midiática cotidiana e exaustiva de cenas de morte, cadáveres jogados e crimes em tempo real. Kovács (2003) nominou “A morte escancarada”, talvez o quinto momento da história da morte no Ocidente, parafraseando a obra de Ariès.

No Brasil, a negação da morte é percebida, ainda que de forma “sutil e disfarçada”, ao se falar mais dos mortos do que da própria morte. Os brasileiros sabem dos mortos, sejam familiares ou da sua comunidade, antes de fazer qualquer reflexão acerca da morte (DAMATTA, 1997).

O poeta João Cabral de Melo Neto (1985) cita Clarice Lispector em um poema que retrata bem a dificuldade dos nossos dias em falar de morte, uma atitude que ingenuamente busca afastá-la:

Contam de Clarice Lispector

Um dia, Clarice Lispector
intercambiava com amigos
dez mil anedotas de morte,
e do que tem de sério e circo.
Nisso, chegam outros amigos,
vindos do futebol,
comentando o jogo, recontando-o,
refazendo-o de gol a gol.
Quando o futebol esmorece,
abre a boca um silêncio enorme
e ouve-se a voz de Clarice:
Vamos voltar a falar de morte?

A discussão da morte passou a ser vista negativamente. A minha experiência de estudar, pesquisar e trabalhar com temas ligados à Tanatologia é um compromisso no mínimo estranho para a maioria das pessoas. Sem dúvida, um retrato fiel que encontramos, nos mais diversos ambientes sociais, inclusive universidades e hospitais. Algo mórbido, triste, sorumbático. Preconceituoso. Negar a morte não é inteligente: “Aquilo que verdadeiramente é mórbido não é falar de morte, mas nada dizer acerca dela, como hoje sucede [...] esquecer-se da morte e dos mortos é prestar um péssimo serviço à vida e aos vivos” (ARIÈS, 1989, p. XX).

As crenças do pós-morte são paradoxais, pois, simultaneamente, asseguram o desaparecimento do indivíduo e o trazem momentaneamente de volta:

[...] outro mundo, de onde podiam não só retornar, mas também vigiar, atrapalhar ou ajudar a vida dos vivos [...] a morte no Brasil, é concebida como uma passagem de um mundo a outro, numa metáfora de subida e descida – algo verticalizado como a própria sociedade (DAMATTA, 1997, p. 129).

A morte frente às mais diversas representações sociais, adquiridas nas culturas mundo afora, está presente nas consciências humanas. Rodrigues (2006) trata do drama experienciado pelo homem acerca do “absurdo da finitude humana”. Um dos aspectos centrais é a constatação de que a morte física não é suficiente para realizar a morte nas consciências. A ida e volta do morto na cultura brasileira a que se refere DaMatta (1997) encontra ecos em várias outras sociedades, mostrando que vivos e mortos encontram seus canais de comunicação, que a morte definitiva é determinada pelas instituições sociais e não apenas por uma constatação de morte natural: [...] entre os *krahó* são os vivos que acusam os mortos: “Se você tivesse lembrado de nós, não teria morrido. Agora, você quer voltar para pegar a gente, vá-se embora, fique por lá” (CUNHA, 1978 apud RODRIGUES, 2006, p. 29).

A primeira parte da citação — “são os vivos que acusam os mortos ‘se você tivesse lembrado de nós, não teria morrido’” — nos lembra da dinâmica dos sobreviventes de suicidas, especialmente familiares e pessoas próximas, que amiúde acusam o falecido de egoísmo por ter-se matado. Ainda que o façam cautelosamente, em seus próprios devaneios ou de forma estritamente reservada, porque pode ser pecado blasfemar contra o ente querido que morreu.

O “morto fala” através de manifestações mais abstratas ou mais concretas. No Gabão, o *mitsogo*, um dançarino carrega o cadáver nos ombros envoltos em uma única vestimenta proclamando ‘o morto anda’, enquanto outro escondido na floresta responde imitando o defunto ‘o morto fala’ (MAERTENS, 1979 apud RODRIGUES, 2006, p. 30). Já em Madagascar, os mortos agem de maneira “concreta”, jogando pedras, assoviando ou aparecendo “por meio de silhuetas estranhas” (RODRIGUES, 2006).

No Brasil, Segundo DaMatta (1997), a sociedade relacional se constitui não apenas de díades, ela se dá a partir do vínculo entre os entes familiares ou próximos.

[...] mas de elos morais que tem a capacidade ou o poder de dobrar a vontade dos indivíduos, fazendo com que façam coisas que até abominam em nome da lealdade ou da fidelidade para com outra pessoa. Em nome da amizade, do amor filial [...] somos obrigados a visitar pessoas, a comer comidas [...] até mesmo a casar, não porque individualmente queremos, mas porque há uma demanda relacional. É a relação que exige, não o indivíduo que deseja (p. 134-135).

Matar-se, pensando no contexto circunscrito deste trabalho, por meio dos discursos dos sujeitos, não deixa de ser um ato relacional, apesar do estar só do suicida no momento derradeiro. Apesar de sabermos que os suicidas, ao se aproximarem desse momento, pensam muito mais em si mesmos, a construção do processo até o desfecho do ato suicida se dá em função das relações. Romeu mostra a intimidade entre desistir da vida e as relações, mais especificamente a relação com o pai e com a ex-mulher, amor filial e amor romântico. Joana igualmente fala das relações com o pai – neste caso, diferente devido aos maus-tratos e abuso sexual sofridos na infância – e com o companheiro, esta sendo precipitadora da tentativa de suicídio. Dolores vive há vinte e três anos uma relação desprazerosa com o marido, além dos traumas em função da relação com o pai, já falecido. Virgínia viveu relações conturbadas, desde o seu oferecimento pelo pai a uma tia de outra cidade; o abuso sexual incluindo estupro e uma relação simbiótica e doentia com uma jovem; por causa dessa relação se endividou e tentou se matar. A jovem Isadora a todo instante de sua narrativa traz à tona a difícil relação com o pai e o trauma do abuso sexual na vizinhança como pontos estruturais do seu desânimo frente a vida.

Há uma demanda relacional em todos os casos. Buscavam a morte que se apresentava como a única saída à vista, no entanto, não queriam se matar. Relatam

imenso sofrimento no período anterior – sem um tempo determinado – à tentativa de suicídio. São elos morais que podem dobrar a vontade do indivíduo, relações que exigem, e não o desejo do indivíduo (DAMATTA, 1997).

2.1 Suicídio

O fenômeno do suicídio acompanha a humanidade desde os tempos mais remotos. Segundo Corrêa e Barrero (2006), desde as culturas pré-históricas, há evidências de sua existência (CVINAR, 2005).

O vocábulo suicídio deriva do latim, da junção das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar). Não há consenso entre os pesquisadores sobre o início de sua utilização. Alguns a atribuem a Sir Thomas Browne, na Inglaterra, em 1643; outros a Charleton em 1651, ou Edward Phillips em 1662; na França, Prevost em 1734, ou Desfontaine em 1737. Já em português, a palavra é usada desde 1836, segundo Corrêa e Barrero (2006). Entretanto, Puente (2008) afirma que o termo suicídio não se origina nem no grego nem no latim clássico, pois não há nessas línguas qualquer termo para designar o ato de tirar a própria vida com conotação tão negativa como “suicídio”, devido à proximidade semântica com o termo “homicídio”. Mas concorda que o vocábulo teve origem no século XVII.

Para Sócrates, o homem, por ser propriedade dos deuses, não está autorizado a se matar, a menos que seja apresentada uma necessidade de um desses deuses, como acreditava ser o seu próprio caso. Aristóteles introduziu um novo argumento para reprovar a morte de si: essa morte lesa a cidade e afirma: “a lei não ordena matar-se e o que ela não ordena, proíbe”. Sêneca não faz apologia da morte voluntária em quaisquer circunstâncias, mas justifica-a em casos como morrer pela pátria, pelos amigos, ou ainda sob um sofrimento que impeça o homem de praticar a virtude e o impossibilite de usar corretamente a razão. Agostinho traz uma nova argumentação conceitual à morte de si, aproximando-a do sexto mandamento “não matarás”. Postula uma condenação ao homem que se mata por ter cometido um pecado gravíssimo e um crime. Tomás de Aquino proíbe a morte voluntária por ser uma tríplex ofensa: contra si próprio, contra a cidade e contra Deus. Montaigne, já no período renascentista, defende a morte livre em determinadas situações, tal como Sêneca.

Dever-se-ia analisar cada caso isoladamente para julgar a legitimidade do ato. David Hume, no século XVIII, em importante tratado sobre suicídio, contrapõe os argumentos de Tomás de Aquino, postulando que o suicida não perturba a Providência Divina — pois a ele foi dado o livre-arbítrio, não prejudica a sociedade — por ser esta que, muitas vezes, o deixa desamparado e esquecido, como também não é um dano a si próprio — ninguém deixa a vida quando esta vale a pena ser vivida.

O trabalho de Émile Durkheim (2002), no final do século XIX na França, é o marco delimitador para as contribuições da Sociologia no estudo do suicídio. Nesta perspectiva, a sociedade tem papel e influência fundamentais na dinâmica e na taxa de suicídio de uma população. Não são as motivações pessoais, mas sim as forças da sociedade que devem ser levadas em consideração para estudar o fenômeno, pois a unidade básica de análise é a sociedade e não o indivíduo.

A estrutura e a coesão sociais são pontos-chaves, e têm relação direta com as taxas de suicídio. Este é definido como um fato social por Durkheim. O sociólogo classificou três tipos de suicídio: *Egoísta* – o eu individual se afirma com excesso diante do eu social e em detrimento deste último [...] uma individuação descomedida. *Altruísta* – a individuação é insuficiente, ao contrário da individuação excessiva no egoísta, daí uma integração descomedida na sociedade, o eu pertence a ela. *Anômico* – o desregramento da sociedade, o afrouxamento das regras, isto é, a anomia, leva o indivíduo ao suicídio. Classificou ainda um quarto tipo: Suicídio *fatalista* – excesso de regulação da sociedade, justamente o contrário do *anômico*, levando o indivíduo a sofrer pelos controles excessivos. Mas deu a este menos importância, dedicando apenas uma nota de rodapé na sua obra. Indo além da perspectiva durkheimiana sem, contudo, deixar de valorizar os aspectos sociológicos, Kalina e Kovadloff (1983) afirmam:

De maneira geral, a psiquiatria até o momento encarou o suicídio como fenômeno individual. Entretanto, as intensas pressões que as condutas coletivas ou os fatos sociais exercem sobre nossa vida privada e profissional permitem demonstrar, sem esforço, a insuficiência teórica e terapêutica desse enfoque individual.

Sigmund Freud, apesar de não ter se dedicado diretamente à questão do suicídio, deu impulso, nas primeiras décadas do século passado, a análises acerca do tema por meio da ótica psicológica, mais especificamente, da ótica psicanalítica.

Com base no texto de 1910, intitulado “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio”, segue com os artigos metapsicológicos “Sobre o narcisismo, uma introdução” e “Luto e melancolia”, já tendo elaborado o conceito de narcisismo e o novo conceito de dualismo pulsional, isto é, pulsão de vida *versus* pulsão de morte. No suicídio, a pulsão de morte vence a pulsão de vida, ou seja, Tânatos vence Eros. Freud analisou o suicídio como fenômeno individual, relacionando-o à melancolia e aos estados depressivos (2006).

Corrêa e Barrero (2006) apontam outros teóricos e pesquisadores no âmbito da psicologia. Carl Jung diz que, no suicídio, “o *eu* está envolto em um conflito de tal envergadura que [...] torna impossível encontrar uma solução emergente”. Alfred Adler afirma que os suicidas são, geralmente, pessoas com baixa autoestima, que necessitam de gratificações, dependentes e com sentimentos de inferioridade. O suicídio proporciona uma sensação de ser dono de si e de onipresença. Karl Menninger traz a luta entre Eros e Tânatos no consciente e no inconsciente do homem, propõe que os seres humanos têm fortes propensões para a autodestruição e o suicídio é apenas uma delas. Diz ainda que o ato suicida contém três desejos implícitos: o de *morrer*, o de *matar* e o de *ser morto*. Shneidman também foi importante nas investigações sobre suicídio. Apontou a dor psíquica como base e quatro aspectos do suicídio: *luta*, *fuga*, *medo* e *herança*. Além disso, sugeriu dez características comuns aos suicidas. Cita, por último, Beck e sua teoria cognitiva, propondo o modo suicida caracterizado pelos componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Schopenhauer o reprova sem condená-lo moralmente, e afirma que o suicídio é um “equivoco metafísico”; enquanto Nietzsche o aprova com a fala de Zaratustra — “morra no tempo certo”.

Encerra-se, desta forma, a breve viagem filosófica, psicológica e sociológica. Camus situa o suicídio como problema individual e não social, que desperta no homem o sentimento do absurdo. Cometer suicídio não é uma resposta adequada às vicissitudes e à falta de sentido da vida, conforme Puente (2008). Sartre afirma que “o homem é condenado a ser livre”, portanto, responsável por tudo o que fizer durante sua existência. A autodestruição é uma condição humana, mas não inconsciente, e sim consciente, e assumida pela condição de ser livre inerente ao homem, segundo Camon (1997).

Aragão Neto (2010) afirma que percebeu, a partir de experiências próprias, com bases profissionais e acadêmicas, tratando do tema, a importância de não

excluir quaisquer autores com suas respectivas conceituações, principalmente na clínica. No entanto, por ter critérios mais objetivos, utiliza a definição da Medicina em trabalhos de pesquisa.

Corrêa e Barrero (2006) afirmam que a primeira teoria a tentar explicar as causas do suicídio foi a teoria psiquiátrica, surgida no princípio do século XIX, iniciada por Pinel e Esquirol. A partir de então, a perspectiva médica tem se dedicado a estudar o suicídio baseando seu discurso nas doenças mentais como causa, como algo que pode ser evitado. As pesquisas apontam que mais de 90% dos suicidas apresentam ao menos um transtorno mental no momento da morte (CORRÊA e BARRERO, 2006). O principal é a depressão. Todavia há incidência de outros transtornos de humor, esquizofrenia e abuso de substâncias, tais como álcool e drogas (BERTOLOTE, 2012).

O suicídio apresenta, dentro da sua inerente complexidade, fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e religiosos, tal como afirma Cassorla (1991), não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos etc. O que se chama “causa” é, geralmente, o elo final dessa cadeia.

Diversas pesquisas realizadas abordam a questão genética do suicídio. O psiquiatra Humberto Corrêa, na UFMG, desenvolveu estudo com pessoas depressivas e esquizofrênicas que fizeram tentativa e suicídio, concluiu que estes tinham a função serotoninérgica diminuída, com deficiência no processo de síntese, transporte e ligação com receptores de serotonina. Na Alemanha, outro estudo analisou áreas do cérebro ligadas à empatia e interação social, relacionando alterações neurais nessas áreas com o comportamento suicida. Em duas áreas do cérebro (córtex cingular e córtex frontoinsular), existe um tipo especial de neurônio fusiforme de função desconhecida – neurônios de Von Economo, VENs). Conclui-se que o cérebro de pessoas que se suicidaram tinha maiores quantidades dessas células neurais (2012). Assinalam os pesquisadores dos neurônios Von Economo: “seria uma conclusão limitada estabelecer relação de causalidade entre a densidade de neurônios fusiformes e o comportamento suicida” (Ibid., p. 59).

O contexto socioeconômico e cultural tem profundas implicações nos indivíduos que se matam. Fatores culturais são parte integrante do fenômeno do

suicídio. Laraia (2006) afirma que a cultura interfere em os mais variados aspectos da vida humana. Segundo Cassorla (1991), algumas sociedades orientais valorizam o suicídio em determinadas circunstâncias, como o Japão, e o ritual do *harakiri* ou *seppuku*, quando o samurai deveria matar-se em defesa da própria honra. Na Índia, o ritual do *sati* ou *suttee*, atualmente proibido por lei, era praticado por viúvas que se matavam na mesma pira em que o marido morto estava sendo queimado, também em um sentido honroso.

O antropólogo Malinowski descreveu o suicídio entre os trobriandeses, na Melanésia, como um aspecto específico da instituição legal vigente no grupo. “As motivações que induziam o indivíduo ao suicídio eram complexas, incluindo o autocastigo, a vingança, e a reabilitação perante os olhos dos outros da comunidade” (apud CASSORLA, 1991, p. 95).

No período escravagista no Brasil, há relatos de suicídios de negros escravos nas mais diversas capitanias. As motivações apontadas pelos historiadores são várias, como podemos ver no trecho a seguir:

O suicídio foi o mais trágico recurso de que se valeu o negro escravo, para fugir aos rigores do regime que o oprimia – excesso de trabalho, maus-tratos, humilhações, e, em muitos casos, para eliminar juntamente com a própria vida, o banzo, isto é, aquela irreprimível saudade da pátria distante, para sempre fisicamente perdida, à qual só há voltar graças ao processo de ressurreição, como acreditava. Além de constituir na abreviação dos sofrimentos físicos e morais que o atormentavam, o negro via no suicídio, por igual passo, certa modalidade de vingança contra o detestado Senhor (GOULART, 1972, p. 23).

As controvérsias acerca do tema suicídio não param na discussão sobre a etimologia do vocábulo. Os debates atravessam o tempo e as distintas áreas do conhecimento.

Trata-se de tema fascinante e complexo, daí a extrema dificuldade em lidar com o assunto. São tentativas de entendimento *versus* perguntas sem respostas que intrigam pensadores e pesquisadores nas mais diversas áreas do conhecimento. Ciências da saúde, ciências humanas, sociais e as artes debruçam-se sobre a temática do suicídio, buscando compreender as razões acerca da autodestrutividade humana.

O suicídio é assim, essa ação social, uma conduta humana, homem esse que vive no limite entre a vontade de viver e morrer, dotada de sentido, elaborada

subjetivamente e que orienta o próprio comportamento do sujeito levando em consideração a ação do outro.

O suicídio traz em si um paradoxo: — por que o ser humano que vive aterrorizado pela consciência da finitude pode buscar a própria morte? Contudo, o fato de o indivíduo querer matar-se não significa querer morrer, deseja tão somente fugir do sofrimento insuportável. A complexidade deste tema nos motivou a desenvolver um trabalho de investigação voltado para a prática transdisciplinar, que teve como foco o depoimento das vítimas de tentativa de suicídio na cidade de Teresina (FOULCAULT, 1979).

O processo de luto subsequente a uma morte por suicídio é apontado por Mcgee (apud WORDEN, 1998) como o mais difícil de ser enfrentado e elaborado por familiares e amigos do morto. Na maioria das vezes, a morte é inesperada, trágica, enigmática e estigmatizada socialmente, fatores estes que a levam a ser tratada como um tipo especial de perda, com maior potencial para se desenvolver luto complicado, afirma Worden (1998).

Neste trabalho tivemos a possibilidade de ouvir os relatos daqueles que tentaram suicídio e sobreviveram a tamanho trauma. Foi possível identificar como o processo de luto nos depoentes se aproximou da fala de Worden (1998). A dificuldade de aceitação do ato de atentar contra a própria vida contaminou a todos os que fazem parte do convívio mais próximo do indivíduo.

O suicídio é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. As taxas aumentam em nível mundial, principalmente entre os jovens (CORRÊA e BARRERO, 2006). Um milhão de pessoas, segundo a OMS, cometeram suicídio em 2000; e o número estimado de tentativas é de dez a vinte vezes, superior ao número de suicídios consumados, o que significava uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa a cada três segundos. No Brasil, apesar de ter-se uma taxa nacional considerada baixa, se comparada a outros países — 4,9 por 100.000 habitantes —, houve um aumento de 17% entre os anos de 1998 e 2008 (WEISELFISZ, 2011).

O Estado do Piauí possui, segundo censo do IBGE de 2010, 3.007.000 habitantes, Teresina, capital do Estado, possui 814.439 habitantes. Segundo o mapa da violência do Ministério da Justiça, o número de suicídios na cidade aumentou consideravelmente; em 1998 a capital ocupava o 8º lugar, com uma taxa de seis mortes por suicídio para cada cem mil habitantes, dez anos depois, em 2008, esse

número subiu para 9,6 mortes, atingindo o 1º lugar entre as capitais brasileiras. Tais dados não são apenas estatísticos, são informações reveladoras que merecem ser investigadas.

Cassorla (1991, p. 25) afirma que, além dos suicídios conscientes, há também os inconscientes:

Em que o indivíduo coloca-se numa situação que pode levá-lo à morte sem ter consciência disso. Muitos acidentes [...] doenças, modos de vida [...] podem ser incluídos neste referencial. Pior ainda é a anestesia, a alienação, o suicídio da condição humana, em que as pessoas se sujeitam a uma morte em vida, sem consciência e sem condições de lutar por sua dignidade.

Para este autor: “mesmo que não estejamos pensando em suicídio – pois a infelicidade, o não uso das potencialidades, a não luta pela dignidade podem ser considerados suicídios parciais ou microsuicídios” (CASSORLA, 1991, p. 25).

Crises econômicas de grandes proporções são apontadas como períodos em que as taxas de suicídio podem aumentar, como na grande depressão americana de 1929; e, mais recentemente, na crise financeira global. Desde os anos 1930, acadêmicos estudam a conexão entre crises financeiras e suicídios. A morte de Adolf Merckle, o nonagésimo quarto homem mais rico do mundo, diante da crise financeira de 2008, exemplifica tal condição (VEJA, 2009) Durkheim afirma que “é fato geral que as crises econômicas exercem uma influência agravante sobre a tendência para o suicídio” (DURKHEIM, 2002, p. 257).

Os princípios da sociedade capitalista contemporânea induziram os indivíduos a uma busca interminável para satisfazer necessidades que são sistematicamente criadas na forma de produtos. Além disso, o individualismo se impôs sobre as relações sociais. Disso, decorrem alguns aspectos importantes. De acordo com Lipovetsky (2007), a sociedade contemporânea, a qual se refere como sociedade da decepção, produz uma ambivalência entre otimismo e pessimismo, o que chama de paradoxo da felicidade, onde coexistem uma atmosfera de bem-estar consolidado e o aprofundamento do mal-estar subjetivo.

As palavras de Durkheim, ainda no final do século XIX, soam como um aviso para a atualidade: “Qualquer ser vivo só pode ser feliz, e mesmo viver, se as necessidades que sente estiverem suficientemente de acordo com os meios de que dispõe” (2002, p. 265).

As crenças religiosas não devem ser deixadas à margem desta discussão. As representações de morte e vida pós-morte delineadas pelas crenças do indivíduo ou grupo social são parte integrante do mosaico suicida. Um caso clássico ocorreu na Guiana, em 1978, quando mais de 900 pessoas se mataram coletivamente na seita Templo dos Povos, fundada pelo pastor americano Jim Jones (CASSORLA, 1991). O fanatismo religioso aliado a outros fatores levaram a essa tragédia.

Camon ressalta que “a crença na vida pós-morte, por exemplo, dá outra dimensão ao suicídio do que a simples conceituação que o estabelece como fim de determinados sofrimentos” (CAMON, 1997, p. 201). Os homens-bomba, que corriqueiramente escutamos falar, são exemplos contundentes de como crenças e fantasias de vida pós-morte, além do fanatismo e fundamentalismo religiosos, têm ingerência no suicídio. Cada religião vê o suicídio de acordo com seus preceitos e dogmas, sob suas próprias lentes.

O aspecto individual leva em consideração a historicidade da pessoa. É fundamental levar em consideração a perspectiva da individualidade. Knobel (1985) pontua que “[...] o ser humano vive na História, vive a história e é história, como assinala o médico filósofo contemporâneo Pedro Laín Entralgo. Isso dá a dimensão de pessoa histórica” (KNOBEL apud CASSORLA, 1991. p. 28).

Camon (1997) registra o fato de que cada indivíduo articula à sua maneira os recursos dos quais a sociedade o dotou. O suicídio não tem, portanto, uma única causa. Os fatores supramencionados normalmente estão interconectados em uma construção que arrebatou o indivíduo, levando-o a tirar a própria vida. Lembremos que o suicídio é multideterminado, multifacetado, e qualquer tentativa de simplificar o seu significado à causa e efeito será mero reducionismo.

Werlang e Botega conceituam comportamento suicida como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato” (WERLANG, 2004. p. 17). Deve ser analisado em um *continuum*: pensamentos de autodestruição – ameaças – gestos – tentativas de suicídio – suicídio.

Há muitas classificações de tipos de suicidas. Mais do que encontrar tipologias nos indivíduos que se matam ou estão na iminência disto, deve-se avançar para “águas mais profundas”, ir além dos tipos, e mergulhar na “alma” das pessoas (HILLMAN, 2009) que estão em profundo desespero. Camon defende o ponto de vista de que “a categorização dos pacientes pelas entidades nosológicas e

a caracterização da personalidade em nada ajudam o terapeuta diante de uma condição real de sofrimento frente a uma existência encarquilhada pela dor” (CAMON, 1997).

Como informação complementar, saliente-se que as dez características elencadas por Shneidman (apud CORRÊA e BARRERO, 2006) como sendo comuns a todo suicida: dor psicológica insuportável, frustração das necessidades psicológicas, tentativa de encontrar uma solução, cessação da consciência, sentimentos de desesperança, ambivalência, constrição, mensagens de intenção suicida, autoagressão, copiar padrões anteriores de conduta.

O suicídio é considerado pela OMS como grave problema de saúde pública (BAPTISTA, 2004; BERTOLETE, 2012; TAVARES, 2000). De acordo com esta instituição, em 2000, 1.000.000 de pessoas cometeram suicídio (VOLPE, 2006); e, em 2001, representou 1,4% das mortes por doenças, com a projeção de saltar para 2,4% em 2020 (BERTOLETE, 2012), com o alarmante número de 1.500.000 de mortes. As tentativas de suicídio são estimadas em número de dez a vinte vezes maior que os suicídios consumados. Isso representará uma morte a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos, enquanto as estatísticas do ano 2000 apontavam para uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa a cada três segundos no mundo inteiro (BAPTISTA, 2004).

A taxa ou coeficiente de mortalidade por suicídio é calculada universalmente por cada 100.000 habitantes no intervalo de um ano. A taxa mundial, segundo a OMS, é de 16 para cada 100.000 habitantes. Estes números variam de país para país, de região para região, dentro das faixas etárias e dos recortes de gênero, muito em função de aspectos socioculturais. Em termos globais, os países da Europa Oriental apresentam as taxas mais altas (Lituânia, Estônia, Hungria, Ucrânia e Rússia). Em números absolutos, países mais populosos como China e Índia estão na frente, com 30% dos suicídios registrados no mundo. Nas Américas, Cuba, Canadá e Estados Unidos registraram as maiores taxas (dados de 2002) (CORRÊA e BARRERO, 2006).

De acordo com a classificação de Diekstra e Gulbinat – mortalidade baixa: taxa de suicídio menor que cinco para cada 100.000 habitantes; média: entre cinco e menos que quinze para cada 100.000; alta: entre quinze e menos que trinta para cada cem mil; muito alta: trinta óbitos ou acima de trinta por cada cem mil habitantes, o Brasil tem um coeficiente baixo em comparação com a média mundial

(CORRÊA e BARRERO, 2006). Segundo o estudo Mapa da Violência 2011 (WORDEN, 1998), realizado pelo Ministério da Justiça do Brasil e o Instituto Sangari, que ora tomaremos como base por ter dados oficiais mais atualizados, a taxa nacional de suicídio passou de 4,2 para 4,9 / 100.000 habitantes, respectivamente nos anos de 1998 e 2008. Em números absolutos, o salto foi de 6.985 para 9.328 mortes, representando um aumento de 33,5%. O estudo alerta:

Nossas taxas de suicídio sempre foram relativamente baixas no contexto internacional. No entanto, vêm se elevando nos últimos anos e evidenciando a emergência de novos fenômenos: áreas com taxas de suicídios extremamente altas, inclusive em termos internacionais, e áreas de suicídios culturais ou étnicos (comunidades indígenas) (WEISELFISZ, 2011).

Quanto ao gênero, globalmente, com raras exceções como a China, o homem se mata mais que a mulher, e esta faz mais tentativas. A proporção é de três suicídios masculinos para um feminino, e, inversamente, três tentativas femininas para uma masculina, em média (CVINAR, 2005; CORRÊA e BARRERO, 2006).

O dado que preocupa o mundo é o aumento de suicídios na população jovem. Na faixa etária entre quinze e trinta e quatro anos, o suicídio é uma das três principais causas de morte, segundo a OMS (BAPTISTA, 2004). Há uma tendência mundial de crescimento das taxas entre os jovens. No Japão e na Dinamarca, o suicídio passou a ser a primeira causa de morte na população de vinte e cinco e trinta e quatro anos. Atualmente, em números absolutos, jovens se matam mais que idosos (CORRÊA e BARRERO, 2006).

No Brasil, o aumento de suicídios entre os anos de 1998 e 2008 foi 22,6%, passando de 4,4 para 5,1 óbitos / 100.000 habitantes (CORRÊA e BARRERO, 2006). O suicídio em pessoas que têm idade entre quinze e vinte e nove anos representa 3% do total de mortes, e encontra-se entre as três principais causas de morte no nosso país (BOTEGA, 2010).

É necessário registrar que as taxas de suicídio em todo o Planeta têm sérios problemas de subnotificação. Este fenômeno acontece por uma combinação de fatores, que vão desde a estrutura dos órgãos responsáveis por tal trabalho, treinamento dos profissionais, até questões socioculturais como o estigma social imposto aos familiares dos suicidas, questões legais, implicando em não receber seguros de vida e seguros de saúde, além de aspectos religiosos. Muitos acidentes e homicídios registrados são, na verdade, suicídios.

A despeito de o Brasil apresentar uma taxa abaixo da média mundial, não se deve deixar de ressaltar dois pontos: as discrepâncias regionais que demonstram altas taxas em alguns lugares e o aumento ao longo dos anos. Cada morte tem um impacto no Estado, na sociedade, e principalmente na família.

2.2 Luto de suicídio

A perda de um ente querido é um evento doloroso e de difícil aceitação emocional. Há uma diferença entre a morte ser assimilada pelo intelecto e ser aceita no aspecto emocional do indivíduo; ou seja, racionalmente sabe-se que o outro morreu, mas a aceitação não acontece. Toda morte será seguida de um processo de luto, que será vivido e experienciado de forma singular pelo enlutado.

Comparar dor é tarefa inócua, pois cada indivíduo a sentirá de forma particular. A dor da perda não é diferente, o que exige de quem está próximo ao enlutado, familiar, amigo ou profissional da saúde, um cuidado adicional. Como disse o pensador espanhol Ortega y Gasset (1967): “eu sou eu e minha circunstância”. As circunstâncias do enlutado são dele e de ninguém mais, a natureza da dor e de sentimentos que se apresentam pode ser semelhante à de outrem, mas a vivência, a experiência é individual. Gendlin (1961) explica que esta experiência é sentida ao invés de pensada, sabida, ou verbalizada; ocorre no presente imediato.

Aborda-se aqui este aspecto da dimensão da dor da perda e do processo de luto seguinte para fazer uma reflexão sobre perdas de entes queridos em circunstâncias trágicas, traumáticas, o que Worden (1998) chama de tipos especiais de perda, como suicídio, homicídio, acidentes, aborto e perda ambígua. Considera-se que os lutos mais difíceis de ser bem elaborados são os da perda ambígua – especialmente a ausência física e presença psicológica – e do suicídio. Tratar-se-á aqui do luto de um suicídio, considerado por Worden (Id. *ibid.*) como o de mais difícil elaboração, por diversos aspectos que podem ser vistos a seguir.

No passado, havia, no fardo a carregar pelos familiares de um suicida, ingredientes que, felizmente, não mais pertencem aos dias atuais. No ano de 563, o Concílio de Praga decretou a punição para as almas dos familiares sobreviventes e a recusa aos ritos cristãos para quem cometesse suicídio (CORRÊA e BARRERO, 2006). Apesar de não se ter, oficialmente, mais pechas como essa na atualidade,

talvez Jung dissesse que ficou algo no inconsciente coletivo de boa parte das pessoas ao redor do Planeta, pois ainda não é tarefa fácil ser reconhecido como parente de alguém que se matou.

O suicídio afeta profundamente a família nuclear e extensa, amigos, conhecidos, assim como professores, colegas de trabalho e terapeutas (CLARK, 2007; CVINAR, 2005). É um caso especial (BOWLBY, 2004), uma morte considerada desnecessária, estigmatizada, polêmica, mal compreendida pelo senso comum, um tipo especial de perda, pouco e superficialmente discutida pela sociedade (ARAGÃO NETO, 2010). É a morte que “desencadeia o luto mais difícil de ser enfrentado e resolvido de maneira eficaz, em qualquer família” (WORDEN, 1998, p. 114).

A circunstância da morte é um dos fatores de risco para o luto complicado (CASELLATO, MOTTA, 2002). Entre os seis determinantes do luto listados por Worden (1998) está a forma da morte, incluindo o suicídio. Mortes repentinas e inesperadas, mortes violentas representam risco especial para a saúde mental (PARKES, 1998). Vários trabalhos ilustram de maneira contundente os riscos psicossociais que os sobreviventes de um suicídio podem enfrentar (BOWLBY, 2004). Shepherd e Barraclough (apud BOWLBY, 2004) acompanharam dezessete viúvos e vinte e sete viúvas na Inglaterra, com idades variadas (entre vinte e dois e oitenta e um anos) e tempo de casamento também variado (de nove meses a quarenta e nove anos). A primeira entrevista foi realizada logo depois do suicídio do cônjuge, e cindo anos mais tarde, voltaram a acompanhá-los. Dez haviam morrido e dois estavam doentes. As mortes não foram por suicídio, mas muitos manifestaram preocupações suicidas. O resultado aponta para uma maior incidência de mortes entre os cônjuges que perderam o par por suicídio em comparação com outras causas de morte.

Nesse sentido, Bowlby (2004, p. 209) afirma: “a morte por suicídio pode deixar uma esteira impressionante de psicopatologias, que se estende não só aos sobreviventes imediatos, como também aos seus descendentes”. Zhang et al. (2005, p. 217-277) realizaram uma pesquisa na China estudando a relação entre o luto de um suicídio e a incidência de depressão nos sobreviventes. Resultados indicaram que as pessoas enlutadas (informantes dos suicídios) são mais propensas a

experimentar depressão do que aquelas do grupo controle. Quanto mais próxima a relação com o suicida, mais alto o grau de depressão.¹

Alguns sobreviventes relatam a idealização da própria morte, do próprio suicídio, confirmando um dos resultados encontrados por Lindqvist et al. (2008, p. 26): “O percentual de suicídio em famílias de vítimas de suicídio é duas vezes mais alto do que em famílias dos sujeitos de comparação, e a história familiar de suicídio é um fator de risco significativo independente do distúrbio mental grave”.²

Diante disso, mostra-se a importância da atenção cuidadosa do profissional de Saúde, incluindo o trabalho sistêmico quando necessário.

Os casos de luto decorrente de morte imprevista, assim como aqueles que envolvem a morte de um companheiro de longa data, apresentam particularidades que serão importantes na condução do planejamento terapêutico (OLIVEIRA e SILVA, 2011, p. 213-215).

A propósito, o luto de suicídio é uma questão sistêmica. Devem ser resguardadas as particularidades determinantes do luto, como a idade, variáveis psicossociais e o grau de vinculação do suicida com os outros membros do sistema familiar. Não raro, o suicídio se transforma em segredo de família, o que poderá levar a situações problemáticas ulteriores, caso seja descoberto pelos que não sabiam da verdade. No caso da morte de um adolescente, Walsh et al. (apud FRANCO, 2011) e Silva (apud OSÓRIO, et al., 2009) consideram a situação mais difícil para a elaboração do luto no sistema familiar, pois é considerada injusta, prematura e quebra o ciclo vital. O suicídio é um dos tipos de morte mais frequentes nos adolescentes, ao lado de acidentes, homicídio e câncer.

Silva (apud OSÓRIO, et al., 2009) afirma que o contexto sociocultural, em especial no Ocidente, condena o suicídio, o suicida e sua família. São consideradas famílias desajustadas, desequilibradas e desestruturadas. Há decisões urgentes a tomar, questões que envolvem o corpo, perícia, imprensa, inquérito policial, contato com a família extensa e conhecidos. Situações que levam à busca de culpados, preconceito e estigma social podem contribuir para um processo de luto disfuncional no seio familiar. Harwood et al. (2002, p. 185) realizaram um estudo na Inglaterra

¹ Results indicate that the bereaved people (informants of the suicides) are more likely to experience depression than those people in the control group. The closer the relationship to the suicide, the higher the degree of depression.

² The rate of suicide in families of suicide victims is twice as high as in families of comparison subjects, and a family history of suicide is a significant risk factor independent of severe mental disorder.

com familiares de suicidas idosos, para esses estudiosos, “procedimentos legais podem ser fonte de angústia”.³

O trabalho com famílias enlutadas por suicídio deve envolver todos os membros que se mostrarem disponíveis, em uma busca de produção de sentido para a perda para o sistema familiar. Callahan (2003) afirma que os sobreviventes da família devem trabalhar juntos a questão do luto e não se isolarem socialmente, para que o stress geral seja reduzido”.⁴

A irreversibilidade do fato deve ser tratada como uma forma de diminuir os “se” e “por que” (SILVA apud OSÓRIO, et al., 2009). Tanto para o indivíduo quanto para a família, o tempo de elaboração para que comece a ter uma funcionalidade satisfatória é relativo, vai depender de cada caso.

O luto de suicídio é considerado como um “luto não reconhecido” (DOKA apud CASELLATO, 2005; MAPLE, 2010, p. 241-248) socialmente. Por ser rechaçada pela sociedade, a morte por suicídio possivelmente apresentará mais dificuldades para a elaboração do luto dos sobreviventes. Problemas com atestado de óbito, situações legais e estigma social podem contribuir para tanto. É importante ratificar que se está referindo à sociedade ocidental, pois o suicídio precisa ser discutido de acordo com o contexto em que acontece.

Dois detalhes merecem registro em se tratando desta especificidade de luto: o impacto de ver a cena do suicídio e os escritos deixados pelo morto (FIELDEN, 2003, p. 76). Fielden realizou, na Nova Zelândia, um estudo hermenêutico com familiares de suicidas e assinala: “participantes que encontraram o corpo de seus entes queridos descreveram uma sensação de terror e caos interno”.⁵

O suicídio é morte violenta, portanto, familiares descobrem ou têm que identificar corpos quase sempre mutilados (JAMISON, 2002). Na clínica, o fato de ter visto a cena e o grau de mutilação do corpo, aparece na fala dos enlutados como um registro negativo que os atormenta com frequência (ARAGÃO NETO, 2010).

Os escritos (cartas, bilhetes, testamentos) podem representar tanto um alento quanto um golpe para os enlutados. Os conteúdos das mensagens são diversos, desde acusações até declarações de amor e pedidos de desculpas (SILVA, 2009).

³ Legal procedures may be one source of distress.

⁴ When family survivors worked together through bereavement and countered the social isolation concerning suicide, overall stress appears to be reduced.

⁵ Participants who found their loved one's body described a sense of terror and internal chaos.

3 O CAMPO E O OUTRO

3.1 Etnografia

O maior desafio que tive no Mestrado de Antropologia foi aprender e realizar uma etnografia como método de fazer pesquisa em Ciências Sociais. Como psicólogo e pesquisador dos temas relacionados à Tanatologia, mais especificamente suicídio e luto, não me acanhava em ter que ir a campo, entrar em contato direto com os sujeitos que tentaram suicídio e/ou seus familiares, entrar em contato com tão profundas emoções, o impacto que os encontros teriam sobre mim. Nada disso verdadeiramente me afrontava em face de já ter ido a campo para realizar outras pesquisas com a mesma temática, e, por causa da minha prática clínica voltada, não inteiramente, mas majoritariamente, para as demandas de perdas. A novidade metodológica, que me causou incômodo e certa apreensão, foi ter que fazer o primeiro contato com os sujeitos por telefone. Passei um tempo, antes de efetivamente fazer a primeira ligação, pensando e tentando projetar as diversas possibilidades diante do contato com as pessoas. Uma coisa é chegar ao vivo, diretamente ao sujeito, e falar de suas intenções de pesquisador. Acho mais fácil, gosto do contato “olho no olho”. Conjecturei comigo mesmo sobre qual a primeira frase a ser dita, como me apresentar, falar em nome do hospital para aqueles que tinham sido internados sem melindrá-los.

Os nomes verdadeiros dos sujeitos foram alterados. A resolução 196/96 que trata da pesquisa com seres humanos prevê o direito do sujeito ao sigilo e confidencialidade de seus dados. Apesar de saber que há divergências entre a área da Saúde e as áreas humanas e sociais acerca dessa resolução, penso que quando se trata de temáticas como suicídio, de fato o cuidado com a exposição do sujeito deve ser contemplado. Portanto, decidi renomeá-los. O melhor *insight* que tive foi tentando fugir dos recorrentes nomes de flores, foi de colocar codinomes de pessoas que me trouxessem lembranças de dor, ou que tiveram histórico de suicídio. Assim, pela ordem de entrevista, os chamei de Joana (lembrando a mártir Joana D’Arc); Dolores (lembrando o significado de dor em espanhol ‘dolor’ e lamentações em latim), Romeu (lembrando o jovem apaixonado e suicida de Shakespeare), Virgínia (lembrando a escritora suicida Virgínia Wolf) e Isadora (lembrando a adolescente do

Sul do Brasil que mantém um diário da escola e sofre *bullying* e amarga grande sofrimento).

Até fazer o primeiro contato e perceber a ótima receptividade de Dolores, uma dose de angústia foi experimentada. No íntimo, por experiências passadas, sabia que pelo menos a maioria seria acolhedora, teria o maior interesse em conversarmos, iria encontrar aí uma chance de expressar tudo o que passaram ou passavam ainda. Felizmente, estava certo e a receptividade foi além da expectativa.

O novo muitas vezes assusta. Escuto isso frequentemente na clínica. A alteridade impõe uma face sombria sobre a maioria de nós. O contato por telefone era novidade, mas a Antropologia era novidade, a etnografia era novidade.

A responsabilidade de estar pisando um terreno estranho na universidade — vendo e ouvindo pessoas falarem sobre o Mestrado em Antropologia, observar o que poderia ser óbvio para outros da área, para mim reforçava a lembrança de que estava navegando em outros mares, com os perigos inerentes a essa empreitada. Felizmente, encontrei, nos momentos de orientação, um espaço facilitador para entender que seria possível navegar por ali, mas não conseguiria me travestir de antropólogo esquecendo minha formação de base em Psicologia.

Com relação à etnografia, Malinowski (1978) afirma a necessidade de se fazer ciência por meio da pesquisa etnográfica de forma honesta. Argumenta que outrora pesquisadores de renome caíram na armadilha das generalizações sem deixar algo mais concreto acerca de como chegaram às conclusões. O papel do pesquisador na etnografia deve contemplar sua participação direta nas inferências em relação ao que encontrou no campo:

A meu ver, um trabalho etnográfico só terá valor científico irrefutável se nos permitir distinguir claramente, de um lado, os resultados da observação direta e das declarações e interpretações nativas e, de outro, as inferências do autor, baseadas em seu próprio bom senso e intuição psicológica (MALINOWSKI, 1978, p. 18).

O etnógrafo que deseja merecer confiança deve distinguir, de maneira clara e concisa, sob a forma de um quadro sinótico, entre os resultados de suas observações diretas e de informações que recebeu indiretamente — pois seu relato inclui ambos os resultados (MALINOWSKI, 1978, p. 27).

O suicídio é uma questão complexa, argumento fartamente colocado neste trabalho. Tal complexidade nos coloca diante de situações inusitadas, fatos

pitorescos, aquilo que se vê e se ouve, mas nos coloca também diante de fenômenos que Malinowski (1978) denomina “imponderáveis da vida real”. São aqueles que nenhum questionário ou protocolo podem registrar, a não ser a sensibilidade e astúcia do etnógrafo em sua subjetividade, fatos que não devem ser simplesmente anotados superficialmente “mas aos quais faltam carne e sangue”.

Pensei muito, antes de disputar a vaga no Mestrado, em dar sequência nos estudos sobre suicídio. Estava convicto de que precisaria saber alguma coisa sobre decidir entre a vida e a morte diretamente dos próprios atores, protagonistas desse ato enigmático. Para o Mestrado não queria trabalho estritamente teórico, revisão bibliográfica pura e simples, dados de terceiros – como somos obrigados a fazer em pesquisas sobre o suicídio consumado – mas sim ver e ouvir as pessoas que tentaram suicídio e buscar apreender os significados, as simbologias, o não dito, a sombra que paira sobre a cabeça dos suicidas em potencial. Nesse sentido, o objetivo final do etnógrafo é:

Apreender o ponto de vista dos nativos, seu relacionamento com a vida, *sua* visão de seu mundo. É nossa tarefa estudar o homem e devemos, portanto, estudar tudo aquilo que mais intimamente lhe diz respeito, ou seja, o domínio que a vida exerce sobre ele (MALINOWSKI, 1978, p. 33-34).

Analisar o sujeito suicida sob a perspectiva das Ciências Sociais não é tarefa fácil. Em meio à ditadura positivista e tecnicista que nos envolve atualmente; sendo profissional de uma área mais ligada às ciências da Saúde como a Psicologia, a noção de homem que está no mercado é reducionista. Apesar de ser um ato solitário, o ato suicida está cercado por uma rede ou teia de significados, em meio a uma cultura. Nesse sentido, o conceito de cultura de Velho e Viveiros de Castro (1978) é bastante apropriado:

Cultura é menos a manifestação empírica da atividade de um grupo [...] que o conjunto de princípios que subjazem a estas manifestações. Inconsciente, mas social; estas regras não se encontram no aparelho psíquico “natural” de cada indivíduo, mas definem um sistema que é comum ao grupo (VELHO; VIVEIROS DE CASTRO, 1978, p. 6).

Os sintomas sociais nem sempre são sentidos pelo senso comum ou medidos por métodos quantitativos. A busca da morte autoinfligida vem sinalizando em diversas culturas (diversos locais ou lugares) que o homem não está suportando o

peso da vida. Os valores da vida moderna associados a fatores mais circunstanciais do nosso tempo, como a violência urbana, drogas, consumismo desenfreado, ausência dos pais, ideologia da competitividade e do sucesso, podem ser verdadeiros explosivos para pessoas menos resilientes diante das agruras existenciais.

“Tudo isso está relacionado ao clima social, a uma relação com os valores que são determinados pela coletividade” (DUARTE, 1998, p. 38).

Lembremos que a ONU apontou para um crescimento de 60% nos últimos quarenta e cinco anos no Mundo; e no Brasil, apesar de a taxa nacional ser considerada baixa (entre 4,5 e 5,0 por 1000.000 habitantes), temos áreas ou regiões com taxas muito superiores às mundiais (por volta de dezesseis). O sintoma social do suicídio – para cada suicídio consumado são dez tentativas realizadas e atingem profundamente ao menos seis pessoas próximas com a tragédia – apesar de ancestral, hoje merece recomendação da Organização Mundial de Saúde como problema de saúde pública. Em 2020, estima-se uma tentativa de morte voluntária a cada vinte segundos, o que hoje já não é tranquilo com trinta. Até os índios Tupi estão perdendo o interesse pela vida. Buscam como valor estrutural de sua cultura a terra prometida, uma atenção permanente em direção ao “paraíso”, que, ao contrário dos cristãos, buscam o paraíso na terra, de forma concreta. Altas taxas de suicídio são constatadas em várias sociedades indígenas Brasil afora, e, neste caso Tupi, qualquer evento perturbador pode resultar um suicídio generalizado na tribo. Duarte (1998) sugere que não teria sido apenas suicídios conscientes e com intencionalidade – contrariando o que costumo apresentar como o conceito que adoto nos meus trabalhos –, mas sim uma atitude de desinteresse da vida que leva à morte.

O impacto subjetivo do trabalho de campo sobre o pesquisador é profundo e ainda não foi estudado com o valor que deveria. Não é incomum o antropólogo desistir da pesquisa de campo, antes ou depois do seu início, devido à complexidade da empreitada (PEIRANO, 1995). Obviamente, alguns temas são mais complexos que outros, digo, requerem ainda mais um esqueleto emocional que suporte o impacto psíquico de dramas encontrados no trabalho etnográfico. A morte é um desses temas; o suicídio é um tipo específico de morte que gera determinada potência a mais no impacto para a díade pesquisador – sujeito da pesquisa. Entrar em contato com a morte do outro – ainda que a tentativa de suicídio seja uma quase

morte – nos faz deparar com a nossa própria finitude, o que nem sempre é fácil e agradável. Como atualmente a morte só é notícia de espetáculo na mídia, mas escamoteada em suas dimensões mais profundas no Ocidente, o encontro com o outro que quis ou quer morrer, que já tentou a morte, nos leva a mergulhar nas dimensões de um universo existencial que normalmente negamos. Ao encarar isso, talvez o pesquisador até faça uma releitura e ressignifique aspectos da sua vida, como já ocorreu com ilustres antropólogos: “[...] parece indicar que a Antropologia favorece, em determinados contextos, uma reestruturação da visão de mundo desses pesquisadores” (PEIRANO, 1995, p. 54).

Portanto, o etnógrafo em campo ao lidar com tais temáticas, deve, sobretudo, atentar ao que acontece consigo, no sentido de que seus dramas pessoais não interfiram de maneira significativa no resultado do trabalho. Uma postura sincera, acolhendo seus próprios sentimentos. Não prego a tal postura neutra nem muito menos “fria” diante do outro, até porque não acredito que isso seja possível. A relação é multidirecional, onde todos “afetam e são afetados”.

3.2 Considerações metodológicas

Conforme a ideia inicial do projeto de pesquisa, foi realizado um levantamento no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do HUT, onde estão todas as fichas de pessoas que deram entrada no hospital por tentativa de suicídio no Piauí, desde janeiro de 2011 até junho de 2012, com a devida seleção posterior das pessoas de Teresina, objeto deste estudo. A primeira etapa de trabalho no hospital se deu por três semanas, no mês de março de 2012, e a segunda durante uma semana de junho do mesmo ano, apenas para atualizar os dados dos meses de abril, maio e junho.

O HUT foi escolhido para ser o local do levantamento de dados por ser um hospital de referência em atendimentos de urgências, como são os casos de tentativa de suicídio. Além disso, eu poderia concentrar atenção em um único local, ao invés de ter que depender dos contatos com os diversos hospitais municipais de Teresina. Foi constatado que muitos casos que dão entrada nos hospitais municipais, depois seguem para o HUT. Minha chegada a este hospital se deu em função de conhecer um dos psicólogos da instituição. O primeiro contato com ele

aconteceu em uma palestra que ali realizei em junho de 2011, intitulada "Falando sobre a morte".

Fui apresentado à pessoa responsável pelo encaminhamento dos projetos de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital, e depois de um mês consegui finalmente dar entrada no meu projeto, em dezembro de 2011. Dois meses depois fui informado que o CEP aprovara a pesquisa (documento nos anexos).

Duas reuniões entre mim e o psicólogo do HUT foram necessárias, e vários contatos por telefone para tratar do assunto e definir a melhor estratégia para o levantamento de dados, resultando, aproximadamente um mês depois, em um encontro com o enfermeiro responsável pelo NHE no turno da tarde. Fui prontamente bem recebido e os dados foram colocados à disposição da pesquisa.

Iniciei no turno da tarde, mas por conveniência de horários, passei a pesquisar no turno da manhã, com a concordância de outro enfermeiro, chefe do Núcleo. O NHE é composto destes dois enfermeiros, um chefe do setor — que, por sua vez, responde à Diretoria de Enfermagem — e o outro, já mencionado, que responde pelo turno da tarde, além de dez estagiárias de Enfermagem, que se dividem diariamente no processo chamado “busca ativa”, nas diversas áreas do hospital, para abordar os pacientes e familiares com o objetivo de preencher as fichas de investigação e notificação. A de investigação fica arquivada no próprio NHE e a de notificação (duas cópias) fica uma cópia no NHE e a original segue para a Fundação Municipal de Saúde (FMS) (modelos em anexo).

Cataloguei todas as fichas numa planilha no computador, para posterior tabulação e feitura de um quadro que possibilitasse aos leitores melhor compreensão do panorama de tentativas de suicídio em Teresina. Apesar de ter apenas a cidade de Teresina como foco da pesquisa, resolvi catalogar as fichas de pessoas do Interior do Estado e Estados vizinhos. Com isso, posso ter uma visão mais ampliada da questão do suicídio no Estado e da demanda do hospital, pois o tema é parte dos meus interesses acadêmicos e profissionais.

A partir do levantamento dos dados no hospital, a segunda etapa da pesquisa foi realizada com o contato junto às pessoas que tentaram suicídio no período analisado (janeiro de 2011 a junho de 2012). Minha intenção era entrevistar dez pessoas, conforme proposta inicial, apesar de ser um estudo qualitativo e não ser de extrema importância este número. Ao longo do processo do Mestrado e mais especificamente da pesquisa, foram alterados alguns aspectos. O primeiro é que

havia o propósito de trabalhar apenas com mulheres, e o segundo com jovens entre quinze e vinte e quatro anos (conceito de juventude da Organização Mundial de Saúde). O recorte de gênero tinha como base estatística do Ministério da Saúde brasileiro do ano de 2004, apontando Teresina como o maior índice de suicídios femininos do Brasil. No entanto, após o levantamento dos dados e conversas com o professor orientador do estudo, cheguei à conclusão de que seria melhor abrir mão desses recortes de gênero e de idade para trabalhar com quaisquer indivíduos que se dispusessem a dar seus depoimentos sobre as motivações que os fizeram querer morrer e, efetivamente, os levaram a atentar contra a própria vida. Foi mantida, como dito acima, a proposta de que deveriam ser pessoas que residem em Teresina, ou, como podemos chamar, a “grande Teresina”, motivo pelo qual incluímos uma mulher que reside em Timon, cidade vizinha do Maranhão, mas vista como parte da nossa cidade.

Foram mantidos, entretanto, outros pontos do projeto de pesquisa, como, por exemplo, a forma da abordagem inicial por telefone e procurar ter um dos encontros na residência dos entrevistados. Obviamente, desde que eles assim autorizassem. O objetivo era dar maior densidade antropológica ao estudo e fazer uma etnografia que atravessasse os diversos contextos de vida da pessoa. Os encontros posteriores foram combinados para lugares mais privativos para que os entrevistados e entrevistador pudessem se sentir mais à vontade, como forma de buscar conteúdos mais profundos que, porventura, não tivessem sido abordados na residência e fossem relevantes para a construção dos pensamentos e planos suicidas. Neste sentido, Béaud e Weber (2007, p. 131) confirmam nosso propósito:

Esforce-se ao máximo, porém, para encontrar um local tranquilo, onde não será atrapalhado, para fazer suas entrevistas [...] na medida do possível, para entrevistá-las em suas casas, onde poderá associar o trabalho de entrevistas e de observação [...] isso lhe possibilita incluir outros assuntos de discussão [...].

O primeiro contato foi realizado por telefone, obtido na ficha de investigação do HUT. O critério utilizado foi abordar as pessoas que fizeram tentativas mais recentes, ou seja, das últimas para as primeiras. Das quatro pessoas escolhidas pelos registros do hospital, duas já não mantinham os mesmos números de telefones celulares — na quase totalidade das fichas os números de telefones eram de celulares, pouquíssimos deram também números de telefones fixos — o que

inviabilizou o contato. Outras duas, mulheres, atenderam e prontamente se dispuseram a conversar, permitindo minha ida às suas casas. Após esse primeiro momento, também se dispuseram a outro encontro em local privativo.

Em outros trabalhos, não menos densos, porém fora do contexto das Ciências Sociais, a primeira abordagem sempre havia sido feita pessoalmente, o que facilita a criação de um vínculo fundamental para a sequência do trabalho, visto que a profundidade dessas temáticas requer uma condição mínima de confiança entre a díade entrevistador-entrevistado. Já durante a fase de levantamento de dados no HUT, comecei a refletir e imaginar as situações de ter que fazer um contato inicial por telefone. Mas Como falar? O que falar? Qual a primeira frase? Como me apresentar? Como falar sobre meus objetivos sem que a pessoa se sentisse invadida e constrangida? Como seria lidar com uma situação em que a pessoa ficasse irritada com tal abordagem? Esses questionamentos se me apresentaram e foram realmente motivo de preocupação. À medida que findava o levantamento de dados, com a iminência de ter que iniciar a segunda etapa, tais preocupações se tornaram mais frequentes, não seria exagero dizer à beira da angústia. Nunca tive receio do contato pessoal, face a face, mesmo no início do meu trabalho com temas de morte e morrer. Talvez, porque acredito firmemente que, olhando no olho e sentindo a presença da pessoa, seja a melhor alternativa de sucesso para trabalhos que acabam sendo verdadeiras intervenções terapêuticas, com indivíduos em estado de vulnerabilidade, como os desta pesquisa. Lembremos que a mesma tem uma proposta qualitativa, de mexer com conteúdos existenciais muito significativos, uma especificidade que pressupõe enormes cuidados éticos e profissionais. O pesquisador deve estar preparado, técnica e psicologicamente, para lidar com possíveis situações de catarse, descontrole emocional, crises de choro, entre outras. Além disso, esses trabalhos requerem também do pesquisador, *timing* e *feeling* para fazer intervenções e encaminhamentos que se mostrem necessários. A escuta qualificada é a condição básica para esse trabalho. “A ‘alquimia’ da entrevista etnográfica depende tanto da relação entrevistador / entrevistado quanto do saber fazer (habilidade) do entrevistador” (BÉAUD e WEBER, 2007, p. 120).

À época, estava me acostumando com a teoria do fazer etnográfico, e conseguia enxergar uma absoluta semelhança entre o que havia realizado em outra pesquisa, minhas crenças sobre o melhor tipo de pesquisa, a importância indubitável de estabelecer uma relação de confiança entre entrevistador e entrevistado, os

cuidados com a pessoa e com o ambiente, buscar captar os sinais para além das palavras, a disponibilidade de tempo e, principalmente, abrir as entrevistas para dar verdadeiramente voz aos sujeitos, sem tantas amarras e que reduzem as conversas a meras coletas de dados. Não preciso dizer que sim, estamos coletando dados, e que dados concretos e mensuráveis tem sua devida importância nesse contexto, mas me refiro ao encontro de pessoas, ao que Martin Buber (2003) brilhantemente chamou de relação EU-TU:

Aquele que diz TU não tem coisa alguma por objeto, pois, onde há uma coisa há também outra coisa [...] na medida em que se profere o TU, coisa alguma existe [...] o mundo da relação se realiza em três esferas [...] a segunda é a vida com os homens. Nesta esfera a relação é manifesta e explícita: podemos endereçar e receber o TU (BUBER, 2003, p. 5-7).

Voltando à questão das minhas preocupações com a abordagem inicial por telefone, resolvi conversar com algumas pessoas para tornar a situação mais clara e confortável. Estive com uma pesquisadora de Saúde mental da UFPI, bastante experiente em pesquisas com seres humanos em situação de vulnerabilidade, e com duas pessoas do HUT (o psicólogo que já conhecia e um dos enfermeiros do NHE). A intenção era discutir possíveis situações e ouvir suas opiniões. Outro assunto surgiu nessas conversas: a possibilidade de ter um espaço no próprio HUT para receber os entrevistados que não se sentissem à vontade para ter o primeiro encontro na residência ou outro local. A suposição levantada era de que o hospital poderia ser um local mais seguro, por ser conhecido pelos indivíduos que já haviam estado lá nas internações. Isso foi conduzido entre mim e o psicólogo da instituição, que gentilmente se dispôs a resolver com a direção da instituição. Felizmente, não foi preciso utilizar as dependências do HUT, pois as pessoas não se negaram a conversar em outros ambientes, o que favoreceu sobremaneira o aprofundamento das narrativas.

Inicialmente, pensei que a única fonte de busca de indivíduos para realizar o presente estudo seria o HUT. No entanto, outra fonte se apresentou. Comentei com diversas pessoas conhecidas sobre as minhas intenções na pesquisa de Mestrado. Quem eram meus alvos, a metodologia, os objetivos. A partir disso, duas amigas comentaram comigo sobre dois casos de tentativa de suicídio e se eu gostaria de entrevistar essas pessoas, contando que poderia ser também interessante para elas. Assim foi feito, com uma diferença apenas no *modus operandi*, pois o primeiro

encontro com o único homem que faz parte do trabalho final ocorreu na sala paroquial de uma Igreja Católica. São os tais fatos imponderáveis da pesquisa etnográfica.

As entrevistas não foram gravadas. Com base em experiências anteriores, decidi assim em função de pensar que poderia perder a substância dos relatos e portanto, não “mergulhar em águas mais profundas”.

As anotações foram feitas logo em seguida aos encontros, no sentido de transcrever o máximo que pudesse com as palavras dos protagonistas. Anotei palavras e frases curtas mais significativas durante as conversas, quando foi possível e cabível. A minha prática na psicologia clínica, onde faço transcrições das sessões de psicoterapia, ajudou sobremaneira para ter um bom resultado. Nas entrevistas mais longas, sempre procurei dar pequenas pausas, o que facilitou as anotações simplificadas para posterior transcrição, que, como disse, foram realizadas em seguida. Uma ou outra palavra pode ter sido alterada, mas certamente nada que tenha comprometido o conteúdo e os significados dos relatos. Não fiz um diário de campo tradicional, porém registrei, além das falas, alguns sentimentos e observações diante do encontrado e sentido por mim.

A entrevista etnográfica oferece uma rica matéria à observação. Suas notas de observação, que deve escrever com calma logo após a entrevista, são tão importantes quanto a fita gravada [...] as observações dos lugares e das pessoas feitas em situação de entrevista propõem elementos preciosos de análise (BÉAUD e WEBER, 2007, p. 122).

A trajetória etnográfica foi um processo de perdas e ganhos, altos e baixos, alegrias e tristezas, reproduzindo minimamente o percurso existencial e seu processo multifacetado.

Foram várias alterações desde o projeto inicial até a configuração final do trabalho. Comecei almejando dez sujeitos de pesquisa, mulheres jovens (quinze a vinte e quatro anos) de Teresina que tivessem feito ao menos uma tentativa de suicídio. A ideia era baseada em estatísticas do Ministério da Saúde de 2004 que trazia Teresina com a mais alta taxa de suicídios femininos do Brasil. O Mapa da Violência 2011, em estudo do Ministério da Justiça brasileiro e do Instituto Sangari, aponta Teresina no ano de 2008 como a capital brasileira com maior taxa de suicídio na população geral e a segunda na população jovem (quinze a vinte e quatro anos). Tais dados *per se* sinalizam a relevância deste estudo. O número dez era otimista e

desafiador para um trabalho de natureza qualitativa e de grande densidade. Já pretendia fazer no mínimo duas entrevistas, uma na residência e outra em local mais privativo a ser determinado de acordo com as circunstâncias de cada sujeito.

Partiria do banco de dados do HUT para o contato telefônico e, depois, os encontros. A essa altura dos acontecimentos, uma rede de pessoas conhecidas sabia da minha intenção de pesquisa, o que posteriormente facilitou a aproximação com algumas pessoas que acabaram se incorporando à pesquisa. Esses eram os principais pressupostos da pesquisa quando concebida no projeto.

Os fatos imponderáveis da vida real, como coloca Malinowski (1978), foram acontecendo. Ao começar a pesquisar os dados do HUT, percebi que as fichas de entrada hospitalar estavam misturadas, ou melhor, não havia uma separação por cidade e a ordem cronológica estava parcialmente correta. Decidi, então, fazer o cadastramento de todas as internações de tentativas de suicídio do período entre janeiro de 2011 a março de 2012, mês em que ali estava – na verdade, fiquei até o início de abril. Portanto, todas as pessoas, do Piauí e de Estados vizinhos como o Maranhão, com tentativas de suicídio diagnosticadas no HUT foram cadastradas. Isso, apesar de ter mantido o foco do trabalho em pessoas que residem na “grande Teresina”, foi útil porque tive uma noção maior do que estava acontecendo no Interior. Lia todas as sinopses sobre os casos, o que enriqueceu meu conhecimento acerca da nossa realidade. Em julho, voltei para completar o cadastro até junho. Deixo registrado que o ambiente de pesquisa foi positivo e os membros do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia foram parceiros e me deixaram bastante à vontade para realizar o trabalho.

Ao manusear os dados, fui percebendo que deveria flexibilizar os critérios estabelecidos no projeto. O número absoluto de mulheres jovens de Teresina e região não era do tamanho que imaginei naquele período analisado, e, com a possibilidade de pessoas que não iriam aceitar participar, decidi retirar o corte de gênero e etário. Os sujeitos seriam assim, homens e mulheres, independente da idade, mantendo o critério de área geográfica.

Outro ponto, após o momento do cadastramento, foi estabelecer o critério de procurar os sujeitos na ordem cronológica inversa da internação, ou seja, começar pelos últimos a serem hospitalizados. A razão é que pretendia conversar com quem tivesse tentado suicídio o mais próximo possível da data do evento, e, portanto, colher dados, impressões e significados de memórias mais recentes.

Depois dos primeiros contatos que deram certo, de algumas ligações infrutíferas devido à mudança do número telefônico, recebi ligações de outras pessoas conhecidas, que, como disse, sabiam da minha proposta de estudo. E aconteceu algo como o *snow ball*, bola de neve em inglês – método em que os sujeitos indicam outros sujeitos sucessivamente em uma pesquisa e termina com a “saturação”. Aqui, não foram os sujeitos que indicaram outros, mas pessoas do meu círculo de convívio que fizeram o contato.

Béaud e Weber (2007, p. 26) aconselham o etnógrafo a apoiar-se “sobre as diferentes formas de sua presença no campo para solicitar e negociar uma entrevista”. Abaixo, conto como aconteceram essas aproximações, ao falar de cada uma das cinco pessoas incluídas no trabalho.

A entrevista foi baseada em uma única pergunta: – “Quais as motivações, na sua opinião, que fizeram com que tentasse suicídio?”. A partir daí, tudo seria percebido na hora, naquele instante e eu poderia ou não conduzir a entrevista em alguns momentos, encaixar algumas perguntas que pudessem dar seguimento ao relato do sujeito, sem ordem preestabelecida. Ao final, um simples questionário com dados pessoais e socioeconômicos com alternativas já definidas em faixas (ex.: Faixa etária: de X a Y; de W a Z). Flick (2009) revela que as entrevistas não estruturadas interativas devem ter uma pergunta orientadora no estilo da que propus, de onde o pesquisador parte. Minha pergunta norteadora esteve intacta desde o concebimento do projeto até o final. As vantagens de tal procedimento são sentidos quando estamos frente a frente na relação com o sujeito:

Na medida em que sentei e ouvi, obtive respostas para perguntas que nem teria feito se tivesse obtendo informações somente através de entrevistas. Naturalmente não abandonei de todo as perguntas. Aprendi apenas a avaliar a susceptibilidade da pergunta e o meu relacionamento com as pessoas, de modo que só fazia perguntas em uma área sensível quando estava seguro de que meu relacionamento com a pessoa era sólido (FOOTE-WHITE, 1990, p. 82).

Valido o escrito acima acerca da pesquisa sobre suicídio. Cheia de filigranas e temas sensíveis, procurei ter o maior cuidado possível para deixar o entrevistado ditar o ritmo da narrativa e chegar a aspectos mais profundos de forma não diretiva.

Quanto ao número da amostra, até esse momento continuava firme no intuito de entrevistar dez pessoas. Com o decorrer do processo, terminei com cinco,

todavia, trabalhei com oito. Falemos um pouco desses três que foram excluídos no decorrer do percurso etnográfico.

Uma antiga companheira de voluntariado no Centro de Valorização da Vida (CVV), com quem eventualmente conversei, me ligou para dizer que havia um padre com muita demanda de suicídio, especialmente pessoas com tentativas recentes. Perguntou-me se não teria interesse em conversar com ele para falar da pesquisa. No primeiro telefonema, após dizer do trabalho, o padre já me “intimou” para irmos na casa de uma mulher que estava com depressão e tentara suicídio há poucos dias. Fomos. A situação era gravíssima e não cabe colocar todos os detalhes do que ocorreu. Mas de forma sintética digo que, a partir desse encontro, percebi que nem era possível pensar em pesquisa diante do estado dela. Passei a atendê-la como terapeuta, acompanhei-a em consultas psiquiátricas, chegando a levá-la para internação em hospital psiquiátrico depois de outra tentativa de suicídio. Para poder atendê-la, falei com o padre que não havia como ser na clínica em que trabalho por questões financeiras, mas poderia ser numa sala da paróquia. Assim o fiz. Lá na paróquia, fui primeiro recebido por uma enfermeira que coordena um projeto de voluntariado que atende pessoas carentes daquela comunidade. Saí do encontro como psicólogo voluntário. Daí, veio outro dos casos que não deram certo. Mais recentemente, a coordenadora me falou de um homem que havia tentado suicídio poucos dias antes, se eu não poderia atendê-lo e, ao mesmo tempo, ele ser sujeito da pesquisa. Topei, e, dias depois, iniciei o atendimento e a pesquisa simultaneamente, bem como todos os procedimentos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informações, além de deixar claro que iria fazer os atendimentos, independente de ele aceitar fazer parte da pesquisa ou não. Tudo correu bem. Nas quatro primeiras sessões colhi os dados suficientes para o trabalho à medida que fazia o trabalho de prevenção de suicídio. Nesse caso, não foi viável a ida até sua residência, não porque fosse meu paciente, mas porque morava na casa dos pais com uma família grande e não vi qualquer oportunidade para tanto. O fato é que perdi todos os registros feitos depois das sessões. Cometi o erro de não digitá-las de imediato e em meio a tantos papéis e documentos do Mestrado, não sei exatamente como o material sumiu.

A terceira pessoa com quem estive e não foi incluída neste trabalho foi uma adulta jovem que me foi apresentada por outro padre, este conhecido meu, de outra paróquia de Teresina. Numa conversa, meses atrás, comentei sobre a pesquisa.

Recebi um telefonema dele falando desta jovem que haveria tentado suicídio. Fui ao encontro dela. Conversamos mais de uma hora na sala de uma instituição de caridade; e, para minha surpresa, a história não era bem aquela. Na verdade, ela pensara muito em se matar, um longo processo. Porém, não tentara suicídio. De qualquer maneira, a conversa foi rica, ela é de classe mais abastada do que os outros sujeitos, e me revelou alguns detalhes interessantes da sua trajetória até chegar à ideação suicida. Ocorre que, efetivamente, não poderia entrar na pesquisa por não atender ao principal critério, qual seja, ter feito pelo menos uma tentativa de suicídio.

A despeito de essas três pessoas não terem sido incluídas, elas foram escutadas e pude perceber que os discursos começavam a se repetir em vários aspectos importantes, levados em consideração por todos para construir a dinâmica suicida. Nas discussões com meu orientador, acordamos que o ponto de “saturação” era aquele, os cinco sujeitos proporcionaram riqueza imensa de detalhes, narrando suas histórias, uma teia de significados culturais acerca do suicídio e do desejo de matar-se no nosso contexto saltou aos olhos. Era suficiente e hora de parar. A propósito, quando parar uma coleta de dados?

A resposta é: Quando todas as categorias estiverem saturadas por dados. Isto ocorre quando nenhum dado relevante emerge, quando todos os caminhos foram seguidos e quando a história ou teoria está completa. A saturação é obtida quando as categorias se apresentarem densas (em variação e processo) e quando as relações entre elas estiverem bem estabelecidas e validadas (BORSARI, 2012, p. 47).

Penso, audaciosamente, em ao olhar para o trabalho. Entender um fenômeno em seu contexto (GEERTZ, 1989) e a etnografia tendo como objeto “uma hierarquia estratificada de estruturas significantes” dentro de uma descrição densa:

Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1989, p. 7).

A etnografia é uma descrição densa: [...] Não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados que definem o empreendimento. O que o define é o

tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma 'descrição densa' [...]. (GEERTZ, 1989, p. 4).

Ao apresentar o conceito de cultura semiótico que defende, Geertz (1989) acredita em Max Weber ressaltando o acordo com o conceito de cultura:

[...] o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados (GEERTZ, 1989, p. 4).

Em relação ao conceito da cultura semiótica, vale o esclarecimento:

O ponto global da abordagem semiótica da cultura é, como já disse, auxiliar-nos a ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido mais amplo do texto, conversar com eles (GEERTZ, 1989, p. 17).

O problema metodológico, de natureza microscópica, apresentado pela etnografia deve ser solucionado em função de compreendermos que as ações sociais são mais do que elas mesmas (GEERTZ, 1989).

3.3 Sobre Teresina

Nas últimas três décadas do século passado, o Brasil teve sua configuração citadina ampliada, em razão de intenso processo de urbanização. Caracterizado, majoritariamente, pelo processo de migração da população rural para a cidade e pela alteração de algumas áreas que se situavam entre o urbano e o rural, configurou-se uma categoria de análise: a rurbanização, perspectiva teórica que aproxima as Ciências Sociais e a História. O avanço do processo do aparelhamento urbanístico dos bairros que foram realizados de modo frágil, caracterizado por um planejamento superficial, estimulou novos conflitos.

O crescimento de Teresina após o plano inicial realizado pelo conselheiro Saraiva em 1852, seguindo o traçado hipodâmico, ou "tabuleiro de xadrez", foi a primeira cidade a ter seu espaço planejado previamente. Os lotes eram implantados segundo ângulos retos e com um perímetro urbano inicial de 43 km², distribuídos em dezoito lotes aproximadamente com 100m² cada, no sentido Norte-Sul e doze quadras no sentido Leste-Oeste (FAÇANHA, 1998).

O crescimento da malha urbana da cidade foi lento nas primeiras décadas do século XX, com uma taxa média 2,5%. Até 1900, as concessões de terrenos, excetuando-se o traçado inicial, foram realizadas por meio de aforamento, obedecendo ao traçado xadrez. Entre 1901 e 1940, a cidade cresceu para o Norte, extrapolando o limite da linha férrea que ligava o Piauí ao Maranhão, por meio do trecho Teresina-Timon, ampliação que originou os bairros Matinha e Mafuá, orientadas pela abertura das vias Rui Barbosa ao Norte e Jacob Almendra ao Sul. Em 1940, Teresina possuía uma população de 34.695 habitantes, correspondendo a sua área central ocupada na sua totalidade (MOREIRA, 1972).

As cidades brasileiras, bem como o próprio viver urbano passaram por grandes transformações, desde a implantação do sistema republicano no final do século XIX até os anos 1950. Após a metade do século XX, as cidades brasileiras passaram por mudanças estruturais, implementadas pelo espírito da necessidade de “modernizar a sociedade brasileira”, o cenário era de um discurso marcado por utopias desenvolvimentistas, que deveriam culminar no Brasil urbano e industrial. Na prática, as cidades deveriam ser o palco de tais práticas, que culminariam numa intervenção que resultasse o uso disciplinar do solo urbano.

Em Teresina, neste período, ocorreu a inserção de novos bairros ao seu perímetro. Na zona norte os bairros Vila Operária, Vila Militar, Feira de Amostra e Matadouro. Os da área ao Sul eram os bairros: Vermelha, São Pedro, Tabuleta e Piçarra, que tiveram sua configuração determinada pela linha férrea Sul. Os bairros Cabral e Ilhotas faziam parte do perímetro central, porém de modo mais periférico. É deste momento a ocupação do logradouro da Avenida Frei Serafim pela população de alto poder aquisitivo da cidade.

Ainda nos anos 1950 os investimentos na ampliação dos serviços de infraestrutura se fazem notar na cidade que almejava estar preparada para a comemoração de seu centenário. No governo de Gayoso e Almendra (1954-1956) foi criada a Federação das Indústrias do Piauí (FIEPI), a empresa de telecomunicações (TELEPISA) e a de águas e esgotos do Piauí (AGESPISA). A implantação das empresas supracitadas sinaliza uma intenção de promover o crescimento, ao tempo em que revela quão precária e pouco assistida era a cidade nos serviços básicos.

No início da década de 1960, o País sofreu uma grave crise política, que culminou com a instauração do golpe militar, e, a partir de então, houve uma

mudança nas diretrizes sobre o comando do País. A condução das políticas adotadas na gestão do Brasil durante o período militar se caracterizou por um projeto que assegurou interesses de uma classe social ligada ao modelo capitalista de desenvolvimento dependente do capital externo (GASPARI, 2002).

Os militares provenientes por formação da Escola Superior de Guerra tinham como objetivo assegurar o controle político por meio de medidas cerceadoras das liberdades políticas e civis, alicerçadas em ampla divulgação da política desenvolvimentista que garantiria o progresso econômico do País. O novo direcionamento político não foi compreendido de imediato pelos dirigentes piauienses, porém a maciça propaganda desenvolvimentista não tardou a ser aceita e amplamente divulgada. Este período suscitava a possibilidade de materializar o tão almejado progresso da capital.

Outra vez, a criação de órgãos que dessem suporte ao projeto de progresso nacional foi implementada; é desse período o Programa de Ação Estratégica do Governo (PAEG). E a SUDENE, que representava os interesses do Nordeste, neste momento, teve seus objetivos neutralizados para assegurar o projeto maior, que era o de integração nacional.

Nesse cenário, no final dos anos 1960, Teresina teve seu crescimento ampliado em decorrência de distintas motivações: contingente de migrantes do interior do Estado e dos Estados vizinhos; e posteriormente dos incentivos governamentais, no sentido de estimular a ampliação do espaço urbano da cidade.

Após a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) em 1964, tem início o programa do governo de implementação das políticas habitacionais. É desta época a construção dos grandes conjuntos da cidade, especialmente na zona Sul, entre eles, o Parque Piauí.

Em 1968, sob o comando do prefeito coronel Jofre do Rego Castelo Branco, os dirigentes da Prefeitura contrataram uma empresa da Bahia para pôr em prática o plano de ação de intervenção da cidade que resultou no Plano de Desenvolvimento Local Integrado (PDLI). Este foi um plano de grande envergadura para o período e representava uma mudança nas políticas administrativas de então.

Os problemas existentes na cidade eram de tal magnitude que intervir com uma ação de grande alcance implicava trabalhar simultaneamente aspectos do micro e do macrocosmo da cidade. A coleta de lixo, o gabarito da cidade, o abastecimento de água, a precariedade dos serviços de esgoto, o abastecimento de

luz, a ordenação dos espaços públicos, tais como praças, mercados e feiras. Ou seja, a cidade como um todo carecia de serviços básicos que lhe conferissem melhor qualidade de vida para seus cidadãos.

As décadas de 1960 e 1970 impregnaram o imaginário da coletividade, no sentido de promover o progresso materializado pelas obras de grande envergadura no contexto urbano da cidade. Alberto Silva, o então governador, e o prefeito major Joel Ribeiro transformaram a cidade em um canteiro de obras. As muitas reformas urbanas, a reforma e ampliação da sede do palácio de Karnak, Teatro 4 de Setembro, o Hotel Piauí, a construção do estádio de futebol Albertão, a sede das Centrais Elétricas do Piauí (CEPISA), Parque Zoobotânico, a implantação do terminal de petróleo. Todas estas ações vislumbravam para os cidadãos colocar a cidade no cenário nacional como um lugar promissor.

A reforma do palácio de Karnak talvez elucide alguns aspectos resultantes das ações realizadas na cidade, e que em muitos momentos eram ações pontuais que não tinham a eficácia de uma ação de base. Muitos problemas permaneceram, Teresina já ia muito além dos limites traçados por Saraiva; crescia sem planejamento prévio adequado.

O palácio de Karnak antes da sua reforma tinha seu limite ladeado por um muro branco empenado, com aspecto de que a qualquer momento poderia cair. O quintal do palácio tinha uma pocilga para a engorda de porcos, forma de aproveitar os restos de comida da farta cozinha da residência governamental. Assim é a construção do planejamento e das intervenções no espaço da cidade, algo incipiente e que possui um lado severo e cruel com todos aqueles que estão na periferia. A beleza da nova cidade, que resplandece a promessa de futuro, é a mesma que provoca o ocaso de considerável maioria da população (TEIXEIRA, 2010).

A esperança que se disseminou nas demais classes também foi responsável pela mudança de trajetórias de vidas, modificadas na medida em que Teresina se configurava lugar promissor. Aqueles que chegavam do Interior com suas práticas cotidianas, experiências impregnadas da convivência rural entravam em choque ao se deparar com a cidade tão diferente e tão distante do aparente aconchego que o campo parecia ter. Essas pessoas traziam tristezas e medos, e a esperança de uma vida melhor que só a cidade seria capaz de proporcionar.

As promessas de crescimento não atraíram industriais nem investidores, ao contrário, Teresina passou por um “inchaço” populacional, em decorrência da vinda

de pessoas humildes e empobrecidas do Interior ou de Estados próximos, como o Maranhão e o Ceará. Tal fato ocorreu em razão da escassa ou total ausência de infraestrutura das zonas rurais, como atendimento médico precário, escassez de água potável e energia elétrica, além do débil serviço escolar. Essa população cansada de ser espoliada veio arriscar na cidade melhor oportunidade.

O crescimento da cidade e a participação dos agentes sociais nela residentes são responsáveis por desenhá-la de modo desordenado; e os problemas existentes nestas ocupações são evidentes. O poder público, incapaz de solucionar o crescimento sem planejamento, ao não conseguir atender as necessidades básicas para a sobrevivência e andamento da cidade, provocou ações que aos poucos empurraram as camadas sociais menos favorecidas para os locais inadequados.

O distanciamento da população de baixa renda para a periferia resultou em inúmeros problemas urbanos e sociais. A periferia da cidade se constituiu como uma área desfavorecida, carente de serviços essenciais. São locais marcados por rompimentos daqueles que lá residem, são pessoas do Interior que têm um processo de vida marcado pelo distanciamento de seu local de origem e do benefício que uma cidade poderia oferecer. Ou seja, trata-se de um desamparo completo.

O poder agregador que os espaços de convivência social possuem na urbe é fator de integração, é motivador de atividades que provocam o bem-estar, o encontro social. Entretanto, apesar de esses espaços serem mais importantes por atuarem decisivamente na vida dessa população são os menos frequentados. Por outro lado, a carência das quadras, dos centros comunitários na periferia é algo comum.

Os moradores oriundos do Interior na infância não contavam com os instrumentos públicos de lazer, entretanto em suas memórias surgem com frequência as brincadeiras ao ar livre, que eram motivos de reunião e diversão. Daí a cidade na condição de local receptor de novos habitantes terminou por se responsabilizar pela ausência destes serviços, que, quando eficientes, provocavam grande transformação positiva no cotidiano dessa população.

Buscamos demonstrar como a cidade de Teresina passou por intenso crescimento populacional; esse fato alterou sensivelmente o mapa da cidade, suas dimensões e a prática de seus moradores. Nos anos 1970 a população quase duplicou seu contingente populacional oriunda do interior. Esse contingente se

mostrou frágil e propenso a qualquer possibilidade de mudança; nesse cenário entram em cena os apelos do consumo, em especial os veiculados pela TV, que anunciavam a cidade como o lugar do sonho possível.

Teresina se mostrava como esse lugar edênico. Mas isso era apenas fruto da imaginação, na prática, a imensa maioria da população era submetida a viver em locais distantes dos serviços essenciais, e o poder público não fornecia tais serviços. O estranhamento de saírem de seus lugares de origem obrigou essa população a reconstituir sua vida e a recompor novos laços de convivência e pertencimento a um grupo ao criarem laços de sociabilidade. Uma população que se assenta em locais sem atendimento médico, sem áreas e espaços públicos de lazer, carente do serviço de transporte público adequado termina por ampliar ainda mais o distanciamento das cidades existentes em uma só. A construção de cidades invisíveis vai se criando pelas práticas coletivas, que se avizinham e inventam seus modos e hábitos para conseguir conviver neste espaço que deveria ser adequado à coletividade.

Considerando a trajetória dos entrevistados, observamos que essas pessoas ressignificam suas lembranças, marcadas pela adversidade vivenciada, que inclui também a própria cidade, com suas dificuldades e parca oportunidade. Assim a cidade é constituída de sonhos e embates dos agentes sociais que experimentam na cidade que lhes marcou por lembranças e (re)sentimentos.

3.4 As narrativas

3.4.1 Dolores (Timon, 1 de junho [10h15])

“Essa vontade de morrer nunca passou”.

“É só quando saio desse mundo que dá uma aliviada”.

Dolores foi a primeira pessoa com quem consegui contato. Apesar de ter tentado antes com duas outras mulheres, com uma o número do celular já era de terceiros, e a outra foi Joana, para quem liguei antes de Dolores, mas só consegui efetivamente falar depois. Ela própria atendeu, mostrou-se muito entusiasmada com minha ligação, disse que não estava nada bem, e que eu poderia ir até sua casa. Perguntei qual seria o melhor horário, ela disse que poderia ser pela manhã, que estava morando em Timon – o endereço cadastrado por mim era outro. Na hora marcada, no dia seguinte, liguei para confirmar, ela mostrou o mesmo entusiasmo

com o encontro, e ensinou-me com detalhes o endereço. Ainda fiz outra ligação quando estava mais perto de chegar. Ela, ao ouvir o barulho do carro estacionando, foi até o portão para me receber.

A casa é de tijolos, sem reboco, numa ruazinha de calçamento, mas não foi difícil encontrar. Ficamos na sala, que fica logo na entrada (o terreno e a casa são compridos e estreitos). Havia uma porta para um quarto e a ligação para a cozinha e os outros cômodos. Uma foto do pai com ela, na parede, conjunto de sofá, onde pediu que me sentasse, e dois ventiladores, um dos quais em frente a mim, pedido por ela, para eu não passar calor. Ela é obesa, problema que parece, como ela própria disse, de família. Recebeu-me muito bem, servindo logo uma água, e posteriormente um refrigerante: – “Sente aqui onde tem mais vento, botei o ventilador aqui pra você, fique à vontade [...] não repare na bagunça da casa (risos)”.

Sentamos cada um num sofá. No primeiro momento, fiquei preocupado com as outras pessoas, a questão da privacidade, se poderíamos ter e se teríamos outro encontro para entrar mais profundamente na questão da pesquisa. Estava realmente ansioso no início desse encontro, posto que era o início do tão esperado trabalho de campo. Apenas no início, porque, mesmo tendo muita gente na casa, todos, exceto a neta e uma filha adotiva que nos serviu, ficaram em outros cômodos. Passavam eventualmente na nossa frente, mas ela não se mostrava incomodada, apenas dizia: – “aqui é assim, toda hora chega um, sai outro [...]”.

De fato, passou muita gente, amigos de um filho, o próprio filho, que acordou e saiu do quarto, o irmão que veio da cozinha, as filhas foram olhar de longe. O marido estava viajando, como sempre faz (trabalha na construção civil), iria chegar naquele mesmo dia, mas ela não se mostrava animada, ao contrário.

Dolores é uma mulher de trinta e sete anos, casada, seis filhos – quatro adotivos (dois homens e duas mulheres) e duas legítimas – e três netas (uma ainda no ventre), Ensino Médio em conclusão, classe média baixa e mora em Timon. Posteriormente será explicado o porquê de uma pessoa de Timon ter sido incluída, já que a pesquisa é com pessoas de Teresina. Recebeu-me cordialmente, e logo tratou de me dizer da surpresa por causa de minha ligação: – “[...] tomei um susto [...]”. Como seria bom se o nosso sistema público de Saúde fizesse algum tipo de acompanhamento com pacientes de alto risco como no caso de Dolores.

Após a minha apresentação, falando do meu trabalho e dos objetivos da pesquisa, Dolores iniciou dizendo: – “[...] doutor, se eu for falar da minha vida toda

[...]”; fiz questão de respondê-la, no sentido de que ficasse tranquila, porque teríamos tempo para conversar, eu não tinha pressa, e se fosse a sua vontade, nos encontraríamos outras vezes. Foram duas vezes. Na primeira, em sua casa, conforme dito anteriormente, quando conversamos por duas horas, na manhã do dia 01/06/2012. O segundo encontro aconteceu dezesseis dias depois, na sala de um centro espírita em Timon.

Como Dolores não se sentia à vontade para ir a locais mais distantes, contei com a ajuda de uma amiga que mora naquela cidade e frequenta este centro espírita. Marcamos num dia em que não haveria qualquer atividade, e a conversa durou mais duas horas. Ali, ter-se-ia a privacidade necessária para avançar com maior profundidade nos conteúdos mais íntimos, visando trazer as motivações que a levaram a tentar o suicídio.

Retornando ao primeiro encontro, logo a dinâmica da casa aparece, muita gente morando e circulando: — “Não se preocupe, a minha casa é lotada assim mesmo”. Por ser a primeira entrevista, o primeiro contato no campo, foi muito bom ter a receptividade e sentir o interesse de Dolores pela visita e pelo diálogo. Indubitavelmente, deu-me maior tranquilidade, pois o tempo que antecedeu essa data foi, entre outras coisas, de apreensão, como seria a receptividade dos sujeitos, enfim, a fantasia dava lugar à realidade.

Dolores mostrou-se sempre muito insatisfeita com a vida, culpa (como filha, esposa, mãe), sensação de não ser útil. Tentou suicídio pela primeira vez aos quatorze anos de idade. Depois, foram várias – ela não sabe precisar quantas – as tentativas, sempre ingerindo medicamentos, a não ser uma única vez quando tentou o enforcamento. Algumas dessas tentativas foram mais brandas, ela própria justifica. Contudo, independente do grau de letalidade e das intenções por trás desses atos, devemos respeitar e procurar entender que essas pessoas estão em sofrimento, em desespero. Portanto, os julgamentos não são úteis nem é esse o nosso papel. Os antebraços de Dolores são bastantes marcados por ferimentos de faca, seringa, agulha e estilete, uma prática de automutilação demasiado frequente: — “[...] ontem à noite mesmo, eu cortei aqui [...]”. Mostrou a marca ainda avermelhada próxima ao pulso esquerdo. Adiante, vamos compreender a serviço de que está a autoagressão na vida dela. Dolores sente-se rejeitada desde cedo:

Desde pequena me sentia uma pessoa rejeitada [...] tinha amor de pai e mãe, mas me sentia assim, não sei se era porque fui danada [...] quando a gente é terrível como eu era sempre apanha mais [...]. O pai nunca batia, mas em compensação a mãe já me bateu muito.

Acredita ter dado muito desgosto aos pais, e isso pode ter sido a causa de os filhos hoje repetirem muitos de seus comportamentos: — “Dei muito desgosto pra eles, nunca estudei, comecei a namorar com doze anos [...] hoje eu vejo os meus filhos fazerem isso, não estudam [...]”.

Dolores nasceu no interior do Maranhão e veio para Teresina ainda criança, e em seguida para Timon. Desde a alfabetização, construiu a ideia de que é incapaz para os estudos, que não consegue aprender:

Eu não conseguia aprender as coisas na escola, para os outros era fácil a alfabetização, mas pra mim era tão difícil [...] eu dizia ‘eu não tenho capacidade, eu não vou aprender, isso não é pra mim’ [...] passava de ano mas nem sei como.

Com 14 anos, sucumbiu:

Quando tinha 14 anos, eu comecei a dizer que ia para o colégio, mas não era verdade. Eu percebia que o colégio não era o que eu queria [...] no sexto ano, eu saía de casa, mas não ia mais pra escola, minha mãe me dava o dinheiro da passagem (ônibus), eu chegava na escola, não entrava e ia pra lanchonete de uma amiga minha; ficava lá ajudando a atender as pessoas.

Ajudar já aparece no vocabulário de Dolores, e se tornará a sua eterna busca, ajudar alguém, para poder se sentir útil diante da vida sem sentido. Não demorou para a mãe descobrir que ela não estava frequentando as aulas. Quando aconteceu, a surra ficou marcada: “Lembro até hoje, quando ela descobriu, me deu uma baita de uma surra, de pisar no pescoço [...] eu disse ‘de hoje em diante, a senhora pode é me matar, mas eu não estudo mais’. Eu era muito rebelde”.

Depois desse dia, a mãe apertou o cerco e os desentendimentos aumentaram: — “[...] mamãe brigando o tempo todo, que eu queria ser vagabunda [...] eu pensei ‘quer saber de uma coisa, eu vou é me matar”.

Tem início na lembrança de Dolores o pensamento suicida. Sua mãe a ameaçava que se não fosse mais “moça”, que fosse embora de casa. De fato, ela não era mais virgem àquela época, ainda com quatorze anos, havia feito sexo com o namoradinho do Maranhão, seu futuro marido, com quem em breve iria se encontrar para ficar em definitivo.

Os medicamentos são intrinsecamente ligados à história de Dolores, pois sempre os utilizou muito, para viver e para morrer. Naquele tempo da saída do colégio e brigas em casa, citadas acima, ela tomava medicação para problemas na glândula tireoide:

Eu tomava remédio para me desenvolver, era ‘forte’(gorda) e entanguida (baixa) [...] na verdade o médico ainda não sabia que eu tinha esse problema de tireoide, passou o remédio mesmo pra eu desenvolver, curar uma bronquite [...].

A medicação foi prescrita, deveria ser tomado um comprimido a cada sete dias, ou seja, um por semana. Com eles, Dolores fez sua primeira tentativa de suicídio:

Era um por semana, eu peguei e tomei os sete de uma vez. Tomei antes de meio dia [...] mais ou menos quatro da tarde, uma vizinha estava aqui e eu comecei a passar mal, uma dor de cabeça muito forte [...] entrei em casa e contei pra vizinha, que contou pra mamãe.

Ao ser questionada sobre o porquê de ter feito aquilo, ela respondeu o que se apresenta até hoje como uma tônica existencial: — “Falei que não queria mais viver, que não era uma boa filha, que não conseguia agradar ninguém, estava cansada de ser esculhambada, de ser tratada como vagabunda sem eu ser [...]”.

O que mudou foi somente as circunstâncias, os atores. As principais agressões e acusações passaram dos pais, principalmente da mãe, para o futuro marido, como veremos a seguir. Quando entraram em casa, e a mãe foi avisada, começou a ajudar, foi buscar leite na geladeira para combater o efeito da medicação. No entanto, vejamos a reação do pai: — “Meu pai dizia assim ‘ah, se ela tomou remédio pra morrer, pois que morra”.

Não foi levada ao hospital, e, lá pelas onze horas da noite, estava se sentindo melhor. No dia seguinte, uma prima avisa para Dolores que I. Estava esperando-a no interior do Maranhão, cidade natal dela, e onde se conheceram. Há um bom

tempo não se viam, mas o recado chegou e Dolores não hesitou: — “Eu ainda estava com o efeito da medicação, muito lesada [...] fugi de casa com minha prima e fui atrás dele, que hoje é meu marido”.

Ela confessa que só queria um motivo para sair da casa dos pais: “Como eu não consegui morrer, fugi, queria um meio de sair daqui”.

Casaram-se, ela ainda com quatorze anos, mesmo contra a vontade do pai. Os sinais de depressão se tornaram mais severos, desde essa época. A médica disse que Dolores não poderia ter filhos, tomava remédios controlados; a tia recebia a medicação pelo fato de ela ser menor, aqueles arranjos inadequados. Ficou um ano e oito meses com o companheiro no Maranhão:

[...] vida sofrida. Ele aprontando, eu completando quinze anos [...] o que ele pôde judiar de mim, ele judiou. Dizia ‘foi tu que veio atrás de mim’ [...] então se eu fui atrás dele, eu não era ninguém, casou comigo por pena, por piedade.

A depressão aumentava enquanto ela ficava a maior parte do tempo deitada em casa. O casamento não se sustentava. Com sucessivas crises de ciúme, Dolores seguia o marido: “Quando eu ia atrás dele com ciúmes, ele jogava pedras de brita em mim [...] chegava em casa roxa”.

Num desses episódios, I. ligou para a mãe dela e pediu para ir buscá-la porque não a “aguentava mais”. O salário dele mal dava para as necessidades básicas: — “Às vezes a gente mal tinha o que comer [...]”.

Nesse ínterim, Dolores perde o avô que mais gostava: “Foi um abalo porque ele era uma pessoa muito boa comigo”. Poucos meses depois, diante do quadro de penúria que enfrentavam no interior do aranhão, vieram para Timon para morar na casa dos pais de Dolores: — “Foi um período de muita humilhação, meu marido ficou um ano desempregado e a gente na casa dos meus pais, sem dinheiro [...]”.

Quando o marido consegue um novo emprego, vinte e um anos atrás, o casal vai morar noutra cidade, agora no interior do Piauí. Lá, foram seis meses e nada de a vida melhorar, ao contrário: — “Ele aprontou demais, namorava com a cozinheira da empresa que trabalhava [...] eu sempre sozinha, numa solidão, nem filho eu tinha”.

Os médicos diziam que ela não poderia ter filhos, tomava anticonvulsivos, outras medicações fortes; e relata que chegou até a fazer tratamentos. Por isso, em

meio à solidão, adotou a primeira criança: “Eu peguei uma criança pra criar, fui até o hospital e peguei com a mãe, ela não tinha condições de criar a menina”.

Registrou legalmente a criança. Passaram-se seis meses até retornar à casa dos pais, pois o marido fora transferido para outra cidade do interior do Piauí: — “Como sempre, ele foi trabalhar em outro lugar e eu voltei pra casa dos meus pais. Dezessete anos casada e sempre morando com meus pais, porque ele nunca se interessou em comprar uma casa pra gente”.

A dinâmica se repetia a cada novo trabalho, a ponto de I. passar seis meses sem visitar a família: — “Para ele era bom, ficava trabalhando, se envolvia com outras mulheres e eu aqui sendo vigiada pelos meus pais e cuidando dos filhos. Chegou um certo tempo que eu fui cansando [...]”.

O cansaço emocional de C. foi somatizado pelo corpo: — “Me veio uma depressão tão forte que eu paralisei as pernas, mais ou menos em 2004, eu tinha 28 pra 29 anos [...] sempre vindo uma vontade de morrer”.

São 23 anos com o desejo de morrer pairando como uma nuvem sobre ela, desde a primeira tentativa de suicídio aos 14 anos, atualmente está com trinta e sete anos. “Essa vontade de morrer nunca passou!”. Nessa crise mais severa de depressão, Dolores, além de ter as pernas paralisadas e precisar andar com muletas, teve também a visão afetada: — “Comecei a não enxergar, foi de repente [...] cheguei a usar quatro graus nos óculos. Tanto que hoje em dia nem uso mais óculos [...] tinha também enxaqueca muito forte, tenho isso desde que comecei a tomar tanta medicação”.

A enxaqueca é também velha companheira de Dolores: — “Todo dia tenho dor de cabeça, todo dia tomo medicação e todo dia tenho vontade de morrer [...] acho que dá pra perceber pelos cortes que tenho nos braços”. Ela estende os dois braços para me mostrar direito as marcas. Praticamente em toda a extensão dos antebraços são vistos cortes feitos por faca, mas principalmente por estilete. Quando questionei sobre o que significa, quais as motivações para tanta automutilação, Dolores constrói uma resposta praticamente idêntica à de Isadora, outra participante desta pesquisa:

[...] quando tenho uma raiva, coisas assim, eu não quero morrer naquele momento, com isso aqui (cortes), não quero morrer, se quisesse, cortava mais profundo nos pulsos [...] eu sinto aquela raiva, e como não descontro em ninguém, eu descontro em mim [...] é

como se tivesse tirando aquela dor de dentro, de dentro do meu coração [...] e transfiro para cá.

A primeira vez, cortou-se depois de uma discussão com uma amiga da filha com quem estudava na escola de educação para jovens e adultos: — “Ela me chamou de gordinha na frente do professor e ficou o tempo todo tirando brincadeira de mau gosto comigo”.

Assim como Isadora, Dolores pratica a automutilação sempre que não suporta um dissabor, um “fracasso”, uma frustração. A dor existencial “no coração” é tão forte, que, literalmente, se faz necessário criar outra dor para que o foco seja transferido, no caso delas os cortes no corpo. Uma estranha mistura de dor e alívio. Foram muitas as situações em que ingeriu medicamentos em quantidade superior ao permitido e nunca havia sido levada ao hospital: — “[...] sempre pegava vários medicamentos, me dopava, e, se eu pudesse, dormia e nunca mais acordava [...] várias vezes, e sempre em casa, nunca fui a hospital”.

Não considero essas situações como tentativas de suicídio, de acordo com o conceito de suicídio adotado neste trabalho, visto que Dolores diz claramente que “queria dormir e não acordar”, não morrer de modo consciente e intencional. No entanto, seu padrão de comportamento sugere firmemente o de uma pessoa suicida em potencial, o que requer todos os cuidados na prevenção.

São muitos condicionantes, mas imaginemos se os profissionais que trabalham com a saúde da família, os agentes de Saúde que visitam as residências, que têm um vínculo maior com a família fossem bem treinados para detectar e trabalhar na prevenção do suicídio de forma humanista, mas igualmente técnica. No caso de Dolores está evidente a necessidade de um acompanhamento mais rigoroso, multidisciplinar. Algumas tentativas foram feitas, idas ao Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), mas devido aos problemas enfrentados no sistema, de espera, dificuldades de agendamento, da sequência do acompanhamento, não funcionou. Apenas ir até lá para buscar medicação.

Quando o marido de Dolores arrumou um trabalho em um Estado do Sudeste brasileiro, outro período turbulento ocorreu em sua vida. Ela começou a beber, ingerir bebidas alcoólicas frequentemente, o que nunca acontecera: — “Me ofereceram um dia, eu bebi e não conseguia mais parar”.

Ela ainda se recuperava daquela crise severa de depressão quando teve suas pernas paralisadas. Encontrou no álcool a fuga para suas dores e o alívio imediato para tantos problemas: — Não tinha vontade de parar [...] estava nos lugares e me sentia feliz, conversava, abraçava as pessoas, dançava [...].

Na primeira vez em que I. Veio para visitar a família desde que fora para o Sudeste, percebeu a esposa “diferente”: — “ele notou que eu estava diferente, emagreci, me cuidando mais [...] ele começou ‘aí tem coisa’ [...]”.

Na verdade, Dolores afirma que nunca houve traição conjugal, queria somente diversão e não outros homens. Aparece no seu discurso algo bastante importante para podermos compreender a sua dinâmica:

Eu não namorava, o que eu sempre gostava era de estar num lugar e ter uma pessoa pra conversar comigo, me ouvir [...] eu não precisava de muita coisa, só de um pouco de atenção, como ainda hoje preciso. E ninguém vê isso, aqui ninguém vê.

Mais evidente é impossível sua carência de atenção, e o caminho pavimentado para as atitudes vistas, seja a automutilação e o uso de álcool, sejam as tentativas de suicídio, de fato. Cabe aqui o termo “chamar a atenção”, sempre com o devido cuidado para que não seja banalizado como se faz no senso comum, a título de não se desdenhar do real sofrimento experienciado pelo indivíduo.

O marido volta dois anos depois. Diante da “nova mulher”, pede a separação:

Assim que ele voltou, quis se separar, disse que estava no ‘bagaço’, me xingava [...] falou com meu pai que concordou logo com ele dizendo que eu estava errada mesmo. Foi um desespero: [...] ele indo embora, eu chorando, implorando pra ele não ir [...] mas ele foi.

Saiu dizendo para o sogro: — “Seu M., vou embora porque sua filha não presta”.

A resposta do pai dela: — “Tá bom. Eu fui o primeiro a dizer isso pra ela e pra você, então [...]”.

Dolores estava mais uma vez desaprovada por todos. O interessante é que I., depois desse alvoroço, passou apenas uma noite fora de casa, voltando no dia seguinte: — “No outro dia ele voltou, parecia que nada tinha acontecido, tudo normal e continuou casado comigo”.

O que não amenizou em nada a vida infernal que levavam:

Ele sempre me jogava na cara que eu era uma vagabunda, que vivia bebendo [...] aquilo ficando guardado [...] qualquer data, natal, ano novo, ele me esculhambava e eu me dopava com remédio. Eu não queria morrer, queria ‘apagar’ pra ver se esquecia do sofrimento.

Estamos nesse momento entre os anos de 2005 e 2006. Após uma negociação confusa com a vizinha, que gerou uma desavença judicial, Dolores consegue construir com a ajuda do marido a casa que ora reside. Queria morar numa casa: — “Sempre gostei de casa, fui criada numa casa com jardim [...]”.

A primeira filha que adotara estava com três anos, quando adotou um garoto. Assim que ele completou sete meses, ela engravidou. Lembremos que no passado, o prognóstico era que ela não poderia ter filhos biológicos. Em meio ao caos existencial, três filhos muito pequenos. Nestas circunstâncias é incoerente conceber a ideia de não termos um forte trabalho de controle da natalidade diante de um mundo que não admite mais famílias numerosas. Parece que neste caso, Dolores não suportava o peso das angústias, das culpas, dos fracassos, e via na quantidade de filhos a solução da situação de “solidão”, como colocou anteriormente.

O outro filho biológico, na verdade filha, nasceu dois anos depois, sob a desconfiança do marido de que não era dele: — “Sofri muito”. Mais dois adotivos, uma inclusive que veio morar com ela aos 14 anos: “Mesmo assim ela me chama de mãe”. Sem contar com as duas netas já nascidas da primeira filha adotiva e da que está sendo gestada; todos do mesmo homem que a abandonou desde a primeira gravidez.

Por influência da prima, Dolores fez um cadastro numa rede social chamada MSN. Isso num momento em que I. havia feito uma cirurgia para retirar o apêndice:

[...] a gente passava a noite no computador no MSN. Descobri que ela se passava por mim no MSN, marcava um monte de encontros, falou até que meu marido estava operado, tudo como se fosse eu, mas eu deixei passar, não liguei.

No dia em que precisou sair de casa para levar a cunhada ao hospital, Dolores foi quem acabou ficando internada por algumas horas: — “Na hora que eu

entro num hospital, eu passo mal, parece que quem é doente sou eu [...] fiquei no soro umas horas e voltei pra casa muito dopada dos remédios”.

Chegou em casa, deitou-se, mas logo foi chamada pelo marido que estava há oito dias se recuperando da cirurgia: — “Cheguei no quarto, ele me sentou à força em frente ao computador e disse ó que é isso aqui?”.

A filha mais velha abriu o MSN da mãe enquanto ela estava fora e o marido foi verificar. Achou um homem que perguntava a Dolores: — “vamos sair que dia? O seu marido está melhor?”. Na realidade, a prima era quem se correspondia com tal homem como se fosse Dolores:

Ele disse ‘quem é esse homem?’. Quando eu tecliei que o homem viu que não era a mesma pessoa, desligou o MSN [...] nesse dia eu apanhei [...] ele com oito dias de operado, mas me dava tanto murro, quebrou meu celular e eu dopada, nem senti dor de tão dopada [...].

A prima nunca desmentiu a história e a desconfiança de I. continuou. Não muito tempo depois, Dolores fez uma tentativa de suicídio, usando outro meio, o enforcamento. A vida só piorava na sua avaliação: — “O tempo foi passando, o casamento que já era desgastado foi ficando mais [...] eu tentei morrer de novo, mas dessa vez eu queria morrer mesmo”.

Mais uma vez, ela própria diferencia a intencionalidade e o grau de letalidade entre as tentativas de suicídio “de verdade” e as oportunidades em que teve a intenção exclusivamente de “dormir e não acordar mais” ou “se dopar para não sentir dor”. O motivo aparente, o que ela cita como principal motivador é a relação conjugal malsucedida: — “Não é vida o que tenho; pensava ‘eu não sou feliz’, ele não é um homem [...] eu não quero mais viver”.

Amarrou uma corda no teto do quarto, mas quando se pendurou, a corda quebrou devido ao seu sobrepeso, afirma. Quando os familiares ouviram o barulho da queda, acudiram: — “[...] eles ouviram o barulho e foram lá, ficaram tomando conta de mim, não me deixaram mais só”.

Por um momento, Dolores obtém o que chamamos de ganho secundário, aquilo que tanto pedia e ainda pede — a atenção e cuidados de quem a cerca. Apesar de o trauma tê-la deixado com o pescoço marcado, e com marcas pretas no rosto, novamente não foi levada ao hospital.

O tratamento que tentou no CAPS não teve sequência. Vai até lá ou pede a alguém que vá simplesmente para renovar o estoque dos medicamentos controlados. Os sintomas depressivos persistem: “Às vezes deito no quarto e passo uma semana sem vir até aqui na sala”.

Boa parte do tempo, não vê motivos para a vida social, ainda que seja apenas em casa. As diversas culpas pesam nesse sentido, ela repete quais são: — “[...] não considero que fui uma boa mãe, nem boa filha porque os meus irmãos se formaram e eu nada, nem boa esposa”.

Acha que, por ter vivido muito tempo dopada de remédios, não conseguiu dar uma boa educação aos filhos, dedicar mais tempo a eles. O lugar de vítima é cativo: — “[...] não consegui educar meus filhos direito por causa da medicação, vivia dopada”.

Aproveita a passagem de uma das filhas na cozinha, logo atrás de onde estávamos, e relata um fato muito inusitado: — “Aquela que passou tem quinze anos e resolveu ser médica [...] a outra (filha) que veio trazer água era namorada dela [...] mas não namoram mais, são só amigas, irmãs”.

As duas filhas, uma biológica e uma adotiva, ambas adolescentes, tiveram um relacionamento homoafetivo. Ela fala como está a relação com os filhos: — “Não consigo mais dominar, já saí das rédeas [...] eu me culpo muito dessas coisas, devia ter deixado meus problemas e ter cuidado mais deles, acho que fui egoísta”.

Vê-se que muda o tom e reconhece possíveis erros saindo um pouco da praga da vitimização. Outras tentativas de suicídio ocorreram mais recentemente, que a fizeram ir ao hospital, diferente de todas as outras circunstâncias em que o tratamento foi caseiro. Pensando nos últimos doze meses, foram três que resultaram em internação no Hospital de Urgências de Teresina (HUT), todas com medicamentos. Dolores afirma peremptoriamente que a intenção era a morte e conta por que não usa um método de suicídio mais letal:

A minha intenção nessas vezes era querer morrer mesmo [...] no momento não me dá aquela coragem [...] eu posso pegar e cortar uma veia do pescoço, mas não, meu negócio é tomar remédio porque assim eu vou dormir, eu não vejo mais nada.

A discussão sempre presente, quando se fala de suicídio e dos suicidas, traz o paradoxo “coragem *versus* covardia”. As opiniões normalmente se dividem. Que

juízo cruel! Penso que não se trata de coragem ou covardia, pouco importa. O âmago da questão é o desespero humano, o sofrimento existencial insuportável para aquele ser humano. A fantasia da morte é particular, haja vista o que Dolores nos conta, não quer algo mais violento, quer dormir e não mais acordar. Aliás, essa fantasia é dominante nos dias atuais. Quando faço essa dinâmica em seminários ou oficinas de Tanatologia, ao serem perguntados sobre como gostaria de morrer, a esmagadora maioria diz: — “Uma morte rápida e sem dor”.

Certamente isto é respaldado por nossa cultura, que tenta distanciar a dor a todo custo, e vê na pressa um de seus valores mais importantes. Até o século XIX, a morte era desejada de outra forma, com menos pressa, podendo-se fazer as despedidas necessárias, ao lado dos entes queridos, aparando as arestas construídas ao longo da vida. Todavia, entranhado como sou dos modos e da cultura em que vivo, talvez respondesse da mesma forma àquele questionamento.

A última vez em que tentou se matar, em março de 2012, ocorreu logo após a morte do pai, contudo não afirma ter uma relação direta entre os dois episódios. Os pais haviam voltado para o interior do Maranhão, onde o pai morreu. Com as habituais viagens de I. a trabalho, Dolores cuida da casa com os filhos, mas não perde uma oportunidade de reclamar da vida que leva:

Vivo em casa, só com meus filhos, na mesma vida de sempre [...] atualmente ele viaja durante a semana e chega para o final de semana. Minha filha de treze anos até hoje dorme comigo, desde sempre.

Não há sexo há bastante tempo entre o casal – ele sustenta a casa e sente-se mais seguro por saber que ela está em casa cuidando dos filhos. A relação de Dolores com os remédios beira a insanidade: “Durmo mal mesmo com a medicação, chego a tomar cinco comprimidos de Clonazepan e não consigo dormir”. Um absurdo do ponto de vista clínico integral.

Dolores nunca trabalhou. Está estudando recomeçando de onde parou. Isso também enseja culpas e desculpas: — “Nunca trabalhei porque sempre não conseguia aprender as coisas, como não era capaz de aprender na escola antes e agora do mesmo jeito, o professor falando e eu longe”.

É difícil o tratamento com uma pessoa com o perfil de Dolores, pois o primeiro movimento a ser feito é trabalhar sua aceitação de modo efetivo e participativo no

programa de tratamentos que são cruciais, psiquiatria, psicoterapia, arrumar trabalho e/ou estudo, atividade física, tudo integrado para termos chances de que tenha êxito. Tirá-la do lugar nefasto de vítima; considero passo determinante para essa empreitada. Mas sem acompanhamento profissional e falta de incentivo dentro de casa, o que é ruim se torna pior.

Na noite anterior à minha visita, conta que brigou mais uma vez com o marido por telefone, ele foi para uma festa da empresa, xingou-a ainda por causa daquele período em que ela usava álcool: — “Fui deitar, desliguei os celulares e fui deitar. Ontem nem fui para o colégio porque minha filha mais velha foi tirar um nódulo”.

Da filha mais velha até a neta mais nova, nascida, tem gente de vinte até dois anos de idade. Sem esquecer-se da criança que está por nascer. As duas que tiveram o relacionamento homoafetivo (homossexual, homo erótico) têm respectivamente dezoito e quinze anos. Os avós maternos, antes de morrer, ambos desaprovaram o relacionamento; quanto ao marido a entrevistada não revelou sua postura.

A enxaqueca crônica — fala de gastrite também, devido ao excesso de medicamentos — foi citada anteriormente. Dolores diz que já passou por vários médicos e nenhum conseguiu um tratamento que a fizesse dormir bem com frequência: “Passei por vários médicos [...] nem um deles conseguiu fazer isso parar, é o dia todo, como posso me sentir bem? Sabe quando me sinto bem? Se eu preciso fazer alguma coisa, faço com o maior prazer”.

O discurso de vítima oscila e retorna: — “O que me faz sentir mal é não trabalhar, eu não consigo emprego”.

Não deu para saber qual a real intenção e disposição de ela não conseguir emprego, como e quando ela investe nesse projeto. Naquele momento, pareceu-me mais algo em que se agarrar para a culpa não gritar ainda mais.

Considera ir para a escola, mesmo com dificuldade de aprender, uma terapia, por sair de casa. Fala dos planos profissionais como sonhos, ser assistente social ou psicóloga, mas sempre em benefício do outro: — “Eu quero me formar [...] eu não quero benefício pra mim mesma, quero trabalhar podendo ajudar os outros”.

É impossível até o momento, Dolores perceber-se como uma pessoa merecedora de algo positivo, nem mesmo dos frutos de um futuro trabalho. Justifica-se toda a lógica que imprime na sua dinâmica existencial: ‘não presta para nada, não fez isso nem aquilo, não cuidou disso ou daquilo, não sou feliz em nada, não

consigo aprender. Não mereço nada de bom da vida, portanto caso venha a trabalhar, também não sou merecedora dos frutos desse trabalho, pretendo doar a outrem que mereçam mais do que eu’.

A experiência de Dolores com o serviço público de Saúde não tem sido boa. Com todos os problemas relatados, chegou a participar de uma psicoterapia de grupo no CAPS, há aproximadamente quatro anos. Gostava dos encontros:

Eram oito pessoas que tinham depressão e o grupo se reunia duas vezes por semana [...] eu me sentia bem, muito bem porque via que não era só eu que tinha problemas [...] mas mudaram as pessoas que atendiam e parou o grupo.

A mudança do profissional que estava à frente do trabalho levou ao cancelamento do grupo terapêutico, o que fez Dolores lamentar: — “[...] se ela tivesse continuado, eu poderia não ter ficado curada, mas tinha melhorado bastante porque era muito boa”. Com a nova psicoterapeuta, iniciou um acompanhamento individual, mas parou: — “Ela me ouvia, mas não consegui me adaptar e parei”.

Certamente é preciso olhar de modo cauteloso os aspectos que podem ter realmente levado ao final da terapia de Dolores. Sem dúvida, um trabalho de grupo focal, como o de pessoas com depressão que ela participou, é bem diferente de um acompanhamento psicoterapêutico individual. Pacientes com o perfil atual de Dolores podem criar resistências em relação ao processo ou ao profissional, um autoboicote, digamos assim. Dificuldades de buscar de fato um mergulho interior para a elaboração dos conteúdos e obter resultados positivos, maior autonomia diante da vida.

A despeito disso, de sabermos que a demanda é muito maior do que a oferta de profissionais, o que Dolores relata dos atendimentos no CAPS que frequenta nos dá indícios de que o sistema não está funcionando a contento. A psicoterapia individual que deixara, tinha frequência bimensal. Muito tempo de intervalo para quem pensa em morrer diariamente. A consulta psiquiátrica deveria ser a cada três meses nessa fase. Virou exclusivamente entrega de receitas:

Hoje mesmo vou lá pegar a receita e a medicação porque acabou ontem. Lá eu só vou pegar a medicação, nem falo com o médico [...] nem lembro a última vez que falei com o psiquiatra [...] às vezes é a minha filha que vai pegar a receita [...] a única coisa que o médico

me disse é que tenho que ter uma ocupação, mas ele sabe que só penso em morrer.

A relação de Dolores com remédio é antiga e intensa. Atualmente, são quatro por dia, dois pela manhã e dois à noite. Isso se ela seguisse a prescrição médica: — “Depende de como me sinto, aí eu tomo mais daquele remédio. Quando não faz efeito, eu tomo mais de um, até fazer o efeito que lhe falei, de fantasiar [...]”.

Ela agrega medicamentos de acordo com sua vontade, como disse sua fantasia de que tudo pode melhorar assim. Diz que não confia em remédio manipulado: — “Mando fazer porque é barato, mas eu gosto é do remédio que não é manipulado, eu me sinto bem”.

São vários os sintomas de doenças relatadas por Dolores, tais como depressão, ansiedade generalizada, enxaqueca crônica, labirintite, movimentos involuntários (tremedeira) em partes do corpo, obesidade. Muito disso, segundo conta, se apresenta posteriormente a um episódio de raiva, de contrariedade ou dissabor. O desejo de morte habita sua existência desde os quatorze anos sem cessar.

Durante sua trajetória, vivenciou momentos que significaram muito para a construção de sua personalidade e de como encara o mundo que a envolve. Voltou a falar do pai, de mais uma culpa surgida depois da morte dele, mas tenta explicar o porquê de ter não ter sido uma filha mais presente:

Eu guardava mágoas de uma situação que ainda hoje lembro, tinha sete ou oito anos e ele dizia ‘só tenho dois filhos, o menino e a outra’, que eu ia ser a pior puta do ‘brega’, não ia ser nada, que não era filha dele porque não prestava. Tudo isso eu guardava.

Segundo a avó materna, outra agressão ocorria quando era criança: — “desde criança me lembro dessas coisas [...] isso eu não lembro, mas minha vó dizia que ele chegava bêbado em casa e cortava os punhos da minha rede, eu caía no chão”.

Recorda que o pai sempre ficou ao lado do marido naquelas confusões, à época em que foi morar no Sudeste e ela começou a beber. Ressente-se e se culpa por não ter esclarecido algumas coisas com ele e por não ter sido uma filha mais próxima:

Depois da morte dele, fiquei pensando que poderia ter dito ‘pai, mesmo com tudo que o senhor me disse, que eu ia ser uma

prostituta, eu não fui isso, nem na época que comecei a beber [...] várias vezes deixei de dizer que amava ele [...] eu sei que estava errada naquela época, até respondi meu pai quando ele brigava.

Antes de morrer, ele e a esposa voltaram a morar no interior do Maranhão, e Dolores os visitava eventualmente: “Eu ia lá de vez em quando, mas não conseguia conversar com ele abertamente, já minha irmã caçula chegava e tinha muito mais intimidade [...]”.

Culpa-se: — “Hoje me faz falta, vejo que poderia ter feito mais e não fiz, agora é tarde porque ele não está mais aqui [...] por isso quero ser útil pra alguém, já tenho trinta e sete anos e não fui boa filha, boa mãe, boa esposa, eu não fui nada”.

A referência à figura paterna é uma constante nos discursos dos sujeitos desta pesquisa. Dolores afirmou no início que o pai nunca lhe batera, ao contrário da mãe. No entanto, ele cortava os punhos de sua rede ainda bebê. Aplicou-lhe inúmeros castigos psicológicos desde criança. Ainda assim, podemos perceber quão forte é a representação de pai que, no caso aqui contado, a leva a sentimentos de culpa, achar que poderia ter sido uma filha melhor.

O “nada” é sentido por Dolores intensamente. O sentimento do nada é característico do suicida, a metáfora do túnel, o caminho estreitando e sobra o nada.

Na noite anterior ao nosso primeiro encontro, ela fizera três cortes nos antebraços. Mostrou-me como quem mostra um “troféu” ganho numa competição; nesse caso, o “prêmio” são os cortes daquela que pensa ser a última a chegar, compete, é vencida e se deixa vencer sempre. Para fugir de tamanha dor, recorre a fantasias criadas a partir do entorpecimento das medicações que toma deliberadamente em doses maiores, justamente buscando esse refúgio: — “Quando não fico pensando em morrer, eu deito e fico construindo as coisas no meu pensamento. Acho que todos os dias eu construo uma casa nova nesse terreno (risos)”.

Pergunto se esse é um grande sonho e ela repete a fala altruísta de antes: — “Não é uma casa só pra mim, é uma casa de apoio pra ajudar as pessoas, tipo uma criança que encontrar na rua, um idoso abandonado [...]”. Ela toma “uns remedinhos”, dá asas às suas divagações e explica: — “É pra fugir daquele pensamento de querer morrer, aí consigo relaxar um pouco e dormir [...] é só quando saio desse mundo que dá uma aliviada”.

Outra estratégia para dar vazão ao sofrimento é a escrita. Dolores escreve bastante sobre o que se passa na sua vida, mantém uma agenda como um diário: — “Eu sempre gosto de escrever quando estou angustiada, eu escrevo o que está acontecendo [...] tenho muita coisa registrada e no nosso próximo encontro lhe mostro e se quiser pode ficar pra analisar”.

Um tesouro para um pesquisador. De fato, ela levou duas agendas totalmente preenchidas com pensamentos, citações, cantos, poesias e acontecimentos do seu cotidiano. Até uma carta de despedida que anexo a este trabalho. Fiquei um longo tempo com o material e o devolvi no terceiro e mais recente encontro que tivemos, já não mais para pesquisar, mas para além de devolver as agendas, saber como estava.

O derradeiro momento de nossos encontros, como é praxe, me dediquei a tecer alguns comentários, a fazer esclarecimentos e sugerir encaminhamentos que julguei necessários. Creio que é imprescindível validar a dor do outro. Por mais compreensão empática que possa ter, um não consegue transportar-se inteiramente para o outro, isso é ficção. Imaginamos, sentimos por meio das expressões do outro, porém a dor, o sofrimento e a intensidade da angústia são absolutamente particulares.

Ademais, conversamos sobre a importância da regularidade dos tratamentos psicológico e psiquiátrico, o ônus da automedicação abusiva que faz e me coloquei à disposição para arrumar um tratamento psicológico na clínica da faculdade onde me formei. Dias depois, liguei para Dolores, avisando que conseguira, através de uma antiga professora, a psicoterapia na clínica da FACID, onde há um convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), e é possível o tratamento sem custo financeiro. Infelizmente, soube que ela só compareceu a poucas sessões.

Por último, falei sobre a fantasia que nutrimos, com frequência, de que os problemas serão resolvidos por si sós, e que dependemos desse movimento de fora para dentro. Conversamos sobre a importância de entendermos que as mudanças mais importantes são as que brotam do nosso interior, num movimento de dentro para fora, e que nos deixam mais seguros para lidar com os infortúnios da vida. Entreguei meu cartão com o número do telefone para qualquer eventualidade. Com alguém suicida em potencial, o pesquisador deve dar um passo adiante e se dispor a fazer parte de uma rede de apoio para o bem do sujeito. Para ressaltar os benefícios que uma pesquisa dessa natureza pode ter, concluo com a última frase

de Dolores: “Quero buscar uma solução. Só de conversar com você, já me senti tão mais leve [...] eu é que lhe agradeço”.

3.4.2 Joana

A primeira pessoa a ser contatada foi J., que tem o seguinte perfil: mulher, trinta e nove anos, casada, um filho, ensino fundamental, residente na zona sul de Teresina.

O primeiro telefonema, de acordo com o número deixado pelo filho no hospital, foi atendido pela irmã. Esta foi receptiva ao saber da minha intenção de conversar com Joana, aproveitando para dizer que a irmã não estava bem e que havia se “isolado” dela. Apressou-se em passar o número do novo celular com o qual seria mais fácil encontrar a irmã. Em seguida, liguei e falei com Joana. Ficou surpresa com o telefonema, mas foi bastante receptiva à proposta de podermos nos encontrar para uma conversa na sua casa. Marcamos para o dia seguinte. Como combinado, fiz outro telefonema ao sair para encontrá-la e outros ao longo do caminho para acertar o endereço. Ao chegar, ela estava esperando na calçada. Foi gentil em todo o tempo do encontro. Percebi os cuidados que teve para receber, como a arrumação da casa, e o filho chegando com uma coca-cola para me oferecer. Penso que ser uma “coca-cola” tem um significado importante, no sentido de que é um refrigerante mais caro do que outras marcas mais populares, e o fato de ser uma coca-cola pode dizer, no mínimo, da importância para J. com minha presença na sua casa, do seu reconhecimento e gratidão pelo meu gesto. Ainda que soubesse que havia o meu interesse também, mas “para o doutor não poderia servir uma tubaína” (grifo meu). A limpeza e arrumação da casa, sua atitude de espanto me vendo realmente chegar, não era uma ilusão, alguém finalmente estaria se preocupando com ela, a ponto dela expressar: “Nunca pensei de um ‘médico’ vir aqui na minha casa”.

A casa é pequena, dois quartos, sala, cozinha e área de serviço num quintal. O filho de Joana ficou todo o tempo da conversa junto à mãe, mas pouco fez interferências, mostrando-se bastante educado e carinhoso com ela.

Neste encontro, iniciei falando para Joana sobre os meus objetivos como pesquisador, lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sobre a minha atuação profissional e acadêmica. Contei como se deu o processo no HUT até

chegar ao seu nome. Ela comentou da sobre a surpresa de ter recebido o telefonema.

O primeiro encontro durou 01h40 com pequenos intervalos, no dia 01/06/2012, às 15h40. O fato de o filho A., com dezenove anos de idade, estar presente, notadamente, fez com que Joana não ficasse à vontade para falar de situações ou detalhes mais constrangedores, sobre o que envolvera a tentativa de suicídio. No entanto, isso não a privou de expressar-se com clareza, preocupação e emoção sobre os acontecimentos.

Ao final, vimos que seria necessário um segundo encontro para aprofundarmos as questões ainda não discutidas. Era uma demanda nossa, minha, mas também dela, na medida em que nosso vínculo de confiança foi estabelecido, seria uma oportunidade para que ela desabafasse, tirasse dúvidas e tomasse decisões. Fiquei de ligar para definir o dia, local e horário.

Primeiro defini o local, uma sala, na Comunidade católica Santa Teresinha, na zona Leste de Teresina. Ali teríamos, dependendo do horário, a privacidade esperada para uma conversa dessa natureza. Falei com o coordenador de lá e marquei com Joana para o dia 29/06/2012, às nove horas. Foi um encontro de 03h05, em que fizemos pelo menos três intervalos para beber água, ir ao banheiro e eu fazer algumas anotações. Tivemos então a oportunidade para conversar sobre todos os detalhes de sua vida, passado, presente e futuro, com momentos de muita emoção e revelações nunca antes feitas. Uma catarse, literalmente. Senti, pela fisionomia de Joana, que o encontro foi bastante útil para ela, “alguns quilos a menos nas costas”, decisão tomada para ir ao encontro do marido em Brasília. Para mim, um mundo de significados que envolviam a vida daquela mulher. Não poderia ter sido melhor.

Desde a minha chegada, a preocupação de Joana ao me receber era visível: — “Vamos entrar, sente desse lado aqui, tá dando sombra [...]”, disse ela me conduzindo para a sala da casa. Também falou da surpresa em receber minha ligação: “Meu Deus, esse médico quer me ver em casa [...] [risos]”.

O espanto deve-se ao abandono dessas pessoas, tão logo saíam das vistas dos agentes de Saúde (dos hospitais...). E lá se iam aproximadamente dois meses de sua tentativa de suicídio e internação no HUT. Desfiz o mal entendido sobre médico/psicólogo. Logo percebi como o acompanhamento pós-internação faz falta, além das dificuldades já esperadas nos serviços públicos: — “Me deram um

encaminhamento para procurar um psicólogo [...] não fui, mas sei que preciso, sinto que estou precisando [...] não me disseram onde, mas essa consultas pelo SUS é muito difícil conseguir”.

Pensou numa clínica-escola de faculdade, mas a distância não permitiu. Quando falei do CAPS, ela rebateu: — “Eu não gostei daquele CAPS, levei minha sobrinha e vi que o acompanhamento é ruim [...]”.

A solidão, um dos maiores males da contemporaneidade, logo se apresenta: “[...] preciso conversar com alguém [...] me sinto tão sozinha, sinto vontade de falar com pessoas que estão ao meu lado, mas não consigo”.

Ao perguntar de forma mais direcionada, porém aberta: — “Como a Sra. está?”, pôde ser percebido o segundo sentimento experimentado, a angústia: “Estou tentando continuar minha vida, mas vêm muitas lembranças, vem angústia [...]”.

Na casa, moram ela, o filho de outro relacionamento e o novo companheiro. Joana morava com os pais e engravidou aos dezenove anos. O antigo namorado não assumiu o filho naquele momento, e Joana ficou sozinha para parir e criar o filho A. Há apenas um ano e meio, conheceu o novo companheiro e saiu da casa dos pais, pela primeira vez, para constituir sua própria família. A relação de co-dependência com os pais (pai e madrasta), especialmente com o pai, é fator determinante na história de Joana, como veremos adiante. A mãe biológica mora em Brasília, com quem só se encontrou cara a cara aos vinte e nove anos.

O isolamento social imposto pelo sentimento de vergonha de si mesma e dos outros – medo do julgamento popular e da abordagem sobre o ocorrido e do estigma social – é estabelecido cruelmente aos que se envolvem em tentativas de suicídio e/ou aos sobreviventes familiares de um suicida:

Estou tentando levar uma vida normal [...] sinto que depois que tudo aconteceu, me fechei mais pras pessoas e pros amigos, não saio muito de casa, não converso com ninguém. Fiquei com vergonha de tudo que aconteceu [...] algumas pessoas que chegam e jogam na sua cara as coisas.

O incômodo em encontrar e ter que encarar as pessoas com toda a falta de bom senso e cordialidade, frequentes nesses casos, é muito grande, pois as abordagens podem vir de repente, como a de uma conhecida de Joana: — “Mulher, tu queria se matar, tu queria morrer?”.

A tentativa de entender as causas daquele ato contra a própria vida inquieta Joana, que, por vezes, nem pronuncia a expressão *tentativa de suicídio*: — “[...] a gente fica imaginando por que fez [aquilo], mas não consegue entender de jeito nenhum”.

Um evento como a tentativa de suicídio e suas consequências marca profundamente a pessoa. Essas marcas podem ou não ser cicatrizadas, a depender de como o indivíduo vai lidar, elaborar, trabalhar, para que se feche essa cicatriz. Todavia, a marca está lá, a contar a história de vida. O companheiro de Joana tenta consolá-la, e diz que as pessoas esquecerão, mas ela reage: — “Mas eu nunca vou esquecer”!

A fé expressada por meio da religiosidade é tema frequente entre as pessoas que tentam ou entre familiares de suicidas. Para quem se arrepende de ter atentado contra a própria vida, como Joana, mostrar o agradecimento de acordo com sua crença faz-se importante: — “[...] cada vez que me lembro do que aconteceu eu agradeço muito porque Deus me deu uma nova oportunidade”.

Joana sempre viveu em função da família, pais e filho, agora também do marido. Atualmente, isso já não mais basta, não mais satisfaz ou preenche sua existência. Emerge uma sensação que se repete entre suicidas, e, como a solidão e talvez em decorrência dela, é sintoma forte do mundo moderno (contemporâneo): o vazio existencial! Joana assim expressa esse vazio sentido: — “[...] sinto que falta algo [...] sempre vivi pra minha casa, faço as coisas aqui e na casa dos meus pais, mas sinto que falta alguma coisa, preencher alguma coisa que tá faltando”.

A impossibilidade de falar sobre isso com familiares e amigos, com a rede de apoio social dificulta sobremaneira encontrar caminhos para buscar soluções: — “São coisas muito difíceis de falar”, afirma Joana. Isto justifica a necessidade do bom preparo do pesquisador, para, não só criar um bom vínculo de confiança com o entrevistado, mas para ajudar a soltar esse freio verbal que o impede de expressar conteúdos mais profundos e verdadeiros.

Perguntei à Joana se já havia pensado em morrer, em matar-se... De imediato, ela nega e diz: — “Não, nunca, sempre fui muito determinada para cuidar de tudo e de todos”. Provavelmente sem cuidar de si própria.

O senso comum trata o suicídio como fenômeno de causa e efeito, ou seja, um acontecimento leva um indivíduo a tentar matar-se. Sabemos que não, o suicídio ou uma tentativa de suicídio são multideterminados; existe uma construção na

historicidade da pessoa que a acompanha desde o pensamento de morte até ao próprio ato. Essa noção de causa e efeito, mais facilmente digerida pela sociedade em que vivemos, da pressa, do resultado rápido dos problemas, também é de quem vivencia, não só de quem assiste a tragédia, como assinala Joana:

[...] vivo num relacionamento perturbado. Quando aconteceu isso comigo a gente estava passando por uma crise de separação [...] meu esposo tinha saído de casa pela quarta vez, dois dias antes do acontecido. Eu senti um desespero muito grande.

O desespero humano é o que se pode tirar de substrato de um indivíduo que quer acabar com a própria vida; em suma, todos estão em momentos de muito desespero e a morte se lhe apresenta como a solução única e final para tal circunstância.

Ainda no hospital, foi indicada uma consulta a um psiquiatra e a psicoterapia. Joana não gostou do atendimento da psiquiatra do hospital do seu bairro e não foi à da psicoterapia no CAPS, como citado anteriormente. Do atendimento da psiquiatra, relatou:

Ela nem levantou a cabeça pra falar comigo [...] ela perguntou: porque você quis se matar? Depois de ter contado um pouco do que aconteceu, ela disse: mas hoje você não quer mais se matar não, certo? Respondi que não e ela prescreveu a receita. Ainda disse pro meu filho: Tome conta desse remédio, porque quem já fez isso uma vez, pode fazer dez. Eu não acreditei naquilo!

Existe uma vasta literatura acerca da falta de habilidade dos profissionais de Saúde em relação às questões da morte e do processo de morrer; a história do tabu da morte construído a partir do século XX, da falta de tempo para olhar o sujeito e não apenas os sintomas da doença. Na realidade, Joana havia gostado muito de outra psiquiatra que atendeu uma sobrinha sua, num hospital psiquiátrico; porém, ela estava de férias, então foi encaminhada àquela que da qual não gostou. Ao final, desistiu de tomar o medicamento prescrito, atendendo à sugestão de F., uma amiga enfermeira, que tomaria um lugar central no processo de atendimento e internação de Joana.

Joana narra uma história que parece ficção, quando se trata de serviço público de Saúde no Brasil. Narra também como tudo aconteceu no dia em que

tentou suicidar-se, como tudo deu certo, como tudo funcionou corretamente, desde o serviço público de Saúde até as “coincidências” positivas que fizeram dessa história um sucesso: – “Tudo deu certo pra mim naquele dia”.

Joana tomou um vidro inteiro de “chumbinho”, um raticida facilmente encontrado no comércio de Teresina, que custa aproximadamente R\$ 7,00 o frasco. Há uma enorme quantidade de pessoas que tentam suicídio, e muitas efetivamente morrem com a ingestão deste veneno. Pela quantidade do veneno que tomou, Joana declara que realmente queria morrer, e não se tratava de blefe. Era noite, por volta de 20h, quando Joana entrou no banheiro com o veneno, e com a água do chuveiro o ingeriu. Terminou o banho, saiu para o quarto ainda de toalha, vestiu-se e foi para a sala assistir à televisão. Já estava começando a nausear, a vista ficou turva. Voltou para o quarto para deitar, quando o filho que estava no quarto ao lado estranhou: – “Já vai deitar, mãe?” Ela respondeu que sim, não estava passando muito bem: – “[...] senti aquela coisa esquentando, um calor, um suor, minha vista escurecendo, tudo muito rápido, uns quinze minutos [...]”.

Daí, já não se lembra de mais nada. O filho chamou o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que chegou muito rápido, em dez minutos. Joana foi levada ao hospital municipal do bairro onde mora, muito próximo à sua casa. Ao chegar lá, a amiga e enfermeira F. estava no plantão. Foi realizado o primeiro atendimento. F. acionou imediatamente o médico para fazerem a lavagem gástrica, procedimento padrão nesses casos; cem litros de soro foram usados pela própria enfermeira amiga que assumiu o procedimento. Cem litros! A essa altura dos acontecimentos, F. relatou que Joana estava cega e surda, e que para Joana estar viva e sem sequelas: – “Foi um milagre de Deus”

Após esse procedimento, o médico ordenou a remoção de Joana para o Hospital de Urgências de Teresina (HUT), pois somente lá ela poderia ter o atendimento necessário em UTI, devido à gravidade do quadro clínico. Pediu a UTI móvel, porque ir na ambulância comum poderia representar a morte de Joana. A enfermeira F. rapidamente ligou para sua filha, psicóloga e que tinha amigos dentro da Equipe da UTI do HUT. Mesmo em Recife, a psicóloga telefonou e, coincidentemente, acabara de vagar um leito na UTI, que foi reservado para Joana. Assim A. Relatou dias depois para Joana: – “Mãe, impressionante como Deus preparou tudo para a senhora. Quando a senhora chegou aqui, a vaga estava lhe esperando; tanta gente lá fora esperando por uma vaga nessa UTI”.

De fato, além das coincidências positivas, as decisões foram todas acertadas, se Joana não tivesse ido para o HUT numa UTI móvel ou tivesse ficado no hospital do bairro, teria morrido. No HUT, Joana passou três dias na UTI, os dois primeiros respirando por aparelhos. Acordou na tarde do terceiro dia, amarrada à cama e sem saber ao certo onde estava. O médico prestou os primeiros esclarecimentos, disse o que tinha ocorrido e que poderia desamarrá-la desde que cooperasse, não fizesse nenhum movimento. Assim foi feito e Joana não poupou elogios a toda a equipe da UTI: – “[...] agradeço a Deus, na minha cama não faltava gente, toda hora tinha médico, enfermeira, pessoas querendo saber como eu estava [...]”.

Ao passar para a Enfermaria, Joana também encontrou um ambiente com pessoas acolhedoras. Fisicamente, apresentava alguns sintomas do envenenamento: cansaço e tosse devido aos pulmões terem sido atingidos, dor nos ossos e fraqueza nas pernas, além da intoxicação do sangue, que, segundo ela: – “ficou preto, preto mesmo”. Foram mais oito dias de tratamento e acompanhamento. Apesar de não ter gostado da cama e da comida, a Equipe foi muito bem avaliada por ela:

O local em si é ruim, a cama, a comida (risos), mas das pessoas não tenho nada a reclamar, dos médicos ao pessoal da limpeza, maqueiros, nada [...] as estagiárias todo dia me visitavam, liam mensagens de incentivo, brincavam [...] parecia que eu não estava no hospital, parecia que eu estava em casa, porque todo mundo me tratou muito bem ali.

No dia da alta hospitalar, o mesmo médico que a recebeu no dia da internação foi vê-la, e, num tom bem humorado, disse-lhe: – “Para você estar de pé, caminhando e nesse estado de saúde, foi uma bênção de Deus. Você teve uma segunda oportunidade de viver, veja bem o que vai fazer da sua vida”.

Em meio a tantos relatos de descaso no serviço público de Saúde, escutar a história da experiência de Joana nos soa muito bem. Deve-se ressaltar outro ponto deveras importante para a recuperação de quem sofre um trauma como esse: a rede de apoio social. Desde sua tentativa de suicídio, familiares e algumas amigas estiveram ao seu lado. O filho, desde o momento do envenenamento, pai e madrasta, irmã e cunhado, a amiga enfermeira, e a presença do companheiro que havia saído de casa, motivo que, para Joana, detonou a tentativa de suicídio. Ela disse: – “Foi a única vez que eu vi a família toda reunida comigo”. As tragédias, a

morte ou sua iminência têm essa capacidade aglutinadora. Infelizmente, muitas vezes, apenas momentânea.

Depois que saiu do hospital, Joana voltou para casa com o filho e o marido. O retorno dele, tão esperado por ela, ainda era visto com cautela. Joana estava muito ansiosa com a nova postura diante da vida e o meio social. O estigma social de um sobrevivente de suicídio é um fardo pesado, o que pode ser visto na maioria dos países, em todo o mundo, não só no Brasil. Joana ressaltou várias vezes essa condição:

Quando eu cheguei aqui todo mundo já sabia [...] a coisa mais difícil do mundo, o povo me perguntando e eu sem saber o que responder [...] isso é uma coisa que tá me incomodando bastante [...] prefiro não sair de casa, saio bem rápido e volto logo pra não ter que encontrar com as pessoas [...].

A dinâmica do casal sofrera alterações. Antes, viviam em festas, bebedeiras sem limites. Muitos conhecidos cercavam o casal, festinhas em casa, saídas em grupo. Depois, todos sumiram: — “Aqueles pessoas que andavam na nossa casa, que ligavam pra sair, sumiram essas pessoas”.

M., o companheiro, também mudou, estava bebendo bem menos, quase não saía: — “Ele sossegou mais. Bebia muito, ainda bebe, mas está mais controlado”. Estão morando juntos há um ano e dois meses, apesar de serem antigos conhecidos no bairro. Os conflitos do casal diminuíram, mas as dificuldades financeiras ainda preocupavam sobremaneira. Aliás, foi a complicação financeira, após a saída de M. de casa, um forte agravante para a tomada de decisão de Joana sobre o suicídio: — “Com a saída dele, os outros problemas (financeiros) que ele deixou pra eu resolver me deixaram muito preocupada. Ele dizia que ia resolver de onde estivesse, mas eu não me conformei com aquilo, me deu um desespero [...]”.

A mudança do companheiro, ao tempo que trouxe mais tranquilidade, trouxe também preocupações e ansiedade para Joana:

Ele saía para trabalhar [...] voltava às vezes no outro dia, eram coisas horríveis, mas melhorou muito [...] eu fico imaginando, ele é um pouco calado, não é de expressar, de falar de sentimentos (cultural-explorar) [...] será que ele está comigo por que ficou com

pena de mim? Por que aconteceu aquilo e ele se sente culpado, por isso voltou pra casa? Eu tento conversar, mas ele fica calado.

Percebia em Joana uma grande necessidade de falar, tantas coisas acumulada, tanta coisa guardada: — “É tanta coisa pra falar, Carlos!”.

Naquele momento, o marido de Joana estava desempregado, vivendo de “bicos”, daí ter surgido uma ideia de ir para Brasília, em busca de trabalho. Isso seria motivo de um longo diálogo no segundo encontro, como veremos adiante.

O período pós-trauma, veio com mudanças nas condições de saúde de Joana alterações no tempo e na qualidade do sono, alterações de humor (impaciência, irritabilidade) e uma alta dose de ansiedade no cotidiano: “[...] por isso eu sei que preciso de ajuda, para acabar com essa minha ansiedade descontrolada”.

Falou ainda de como estava sua rotina, muito em função dos pais, de cuidar das casas, deles e da sua. Como é frequente nesse tipo de encontro, não me furtei em interagir e fazer algumas considerações como profissional da Saúde que sou. Fiz intervenções no tocante à necessidade e encaminhamento para psicoterapia, orientando sobre possíveis locais, como clínicas-escola; a necessidade de procurar um médico clínico geral e ver se seria preciso ir a um psiquiatra, pois, como falei anteriormente, ela não gostou do atendimento da psiquiatra no hospital do bairro e não tomou a medicação prescrita; a importância da atividade física, desde que liberada pelo médico; esclarecimentos sobre alguns sintomas emocionais que surgiram após a tentativa de suicídio.

Tudo correu muito bem e finalizamos com a minha garantia de que ligaria em 48h para marcar o segundo encontro, dessa vez em local que nos permitisse conversar com mais privacidade e com o tempo que fosse preciso.

Passaram-se vinte e oito dias até conseguir marcar o segundo encontro. Entretanto, como prometido, falei com Joana por telefone algumas vezes até acertarmos todos os detalhes. Estávamos ansiosos, eu e Joana, para realizá-lo. Ela, pelo já demonstrado, com grande demanda reprimida para falar, desabafar, para tentar entender melhor o que se passava, tomar decisões importantes. Eu, por minha vez, não queria deixar um intervalo de tempo muito grande entre as conversas, tentar estabelecer as conexões necessárias, e poder efetivamente entrar em “águas mais profundas” acerca da vida de Joana. A casa da Comunidade Santa

Teresinha foi uma ótima escolha, pela tranquilidade e privacidade pretendidas para uma conversa sem pressão de tempo nem possíveis interrupções.

Pouco depois das nove horas já estávamos lá. Falamos algumas amenidades com o coordenador da casa e fomos para a sala reservada.

Ao iniciar, percebi que Joana estava bastante ansiosa para tomar a decisão de ir ou não para Brasília, pois o marido havia ido há vinte e dois dias: — “Eu me senti muito sozinha esses dias [...] ele viajou há vinte e dois dias pra Brasília [...]”.

Além disso, havia passado por uma experiência muito significativa quando levou a mãe para o hospital no final de semana anterior: — “Esse último final de semana eu revivi uma coisa que tem me deixado muito pensativa [...]”. A questão de ir ou não a Brasília ao encontro do companheiro estava atormentando Joana. Ela que sempre viveu em função dos outros, especialmente da família, experimentara a sensação de liberdade ao decidir ir morar com o companheiro há um ano e três meses, o que gerou vários conflitos familiares. Ter ultrapassado essa barreira de sair da casa dos pais é motivo de grande comemoração por parte de Joana, aspecto fundamental para tentarmos entender como ela chegou à tentativa de suicídio como veremos mais à frente. Portanto, abrir mão de acompanhar o marido mesmo longe de Teresina, o fantasma de ter que voltar para a casa dos pais e a fantasia (desejo) de viver tempos melhores, sentindo-se mais livre em outro lugar, compunham o cenário angustiante de dúvidas em que se encontrava:

Meu marido fala comigo todo dia e diz pra eu ir ficar com ele, que está preocupado comigo aqui sozinha [...] a minha família (pai, irmã e cunhado) não quer que eu vá porque acham que não vai dar certo [...] meu filho me apoia e minha madrasta não diz nada, mas me apoia do jeito dela [...] uma amiga já me disse há muito tempo que é hora de eu cuidar da minha vida [...] então eu fico naquela preocupação, se vou ou não vou [...].

A fé e seus rituais religiosos têm sido o principal suporte: — “Eu me sinto sozinha, me dá vontade de chorar, mas todos esses dias tenho ido pra igreja, fui pra novena e me senti muito bem depois, dormi bem”.

A solidão tem adotado contornos muito específicos na modernidade (contemporaneidade), bem resumida na nesta fala de Joana: — “Me vejo em casa

sozinha, meu filho agora tá namorando, fico com vontade de conversar, de falar com alguém [...] tem muita gente que conheço, mas ao mesmo tempo me sinto só”.

Voltando à questão da dúvida de ir ou não ao encontro do marido, conversamos longamente, e nosso vínculo já permitia à Joana pedir abertamente minha opinião: — “[...] sei que a decisão tem que ser minha, mas eu queria muito a sua opinião se a decisão de ir é certa ou errada [...]”.

Na realidade, a decisão de Joana estava bem delineada no sentido de ir sim ao encontro do marido em Brasília. Ela queria ao menos a validação de tudo isso, de alguém que ela confiasse minimamente e que tivesse uma postura mais imparcial. Decidir por outrem não faz parte do meu repertório como psicólogo, mas facilitar à pessoa um processo que resulte em uma decisão elaborada e tomada por si própria.

Nesse momento, apesar de estar em trabalho de campo etnográfico, me vali do psicoterapeuta para ajudá-la, através do método fenomenológico, a fazê-la emergir e expressar a tal decisão. Discorreu por todos os pontos que ressaltai como importantes para que fosse de forma tranquila e menos culpada: como ficariam o filho, os pais, a casa; como seria a chegada e estadia em Brasília (moradia, trabalho). Joana já tinha pensado em tudo e estava com bom planejamento para a empreitada. Obviamente, havia muita resistência de parte da família, porque perderia a figura que estava sempre a postos para cuidar de tudo: — “Ontem mesmo minha irmã me ligou e perguntou se eu iria mesmo. Eu disse que sim”. E ela começou: — por que você não fica aqui, teu marido manda o dinheiro, você não vai trabalhar lá, você é irresponsável [...]”.

Ao perguntá-la se a decisão já estava tomada, ela disse confiante: — “Eu não vou desistir, meu filho me apoia [...] mesmo que o resto da família diga isso ou aquilo de mim, minha decisão está tomada”.

Passamos então ao segundo ponto do início da conversa, em que Joana falou da experiência vivida no hospital uma semana antes. Ao levar sua mãe para a urgência — por causa de um corte — do mesmo hospital em que há menos de 3 meses Joana deu entrada quase morta, ela se depara(ou) com a seguinte cena:

[...] chegou um rapaz de 22 anos lá no hospital, muito mal, a família que levou, tinha tomado veneno (chumbinho, quarto vidros), já era a terceira vez que ele fazia aquilo [...] ele não escapou, morreu [...]

todo mundo lá, pai, mãe, irmão e a mulher dele bem jovem e grávida de seis meses, um desespero total.

Reviver o trauma sendo espectadora, algo tão semelhante, até mesmo o método da tentativa de suicídio, chocou intensamente Joana:

Foi uma sensação muito ruim porque quando aconteceu comigo eu não vi nada, a reação da minha família [...] fiquei imaginando o desespero do meu filho, da minha família, meu pai já é idoso [...] meu Deus, como é que fiz isso [...] aquilo ficou na minha mente até hoje, peço a Deus que não me deixe fraquejar de novo.

Aquele evento atizou ainda mais a imaginação de Joana, buscando uma explicação para sua tentativa de suicídio: “Até hoje eu procuro uma explicação. É ruim quando acontece alguma coisa e a gente procura uma explicação e não consegue achar”. O que Joana não sabia e que muito pouca gente sabe, inclusive profissionais de Saúde, é que o suicídio não tem uma única explicação ou causa, é um fenômeno multideterminado e extremamente complexo, aspectos reiteradamente ressaltados ao longo deste trabalho.

Seguimos a conversa avançando em aspectos que nos levaram a muitos detalhes que podem compor a história da vida de Joana; e ainda nos levam a entender melhor como ela chegou querendo morrer e tentar suicidar-se.

A semana em que Joana decidiu e planejou realmente a própria morte iniciou-se com a saída de N. (marido) de casa:

Tudo aconteceu na semana que N. Saiu de casa. Ele saiu e aquilo pra mim parecia que o mundo não existia mais, comecei achar que não iria mais ser feliz, que não iria resolver meus problemas [...] achava que ele tinha se afastado, tinha muita coisa que não daria pra resolver sozinha (financeiro), que ele não gostava de mim, que ninguém gostava de mim [...].

Este, portanto, foi o fato precipitador da tentativa de suicídio: a saída do marido de casa e a separação! A morte como possibilidade surgiu na data de ano novo, antes Joana garante que nunca havia passado essa ideia por sua mente. Um incidente envolvendo o casal, uma briga logo no dia primeiro de janeiro suscitou as ameaças de N. quanto a sair de casa, de separar-se de Joana. Em todo o mês de

janeiro aconteceram diversos desentendimentos que já a deixavam perturbada, a ponto de contra ameaçar: — “Ele saiu de casa no final de semana para beber, eu perguntei que horas chegaria; ele disse [talvez amanhã]; daí eu disse talvez quando você chegar eu nem esteja mais aqui”.

Uma das características do suicida é dar sinais de que quer se matar. A resposta do marido também não é incomum nesses momentos de ameaças recíprocas, mas que pode levar a um intenso sentimento de culpa quando a pessoa de realmente se suicida pelo fato de ter incentivado. Deve ser evitado: — “Ele falou assim pra mim: ‘quando for tomar esse remédio pra se matar, toma um que preste mesmo, não vai tomar só pra dormir”.

Foram quase dois meses gestando a ideia suicida. A cada situação de dificuldade com o marido, nesse período, Joana alimentava o pensamento de morte: — “Eu já pensava toda vez que ele falava em ir embora [...] aquilo não saía da minha mente”.

Dentro do que foi dito sobre os sinais dados pela pessoa no tempo que antecede o ato suicida, Joana ilustra com as mudanças de hábitos e comportamentos que aconteciam com ela: “Fui me afastando das pessoas, ficando fechada, triste, quando conversava com alguém já começava logo a chorar, e quando estava em casa era só imaginando ‘aquilo’” (palavra morte difícil de pronunciar). Dia após dia, Joana sedimentou aquela ideia condicionando o ato a uma possível separação: — “Eu sei que aquilo era um absurdo, mas aquela ideia não saía da minha cabeça”.

Quando N. saiu de casa, numa segunda-feira, um mês e meio depois do início desse processo, a realidade se impôs. Foram os cinco dias mais difíceis e angustiantes da vida de Joana. Os suicidas revelam que os dias e horas que antecedem o ato são de extrema angústia por causa do embate entre forças poderosas e antagônicas: as pulsões de vida e de morte (eros e thánatos): — “[...] ao mesmo tempo em que pensava naquilo, eu queria tirar aquela ideia da minha cabeça”.

Na realidade, não é a morte que eles desejam, mas a resolução de seus problemas, que parecem insolúveis naquele momento. Assim narrou Joana sobre esses dias:

Aqueles dias, de segunda, quando ele saiu de casa, até sexta quando tomei o remédio, parecia que eu não estava existindo [...]

parecia que eu estava anestesiada, as pessoas falavam comigo e eu estava longe com meu pensamento, e meu pensamento era só naquele remédio, até o dia que eu fui comprar; ele saiu na segunda de manhã e à tarde fui comprar.

Convém assinalar que, em nossa conversa, Joana não fala a palavra veneno, mas sim remédio.

O que dizia esse pensamento? — “O que eu queria fazer comigo era me matar, era só isso. Eu pensava, eu vou morrer, vou sair desse mundo, como se não existisse mais nada, não tenho mais nada, não tenho mais ninguém, nada me interessa mais”.

Foram quatro dias com o veneno em casa, e o conflito existencial de escolher entre a vida ou a morte. Na sexta-feira, Joana levou o pai ao médico, voltou para casa e passou a tarde inteira sem conversar com ninguém. — “[...] fiquei só, pensando que tirar a minha vida iria resolver tudo isso; eu sairia, ninguém ia ter que me ver, eu não ia ter que falar nem ouvir mais ninguém; fiquei cega”.

Ligou para N. e avisou que aquela seria a última vez que falaria com ele. “[...] depois ele ligou o dia todo e eu não atendi [...] à noite eu fiz uma ligação antes de tomar o remédio, pedi para ele ir lá onde eu estava (casa), mas ele disse que só poderia ir no dia seguinte. Foi na hora que desliguei o telefone, “fui pegar o vidrinho e fui para o banheiro [...] no banho eu tomei o remédio”.

Perguntada sobre o que pensava e o que sentia naquela hora, ela disse: — “Nada, uma pessoa que não pensa nada, não tem nada na sua mente; meu filho estava lá do meu lado e eu fiz aquilo”.

Só acordaria três dias depois na UTI do HUT. É revelador registrar alguns sentimentos, sensações e sintomas físicos que perpassaram a vida de Joana nesse caminho em direção ao suicídio (ou T.S). Ela relata sobre seus últimos dias antes do ato, corroborando a literatura da área (especializada): perdeu o apetite, o sono, estava apática, com a concentração comprometida, angústia, e sem os habituais cuidados com a higiene pessoal.

Os sentimentos de vergonha, arrependimento e culpa foram os mais pontuados por Joana especialmente em relação ao filho e a Deus, mas refere-se a toda a família: — “O A. É uma pessoa muito especial na minha vida. Quando penso que esqueci do meu filho (choro) [...] hoje eu sinto que fui injusta com as pessoas e

peço perdão a elas e a Deus. Sinto até vergonha, precisava conversar sobre isso, desabafar”.

O drama existencial vivido por um suicida é lancinante! No caso de Joana, foram os últimos cinco dias nesse embate entre Eros e Thânatos: — “O pensamento foi aumentando a cada noite, todas as noites sem dormir, quatro ou cinco vezes eu sentei na cama, olhava para o remédio e não encontrava coragem para botar na boca, até que chegou a hora”.

Iniciamos uma viagem reflexiva em busca de suas motivações diante da morte, e como isso pode ter se construído ao longo da vida, de forma bastante livre e espontânea. O primeiro ponto abordado foi: — Era um desejo de morrer ou de resolver a situação que se lhe apresentava insolúvel através da morte? São coisas bem diferentes e amiúde se confundem na cabeça do suicida. A primeira resposta de Joana foi: “Era uma vontade de sumir mesmo, de não ver nada nem ninguém”.

Questionada ainda mais, acrescentou: “Se eu morresse, ficaria livre; assim, eu não iria mais ter que pensar nem me preocupar, não ia ter nada”.

O compositor Chico Buarque já versou sobre o pensar: “[...] não posso parar, se eu paro eu penso, e se eu penso eu choro [...]”.

Como pode doer o pensar! Joana mais adiante elabora melhor a resposta: — “Eu acho que eram as duas coisas, queria morrer e solucionar os meus problemas [...] eu não existindo mais, os problemas iriam desaparecer e ninguém iria mais ter preocupações”.

Outra característica dos suicidas é se considerarem um “peso”, um fardo pesado para si e para os outros: — “Aquela semana foi de tortura, eu passei o tempo todo achando que era um peso na vida de todo mundo”.

Ao descrever a metáfora do túnel que vai se estreitando até se fechar totalmente e acabar a luz, Joana, espantada com a semelhança com o que viveu, exclamou: — “Essa é uma boa explicação que você está me dando. Eu não conseguia essa explicação para mim, foi apagando tudo e não tive mais solução para nada”.

Será que o suicida em potencial quer ajuda? Será que gostaria que alguém percebesse seu desespero e oferecesse apoio? Mas como fazê-lo se a pessoa também escamoteia, dissimula e se fecha? Joana toca no ponto:

Acho que no fundo, depois que tudo passou, eu queria que alguém tivesse me salvado [...] mas ninguém me viu, não observaram nada, nem o meu filho, eu só deitada [...] mas eu também fiquei aprisionada, não queria conversa com ninguém.

O que poderia ser feito naqueles momentos para ajudar Joana, caso seus sinais fossem percebidos?

[...] uma companhia, uma atenção, uma conversa ou até mesmo me tirar daquela casa me levar pra outro lugar [...] se alguém tivesse ido lá e me amparado, eu não teria feito isso [...] uma pessoa para me escutar, me ouvir, aquilo que eu queria desabafar e não aparecia; se tivesse acontecido assim teria sido diferente, mas não foi.

Por outro lado, ela mesma disse que não atendia aos telefonemas e queria ficar só. Tarefa nada fácil para quem convive, essa de decodificar os sinais dados pelo suicida, até porque o que se quer normalmente é afastar esses assuntos, conversas sobre problemas, doenças, ainda mais sobre o desespero humano. Quem tem tempo para isso nos dias atribulados de hoje?

Retomemos o que nos trouxe até aqui: — Quais motivações levaram Joana a tentar suicídio? Que aspectos contribuíram para tanto? Ao ser perguntada, ela trouxe de imediato a questão de não querer voltar para a casa dos pais. Mas o que isso tem a ver com o contexto da separação conjugal, motivo que detonou a tentativa de suicídio? Joana sempre viveu na casa de outrem. Na primeira infância, com a avó paterna, depois com o pai, depois com o pai e a madrasta, até conhecer N. e montar o seu próprio lar com ele e o filho. Nunca havia saído desse limite familiar para morar debaixo do mesmo teto com um companheiro. Detalharemos essa história posteriormente.

Aos dezenove anos, de um namoro desprezioso, veio a gravidez. O namorado foi embora, não assumiu nada. O pai queria expulsá-la de casa por não admitir uma filha mãe solteira. Apesar de trabalhar como empregada doméstica e como funcionária da panificadora do cunhado, não conseguia a resolutividade nem a estrutura emocional necessária para ter sua casa, viver sua vida mais especificamente. Esse fantasma a perturbava até que apareceu N. que a ajudou a tomar a decisão, até então a mais difícil para ela: sair ou não da casa dos pais (ela mesma chama assim, apesar de ser a madrasta). Ao sair, foi questionada,

espezinhada pela família, que era contra e colocava todos os empecilhos para barrá-la, inclusive com negativas previsões: — “[...] eu vivia como dependente da minha família, não saí de casa nem mesmo quando engravidei, e ao sair, tive que brigar com o mundo todo, principalmente com o meu pai; ele não queria de jeito nenhum”.

Ela foi, apesar do peso da decisão, mas já embutindo uma decisão inconsciente de não mais voltar. O relacionamento conjugal começou a desgastar-se. O marido já não era mais aquele do início:

[...] a gente começa a ver as coisas erradas da pessoa, comecei a perceber que a vida a dois é muito complicada, ele não tinha responsabilidade com os problemas financeiros e ficava muita coisa para mim [...] foi juntando falta de responsabilidade, de compreensão, de diálogo que não tinha mais, a preocupação com as contas, com a possibilidade de ele sair de casa, ciúme que tem mesmo, além da bebida.

Logo após a festa do ano novo, houve o desentendimento que deu partida para aqueles dois meses decisivos antes da tentativa de suicídio. A possibilidade de N. ir embora era a cada dia mais real, na mesma proporção do desespero de Joana com a possibilidade não só perder o companheiro, mas de ter que voltar para a casa dos pais. Era atormentador pensar nisso:

[...] eu tinha saído da casa de meus pais e não queria mais voltar [...] não queria ser mais aquela pessoa dependente da minha família, eu queria ser independente, e se me separasse do meu marido teria que voltar pra casa do meu pai e eu não queria de jeito nenhum, aquilo seria a maior vergonha do mundo; imagina o papai vai jogar tudo na minha cara e dizer que tinha me avisado [...] isso foi uma das coisas que mais pesou na minha cabeça.

Ao começar os problemas com o marido, Joana despertou o pensamento sobre o que o fracasso do relacionamento poderia lhe causar, até onde poderia lhe levar: de volta à casa dos pais. E isso era absolutamente inadmissível para ela. Nessa perspectiva, a primeira grande aposta que tinha feito na vida — sair da casa do pai para montar a sua — não deu certo.

A história de Joana é pródiga em acontecimentos e fatos que a marcaram profundamente, e que são substancialmente importantes para tentarmos entender o seu caminho até a tentativa de suicídio.

Os pais se separaram quando ela tinha apenas um ano de idade, e a irmã cinco dias de nascida. A mãe as deixou e foi embora, ambas ficaram morando com a avó paterna. O pai as via eventualmente, trabalhava viajando pelo interior, e numa dessas viagens conheceu e trouxe para Teresina a mulher que hoje é a madrasta de Joana com quem tem uma boa relação. Quando isso aconteceu, Joana, já com aproximadamente sete anos, foi levada pelo pai para morar com ele, enquanto a irmã ficou com a avó. A infância e adolescência de Joana foram “roubadas”. O relato é muito forte:

[...] tive uma infância que eu nem sei como dizer, nunca tive nada que uma criança pode ter, meu pai sempre foi uma pessoa muito dura, ignorante, me batia demais [...] ele judiava demais de mim; por exemplo: se ele tivesse sentado e me chamasse, se na hora que ele terminasse de fechar a boca eu não estivesse lá, ele me batia demais [...] sofri muito na minha infância e adolescência.

Os castigos físicos e psicológicos infligidos a Joana deixaram marcas profundas até hoje. Não é para menos:

Você sabe aquele negócio que carroceiros batem nos animais? Isso, chicote. Ele me batia com aquilo, mandava eu tirar a roupa, ficar de joelhos e me batia. Eu me ajoelhava nua e ele batia até que o sangue escorresse das minhas costas.

Joana chorou nesse momento. Perguntava se esses castigos não poderiam deixar traumas; se esses possíveis traumas não poderiam trazer problemas psiquiátricos; se esses possíveis problemas psiquiátricos não poderiam levá-la a uma condição de “fraquejar”, como ela dizia, e a uma dependência de medicamentos ou, pior ainda, a querer morrer novamente. Com a contundência do relato acima, perguntei se ocorrera abuso sexual. Joana chorou copiosamente antes de [silêncio] dizer: — “É difícil falar eu fui abusada pelo meu pai”.

Foi a primeira e única vez que Joana falou desse episódio em vinte e nove anos, daí a catarse que ali aconteceu. Dos sete aos dez anos, Joana morou com o pai e a madrasta. Ocorre que, aos dez viu a madrasta ir embora para uma cidade do

interior para cuidar do próprio pai que adoecera gravemente. Foram cinco longos anos até a sua volta, nem mais esperada pelo pai de Joana, que, desafortunadamente, ficou sozinha com ele. Foi exatamente nesse intervalo de tempo – apesar de já apanhar mesmo na presença da madrasta – que Joana foi severa e frequentemente castigada, abusada e, por uma vez, quase violentada, aos dez anos de idade:

[...] uma vez foi que ele tentou fazer sexo comigo [...] ele não conseguiu fazer a penetração, mas ele tentava; dizia coisas horríveis pra mim, que eu tinha que ser dele, que tinha que fazer ‘as coisas’ comigo [...] ele não conseguiu porque eu não deixei, dei tanta mordida nele [...].

O aliciamento e abuso ocorreram por cinco anos, dos sete aos onze:

Tenho nojo hoje desse negócio de violência, estupro [...] fico me lembrando de tanta coisa que passei quando eu estava com ele, eu não podia me defender porque era pequena, ele ficava me aliciando, querendo fazer ‘as coisas’ comigo, mas nunca chegou a concluir [...] ele ficava abusando de mim, pegando em mim [...].

A avó sabia dos maus-tratos físicos, reclamava, e a justificativa era recheada de adjetivos deletérios: “Ele dizia que fazia aquilo porque eu não prestava, era danada e sem-vergonha”.

Aos doze anos, Joana tomou a decisão de trabalhar como empregada doméstica para ficar longe do pai. Contou dos castigos físicos impostos por ele para uma professora que se dispôs a ajudá-la, propôs uma denúncia que ela recusou, mas também a conseguir trabalho. Assim, dos doze aos catorze anos, aproximadamente, Joana morou com uma família, trabalhando e estudando. Infelizmente, tinha que passar os finais de semana com o pai algoz, que não perdia oportunidades de castigá-la. Foi tornando-se independente, mais calejada. No tempo em que saiu dessa casa onde trabalhou, morou e estudou por três anos; então, com quatorze, Joana já não quis voltar para a casa do pai: — “Mudei de casa de família, fui trabalhar em outra e fui me tornando independente, conseguindo meu dinheiro, mas não voltei de jeito nenhum para a casa dele; tinha medo, trauma de lá”. Apesar

de ainda ir aos finais de semana, disse: — “Eu fiquei mais esperta, não deixava ele ficar perto de mim”.

Nem para bater? — “Não, eu não esperava mais. Quando completei quinze anos, disse pra mim mesma que ele nunca mais encostaria um dedo em mim”.

A essa altura dos acontecimentos, Joana ia apenas de quinze em quinze dias para a casa do pai, e a madrasta tinha voltado. Ao completar dezenove anos, conheceu o pai de seu filho. Foi o primeiro namoro, a primeira relação sexual, e em seguida a gravidez. Voltou para a casa dos pais, mas não foi bem aceita naquela situação. O pai não aceitava a gravidez, quis colocá-la fora, porém a interferência da madrasta foi decisiva para Joana ficar. O namorado não assumiu nem o relacionamento nem o filho, foi embora: — “Eu queria ficar com ele, mas quando eu falei da gravidez ele se afastou de mim”.

Como em um filme, com todas as lembranças nefastas da infância e adolescência, em sua cabeça, Joana passou os dezenove anos seguintes, na casa dos pais, criando e acompanhando o filho A. Lutava para conquistar uma independência financeira e emocional para sair de lá, quem sabe um novo companheiro que lhe desse a oportunidade de realizar esse sonho. Foi nesse contexto que N. apareceu e facilitou sua tomada de decisão, ainda que sob intenso tumulto. Saiu de casa com o companheiro e o filho para montar a sua casa, a sua família, com o firme propósito de nunca mais voltar. Nesse sentido, justifica-se sua fala sobre a separação de N. e a possibilidade de ter que voltar para a casa dos pais:

[...] aquela coisa que falei antes, que não queria mais retornar [...] fui uma pessoa que sempre viveu debaixo dos pés dele (pai), fazendo todas as vontades. Quando eu saí de lá, eu imaginei que nunca mais voltaria, por motivo nenhum [...] quando vi que ia ter que voltar de novo, foi o mesmo que acabar tudo pra mim.

O pai de Joana tem setenta e quatro anos. É a única pessoa com histórico de transtorno mental na família, bebia e fumava muito, chegando a ficar internado em instituição psiquiátrica. As experiências marcadas ao longo da convivência deles fizeram com que Joana não tenha “uma afinidade com ele”. Não consegue conversar encarando-o, sempre olha para outra direção: “Como se eu tivesse vergonha de olhar pra ele, encarar olho no olho. Em algumas situações, depois de

cirurgias dele, eu fiquei cuidando, mas sinto que não tem nenhuma afinidade, nada. Eu gosto deles, mas é um amor diferente, sem afinidade”.

Na última parte da conversa, Joana falou sobre a mãe biológica, como foi o reencontro em Brasília e o que isso significou. Há quatro anos, ela conheceu R. Com quem teve um breve relacionamento afetivo. Ele mora em Brasília com a família e estava passando uma temporada em Teresina. Joana comenta sobre sua mãe que mora também em Brasília; ao voltar, R. compra uma passagem, com a colaboração das irmãs, para que Joana fosse até lá para tentar encontrar a mãe, apenas com um número de telefone de uma prima, conseguido por meio de uma tia residente aqui. Fazia trinta e quatro anos desde a saída da mãe, de casa, sem nenhum contato: “Nunca tinha falado, nem uma fotografia, de um ano de idade até meus trinta e quatro anos, mas passei o aniversário de 35 com ela”.

Joana, o namorado e uma irmã dele foram ao endereço da mãe, fornecido pela prima, sem avisar: — “Eu tinha uma curiosidade tão grande de ver, de saber como ela era, e entender porque ela nunca teve vontade de nos procurar nesses anos todos”.

O encontro foi emocionante, como em um enredo de novela:

Quase mato ela do coração (risos). Não sabia nem mesmo se ela tinha problemas de saúde, de coração, e ela passou mal [...] bati no portão, quando ela veio com uma irmã eu já sabia, é a minha cara, o mesmo caminhado; ela botou a mão na boca assustada, ficou olhando pra mim [...] senti uma emoção tão grande, tão boa, como se eu tivesse achado algo que queria muito na vida.

Joana passou vinte e dois dias em Brasília, inesquecíveis. Já no terceiro ao lado da mãe, começou a entender o que acontecera no passado:

Ela tinha vergonha de olhar pra mim, mas eu disse pra ela ficar muito à vontade, eu não estava ali pra julgar ninguém, queria aproveitar o tempo com ela [...] contou que sentia muita vergonha de ter abandonado a gente, mas que sofria demais com o meu pai. Casou com ele aos treze anos de idade, saiu de uma cidadezinha do interior para Teresina só com ele, teve duas filhas em dois anos [...] ele batia muito nela, bebia demais, maltratava muito, vivia trancada em casa [...] ela disse que não via outra saída, achava que minha avó, mãe

dele, não iria abandonar a gente e assumiria a nossa criação; eu não comentei nada das minhas coisas com ela.

Nesta fala, “vivia trancada em casa [...] ela disse que não via outra saída”, é clara a semelhança com a mãe (sem saída). Joana afirmou que não teria coragem de abandonar o filho, mas não a julgava e não nutria qualquer sentimento de revolta ou raiva pela atitude da mãe. Os momentos com ela foram muito intensos e positivos.

Perguntada sobre o tempo entre o nascimento do filho A. até o momento em que conheceu a mãe, aproximadamente dos vinte aos trinta e quatro anos, se algo de importante, de marcante teria acontecido, Joana responde: — “Acho que esse foi o melhor período da minha vida, não tive nada que me trouxesse transtornos, nem mágoas, apenas o dia a dia trabalhando. É, foi uma das melhores fases da minha vida”.

Trata-se de uma história com passagens impressionantes. Quantas perdas significativas ao longo dos trinta e nove anos de vida. Uma existência recheada de fatos e experiências marcantes que, certamente, nos leva a entender o seu caminho em direção à morte com a tentativa de suicídio. Ela que felizmente sobreviveu e ainda teve o objetivo conquistado: sua independência junto ao marido, com quem foi juntar-se em Brasília; perto da mãe, por um tempo, até poder voltar e estar onde sempre quis, ao lado do marido e do filho, longe do jugo do pai.

Os encontros com Joana foram muito ricos, intensos. Encerrei com a convicção de que foi interessante para nós dois.

3.4.3 Romeu

“Eu sou a ovelha negra da família...”

O terceiro entrevistado foi Romeu um homem com o seguinte perfil: teresinense, trinta e quatro anos, separado, dois irmãos e duas irmãs (ele é o filho do meio), cinco filhos com três mulheres – detalharemos adiante – Ensino Médio incompleto (até o 1º ano), mora na zona Norte da cidade, trabalha em dois lugares, classe média baixa e tem renda mensal pessoal de aproximadamente três a quatro salários mínimos. Mora atualmente na casa dos pais; com estes, duas irmãs e duas sobrinhas, cada uma filha de uma irmã.

Soube que Romeu havia tentado suicídio no início de agosto de 2012, aproximadamente três meses antes de nosso primeiro encontro. Uma amiga, à época, da faculdade, que mora na zona Norte da cidade, sabia do meu trabalho no Mestrado e achou que eu poderia ter interesse neste fato. Por trabalhar na área da Saúde, além de ter uma ampla rede de conhecidos no bairro, fora avisada que, se tomasse conhecimento de algum caso de tentativa de suicídio, veria a possibilidade de realizar as entrevistas. Quando ela me ligou, perguntei se seria possível irmos até a residência dele como eu fizera com as duas antecessoras. Porém, minha amiga já estava atendendo-o como psicoterapeuta voluntária em uma paróquia da Igreja Católica, no bairro onde moram. Ao ser feita a proposta para conversar comigo, Romeu pediu que fosse naquele local, até porque, enquanto estivesse comigo, o filho mais velho, então com treze anos, estaria sendo atendido por ela. Assim foi feito. E, no dia dez de agosto, nos encontramos na sala paroquial para conversarmos. Esse encontro se deu às 20h e teve a duração de uma hora e cinco minutos.

Deixamos acertado o segundo encontro; e, após algumas ligações para alinhar a data, horário e local, combinamos para o dia dois de setembro, às vinte horas, na minha residência. Havia dito para ele que gostaria que nos encontrássemos em algum local com maior tranquilidade, mais tempo e sem a pressão de ter alguém esperando, como aconteceu na Igreja, onde ele já estava no final da conversa ansioso por causa do filho. Depois de eliminarmos algumas possibilidades, o meu apartamento pareceu ser a melhor ideia. Lá, tenho um pequeno escritório que serviria muito bem. Organizei todo o ambiente físico e familiar para que tudo ocorresse da melhor maneira, para que não fôssemos incomodados e Romeu se sentisse à vontade. Para minha surpresa e tristeza, em um primeiro momento, avistando-o da varanda, o vi chegar com uma mulher na garupa de uma moto. Tristeza porque era justamente o que eu não queria e que não tínhamos combinado de ele ir acompanhado, por causa dos motivos já mencionados. Informei a minha esposa de que, quando chegasse em casa, teria uma mulher na sala, para que não fosse surpreendida, e também lhe servisse o lanche preparado. O encontro transcorreu satisfatoriamente, foram duas horas bastantes proveitosas.

Como de costume, logo no início do primeiro encontro expus os objetivos da pesquisa, garantia de sigilo, tudo o que consta no Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, solicitando sua adesão e assinatura. Romeu mostrava-se bastante ansioso, era visível pela fala e pelos gestos, principalmente na primeira conversa. Natural, eu penso, falar de algo tão particular, tocar em sentimentos dolorosos, expor conteúdos profundos para uma pessoa desconhecida, de fato não é tarefa fácil. Com o transcorrer dos diálogos, percebi que tudo fluiu melhor.

Nosso protagonista tentou suicídio três meses antes de nosso primeiro encontro. Ingeriu veneno para ratos, que não recorda o nome, apenas a aparência e não era o famoso “chumbinho”: — “Pedi o veneno pra rato, eu queria o melhor, mas não foi chumbinho nem mil gatos, era um que parecia arroz”.

Quando perguntei sobre os motivos que o levaram a tentar suicidar-se, ele apontou de imediato a separação da primeira esposa – vamos ver que Romeu tem cinco filhos com três mulheres – e o acúmulo de dívidas como os pontos principais que tornaram a vida insuportável. Avisara à ex-mulher três dias antes: — “Eu tinha falado pra ela que de hoje não passava”. Daquele dia até nos encontrarmos, atestou que a ideia e a vontade de morrer sumiram. Continuava confuso quanto à relação com K. – ex-mulher – mas já havia resolvido o problema das dívidas, estava trabalhando muito, abstinente de álcool e cocaína, participante de grupo de apoio a dependentes químicos, com tratamento psicoterapêutico e psiquiátrico, frequentava a Igreja, enfim, bem amparado na luta pela vida.

Romeu cresceu com a família em um ambiente turbulento. Quando perguntado sobre as lembranças da infância, logo aparece um assombro que o acompanha até hoje, qual seja, o péssimo relacionamento com ao pai: — “A gente era cinco irmãos, eu sou o do meio e era o xodó da minha mãe; do meu pai não, da minha mãe, tanto que às vezes pensavam que eu era o caçula”. O pai batia em todos os filhos, mas com ele era diferente:

Lembro que ele ia me pegar pra bater e eu corria, ficava o dia todo fora de casa [...] quando eu chegava à noite, ia tomar banho, ele me esperava banhar e jantar. Depois, me batia com o cinto virado ao contrário, pra pegar com o lado da fivela, chegava a cortar.

E quanto aos outros irmãos: — “Ele batia em todos, mas desse jeito era mais comigo; até mamãe brigava com ele porque me batia do lado da fivela”.

A pergunta que não cala desde então, perpassando toda a existência de Romeu é exposta: — “Por que ele não gosta de mim? Até agora fico imaginando

isso. Eu sempre perguntava pra minha mãe, ainda hoje eu comento com ela o porquê dele não gostar de mim”. A relação com os irmãos foi muito boa na infância, e mais ainda com a mãe, mas a discriminação por parte do pai é sentida desde à época e o incomoda sobremaneira até agora:

Sempre senti isso (discriminação), ele tem mais apego com meu irmão mais velho [...] desde criança, ele tinha mais apego com meus irmãos e minha irmã, não sei por que [...] até hoje eu sinto e fico pensando por que isso; hoje mesmo, todo mundo lá em casa tem uma moto, ele ia sair e eu ofereci a minha e ele ‘não, não’; ele sai na de todo mundo, mas na minha moto ele não pega de jeito nenhum.

Aos quinze anos, aproximadamente, outro acontecimento bastante significativo ocorre na vida de Romeu. Eventualmente, o pai chegava bêbado e agressivo. No dia em que tentou agredir a esposa, Romeu saiu em defesa da mãe: — “A gente chegou a brigar mesmo, rolar no chão, de tapa, eu já adolescente”.

Note-se que ele foi o único filho que entrou para defender a mãe. Relata que há três anos, outra briga desse nível aconteceu entre os dois. Depois da primeira, ficaram cinco anos sem se falar:

A gente passou uns cinco anos sem falar um com o outro, nada [...] a gente convivia na mesma casa, mas era como se fosse dois estranhos, ele entrava e eu saia [...] eu dormia lá, mas passava o dia fora e não comia na mesa com ele lá.

Outro episódio narrado ocorreu quando Romeu saiu no carro do pai, bebeu, bateu e foi para casa: — “[...] ele foi falar comigo, brigar dizendo que não era mais o meu pai; eu disse que se ele não era mais meu pai, não ia mais pedir a bênção e nem falar com ele; ele disse que ‘tudo bem’”.

Esse período se estendeu até o casamento, aos dezenove anos. A namorada engravidou e resolveram casar. Não houve grandes turbulências por isso. O pior resultado, segundo Romeu, foi o distanciamento da mãe, a perda do carinho e do chamego que antes tivera, um duro golpe para quem já se ressentia da ausência do pai: — “aquele carinho que minha mãe sentia por mim, depois que casei, acabou; acabou o meu apego até com minha mãe, aquela coisa de carinho de mãe e filho”.

O sofrimento foi imenso: — “Eu chorava quase todo dia de manhã e pensava quando ia ter coragem e falar disso pra minha mãe, pensava eu tenho que falar o que estou sentindo”.

Uma característica marcante de Romeu é a profunda necessidade de expressar os seus sentimentos. Ele só conseguiu dizer isso a ela, da falta que estava fazendo o seu carinho, há um mês:

Um dia desses de manhã, pedi a bênção a ela e abracei, beijei ela e falei que todo dia de manhã eu queria aquele abraço; a gente começou a chorar, ela disse que não tinha nada, que me amava [...] eu disse que estava sentindo falta daquele carinho desde que casei [...] meu pai chegou, eu abracei ele também, mas já foi logo perguntando ‘o que eu tinha feito’; mamãe disse ‘não aconteceu nada, ele só quer o teu abraço e receber a tua bênção, só isso’.

A carência afetiva é gritante em Romeu. Nem ele próprio sabe como aguentou todo esse tempo, por volta de quatorze anos, sentindo falta do afeto da mãe. Que força é essa que faz com que se queira o abraço do pai mesmo com esse histórico? A rigor, muita coisa aconteceu em volta de tudo isso, nascimento de cinco filhos, vários relacionamentos, álcool e cocaína, a descida rumo à tentativa de suicídio. Vale lembrar, ainda, a forte carência afetiva, que Romeu listou como uma das duas principais causas de tentar a morte, o término do relacionamento com essa mulher, sobre a qual falamos anteriormente e com quem casara pela primeira vez.

Romeu cursou até o primeiro ano do Ensino Médio e trabalha desde os onze anos. Atualmente, tem emprego no comércio, onde fica de segunda a sexta-feira e um negócio próprio onde atua aos sábados e domingos, ou seja, trabalha todos os dias. A retomada da vida profissional se deu após a tentativa de suicídio, e mesmo com pouco tempo, conseguiu pagar todas as dívidas, cuidar das despesas dos filhos e ainda poupar. A irmã é quem organiza sua vida financeira: — “Quem cuida do meu dinheiro é minha irmã, eu só entrego e ela resolve tudo [...] paguei tudo, trabalhando muito, mas não devo mais nada”.

No período anterior à tentativa de suicídio, sua vida desorganizou-se, em todos os sentidos. Retornemos ao tempo para entendermos o que aconteceu. O casamento aos dezenove anos já iniciou instável. Quando nasceu o primeiro filho, ele estava no período de serviço militar e peregrinou em várias casas:

[...] morei na casa da minha avó, na casa da minha sogra, na casa da minha mãe e depois que a gente se separou, eu quis voltar, mas minha mulher disse que só voltaria se comprasse uma casa; comprei uma casa que hoje ela mora com meus filhos [...].

Foram treze anos de uma relação tumultuada com K. até a separação de fato, dois anos atrás, apontada por Romeu como um dos dois motivos para desejar e tentar a morte:

Eu sempre fui 'danado', desde o começo sempre foi assim, separava, voltava [...] ia pra rua e voltava no dia seguinte [...] acontecia quando eu bebia muito, desde adolescente eu bebia, quando ela me conheceu já era assim.

Pelo visto, Romeu usava álcool desde cedo, mas a cocaína surgiu em sua vida depois da separação supramencionada.

São cinco filhos: dois com K. – um com quatorze e outra com dez anos – dois com a namorada que o acompanhou no nosso segundo encontro – um com sete e outra com cinco anos – além do caçula com um ano de uma terceira mulher. Segundo ele, as gravidezes se sucederam nos intervalos em que estava separado temporariamente de K., mas reconhece o que fez: – “[...] aprontei muito, fiz filho fora do casamento, via aquilo só como diversão, era normal”.

O pior período da vida de Romeu foi certamente os dois anos anteriores à tentativa de suicídio, que teve início com a separação de fato e de direito da primeira mulher: – “[...] quando eu perdi mesmo minha mulher, foi que me dei conta que aquela era a mulher que eu amava, eu saía e bebia e me drogava [...]”.

O consumo de álcool aumentou, o consumo de cocaína começou, o trabalho foi descontinuado e ele tornou-se um refém humilhado nessa ciranda:

Eu enlouqueci nessa época. Passava a noite bebendo e usando droga, me lembrava e ia bater lá na casa dela, chorando [...] sempre era isso, depois ela ligava pra minha mãe 'vem pegar o Romeu que ele tá chorando aqui'; minha mãe pegava o carro e ia me pegar, às vezes o meu pai [...].

A relação com os irmãos piorou:

A minha relação com meus irmãos antes era melhor, com o mais velho era melhor ainda, mas por causa da mulher dele a gente nem se fala mais, era meu compadre e deixou de falar comigo [...] o outro entra e sai lá em casa e faz de conta que eu não estou lá [...].

Criou coragem para anunciar aos pais que estava usando cocaína depois de três meses fora de casa — uma situação bem humilhante:

Passei um tempo fora de casa, uns três meses, e só consegui voltar e contar pra eles num dia que eu me droguei muito, bati na porta de casa e pedi pra voltar, dormir, porque estava na rua [...] eu entrei de joelhos em casa [...] meu pai me disse ‘você pode vir, eu vou cuidar de ti [...].

Uma maneira nada digna de conseguir a aceitação do pai, que, pela lembrança de Romeu, nunca fizera isso. Com o passar do tempo, Romeu foi piorando emocional, física e mentalmente. Os últimos seis meses antes da tentativa de suicídio foram terríveis. Desempregado do comércio, o dinheiro que sobrava do negócio próprio era inteiramente gasto com drogas, mas não o suficiente para o exagero daquele momento, o que começou a gerar dívidas: — “[...] pegava meu dinheiro todinho e ia pra farra; passava dois, três dias fora [...] eu fazia mais contas, minhas prestações atrasando e fui ficando desesperado [...]”.

As ressacas eram devastadoras: — “Não conseguia dormir, vinha uma tristeza, uma depressão grande, eu passava o dia todo chorando muito, e pensava, ‘meu Deus, por que uso isso, por que fiz isso? E fazia promessa de não fazer mais, só que era só melhorar que voltava tudo de novo”.

É comum confundir-se tristeza e depressão. A propósito, a depressão clínica requer alguns critérios para ser diagnosticada pelo médico, é mais que tristeza, apesar de esta ser intrinsecamente ligada à outra. No caso dele, não houve depressão diagnosticada antes da tentativa de suicídio. Sua angústia aumentava quando tentava a volta do relacionamento com a ex-mulher sem sucesso: — “O problema era que ela não queria voltar mesmo, mas se ela não quer eu vou resolver esse problema’[...] eu estava com aquela angústia de querer voltar [...]”.

O pensamento suicida germinou e aumentava a cada episódio em que bebia e usava cocaína. É verdade que, nesse interregno de dois anos de separação, o casal ainda se encontrou. E por uma vez, tentou reatar, mas pouco tempo depois K.

expulsou Romeu de casa: — “Cheguei do trabalho e minhas coisas estavam arrumadas, fui pra casa da minha mãe chorando muito e ela ainda me disse ‘eu te falei pra não ir, eu te falei [...]’”.

Fez uma promessa. Se a ex-mulher reatasse o relacionamento, ele rasparia a cabeça. No entanto, num dia de fúria, raspou-a mesmo sem o retorno dela: — “Eu tinha feito uma promessa que se ela voltasse pra mim eu ia raspar a cabeça [...] eu raspei tudo, e ela disse que eu estava ficando doido”.

De fato, havia sinais claros de desequilíbrio mental (emocional). Outro fato marcante para Romeu daquele momento, foi o dia em que tentou falar com K.:

[...] eu ligava, ligava e ela não atendia, até que fiquei desesperado [...] minha mãe estava no interior, eu peguei o carro e disse ‘vou pro interior e daqui pra lá vou me arrebentar, vou bater de frente no primeiro carro que aparecer [...] fui dirigindo e chorando até lá; não sei como, mas cheguei e encontrei a mamãe [...] eu não tinha bebido nem usado droga, estava sóbrio, só triste e deprimido, porque ela fez de conta que eu não existia.

Já não era apenas a ideação, mas havia já um plano suicida. Interessante a fala de Romeu tocando em dois pontos importantes. O desespero humano é o aspecto mais estruturante do suicida. Não se concebe alguém tentar matar-se sem estar em profundo desespero. É relevante o que Romeu diz sobre “não existir”. Assim ele se sentia diante do pai, dos irmãos e de K. Como se pode suportar a vida se não existimos para quem mais amamos?

Em outras situações, especialmente quando usava cocaína, planejava o suicídio: — “Eu me drogava e pensava [...] pensei em me jogar debaixo de um ônibus, pensei em atirar em mim [...]”.

O consumo de álcool e/ou drogas é uma maneira frequentemente usada para quem quer criar coragem para se matar. Outro fator relevante no suicídio são os sinais dados pelos protagonistas. Sabe-se que na imensa maioria dos casos, o suicida sinaliza, dá pistas de que vai se matar. Mudanças de comportamento, preocupar-se com coisas incomuns como testamento, por exemplo, isolamento e introspecção, podem ser sinais visíveis desse processo. Um dos problemas frequentes é que quem é avisado não acredita, e pior, ainda desdenha, o que pode contribuir para a decisão. Com Romeu não foi diferente, e como ele mesmo diz, foi

avisando: — “Eu falei pra ela ‘eu vou me matar’ e ela sempre dizia que era brincadeira, até que um dia eu disse ‘de hoje não passa’”.

Na sua lembrança, nos últimos dois dias antes da tentativa de suicídio, ele avisou novamente e então decidiu: — “[...] eu avisei e ficava pensando ‘se eu não fizer ela vai ficar dizendo o Romeu só fala, mas não tem coragem de se matar não [...] eu falei num dia e no outro comprei o veneno”.

Seria a tentativa desesperada de mostrar, provar para a amada a sua “coragem” e a “sinceridade” de seus sentimentos. O último ato. Era também a solução para todos os problemas, dele e dos outros: “[...] tudo só acumulando, então pra acabar com o problema de todo mundo, da minha família comigo, eu vou me matar mesmo [...] tudo que eu queria era acabar com meu sofrimento e deixar as outras pessoas em paz”.

Esta fantasia é posta por todos os (as) personagens deste trabalho e muito comum na literatura especializada na temática do suicídio. No fundo, a intenção não é morrer pura e simplesmente, mas resolver questões, problemas vistos naquele momento como insuportáveis, insolúveis.

No dia em que disse à ex-mulher que iria se matar, Romeu realmente comprou o veneno. Ainda pela manhã, chegou à loja e pediu veneno para rato: — “Foi fácil comprar perto da minha casa [...] eu pedi o melhor [...] não tinha chumbinho, nem mil gatos, mas o rapaz disse que aquele era muito bom [...] parecia arroz, um negócio verde”.

À noite, ao sair, deixa o frasco em cima da geladeira da casa da mãe, onde residia naquele momento. Lembra-se de que a ex-mulher, depois de escutar sua ameaça pelo telefone, ligou para sua irmã dizendo o que ouvira. Passou o dia com o veneno no bolso. Faltava a coragem para ingeri-lo: — “[...] passei a noite todinha bebendo, cheguei em casa cinco horas da manhã, fui lá onde eu tinha deixado o vidro e não achei”.

A irmã, avisada, havia escondido. Ele argumentou com a irmã: — “cadê o negócio que estava aqui? Ela disse ‘pra que tu quer’? Eu disse ‘pra botar pros ratos aqui’”.

A irmã colocou na tampa uma porção, digamos: — “[...] aí eu peguei e engoli [...] não, ela não viu [...] eu disse pra ela ‘não tem mais nada aqui, derramou tudo’, foi quando ela botou mais uma tampinha cheia e eu tomei de novo”.

Quando a mãe chegou e perguntou o que estava acontecendo, onde estava o veneno, Romeu estava no quarto:

[...] elas viram a tampinha no chão e perguntaram o que eu tinha, cadê o veneno’, mamãe perguntando cadê o veneno Romeu [...] eu disse ‘tomei, eu vou me matar’, disse ‘eu vou acabar com o problema de todo mundo’[...] comecei a chorar, a me sentir mal, todo mundo começou a se desesperar gritando que eu queria me matar, que eu queria morrer, minha mãe chorando [...] chamaram o SAMU e me levaram para o hospital pra fazer a desintoxicação.

Por uma coincidência, o motorista da ambulância era seu amigo, mas mesmo assim ele resistiu, não queria ir. Relatou ainda que se a mãe e a irmã não tivessem ido ao quarto, ele teria ficado lá esperando a morte: — “[...] fiquei esperando, deitado”.

Romeu não perdeu a consciência em nenhum momento. Percebeu a pulsação baixar, mãos e pés ficaram dormentes. Trouxeram leite imediatamente para combater os efeitos deletérios do veneno. Foi até o hospital para fazer o procedimento de praxe que é uma lavagem do organismo com carvão ativado para retirar o veneno ingerido. Teve alta no mesmo dia e voltou para casa. Interessante notar que uma coincidência assim ocorreu na história de Joana – ela foi para o hospital do bairro depois de também ter ingerido raticida, e a enfermeira de plantão era uma grande amiga, o que foi decisivo para ter escapado da morte. Aqui, o motorista da ambulância é amigo de Romeu, o que contribuiu para um melhor atendimento:

O motorista era um colega meu, quando a gente chegou no hospital ele me colocou numa cadeira porque não conseguia sentir minhas pernas nem minhas mãos [...] mas o atendimento foi rápido, o médico já me mandou pra sala e me atendeu, fui bem atendido.

Ao ser perguntado se realmente queria morrer, num primeiro momento Romeu afirmou que sim: — “Eu achava que ia morrer, achava que aquilo dava; se eu tivesse achado o vidro de veneno tomava tudo [...]”.

Poderíamos perguntar: — se ele queria realmente morrer, por que então não tomou o veneno ao longo do dia, já que passou todo o tempo com o vidro no bolso? Por que deixou o frasco em cima da geladeira da casa da mãe, e não escondido em

outro local que ninguém pudesse ver? O discurso do senso comum, da grande maioria das pessoas, inclusive entre profissionais da Saúde, é o chavão “ele (a) só queria chamar à atenção”.

Temos que tomar muito cuidado com os discursos superficiais e reducionistas referentes a fenômenos tão complexos como o suicídio. Que grau de sofrimento o ser humano atinge para chamar à atenção de outrem colocando em risco a própria vida? Penso que se formos à análise estritamente literal da expressão – chamar à atenção – encontraremos eco nas atitudes da maioria dos que tentam se matar. Vide este protagonista, por tudo o que foi exposto. Todavia, o uso pejorativo – como algo banal – de tal expressão, não se adequa àqueles que estão em profundo desespero diante da vida, a ponto de optar pela morte para solucionar suas pendências existenciais.

O sofrimento de Romeu arrastava-se há muito tempo, porém, nos últimos seis meses, antes de tentar o suicídio, aumentou tremendamente até a agonia do dia em que resolveu encarar a morte. Apenas ele consigo mesmo: — “[...] não falei nada pra ninguém do que eu estava passando, sofria sozinho [...] só um pouco antes do que aconteceu eu falei pra ela [...]”.

Até uma tentativa de fugir para outro lugar foi feita. A ideia de “sumir” para ele já era habitual nos últimos anos: — “Eu sempre falei lá em casa – casa da mãe – ‘eu sou a ovelha negra da família’, quando eu bebia sempre falava isso [...] dava vontade de sair, beber e não voltar de jeito nenhum [...]”.

Esclarece que não era vontade de morrer: — “Não pensava na morte, era vontade de sumir, sair e não voltar nunca mais”.

No tocante a esse aspecto, afirmou categoricamente que jamais havia pensado em se matar. Em meio a tantas confusões, brigas e ameaças, há três anos, já separado, Romeu resolve ir para a casa de uma tia em Brasília. Estava cansado de tudo aqui e decidiu pôr em prática o plano de fuga. E como foi lá:

Fiquei pouco tempo, não aguentei muito, passei só quinze dias [...] ainda fui procurar emprego [...] um dia nem dormi já pensando em ir embora de lá, quando levantei, disse pra minha tia: ‘eu vou embora e é hoje’[...] vim embora naquele mesmo dia, liguei pra mãe do meu filho mais novo e ela foi me pegar na rodoviária.

A fuga se transformou em fracasso. A “metáfora do túnel” também foi aceita por Romeu relembando seus momentos antes de tentar o suicídio. Eu narrei a cena: — Quando você se lembra daqueles últimos três meses antes de tentar se matar, dá para imaginar entrando num túnel, havia uma luz ao final [...] na medida em que o tempo foi passando, com os problemas aumentando, a distância da tua ex-mulher, dificuldade com a família, as cobranças em relação aos outros filhos, uso abusivo de álcool e cocaína, desempregado, as dívidas crescendo, o túnel se fechou, e com isso veio a escuridão. Parece com a tua história?

Sem pestanejar, ele diz que sim: — “Isso, exatamente assim. Tudo vai se apagando e chega uma hora que não se enxerga nada”.

A angústia experienciada pelos suicidas nos tempos que antecedem à sua investida é fartamente narrada por todos os que escapam ou que deixam mensagens sobre o que passaram. Acredito ser possível podermos “tentar” imaginar a intensidade do sofrimento de um indivíduo para decidir entre a vida e a morte. Mesmo quando a morte já está planejada, também podemos “tentar” pensar sobre isso, como criar a coragem necessária para executar o ato, em quem e o que estavam pensando, mas é sempre algo que me escapa. No caso de Romeu, naquele dia, ele decidiu, avisou a ex-mulher, passou o dia com o veneno pulsando no bolso, saiu para beber e usar cocaína, voltou e fez a tentativa de suicídio.

Falei acima que Romeu, em um primeiro momento, disse que queria morrer ao ingerir o raticida, inclusive afirmou que se a irmã não estivesse com o frasco, ele o teria tomado inteiro. Pois bem, voltamos ao assunto para provocar a situação que também é corriqueira entre os estudiosos do suicídio: — A pessoa quer morrer ou resolver seus problemas com a morte? Novamente, elaborei melhor esta questão — que certamente não é de fácil assimilação, filosófica até — para nosso interlocutor poder refleti-la:

— Romeu, parece que chega um momento em que nada mais tem solução [...] pelo que está me dizendo, você queria morrer, sem dúvida, mas esta vontade de morrer surge como uma solução definitiva para os problemas que estava enfrentando, e você não conseguia ver soluções?

Logo ele afirma: — “É isso mesmo [...] eu achava que ia resolver os meus problemas, e o dos outros também”.

Ao voltar para casa depois da alta hospitalar, Romeu refugia-se no quarto. Por uma longa semana, virou um misantropo com medo do mundo: — “Eu não queria

sair pra lugar nenhum [...] fiquei em casa sem banhar, sem querer fazer nada, minha mãe é que levava comida pra mim”.

O isolamento é um fator ressaltado pelos sobreviventes de experiência de suicídio. O estigma social é comprovadamente a causa principal de isso acontecer. Sair à rua e responder às perguntas nada discretas como ‘por que você quis se matar’ não é tarefa fácil. No momento em que a pessoa quer cuidados, atenção e acolhimento para voltar a ter fé na vida, a curiosidade mórbida do povo, o achincalhamento e o julgamento súbito são insuportáveis. O estigma de ser um sobrevivente de um suicídio é pesado sim. Daí o isolamento como estratégia de enfrentamento.

A vergonha dos outros e de si é um sentimento recorrente: — “Fiquei com vergonha de mim mesmo”.

Muitas vezes, quem tentou suicídio e sobreviveu convive com a pecha de ser um fracassado, um perdedor, ou seja, nem para se matar obteve sucesso. Romeu conta que, no dia em que tentou, seu pai estava viajando. A mãe ligou para avisar do ocorrido, e quando este quis falar, Romeu recusou: — “Ele ficou preocupado, queria falar comigo [...]”.

Percebe-se que a vergonha é demasiado forte, visto que Romeu batalhou ao longo da vida pelo apoio e afeto do pai. Portanto, para recusá-los como fez ao evitar esta conversa, tinha que ser algo bastante intenso. De qualquer maneira, houve ganhos secundários com a tentativa de suicídio. Isso quer dizer que pessoas se aproximaram, olharam para ele, deixaram – ainda que por um momento – de fazê-lo sentir-se “não existir”: — “[...] cheguei do hospital e minha casa estava cheia de gente, chorando, perguntando por que eu tinha feito aquilo [...] minha madrinha, muita gente”.

Por um momento, acreditou na preocupação e teve a sensação de que seu pai o quer bem: — “[...] depois eu pensei, ‘meu pai gosta de mim, ele ficou preocupado, estava longe, mas preocupado comigo”.

Os meses que se seguiram ao evento — três até nosso primeiro encontro, um pouco mais até o segundo – estavam sendo de recuperação, luta pela vida, volta ao trabalho, apoio espiritual, tratamentos médico e psicoterapêutico. Todavia, considero que a busca mais importante para Romeu continuava sendo pelo reconhecimento da família, aquela necessidade de se sentir pertencendo a uma “família unida”, em que uns se preocupam com os outros, se comunicam entre si, se abraçam, enfim, se

amam. A outra, a busca pelo reconhecimento, pelo amor da ex-mulher, a volta para casa deles, o reatamento de forma sustentável do antigo casamento.

Tinha uma ideia fixa de conseguir uma reunião de família para poder expor seus pensamentos e sentimentos sobre todos, sobre a família e até mesmo sua tentativa de suicídio:

Eu falei pra minha mãe que queria reunir a família todinha pra conversar, mas até agora não deu certo. No dia do meu aniversário, eu falei ‘mãe, vamos fazer um jantar aqui em casa só pra família’. Arrumei tudo com minha namorada [...] quando chegou à noite, começou a chegar tanta gente de fora da família [...] não deu pra falar nada. [...] Eu queria conversar com todo mundo, o que estava acontecendo [...] mas a minha mãe a semana toda no interior, meus irmãos passam o final de semana bebendo, meu pai não liga [...] é difícil.

Aquela sensação de ter sido a “ovelha negra” a vida inteira atormenta, é o que se chama de pensamento intrusivo no cotidiano de Romeu:

[...] a vida toda foi assim [...] ele (pai) me batia diferente dos outros, ele sempre foi diferente comigo, eu não sei por que [...] lá em casa eu ajudo todo mundo, nunca disse não, mas quando eu preciso, nunca dá, ‘vamos ajudar o Romeu, ele está precisando’, nunca.

A ideia alimentada sobre a reunião de família é extravasar essa angústia de não se sentir pertencendo a uma família: — “[...] eu preciso muito da minha família, mas lá em casa ninguém gosta de mim fora a minha mãe”.

É uma necessidade visceral, algo maior que o motiva a, no mínimo, alimentar essa união, a despeito do cenário desfavorável que encontra no seio familiar. Em tantos outros casos de tentativa de suicídio, a família clama para que o membro suicida fale, diga alguma coisa sobre os supostos motivos de querer morrer. Aqui ocorre o contrário. Alguém sufocado para querer falar e não há nenhum interlocutor disponível. Um “complô do silêncio” dificulta: — “Eles nunca tocaram no assunto (tentativa de suicídio), todos sabem mas nunca comentaram [...] pra eles tanto faz, eu morrer como não morrer”.

Falar de seus males, expressá-los, é, sem dúvida, o caminho para a elaboração e uma melhor condição existencial. Perguntado diretamente sobre sua vontade de falar do episódio da tentativa de suicídio à família, ele sentencia: “Eu vou falar!”. Este é um ponto fundamental para pensarmos os dramas existenciais, e o suicídio se apresenta como o maior deles pela condição limite do indivíduo frente ao paradoxo vida x morte.

Familiares, vizinhos, conhecidos, e (muita ênfase) profissionais de Saúde: escutar, escutar, o tempo que for possível, com uma atenção especial, atitudes que podem ser decisivas para contribuir ou não na decisão de o indivíduo matar-se. Ressalte-se, como parênteses, que Romeu nunca foi um solitário, alguém isolado socialmente, sempre cultivou amizades e uma série de relacionamentos afetivos, não sendo à toa que tem cinco filhos com três mulheres. Sabemos que o isolamento social é uma característica presente para boa parte dos suicidas; e, como vimos, aqueles que sobrevivem relatam tal característica no tempo ulterior, variando caso a caso à tentativa.

O relacionamento com a ex-mulher continuava confuso para Romeu. O seu principal objetivo era reatar o casamento, voltar para casa. No entanto, isso já não parecia tão claro: — “[...] eu não sei mais se quero voltar pra ela, mesmo que ela queira”. Ela o provoca, mas também não decide, o que aumenta sua ansiedade diante da situação.

[...] ela me manda mensagens tipo ‘senti tua falta, liguei pra saber como você está, sonhei contigo’, coisas assim. Isso me deixa confuso, eu ainda gosto muito dela, ela pede pra gente sair juntos, mas não sei se ela quer e nem se eu quero voltar mesmo, o casamento [...].

Outro ponto ressaltado por ele é a tentativa dela de tirar proveito também das circunstâncias, materialmente falando: — “Ela até fala em voltar pra mim, mas que essa casa que eu dei pra ela não serve mais, tem que ser outra em outro lugar, falou de precisa de um carro [...]”.

Esse quadro acaba se transformando em fator de risco para Romeu, visto que o principal motivo alegado por ele para tentar o suicídio foi justamente o final do relacionamento com K., e o desprezo com que era tratado, aquela sensação de “não existir” para ela. Atualmente, voltando para os ganhos secundários, aparentemente ele voltou a “existir” para K., mas toda essa indefinição certamente não ajuda, e tem

que ser vista com cuidado no seu tratamento para o risco de uma nova tentativa seja minimizado. Ele comenta inclusive que a medicação o estava ajudando nesse propósito: — “Eu tinha muita ansiedade por causa da minha ex-mulher, queria ver ela passar pra ir trabalhar [...] mas agora não, melhorei e não sinto mais isso como antes”.

Antes de tentar o suicídio, Romeu participava da vida religiosa de uma forma mais tímida, apesar de ser frequente: — “A minha casa fica em frente a uma Igreja, mas eu frequentava outra; quando saía do serviço assistia à novena nas terças-feiras – numa igreja católica de outro bairro”.

O apoio espiritual tem sido crucial na sua recuperação. Logo depois da alta no hospital, a espiritualidade se apresenta como proposta através da mãe:

No mesmo dia que tentei me matar minha mãe me levou na Igreja pra fazer oração, e lá eu contei tudo nesse setor de oração. Lá as pessoas ouvem, os problemas e me encaminharam pra um grupo chamado Amor Exigente. A reunião era na quarta-feira e eu fui [...].

O Amor Exigente é um grupo destinado também a dependentes químicos, familiares e/ou cuidadores que tem reuniões semanais e oferece apoio terapêutico a esse público. Romeu está participando na medida do possível – às vezes o trabalho se estende e não consegue chegar a tempo – vai para o grupo de oração da Igreja em frente à casa dos pais nas segundas e às missas dominicais com mais regularidade. Assim fala da importância da fé no momento presente: — “Está sendo importante pra mim [...] nem sempre eu rezava, agora não, todo dia quando acordo digo obrigado meu Deus por mais um dia [...]”.

A espiritualidade é um fator ressaltado como categoria relevante no combate aos males da existência. Desde os tempos mais remotos, a vivência espiritual está ligada à experiência humana. Neste caso, como em todos estudados nessa pesquisa, tais práticas são vistas como fator de proteção; ou seja, servem para ajudar, apoiar o indivíduo em sofrimento e diminuí-lo, visando ficar na vida e não buscar novamente a morte.

Romeu não estava mais bebendo nem usando outras drogas. Voltara a trabalhar nas frentes de antes, no comércio e no negócio próprio. Mostrava-se bastante animado e otimista quanto ao futuro, pensando inclusive em oferecer um novo serviço dentro de sua microempresa. Pagou todas as dívidas que tanto o

atormentaram, e listadas por ele como um dos fatores que contribuíram decisivamente para tomar a decisão de tentar suicídio. Um fardo a menos. Queria viver: — “Não penso mais em me matar, eu quero muito é viver depois disso que passei [...]”.

Os tratamentos necessários para aquele momento estavam em andamento: o psiquiátrico e psicoterapêutico. A medicação tem ajudado a controlar a ansiedade e a regular o sono. A perda de sono é um fator prejudicial para todos, mas no caso da pessoa que passa por problemas mais graves torna ainda pior a crise vivida. Para Romeu, a falta de sono antes da tentativa de suicídio tinha a ver com seus picos de angústia e o uso de drogas, principalmente a cocaína. A perturbação mental era agravada e os pensamentos negativos se potencializavam, com episódios de alucinação: — “Mesmo que não me drogasse, eu escutava vozes, ia deitar e ficava escutando o que tinha que fazer, coisas ruins”. Atualmente, apesar dos medicamentos, ainda acorda, eventualmente, no meio da madrugada: “[...] às vezes acordo de madrugada, chamo minha mãe e ela reza; ela é muito católica e reza até eu dormir de novo”.

Relata novamente ter ouvido vozes, mas parece ter sido através dos pesadelos e não episódios clássicos de delírio ou alucinação: — “Ouvia alguma coisa tipo uma voz falando pra mim que ia me levar. Nessa semana teve isso, e eu gritei a mamãe pra ela ficar comigo [...] eu tenho medo, medo de voltar ‘aquelas coisas’, medo de cair em tentação e fazer o mesmo”.

O fantasma da morte ainda rondava, caracterizado aqui pelo sentimento de medo. Mesmo Romeu dizendo que não tem mais vontade de morrer, como relatado anteriormente, mesmo tomando os cuidados para não sucumbir, é possível perceber que esse tipo de quadro requer toda a atenção de quem cerca o ambiente do suicida. Qualquer detalhe pode fazer a diferença, como, por exemplo, saber que a falta de sono e episódios de delírio, de alucinação, devem ser tratados o quanto antes.

Romeu nutre sentimento de raiva, de si e dos outros (leia-se família: pai, irmãos e ex-mulher). A relação com uma das mães de seus filhos, a que veio com ele ao nosso segundo encontro, é boa, mas a mãe do filho caçula também está deteriorada, não está vendo a criança. Aliás, foi o filho por quem mais deixou claro o gostar, disse isso enfaticamente; mais um conflito para administrar. De todo modo, afirma manter contato e prover os cinco filhos, de quem fala com carinho. A raiva de

si deriva do episódio da tentativa de suicídio: — “Fiquei com raiva de mim [...] de ter usado droga, de ter tomado o veneno, porque se não fosse aquela droga (cocaína) eu não teria feito aquilo”.

Ao finalizar o trabalho de escuta, e tentar esgotar os conteúdos significativos para nossos objetivos com os sujeitos, penso que o trabalho de campo etnográfico merece ter um bom “fechamento”, que, na minha maneira de fazê-lo, requer um breve resumo dos aspectos mais importantes sobre os quais conversamos, dúvidas a serem esclarecidas, considerações acerca dos encontros, orientações técnicas sobre a minha área quando necessárias e possíveis encaminhamentos a tratamentos com outros profissionais.

Neste caso, resumi os fatos colocados por Romeu como marcantes na sua vida, mas dei ênfase a seu processo de recuperação. Ressaltei a importância do que estava fazendo e como esses aspectos servem como fatores de proteção. Acompanhamento psiquiátrico, psicoterapêutico, participação nos grupos, de oração e de ajuda (Amor Exigente), a volta ao trabalho, com o pagamento das dívidas (comércio e negócio próprio), cessação do uso de álcool e outras drogas; passou a evitar locais e companhias que pudessem sugestioná-lo ao uso de drogas. Tudo isso estava sendo feito por ele.

Dois aspectos precisavam de solução rapidamente. Uma atividade física regular, mais fácil de resolver; e a questão com a ex-mulher. A atividade física regular e realizada de acordo com as condições de cada um contribui para o bem-estar do indivíduo. Substâncias químicas que dão sensação de prazer e recompensa, como serotonina e endorfina, são liberadas depois dos exercícios adequados. Nos casos de pessoas ansiosas, angustiadas, perfis parecidos com os que vimos nesse estudo; as atividades aeróbicas são mais indicadas – caminhada, corrida, ciclismo, esportes aquáticos —, por fazerem com que as pessoas “descarreguem” suas energias, recomponham-se, e quiçá, evaporem junto com o suor parte dos seus males. Atividades de relaxamento também são indicadas, como meditação, yoga, massoterapia. Nos casos trabalhados aqui, essas práticas estão mais distantes do mundo deles, então não vi benefícios em indicá-las, para não ser mais um peso ou “obrigação”.

Conversamos bastante sobre as pendências com a ex-mulher. Fiz um trabalho que prezo com o método fenomenológico, discutindo sobre as diversas possibilidades diante daquele fenômeno. Sempre com o maior cuidado para ele

entender que as possíveis e futuras decisões são absolutamente da sua exclusiva responsabilidade. Como o momento era confuso quanto a isso, a sequência da psicoterapia seria peça relevante nesse jogo. Alertei para as armadilhas emocionais na dinâmica com K. – ficar e dormir eventualmente com ela, a questão financeira em aberto, e outras – que poderiam se transformar em fator de risco para seu bem-estar integral. Por último, as questões referentes às queixas familiares, pai e irmãos, sua carências afetivas, e se as expectativas diante disso estavam alinhadas com a realidade.

Assim encerramos, sua namorada estava esperando na sala do meu apartamento, fizemos um breve lanche e foram embora.

3.4.4 Virgínia

A quarta pessoa a ser entrevistada foi Virgínia, com o seguinte perfil: mulher, quarenta e sete anos, solteira, Ensino Médio completo, residente no Bairro Água Mineral em Teresina, classe média baixa (critério utilizado para isso: renda familiar mensal de dois salários mínimos).

Foi por meio de S., uma pessoa conhecida em comum, que nos encontramos. Ela foi minha colega em um trabalho de atendimento voluntário no Centro de Valorização da Vida (CVV), trabalha na área da Saúde e atua na zona Norte de Teresina. Em algumas tentativas de suicídio e luto que encontrava nas comunidades onde trabalha, S. entrava em contato comigo para saber se eu não poderia dar um apoio àqueles que se encontravam em uma situação mais delicada. Era sempre um atendimento voluntário, apenas a título de amparar e se necessário encaminhar tais pessoas.

Como sabia do meu trabalho de Mestrado, S. me ligou para saber se não tinha interesse em conhecer e conversar com Virgínia, pois estava muito mal, e havia tentado suicidar-se no início do corrente. Concordei de pronto, e marcamos o primeiro encontro, com a mediação de S., para o dia 01 de agosto de 2012, na residência de Virgínia, às 16h30; encontro que duraria uma hora e vinte e cinco minutos. A partir daí, foram mais dois encontros ao longo de cinco meses.

Cheguei com S. à casa de Virgínia, debaixo de um forte calor. Lembro-me de que sua primeira atitude foi me oferecer um ventilador, porque estava realmente muito quente, principalmente na sala apertada em que conversaríamos. Fui muito

bem recebido por ela e por sua mãe. Rapidamente, S. levou a senhora para o quintal da casa para que eu e Virgínia pudéssemos ficar com mais privacidade e mais à vontade para conversar. A casa fica em uma rua estreita de calçamento, portões baixos, sala pequena com pouca mobília, três quartos e cozinha pouco espaçosa. Nos fundos, o quintal com algumas árvores que davam um ar mais interiorano àquela típica residência de Teresina. Virgínia serviu refrigerante e água. Sentamos em uma mesa dessas de plástico, mais próximos do ventilador e, como S. havia me antecipado, tem uma audição comprometida em um dos ouvidos. Além disso, fala num tom de voz bem baixo.

Apesar de S. ter adiantado a minha formação e o meu trabalho de pesquisa no Mestrado, iniciei explanando quem eu era, o que fazia profissionalmente, os termos éticos que referendavam os nossos encontros, como praxe em todas as primeiras conversas com as pessoas entrevistadas. Ela se mostrou totalmente interessada, consciente de que falar sobre morte e suicídio é um tabu, mas de imediato colocou a necessidade de ajuda:

É um grande tabu e também uma dificuldade muito grande, eu não tenho facilidade para falar. Estou aqui com você como um profissional e me conscientizei de que preciso de ajuda [...] quando S. me perguntou se eu aceitaria, eu disse sem dúvida, sem pensar duas vezes.

Falou que estava em uma condição financeira terrível, sem emprego, dependendo da família, pois “abandonei a minha vida literalmente para ir morar com a minha mãe lá na nossa cidade”.

Mostrou e admitiu logo que estava com o raciocínio confuso: — “me desculpa, vou colocar as coisas para você tudo misturado, não consigo ter sequência”.

Achei prudente garantir que poderíamos nos encontrar outras vezes para não causar mais ansiedade em Virgínia. Ela ressalta que sua família é de um povoado próximo a uma cidade do interior do Piauí, no “meio do mato”. Ela é a quarta mais nova de dez irmãos. Com o passar do tempo, todos mudaram para cidades maiores, grande parte veio para Teresina, um irmão para Brasília e duas irmãs para Florianópolis. Virgínia veio primeiro para cá, estudou e foi morar também em Florianópolis, onde passou dezessete anos.

O suicídio perpassa a história dessa família. Em 1982, trinta anos atrás, o pai de Virgínia cometeu suicídio. Morava no interior, vivia da agricultura familiar, e ingeriu agrotóxico, veneno que usava na plantação de tomates. Veio para Teresina para ser atendido, mas não resistiu. Virgínia já estava morando aqui e presenciou, aos dezessete anos de idade, todo o drama do pai. Há pouco mais de três anos, em março de 2009, foi a vez de uma sobrinha, filha da irmã mais velha e a primeira neta da família, se matar, aos vinte e sete anos de idade, em Brasília. Atirou contra a própria cabeça com a arma do pai; apresentava traços de esquizofrenia, sintomas depressivos, além de conviver há anos com uma severa fobia social que a incapacitou, entre outras coisas, de cursar a faculdade.

Sabe-se que o suicídio tem componentes genéticos de hereditariedade; portanto, quem tem parentes suicidas tem maior probabilidade de cometê-lo. Além disso, o efeito de contágio, chamado “Efeito Werther” – o nome deve-se ao romance alemão *Os Sofrimentos do jovem Werther*, de Goeth, por causa do efeito contagioso que o romance teve para várias pessoas na Europa, depois que a obra foi lançada. Logo, isto não deve ser desprezado. Virgínia foi para Brasília apoiar a irmã enlutada, onde programou passar alguns dias, mas ficou por seis meses.

Virgínia morou dezessete anos na cidade de Florianópolis. Voltou em 2008, depois que as irmãs voltaram, e sua vida começou a ganhar contornos dramáticos: — “Toda a minha história principal aconteceu em Santa Catarina”. No entanto, a tentativa de suicídio foi na casa da mãe, no final do ano de 2011.

Ao voltar do Sul, morou em Teresina até a temporada em Brasília para ajudar a irmã, depois do suicídio da sobrinha. Ainda lá, planejou retornar, mas iria diretamente para o interior, para a casa da mãe, fazer-lhe companhia e ajudar na labuta, já que esta tinha oitenta anos. Assim aconteceu.

Virgínia estava angustiada, era perceptível. Disse que no dia anterior foi até um padre para conversar e voltou mais aliviada: — “Você é católico?”.

Respondi que sim e ela continuou:

Conversei com o padre K. Ontem, chorei muito; ele me disse palavras de apoio, foi muito importante e hoje estou mais leve. Ontem estava me sentindo muito sufocada, pesada, angustiada. Foi uma bênção ter conversado com ele.

A religiosidade e a fé estavam a serviço do alívio de Virgínia, que se encontrava sufocada pelas culpas sentidas por diversos motivos. Um deles era a culpa porque sua mãe voltara para morar em Teresina depois da tentativa de suicídio: — “[...] sentimento principalmente de culpa por ela não poder mais voltar, ela veio embora de lá depois que tentei o suicídio que foi na casa dela”.

Tudo aconteceu na virada do ano, do dia 31 para 1º de janeiro deste ano. Virgínia tentava contar alguns detalhes, mas resolveu voltar no tempo e contar a sua história em Santa Catarina, que, segundo a crença dela, levou-a a desistir de viver e tentar se matar.

Tudo começou quando Virgínia trabalhava como voluntária no Centro de Valorização da Vida (CVV) em Florianópolis. Chegou até lá por indicação da irmã. Admitiu que violou uma das principais regras da instituição: — “[...] eu cometi o grande erro de quebrar a regra do CVV de ter me identificado para uma pessoa que estava ligando”.

Coincidentemente, eu também fui voluntário no CVV de Teresina. De fato, entre os principais preceitos da filosofia desse trabalho, um é que o voluntário que está atendendo em hipótese alguma se identifique para quem usa o serviço. Para tanto, usa-se um codinome. O CVV é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que atua em todo o Brasil através de centros que atendem pessoas em sofrimento, especialmente aquelas que pensam em cometer suicídio. Os atendimentos são realizados por telefone e, em casos raros, pessoalmente. A filosofia humanista de Carl Rogers serve de base para o trabalho, que requer sigilo e anonimato absolutos acerca dos atendentes voluntários e das pessoas atendidas. Na noite da virada para o ano 2000, Virgínia atendeu uma garota, envolveu-se emocionalmente no atendimento e identificou-se. Assim, passaram a conversar, ainda por telefone, em todos os plantões de Virgínia. A pessoa atendida, R., se dizia doente em fase terminal de um câncer, andava em cadeira de rodas, tinha amputado uma perna e provavelmente amputaria uma mão. Até brincou com Virgínia dizendo: — “Se eu escutasse um toque na porta (do CVV), seria a mão dela que tinha amputado”.

Os pais tinham morrido em um acidente de carro, quando ficou sendo cuidada por uma tia. Tinha uma boa condição financeira e a família era de Goiás. Algum tempo depois, introduziu uma terceira pessoa, F., uma suposta amiga que também tinha câncer e eram companheiras no tratamento da doença, ambas com aproximadamente dezoito anos de idade. Virgínia divulgou o endereço de onde

trabalhava – uma lanchonete –, convencida por R., para que F. fosse visitá-la. A história evolui com ares de trama cinematográfica, como relata Virgínia ao se referir a R.:

[...] toda a história que ela me contou foi uma invenção dela, criada por ela para me envolver. Por isso, ela se colocou como paciente terminal de câncer e F. como amiguinha dela, companheira de tratamento [...] no final, eu não conheci R. [...] eram duas psicopatas.

A propósito, conversamos um pouco sobre a psicopatia, a pedido de Virgínia, que ansiava entender alguma coisa desse emaranhado de situações duvidosas e enigmáticas. No filme *Mulher solteira procura*, podemos ver alguns pontos em comum com a história da nossa protagonista. Uma mulher psicopata hospeda a outra personagem que acabara de ter problemas com a última companheira com quem dividia o apartamento. Diante da fragilidade da hóspede Holly, Tess a envolve numa série de mentiras, até o ponto de matar uma amiga e tentar matar o namorado de Holly, sempre com a intenção de afastar quem representasse ameaça para a relação: – “Você é a minha melhor amiga, a gente não pode se separar [...] eles estão entre nós”, dizia Tess. Matava para “aliviar o sofrimento” de quem gostava.

Por sua vez, R. ligou para Virgínia ao longo de quatro meses, interrompeu um mês, e em junho daquele ano 2000, F. liga dizendo que R. morrera. Havia deixado alguns pertences para Virgínia e F. precisava entregá-los pessoalmente: – “[...] no mês de junho que F. foi me levar, lá no trabalho, umas coisas que R. tinha deixado pra mim: um cordão de ouro, uns bilhetinhos e um Mickey”.

Virgínia comoveu-se ao ver aquela garota com aspecto doentio, uma sonda no nariz e um esparadrapo na barriga, que ela fez questão de mostrar. O envolvimento cresceu ao ponto de F. pedir para ser adotada como filha:

Um belo dia, ela foi na quitinete, eu morava sozinha, começou a ir cada vez mais. Até que um belo dia, ela me perguntou se eu não queria adotar ela como filha, os médicos só tinham dado mais seis meses de vida por causa do câncer [...] diante daquela situação, eu sempre fui de muito de ajudar e não tive coragem de dizer não [...] era um pedido de R., tinha uma carta pra mim pedindo pra eu cuidar da irmãzinha dela.

Apesar de apenas amigas, R. e F. haviam feito um pacto de sangue, furaram os dedos, coisas assim, disse Virgínia. Cheguei a perguntá-la se a tal carta ainda existia, mas já tinha sido destruída junto com outros objetos da dupla. Vale ressaltar que Virgínia não tinha certeza do câncer de F.: — “Eu não tenho certeza até hoje, porque ela nunca permitiu que eu conhecesse o médico dela [...] sei que ela me contou uma história muito bem elaborada (pensativa)”.

Na esteira do pensamento de Virgínia, uma das características do psicopata é a capacidade de seduzir e manipular a vítima, envolvendo-a ao ponto de que fique à sua mercê.

Foram aproximadamente oito anos e meio de convivência direta até a volta de Virgínia para Teresina, em outubro de 2008. Veremos que, mesmo morando aqui, e depois na cidade onde nasceu, as duas permaneciam em contato, e no que isso acarretou para Virgínia:

Eu nunca me desliguei dela! A gente ficou em contato, principalmente nessas datas de Natal, ano novo, aniversários, a gente se comunicava por mensagem, eu liguei algumas vezes [...] eu sempre ajudei financeiramente, só trabalhei esse tempo todo para ajudar F. em tudo [...] foi por causa dela que eu pensei em suicídio, das dívidas que fiz porque ela me pediu ajuda.

F. morou por muito tempo com Virgínia, e o enredo se tornava cada vez mais sinistro: — “Ela ficou morando comigo, foi toda uma história estranha; ela inventou que a mãe tinha morrido e o pai se suicidado; que a avó...”.

Virgínia derivou para contar outros aspectos da trama para que eu entendesse, sempre se culpando e estupefata com o que vivera: — “É inacreditável como eu acreditei em tudo isso, eu simplesmente embarquei num navio cheio de bombas sem questionar nada [...]”.

O assombro atual de Virgínia lembrando cada episódio dessa história não é injustificado. Vejamos a que ponto chega a manipulação imposta por F.:

[...] a gente já morava juntas desde junho. Em agosto, um dia eu cheguei em casa, F. tinha preparado um jantar, e veio com uma conversa de que a R. apareceu, a R. falecida [...] F. começou a me dizer que R. estava aparecendo pra ela em espírito, e esse ‘espírito’ de R. passou a direcionar a nossa vida; era ela quem dizia tudo

como fazer, e eu entrei nessa, acreditei e fui vivendo como se fosse a realidade [...] eu ainda não consigo compreender como é que uma pessoa fez tudo isso, transformou toda uma vida [...].

Tinha mais. Virgínia foi induzida a ir morar com a família de F. e o repertório de estórias crescia, tanto que a própria Virgínia se contradisse quanto à família de F., ao me fazer esses relatos:

Quando ela me pediu para ser adotada como filha, disse que a avó tinha assassinado o pai dela, que tinha um bordel com prostituição mesmo, e por causa disso a mãe dela morreu de câncer, e por causa disso ela era alcoólatra, e por causa disso tinha também câncer [...] quando ligava pra mim, fazia drama, a gente conversava horas, eu ficava desesperada achando que ela estava mal, com voz de embriagada, eu implorava pra ela ficar bem, uma coisa muito real pra mim.

Num momento anterior, Virgínia dissera que o pai de F. suicidara-se, agora foi assassinado pela avó. Confesso que durante a narrativa de Virgínia, eu mesmo me confundia, pedi por vezes para que voltasse e esclarecesse alguns pontos, refazendo “a linha do tempo”, na tentativa e esperança de compreender tudo aquilo, absolutamente difuso e surreal.

Como dito, a vida das duas passara a ser direcionada pelo espírito de R. Por exemplo: F. passava a maior parte do tempo na casa de Virgínia e ia aos finais de semana para a casa da avó, nunca morou exclusivamente com ela. No entanto, F. dizia que era em outra cidade e que a avó estava colocando terceiros para vigiar e perseguir Virgínia:

[...] lembro dela me dizer que a avó estava botando gente atrás dela para vigiar, alguns momentos dizia que não era pra eu sair de casa naquele dia porque poderia ser assassinada [...] não me permitiu conhecer o médico dela, e eu aceitei tudo, aconteciam algumas coincidências, era muito real, eu estava vivendo tudo aquilo de verdade.

Tudo se dava sob as “orientações” de R.: — “teve um dia que eu cheguei em casa – F. não sabia nem fritar um ovo – e F. tinha feito uma comida maravilhosa, mas eu acreditei que a R. foi quem ajudou a fazer”.

Tais orientações vinham inclusive ao longo da noite, com supostas manifestações de R. através de F. dormindo, uma delas com voz diferente persuadindo Virgínia a acreditar que naquele momento estaria ouvindo e falando diretamente com R.:

R. aparecia pra ela, conversava comigo dormindo [...] falava como se tivesse acordada, mas dormindo fisicamente [...] ela contava o que estava acontecendo com ela, o que estava fazendo, do médico, dizia o que a gente devia fazer [...] teve só uma vez que ela falou como se fosse a outra; eu estava gravando, tinha um gravador que usava para estudar inglês, e nesse dia eu gravei; ela começou a sorrir, então eu perguntei: R., você está aqui? Ela deu gargalhadas, começou a falar com a voz de R., diferente da de F., o que me impressionou muito [...].

O nível de sugestibilidade, de envolvimento de Virgínia pode ser medido pela afirmação: — “Me senti privilegiada de estar conversando com alguém que já faleceu”.

Perguntei se mantivera a fita gravada com a voz de R. ela me disse que não, que, apesar de arrependida por isso, destruíra tudo. Aliás, cabe lembrar que praticamente tudo fora descartado ou destruído por Virgínia a mando de F., por sua vez orientada por R. Cartas, essa fita, objetos, inclusive as mensagens telefônicas e comprovantes bancários da época recente, anterior à tentativa de suicídio, momento em que Virgínia se endividara para suprir os pedidos de F., ou melhor de RM, que mudara de nome ainda naquela época. Logo que F. começou a frequentar a casa, ou melhor, a quitinete de Virgínia, depois da anunciada morte de R., ela disse que mudara de nome e, a partir dali, se chamaria também de R. (chamarei aqui de RM para não confundir). Por quê? Para homenagear a amiga morta. Convenceu a amiga Virgínia de tudo isso, e assim ficou, doravante incorporaria até mesmo o nome de R. Chegou a apresentar os documentos já com o novo nome, mudado rapidamente com a ajuda de um advogado: — “Ela me disse que o nome que era F. passaria a ser RM, em homenagem a R. [...] ela mostrou pra mim, carteira de trabalho, CPF, tudo com o nome novo”.

Perguntei como quem não quer acreditar em tudo aquilo, se ela realmente tinha visto esses documentos e se tinham a foto dela: — “Sim, vi todos e com foto”.

Ao mesmo tempo, lembra que na carteira de trabalho existiam registros de trabalhos anteriores, o que a leva a novamente exclamar: — “Realmente é muito estranho; mais uma prova de que tudo foi uma história inventada, tudo foi inventado [...]”.

Essa atitude seria importante para o passo seguinte de convencer Virgínia a ir morar com a família dela. Todo esse ano de 2000 foi envolto nessa névoa, quando a agora RM construiu as bases do relacionamento patológico que se desenrolaria até a tentativa de suicídio de Virgínia, no final do ano de 2011.

Depois de mudar para uma pousada, para trabalhar e morar, por quase todo o ano de 2001, Virgínia mudou-se para a casa de uma irmã de RM, onde moraria até voltar para Teresina, em outubro de 2008. As histórias que envolveram esse período de mudança para a casa de C., e os tempos posteriores não são menos fantasiosos nem enigmáticos como das outras supracitadas. Virgínia sempre trabalhou, (lanchonete, lavanderia, vendedora, doméstica, entre outros), viveu de forma independente, financeiramente, porém, depois de RM aparecer, uma parte generosa do dinheiro ganho era para bancar a amiga que virara filha. Sim, depois da “adoção”, a então F. chamava Virgínia de mãe! Essa foi outra estratégia desfeita antes de Virgínia ir para a casa de C., quando não seria mais possível chamá-la assim, por motivos óbvios para nós agora. Mas nada óbvios, para Virgínia, naquele momento; tudo muito justificável por meio de histórias mirabolantes que não caberiam em todos os seus detalhes neste trabalho. Posso citar a “criação” da família de RM, a passagem pelo grupo Alcoólicos Anônimos (RM acompanhada por Virgínia), a cura de RM pela promessa feita a Nossa Senhora Aparecida (por isso pode tirar o curativo que trazia na barriga e a sonda que eventualmente estava no nariz), como conta Virgínia:

[...] a promessa era pra mandar uma imagem de Nossa Senhora para o santuário de Aparecida; eu nem vi quando ela mandou isso, mas um belo dia ela chegou, levantou a camisa e não tinha mais nada, nenhuma cicatriz, só um motorzinho que ficou dentro da barriga [...].

Tudo comandado pelas intenções e diretrizes de R. Em um dos momentos em que foi desafiada ou questionada por Virgínia, RM entrou em desespero, acionou a entidade R. e reverteu a situação:

[...] eu conheci um delegado através de uma conhecida [...] contei pra ele sobre o suposto bordel da avó de RM numa cidade perto de Florianópolis, um pouco da minha história com RM, e ele se prontificou a ajudar, a dar uma olhada nisso [...] no dia que eu contei pra ela na pousada, ela entrou num desespero tão grande; que isso não podia acontecer; que a avó dela era mal; que a avó dela poderia fazer alguma coisa de muito cruel [...] aí ‘chegou’ R. dizendo que eu tinha que ligar para o delegado pra ele não fazer nada; RM faltou morrer, teve uma crise, chegou a desmaiar [...] eu pedi, pedi pra não acontecer nada e ele desistiu.

Em setembro de 2001, depois de uma briga com o dono da pousada – com quem manteve um vínculo sexual – e de todo o terreno preparado por RM por meio de estratégias de manipulação, Virgínia mudou-se efetivamente para a Casa de C. A partir daí, não mais tocava em nenhum assunto que dissesse respeito ao seu passado recente junto de RM: esta não a chamava mais de mãe, não falavam da doença, não falavam da R., e Virgínia fora instruída para que tratassem disso apenas a sós.

Na casa de C. moravam ela, o marido e Virgínia. Em uma casa próxima, moravam RM e o restante da família, que, de acordo com o “milagre” obtido através de R., formou-se para realizar um sonho de RM:

Quem morava lá era a avó, que virou mãe; o velho por quem ela tinha se apaixonado no bordel – a avó tinha um bordel em uma cidade bem próxima de Florianópolis. Um dia seria destruído para que finalmente RM realizasse o sonho de ter uma família, construída com as mesmas pessoas frequentadoras do estabelecimento, contava RM –, era o pai; a irmã, que era amiga da mãe [...] os outros irmãos moravam em outro bairro [...].

Questionada se não havia confrontado dados das histórias anteriores com a nova realidade, se existira algum bordel ou qualquer outra coisa dita, Virgínia novamente choca-se consigo própria: – “Eu não questionei nada com ninguém, ficava pensando que só poderia ser mesmo um milagre, se desmanchar um bordel para se transformar numa família; eu acreditei”.

A cada momento, Virgínia tenta recuperar-se no sentido de trazer à consciência a realidade com a qual tinha trombado há muito pouco tempo: — “No ano passado, quando ela me aplicou o golpe, que eu dei tanto dinheiro pra ela, de repente eu caí na real, que tudo era minha cabeça. Tudo isso foi uma grande mentira”.

Pode-se sentir, por meio desses relatos, como algo que nos parece familiar apenas nas telas ou nos livros pode ser de fato real (filme *Mulher solteira procura*). Surgiram, entretanto, sinais de que Virgínia não estava lidando com boa gente. A própria irmã, certa vez, avisou a Virgínia: — “A C. me falou mais de uma vez que eu não sabia do que a RM era capaz de fazer”.

Em outra oportunidade, disse: — “A C. falou que um tempo a RM se enchia de esparadrapo para dizer que era doente”.

Porém, Virgínia continuava envolvida e não acreditando nesses sinais: — “Eu achei é que a C. não sabia da realidade”.

O que poderia ter motivado Virgínia, depois de tamanho entrelaçamento com o mundo criado por RM via R., a querer voltar para o Piauí? Ela conta:

Meu contato com RM foi ficando cada vez mais espaçado, lembra que a gente morava em casas separadas. Tinha que ter cuidado para não se tratar como mãe e filha, como eu já estava muito acostumada; eu tratava ela como filha, abraçava, beijava, tinha todos os cuidados possíveis; eu me esbaldei como mãe, falava muito pra ela ‘eu te amo’. Até o Pedro dizia que aprendeu a amar melhor o filho pelo meu exemplo de amor com R.

Pedro Alípio foi um homem muito importante na vida de Virgínia, conforme veremos mais à frente.

Nota-se como Virgínia se jogou nesse relacionamento e na nova função de mãe: — “Deus me deu uma filha, foi um presente de Deus, foi minha realização como mãe”. Essa fala é importante para tentarmos entender adiante a história de Virgínia, que passará por cinco abortos durante o longo período em que desenvolveu compulsão sexual (depois que voltou de Fortaleza, com aproximadamente 8 anos até os 30, quando conheceu o Pedro Alípio e evoluiu a história com RM).

Esse foi o real motivo para a negociação da volta de Virgínia. No entanto, não foi fácil, tanto que se arrastou por três anos. Como de costume, tudo foi comunicado

e pedido para R., através de RM. Contribuiu a volta das duas irmãs de Virgínia de Santa Catarina para o Piauí, e a promessa para a mãe de que voltaria. O fato precipitador, a gota d'água, foi quando perdeu o emprego na lavanderia hospitalar. Voltou em outubro de 2008.

Ao retornar, Virgínia morou em Teresina com a irmã gestante, cujo marido ficava bastante na roça do interior, o que a sugestionou a ajudá-la na gravidez, e posteriormente com o bebê. A mãe estava em no interior do Piauí. Iniciou um trabalho com outro irmão, vendendo cosméticos, período que compreendeu o final de 2008 até março de 2009. Segue-se mais uma tragédia familiar. Primeiro, o pai suicidara-se em 1982, quando Virgínia tinha dezessete anos de idade; agora era a sobrinha, filha da irmã mais velha. Aos 27 anos, atirou na própria cabeça com a arma do pai, um policial aposentado, depois de uma ou duas tentativas. Na concepção de Virgínia, havia traços de esquizofrenia, depressão e fobia social (T. Mental), e não foi surpresa. De imediato, ela se dispôs a ir a Brasília para ajudar a irmã enlutada. Pensou em três meses e ficou seis. Antes de ir, prometera à mãe que ao voltar iria para o interior morar com ela. Precisava ajudá-la na vida pesada do campo.

No final d agosto de 2009, regressa à casa da mãe, no interior do Piauí. Com os rendimentos da mãe, da pensão do pai, e o trabalho do campo, viviam sem sobressaltos.

Apesar de nunca ter perdido o contato com RM, foi apenas a partir de outubro de 2011 que se iniciou a trama que resultaria na tentativa de suicídio de Virgínia: — “Quando foi em outubro de 2011, ela me mandou uma mensagem dizendo que estava muito mal e que precisava fazer um tratamento que custava R\$ 3.000.00”.

Virgínia pediu o montante emprestado e o enviou para RM. Todavia, esta foi pedindo, pedindo, até que chegou no valor de vinte mil reais. Nesse ínterim, Virgínia relata que RM já não era a interlocutora, nem mesmo a antiga entidade R., era, nada mais nada menos que Deus. Sim, Deus: — “Ela me mandava as mensagens como se fosse Deus, em nenhum momento ela se colocou como RM”.

Este enviara as mensagens pedindo dinheiro e prometendo a devolução das quantias para o dia vinte e dois de dezembro, depois pediu mais prazo, para o dia vinte e oito. Como era de se esperar, nada chegou no dia marcado e Virgínia entrou em desespero: — “Estava marcado para devolver no dia vinte e oito. Quando percebi que nada iria acontecer, eu comecei a entrar em parafuso, comecei a cair na real”.

Entre os dias vinte e oito e trinta e um, data da tentativa de suicídio, ainda trocaram muitas mensagens, mas as esperanças foram minguando, diretamente proporcionais à confusão mental e ao desespero de Virgínia, que, por sua ótica, não suportaria o vexame e a vergonha de ficar devendo a conhecidos, amigos e familiares na sua cidade. Com a pressão dos credores, principalmente dos familiares, Virgínia começa a não enxergar mais saída, “o túnel se fecha”, e a morte se lhe apresenta como a única solução para os problemas. A partir desse instante, ela planeja: — “[...] eu percebi que não tinha mesmo como pagar, então eu pensei: ‘eu tenho um seguro de vida feito em SC que vale mais do que minha dívida [...] se eu morrer de forma que pareça natural, mamãe recebe e paga tudo”.

Em meio a esse desespero, Virgínia fantasia que ingerir veneno poderia sugerir uma morte por causa “natural”, por isso decide pelo “chumbinho” (veneno para ratos). Outro fator colocado foi a vergonha que sentia das pessoas, a vontade de sumir, de desaparecer de tudo e de todos: — “Minha vontade era de desaparecer pra nunca mais olhar essas pessoas [...] eu perdi a coisa mais valiosa que eu tinha que era a confiança das pessoas, ninguém mais confia em mim”.

O suicida, geralmente, não quer morrer. Busca com o seu ato a solução definitiva para os problemas que enfrenta. Disso decorre que vivem momentos de intensa angústia e lutam ferozmente com o paradoxo entre viver e morrer. Questionada sobre isso, Virgínia corrobora o que foi dito acima: — “Sim, eu imaginei que era a única solução pra resolver tudo [...] se eu tivesse o dinheiro para pagar as dívidas? Não, não me mataria de jeito nenhum”.

Outro ponto sempre abordado quando o suicídio é colocado em questão são os sinais dados pelo suicida e/ou as ameaças. Prudentemente, não se deve ignorá-los. No caso de Virgínia, as ameaças aconteceram antes e depois da tentativa de suicídio. Foram mensagens enviadas a RM dizendo que se não cumprisse a promessa de mandar o dinheiro, ela se mataria. As respostas vieram na forma de chantagem emocional: — “Nas mensagens fiquei ameaçando me matar, e ela ficou dizendo coisas como minha mãe iria ficar, as pessoas que gostam de mim [...]”.

No dia 31 de dezembro de 2011 Virgínia ficou sozinha em sua casa, a mãe viajara e a irmã que mora ao lado tinha saído com o marido para comemorar o Ano Novo. Logo após a queima de fogos pela televisão, decide e toma o veneno, assim narrado por ela:

Peguei o vidro de chumbinho e tomei uma tampinha pela metade, fiquei esperando a reação. Não deixei bilhete [...] vi que não estava acontecendo do jeito que imaginei, fiquei só tonta [...] estava muito angustiada, querendo que tudo acontecesse de repente, rápido [...] lembro que tomei mais um pouco do veneno, fui até a geladeira de quatro porque já estava bem tonta, mas deixei o vidro no mesmo lugar para ninguém notar [...] começou aquela sensação e eu pedia: Deus, me deixa morrer, por favor, eu queria sumir, desaparecer e não ter que olhar pra mais ninguém; senti meus dentes como se tivessem se deslocando, senti a sensação de morte.

Fico a pensar como deve ser esse momento de um suicida, e, nesse caso, um interregno em que a pessoa está consciente, mas já tomou o veneno, que, por sua vez, não faz o efeito desejado. Imagino, mas a compreensão me escapa.

Virgínia desconfia que o veneno estava com validade vencida, pois depois de um tempo voltou a se sentir normal, apenas fraca e anêmica, com as mãos engeladas: — “aquela sensação de que eu tinha morrido mesmo e estava retornando”.

Disse que nesse momento percebeu que não mais adiantaria tomar nada. Já passava das quatro horas da manhã, ela preferiu esperar o dia amanhecer: — “Fiquei pensando, sem querer pensar em nada; fiquei parada”.

Com a melhora e a desistência de tentar a morte, bebeu leite para desintoxicar e depois pediu ajuda para a cunhada. Naquele dia à noite, a mãe e um irmão foram buscá-la e a trouxeram para Teresina. Em um primeiro momento ela não disse o motivo de ter passado mal, mas depois admitiu ter tentado o suicídio e os motivos que via para justificar tal atitude. Pensou em denunciar o golpe para a Polícia, mas se deu conta que não seria possível.

Pelo comando de RM ou “Deus”, Virgínia jogou no lixo todos os comprovantes de depósito, assim como apagou todas as mensagens telefônicas, ou seja, nenhuma condição de provar a extorsão.

Entre o primeiro e o segundo encontro passaram-se vinte e oito dias. Verifiquei um importante avanço em Virgínia numa questão fundamental: ela diminuía a vontade de se matar. Nos últimos momentos do primeiro, ela dizia, quando perguntei disso: — “A gente tem que se policiar muito, porque o pensamento

de morte vem, com frequência, mas eu me apego muito a Deus, para que me dê forças, penso muito na minha mãe [...]”.

O suicida nos seus momentos decisivos não pensa senão em si, e com Virgínia não foi diferente: — “[...] eu pensei na minha vergonha, só pensei em mim [...]”.

No segundo encontro, o discurso mudou. Quando perguntei se ainda queria se matar, ela foi taxativa: “De jeito nenhum”. Felizmente, no terceiro e quarto encontros ela apresentou melhoras e cada vez mais, afastada do pensamento de morte.

Antes, porém, de mergulhar na história pregressa da nossa personagem, vale ressaltar um aspecto enfaticamente colocado por Virgínia, como de grande importância, e que constitui, inequivocamente, uma das categorias deste trabalho: a espiritualidade, a religiosidade.

Virgínia relata que sempre foi católica, no entanto “era muito distante da Igreja quando tudo isso começou a acontecer na minha vida”.

Frequentava-a somente em ocasiões especiais, como natal, cerimônias de casamento, batizado, coisas assim. Ainda à época em que convivia com RM, iniciou o processo de aproximação com sua fé religiosa, tornou-se cada vez mais assídua aos cultos; o que, naquele momento, servia para se fortalecer e ajudar a “amiga adotada”: — “[...] eu precisava ajudar e me apeguei muito a Deus, rezava muito, vim para a Igreja com toda a força, confessava, comungava, ia pra missa direto [...] pedi muito a Deus e acredito que isso foi muito importante pra mim, é o que me segura hoje”.

A propósito, em seguida ao primeiro encontro, dei uma carona a ela e a uma amiga até a Igreja, compromisso levado a sério, a ponto de termos que limitar o tempo da conversa. A religião pode ser um fator de risco ou de proteção, para quem pensa ou já tentou suicídio. Acredito que, na maioria das vezes, é protetivo, uma âncora para aportar na vida e não se aventurar na morte. De qualquer forma, o peso de uma fantasia do pós-morte, as culpas – por exemplo, ter contrariado a Deus por querer tirar a própria vida, quando esta seria um bem inalienável de Deus, e só a Ele cabe decidir o momento da morte – e arrependimentos podem se transformar em negatividade. Virgínia, eventualmente, sente culpa por não ter tido sucesso na tentativa de suicídio: — “Quando um irmão meu me faz uma ofensa, fico pensando por que não aconteceu de verdade, por que eu não consegui...”.

Para Virgínia, apegar-se à fé em Deus, aos rituais da Igreja tem um efeito bastante positivo, ainda que peça frequentemente perdão por ter tentado matar-se ou, raramente, pense nisso. Na véspera do nosso primeiro encontro, em sua residência, ela foi até o padre e contou-me sobre como foi:

Hoje eu estou mais tranquila porque ontem eu fui conversar com o padre N., chorei muito, estava me sentindo muito sufocada, muito pesada [...] foi uma benção ter conversado com ele, me disse palavras de apoio [...].

Nesse momento, perguntou-me se eu era católico. Portanto, a religião serviu para aliviar suas dores. Vamos retornar ao ano de 1965, o nascimento de Virgínia, para verificarmos os acontecimentos que marcaram sua existência, sua subjetividade, e assim, podermos enxergar melhor por dentro dessa historicidade a construção do pensamento até culminar com a tentativa de suicídio.

Ao iniciar sua fala sobre a infância, Virgínia já declara:

[...] ontem eu estava pensando sobre a minha infância, conversando com minha mãe e minha irmã [...] estou com muita vontade de compreender tudo isso, o que me levou a essa situação [...] comecei a perceber que na minha vida, parece que tem sido uma sucessão de erros [...].

Ela nasceu em uma cidade do interior do Piauí, numa família tipicamente campesina daqueles tempos. Foram dez filhos, o pai trabalhava na agricultura, lavrador, analfabeto, classe média baixa. Moravam em casa própria e tinham alguma terra para plantar, onde sua mãe também atuava. Virgínia é a sétima na ordem cronológica dos nascimentos – seis mulheres e quatro homens, sendo que o garoto que nasceu imediatamente antes de Virgínia morreu aos cinco anos. Ela conta que o pai não valorizou o nascimento das filhas, queria mesmo filhos, principalmente por esperar que fossem trabalhar juntos no campo:

Quando nasceram as filhas mulheres, para ele nem eram filhas [...] quando nasceu o terceiro que era homem, ele chamava de filhinho do papai; ele teve uma decepção muito grande porque nenhum foi trabalhar com ele.

Voltaremos a essa e outras decepções do pai, que cometeu suicídio tempos depois. No entanto, um tio do lado paterno teve dois filhos e queria ter uma menina. Morava em Fortaleza, e, numa visita à casa de Virgínia, seu pai decidiu “dar” uma das filhas para o irmão, literalmente pediu para ele escolher: — “O pessoal no interior tinha essa mania de dar um filho [...]”.

A mãe não autorizou, porém valeu a palavra do pai. A tia escolheu uma irmã mais nova de Virgínia, que se recusou e então aconteceu um fato bastante curioso, que não se imagina que aconteça facilmente: Virgínia colocou-se à disposição para ir no lugar da irmã; não só se colocou, mas insistiu para ir com os tios. Perguntei sobre as motivações para tal atitude, e a resposta foi: — “Eu não sei por que razão, não consigo entender por que quis tanto ir”.

Tinha, à época, seis anos de idade. Apesar de a tia não querer que fosse ela — o que credita à sua cor “bem morena”, como ela própria coloca, diante da recusa da irmã e da insistência de Virgínia — assim foi feito. Foi um ano em Fortaleza, e que não foi nada agradável: — “Foi muito difícil. Não gozei de boa saúde de jeito nenhum”.

Sem delongas, ela pontua o abuso sexual e o estupro que sofreu: — “Fui abusada pelos meus primos e estuprada por um primo deles [...]”.

A vida lá não foi nada fácil. Os maus-tratos começaram com a tia: — “Era como se eu tivesse uma doença; tinha um copo e um prato só pra mim, não podia usar nada dos outros [...] fiquei num quartinho ligado à cozinha, não podia ir pra sala, ver televisão essas coisas [...] dormia sozinha, tinha um guarda-roupas e uma rede”.

Lá moravam os tios, dois primos com idade entre onze e treze anos, e outra prima, que, como Virgínia, foi morar com eles. Essa era uma adulta jovem, tratada praticamente como escrava: “Tinha outra prima minha que era uma escrava [...] tinha que tirar água do poço porque não deixavam ela usar água encanada; morava num depósito no quintal da casa”.

A tia era cheia de nojos, o que hoje chamaríamos de Transtorno Obsessivo Compulsivo de limpeza. Cenas e situações marcantes foram relatadas por Virgínia, como o corte de seus longos cabelos: “Quando fui embora, minha mãe disse que se eu fosse cortar os cabelos, para a minha tia mandar pra ela [...] meu cabelo era bem longo; não esqueço do dia que fui no salão, cortaram bem curtinho e ela fez uma peruca pra ela”.

Sempre vinha a orientação para não contar nada à família. Virgínia chamava a tia de “mãezinha” e o tio de “paizinho”. Até hoje, ela não sabe se sua mãe, com quem mora atualmente, sabe das histórias de Fortaleza, inclusive dos abusos sexuais. As irmãs souberam muito tempo depois, visto que Virgínia ficou amedrontada e seguia as ordens da tia de não contar nada, mesmo após o seu retorno para o Interior. Em exatamente um ano, aos sete de idade, voltou. Os abusos sofridos vindos dos primos são contados quase como brincadeiras, sempre na ausência da prima que a protegia, mas Virgínia diz ter certeza que pelo menos a tia sabia.

Eu me lembro das cenas da gente brincando no quintal, meus primos na maior algazarra, brincando e mexendo comigo, às vezes minha tia ralhava com eles [...] era como se fosse uma brincadeira, eu não sentia dor, nem sei se chegaram a ter relação sexual comigo [...] mas não eram adultos, tinham entre doze e catorze anos, nunca teve penetração [...].

Entretanto, com o primo deles do lado materno, um jovem de aproximadamente dezoito anos, o trauma foi bem maior. Virgínia também credita a ele o que os menores faziam: — “me lembro deles três juntos comigo, era ele quem ensinava os menores”. Ela tinha medo desse rapaz. Bem mais para o final da temporada em Fortaleza ocorreu de fato o estupro:

Essa cena ficou bem marcada para mim, porque eu desmaiei; estava apavorada, não sei se gritei, se chorei [...] lembro dele ter chegado e eu estava sozinha, ele tirou a minha roupa e a roupa dele; lembro de ter ficado com muito medo e desmaiei quando ele penetrou em mim. Isso foi lá fora no quintal da casa. Quando acordei, estava dentro da casa, numa rede e umas pessoas cuidando de mim, que nem lembro direito que era.

Virgínia até hoje tem dúvidas sobre quem tinha ou não ciência de tudo o que passou naquele ano na casa dos tios em Fortaleza. Pensa que pelo menos a tia sabia dos acontecimentos, talvez o tio não, viajava muito, era ausente. Os maus-tratos psicológicos – que atualmente chamaríamos de *bullying* – além dos discriminatórios vinham dela. Por muito tempo, Virgínia alimentou um forte desejo de vingança e amargou intenso sofrimento por tudo o que passou naquele período.

Hoje pra mim é tranquilo, mas já sofri muito por causa disso, já sofri muito. Tinha dentro de mim um desejo de vingança, imaginava como eu iria me vingar. Graças a Deus me libertei, meu tio faleceu e minha tia é uma sofredora, vive numa cadeira de rodas, eu tenho hoje dó dela.

Mesmo assim, nas vindas subsequentes dos tios ao Piauí, depois do retorno de Virgínia, esta continuara chamando-a de “mãezinha”. Na morte da avó, já com onze anos de idade, quando encontrou a tia, chamou-a de “dona Ivone”, sentido por ela como o primeiro ato de libertação, diante do sofrimento a que fora exposta. Daquele ano, Virgínia tem apenas uma boa recordação:

Quando comecei a ir pra escola, não me lembro se foi logo que cheguei no meio do ano ou no ano seguinte, eu era uma criança feliz, ia com muito gosto pra escola [...] depois fui ficando triste, não queria mais voltar pra casa; até minha professora notou. Ela era muito boa comigo, me levava algumas vezes pra casa dela [...].

Esse período foi entre julho de 1971 a 1972, quando Virgínia tinha entre seis e sete anos. Após o regresso para o Interior, Virgínia começou a apresentar sintomas referentes aos traumas de antes. Apenas aos dezessete anos, depois de episódios de desmaios, foi levada pelas irmãs ao médico ginecologista, e teve que contar que não era mais virgem, falar dos abusos sexuais de outrora. Contudo, o que ela não contou para ninguém e que começava a declarar naquele momento do nosso diálogo, foi o sintoma que apresentou desde o seu retorno de Fortaleza, que se estendeu até, aproximadamente, os trinta anos de idade: a compulsão sexual. Virgínia relata como aconteceu:

Depois que voltei, eu fiquei viciada no prazer sexual e, durante muito tempo, me masturbei muito [...] lembro de uma situação que aconteceu na escola no interior em que eu estava me masturbando na sala de aula; a professora percebeu, chamou a minha mãe [...] não lembro o desfecho, só lembro que continuei me masturbando direto até os dezessete anos, quando minhas irmãs me levaram para o ginecologista e descobriram que não era virgem, foi quando contei que sofri abuso sexual.

Aos quinze anos, Virgínia saiu do Interior, e veio morar em Teresina. Acossada pela raiva e sede de vingança em relação aos parentes de Fortaleza,

além da compulsão pelo prazer sexual, ela chega a fazer uma Novena para Nossa Senhora do Perpétuo Socorro:

Me apeguei muito com Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e fiz uma novena pedindo ajuda para me libertar daquilo tudo. Eu guardava uma raiva muito grande e uma vontade de me vingar da minha tia e dos filhos dela, dos primos [...] foi muito bom pra mim, Nossa Senhora me ajudou e consegui me libertar da raiva, da vontade de vingança, mas não consegui me libertar do vício do prazer [...] por isso te disse que minha vida é uma sucessão de erros.

Apesar da busca incessante pelo prazer sexual, Virgínia só teria sua primeira relação sexual consentida aos vinte e um anos de idade. Antes disso, desenvolveu raiva de homens:

Eu passei a ter raiva dos homens, passei a ter a ideia de que eram como copo descartável, eu usava e jogava fora [...], decidi que a primeira relação não seria com um nordestino, são homens muito machistas, eles olham pra mulher como objeto.

A primeira relação sexual aconteceu com um paranaense que não se lembra de onde o conheceu, apenas que era caminhoneiro: “Depois que tive relação com o E., pronto, eu me liberei. Comecei a fazer sexo com várias pessoas só mesmo pelo prazer, sem cuidados com segurança [...]”.

O histórico familiar de Virgínia está relacionado ao suicídio do pai em 1982, quando ela completara dezessete anos. À época, morava em Teresina, e o pai no Interior. Ele ingeriu veneno, um tipo de agrotóxico usado na plantação de tomates: — “Papai tomou um veneno que colocava na plantação de tomates, a gente plantava várias coisas no interior. Ele veio para Teresina, foi socorrido no hospital, mas não resistiu”.

O curioso é que ela se deslocou para o Interior no mesmo período em que seu pai vinha para ser atendido em Teresina. Sem ter como voltar imediatamente, Virgínia pernoitou lá, e apenas no dia seguinte voltou. Não sem antes saber da notícia de que ele morrera: — “Estava indo pegar o ônibus para voltar, quando soube que ele tinha morrido. Fiquei sem chão [...] sentei na calçada e chorei muito”.

A morte do pai foi um choque para Virgínia. O primeiro momento foi uma completa surpresa, aquele homem forte do campo, com apenas quarenta e nove

anos, tirar a própria vida... Conversando um pouco mais, ela se lembra de alguns detalhes importantes:

Depois me veio algumas coisas na memória. Uns meses antes de morrer, ele veio fazer alguns exames e consultas médicas [...] isso foi muito ruim pra ele, acho que foi o que mais causou o suicídio, porque ele tinha 'bico de papagaio' e labirintite. O médico disse o tratamento, mas não tinha cura; ele ficou arrasado [...] quando se despediu de mim voltando pro interior, chorou e me pediu desculpas. Não entendi nada, mas depois lembrei e percebi que ele já estava pensando em se matar. Me culpei por um tempo [...].

A culpa sempre está presente nos familiares e amigos de um suicida. O pintor holandês Van Gogh cravou um aforismo que retrata com precisão essa circunstância: — “O suicídio faz com que os amigos e familiares se sintam seus assassinos”.

Felizmente, Virgínia compreendeu com o tempo, que, mesmo entendendo a despedida do pai daquela maneira como uma possibilidade de suicídio, não poderia ter o controle sobre suas atitudes, e a culpa foi dissipada. Ela atribui ao suicídio do pai o fato, digamos principal, de que não poderia mais trabalhar na roça, no campo, como sempre fizera e que tanto lhe agradava. Além disso, não via outras possibilidades, por ser um “matuto analfabeto” que não sabia fazer outra coisa a não ser trabalhar, e muito, naquilo. Também não fizera sucessores nessa lida, os filhos não o seguiram. A propósito, outra situação dolorosa vivida por ele, onze anos antes, foi a perda do filho com quem tinha uma afinidade maior. Saíram os dois para uma pescaria e o garoto, então com cinco anos, morreu afogado. Virgínia lembra nitidamente da cena do pai chegando em casa com o filho desfalecido no colo: — “Lembro muito bem dessa cena [...] eles eram muito apegados”.

Ela, com quatro anos, diz que não se dava conta do significado da morte, sua mãe dizia que o irmão era um anjinho que estava no Céu, coisas assim. Por isso, não tem lembrança de sua tristeza, fala até que ficou como algo alegre.

Ainda sobre a percepção posterior de Virgínia acerca do suicídio do pai, quando se dá conta que ele já planejava o ato, vamos ao encontro do que traz a literatura especializada, confirmada na experiência clínica. O suicídio é algo construído! Não temos ciência de que o indivíduo que nunca tenha pensado,

idealizado, planejado a própria morte, de repente acorde e se autoelimine. Para ela: — “foi pura fraqueza do papai, acho que tinha acabado a vida porque não ia poder mais trabalhar como antes [...] além de culpa no começo, fiquei com muita tristeza e compaixão dele”.

Mais adiante, outro episódio trágico de suicídio ocorreria na família, que trataremos a seguir. Retomando a linha do tempo na vida da nossa protagonista, lembremos que Virgínia passou a adolescência escrava da compulsão sexual, consentiu a primeira relação sexual com vinte e um anos, e tratava os homens como objeto descartável. Fazia muito sexo sem compromisso e sem qualquer segurança. Até conhecer J., um rapaz do interior de São Paulo, com quem começara um relacionamento aqui em Teresina num evento festivo. Namoraram, mesmo a distância, por três anos. Virgínia foi pedida em casamento com a promessa de que iria com ele para São Paulo. O pedido havia sido formalizado numa das visitas do noivo a Teresina. Logo que completou vinte e cinco anos, no início de 1990, outra grande perda, outra grande decepção avizinhou-se de Virgínia: — [...] ele insistiu muito pra eu casar e ir embora com ele”.

Naquele tempo, ela se formara em Magistério e, após passar em concurso público, estava trabalhando como professora. Com a perspectiva do casamento, os planos haviam mudado:

Eu estava decidida a ir embora pra São Paulo, ele veio em agosto (1989), ficou tudo combinado, pedi licença do emprego, organizei tudo. Ele disse que iria comprar as passagens pra eu ir em dezembro [...] ele começou a me enrolar, e a última vez que falamos foi no dia do meu aniversário, em janeiro; eu estava de malas prontas e ele sumiu, nunca mais deu notícias.

Com isso, sua mãe, que morava em Brasília com outra irmã, pediu a Virgínia que fosse para lá, onde ficou por todo o ano de 1990, trabalhando como professora, numa cidade satélite. Um episódio desgastante ocorreu, porque Virgínia se envolveu afetivamente com o irmão do cunhado. Muito tempo depois, foi descobrir que um grande mal-estar foi gerado com a irmã, pois esta achava que o envolvimento de Virgínia era mesmo com o cunhado, ou seja, seu marido. Rugas resolvidas em anos ulteriores.

Ao aceitar o convite de C., uma irmã que morava em Santa Catarina – lembremos que são nove irmãos – para passar a festa de ano novo juntas, Virgínia deslumbrou-se com a cidade, e assim iniciava sua longa trajetória de dezessete anos em Florianópolis, palco da trama narrada anteriormente. Na realidade, duas de suas irmãs moravam na cidade. Virgínia dividiu apartamento com C. – que apresentava um transtorno mental de depressão – fazia nove anos. Foi C. quem indicou o trabalho voluntário no Centro de Valorização da Vida (CVV), onde iniciou o contato e relacionamento com R., depois virou F., que virou RM.

No apartamento de C., coabitava também uma amiga dela. Logo após, esta saiu, mas deixou dois irmãos morando lá. Só depois, saíram para alugar um pequeno apartamento para morarem as duas. Virgínia veio visitar a família em Teresina. Quando voltou, decidiu morar sozinha e deixar o apartamento de C. Alugou uma *kitchenette*, período do início do envolvimento com R. e F., onde passou aproximadamente um ano (julho de 2000 a janeiro de 2001). Depois fez um contrato com o dono de uma pousada, com quem se envolveu sexualmente. Ali, passou em companhia de F. ou RM, de janeiro de 2001 até setembro do mesmo ano, quando foi morar com Cleuza, a tal irmã de RM. Saiu no momento do regresso para Teresina, em outubro de 2008, depois de sete anos. A propósito do retorno de Virgínia, desde quando foi morar com C., o distanciamento com RM foi gradativamente aumentando. Lá, o relacionamento que mantinham de mãe e filha não era mais possível, ninguém da família poderia saber de nada, pedido reforçado insistentemente por RM, como sempre, sob o comando de R. Inventavam alguns passeios, viagens curtas, para poder desfrutar um pouco da antiga relação:

Desde 2005, ficou muito mais difícil a gente se encontrar a sós, sair, passear [...] comecei a dizer pra ela que não tinha mais sentido eu ficar lá, ela já tinha família e eu estava me sentindo muito sozinha, queria voltar pra junto da minha mãe.

Nesse momento, as duas irmãs de Virgínia, que moravam em Santa Catarina, tinham voltado para o Piauí. Foram mais dois anos, de 2006 a 2008, de negociação entre Virgínia, RM e R. para que a primeira se sentisse em condições de decidir voltar:

Eu não era mais a mãe, então comecei a pedir pra ser liberada, para voltar [...] liberada de RM e de R.; eu pedia bem mais as coisas pra

R. do que pra RM porque era R. quem mandava na vida dela [...] pedia muito essa autorização pra R., mas sempre através de RM.

Até que um motivo mais aparente surgiu, ao Virgínia brigar com o patrão quando trabalhava numa lavanderia hospitalar e foi demitida: — “Pedi as contas do meu emprego e decidi que vinha embora”.

Importante ressaltar outra imensa perda na vida de Virgínia, sublinhada na citação acima: — “Eu não era mais a mãe [...]”. Perdera a condição de mãe da filha adotada e tão querida: — “Uma vez, o PA me disse que vendo o meu relacionamento com RM, tinha aprendido a amar mais o filho dele [...] eu me esbaldei como mãe, foi a realização como mãe, um presente de Deus [...] eu ligava sempre dizendo onde eu estava, que horas ia voltar, falava muito te amo pra ela [...] eu realmente tratava ela como uma mãe trata uma filha, com todos os cuidados do mundo”.

Foram intensos os 17 anos vividos e experienciados por Virgínia em Santa Catarina. Ainda nos restam alguns últimos, mas não menos importantes acontecimentos de sua vida que abordaremos agora, tentando encaixá-los numa certa lógica cronológica.

Os vários relacionamentos de Virgínia deixaram um rastro. Contrariamente ao que se poderia imaginar, ela fala abertamente para mim com um tom de quem tem consciência de tudo, ou quase tudo o que aconteceu. Foram quatro ou cinco abortos. Os quatro primeiros num intervalo de aproximadamente quatro anos.

A primeira gravidez foi do J., aquele que deixara Virgínia de malas prontas para o casamento e nunca mais apareceu. Descobriu que estava grávida antes da última ligação entre eles, mas resolveu não dizer. “Quando arrumei as malas pra ir com ele, ainda não sabia que estava grávida [...] quando percebi que ele não vinha, tomei remédio pra abortar”.

Um ano depois, na transição de Brasília para Florianópolis, sem ter parceiros fixos, Virgínia engravidou pela segunda vez: — “Pra ser bem sincera, nessa segunda gravidez eu fiquei sem saber quem era o pai [...] novamente tomei remédio, a minha irmã me ajudou”. Ajudou, mas deixou claro que caso Virgínia engravidasse novamente iria “para debaixo da ponte com a criança”.

Sem lembrar de tantos detalhes, falou da terceira gravidez, que aconteceu não muito tempo depois da segunda. Engravidou e abortou sozinha: — [...] sem falar com minha irmã nem com ninguém [...]”.

A quarta ocorreu três anos depois da primeira. Em 1993, conheceu V., engravidou e contou com uma amiga que a levou para fazer curetagem e a abrigou em casa durante a recuperação.

Em 2001, suspeitou que engravidara do dono da pousada em que trabalhava e morava: — “Tínhamos um contato sexual muito regular, muito direto”.

Foi a época em que já convivia bem de perto sob o jugo de RM, e com sua orientação foi confrontar o provável pai para que fossem à farmácia comprar a medicação abortiva. Perceba-se que, dessa vez, Virgínia não chegou a ter certeza da gravidez:

Quando falei com RM que estava com medo, ela ficou apavorada e pediu pra eu ir logo falar com P. e comprar o remédio. Eu superei. Não desejo pra nenhuma mulher, nem pra homem, aqueles que são mais conscientes; o homem também aborta [...] é muito doído, muito sofrido, não desejo pra ninguém. É um erro grande? É. Mas eu já me perdoei por isso. Sofri as consequências, não foram fáceis [...] física e emocionalmente; fisicamente menos que emocionalmente. Me martirizei bastante por muito tempo [...] é um ato de burrice, não é nada inteligente isso, porque a gente tem como evitar [...] mas graças a Deus, eu já superei.

Em 1995, Virgínia conheceu o homem que considera o mais importante da sua vida. Foi com PA que ela teve um longo relacionamento, nada convencional — viam-se esporadicamente, ele tinha outro relacionamento — se é que se pode falar assim nos dias de hoje, mas muito prazeroso e, também, terapêutico: — Ninguém sabe mais da minha vida do que o PA. Eu conversava muito com ele, a gente se respeitava demais [...] foi com ele que eu comecei a fazer um trabalho de autoperdão das coisas que tinha feito [...] foi muito importante pra mim.

Poucos meses depois de voltar para Teresina, em março de 2009, outra tragédia bate à porta da família de Virgínia: sua sobrinha de vinte e sete anos de idade, filha da irmã que ainda morava em Brasília, suicida-se com um tiro de revólver. Segundo ela, B. tinha esquizofrenia e fobia social:

Não foi uma surpresa, ela tinha sinais de esquizofrenia, a gente viu inclusive naquela novela da Globo; e ela também via coisas, achava que estava sendo perseguida, perdeu a faculdade porque não queria

sair de casa e encontrar pessoas [...] foi um baque muito grande pra todo mundo, pra minha mãe, ela foi a primeira neta [...].

A sobrinha matou-se em casa, com a arma do pai. Virgínia então vai para Brasília ajudar a irmã enlutada: — “Fui pra lá dar um apoio, pra ficar só dez dias e terminei ficando seis meses”.

Uma característica que fica evidente no jeito de ser de Virgínia é a entrega ao outro. No decorrer de sua vida são constantes os episódios em que vai ao encontro de alguém, via de regra, algum familiar, ofertando um servilismo a ponto de sua vida confundir-se com a do outro. Senão vejamos o que aconteceu entre ela e RM.

Para subsidiar essa observação, lembremos de alguns momentos em que isso ocorreu. Aquele dia em que se ofereceu para ir morar com os tios em Fortaleza, quando estes queriam a sua irmã; no momento em que voltou de Santa Catarina, veio primeiro para Teresina, a irmã mais nova estava grávida com o marido trabalhando na roça:

[...] ele ficava na roça e eu fui morar com ela pra fazer companhia, ajudar porque ela estava grávida. Mas nessa mesma época fui trabalhar com um irmão que tinha uma representação, trabalhava com vendas e precisava de alguém pra ajudar, então eu fui.

Quatro meses depois, já com o sobrinho de Teresina nascido, a sobrinha de Brasília suicida-se. Virgínia foi para apoiar a irmã, conforme citado anteriormente, e de uma previsão de dez dias, permaneceu seis meses. Ela aponta um dos motivos por ser tão requisitada: — “[...] sendo eu a solteira da família, sem vínculo, fui dar um apoio [...]”. Regressando dessa etapa em Brasília, decidiu ir direto para sua cidade no Interior e justifica: — “[...] decidi que voltaria direto para morar com minha mãe no Interior. Ele é uma mulher sofrida, trabalhando na roça, morando num casarão sozinha [...] tem um irmão meu que mora ao lado dela, mas não dá nenhuma assistência”.

Sempre ajudando! Em Santa Catarina, havia conquistado sua independência financeira trabalhando, morando sozinha, mas sucumbiu ao apelo de RM pedindo para ser adotada, que estava doente e só teria mais seis meses de vida. Daí, teve início todo aquele enredo relatado anteriormente, que durou mais de uma década até a tentativa de suicídio de Virgínia.

Atualmente, mora em Teresina com a mãe e a irmã, de quem cuidara na gravidez, ocupa boa parte do tempo cuidando, inclusive, da educação do sobrinho. Felizmente, parece ter tomado consciência de que precisa, antes de tudo, cuidar de si mesma. Busca conforto e respostas na vivência religiosa, e faz psicoterapia. O encontro comigo e o desenrolar das conversas, proporcionou um espaço para que ela despertasse daquele conto de horror vivido desde Santa Catarina, permitiu-me ajudá-la a encontrar o tratamento psicoterapêutico, incentivar a atividade física e traçar outros objetivos para a vida.

Para chegar a ponto de questionar a própria existência e mergulhar no paradoxo entre viver e morrer, o indivíduo vive uma vida. A vida de Virgínia contada em alguns de seus principais momentos merece uma profunda reflexão. Quero lembrar aqui que foram as perdas que geraram angústias, algumas das quais nossa protagonista não conseguiu lidar até o limite de atentar contra a própria vida com a tentativa de suicídio.

Neste caso, múltiplas perdas perpassam a historicidade de Virgínia. Logo aos quatro anos, presenciou o irmãozinho chegar morto nos braços do pai, vindos de uma pescaria. Aos seis, é oferecida pelo pai para tios de Fortaleza; eles escolhem a irmã, preferida por ter pele branca, ao contrário da sua, provando a primeira experiência de discriminação. Mesmo assim, Virgínia se oferece com tamanha insistência que acaba indo embora. Pergunto-me que razões podem levar uma criança a querer sair do seio da família, de uma infância vivida numa cidade do Interior, para uma mudança tão grande. Vejamos as perdas intrínsecas dessa atitude: perda da família de origem e perda do seu habitat (amigos, cidade, escola, vizinhos, casa). Aos sete, é discriminada, sofre maus-tratos psicológicos, abuso sexual e um estupro. Retorna para a casa dos pais e desenvolve uma compulsão sexual. Já morando com irmãos em Teresina, aos dezessete, o pai suicida-se.

Depois de uma série de relacionamentos fortuitos, visando sempre e apenas o prazer sexual, consegue estabelecer um relacionamento com um homem de São Paulo. Foram três anos até programarem a sua ida para a cidade dele e formarem uma vida juntos. No dia do seu aniversário, depois da espera de um mês com malas literalmente prontas, o noivo silencia e some, nunca mais fez contato. Sai de casa para aventurar Brasil afora: primeiro Brasília, depois Santa Catarina. Nos quatro primeiros anos, faz quatro abortos, um deles do antigo noivo. Deixa a vida religiosa que sempre tivera. Mais à frente, perde a própria identidade ao se envolver numa

trama em que “adota uma filha doente”, vive sob a orientação de uma “pessoa que já morreu”, suposta amiga da filha que ditava cada passo a ser dado pelas duas. Nesse contexto, vai morar com a irmã da filha adotada, continua vivendo uma grande mentira, sem poder vivenciar a relação mãe e filha a pedido desta, relação que, por suas palavras, era “um deleite”. Perde então a “filha”, o que a faz voltar para o Piauí. Adiante, perde a sobrinha de Brasília, que, como o pai, suicidara-se. Meses antes de tentar a morte, perde a tranquilidade de poder andar na cidade em que nasceu, circular entre familiares e amigos, a “honradez”, como disse. Envolve-se num amontoado de dívidas por causa da pessoa que adotara em SC. Aos quarenta e seis anos, perde a vontade de viver. Faz a tentativa de suicídio, mas felizmente escapa com vida e tem a oportunidade de nos dar esse incrível depoimento.

Para além das perdas, não se deve esquecer nem negligenciar o histórico familiar de saúde mental e de suicídio. Pessoas como Virgínia têm que estar vigilantes diante de um contexto assim.

Encara atualmente a vida com mais otimismo. Faz da religião católica, da crença em Deus, da participação nos rituais uma de suas principais razões para avançar em direção ao futuro. Tem na psicoterapia o espaço para trabalhar as questões do passado, suas questões existenciais de forma geral. Continua servindo à família, mora e ajuda a mãe e acompanha o sobrinho na ausência da irmã. Afirma categoricamente que não mais quer se matar. Age assim, o que é mais importante.

Certamente me fiz psicólogo para auscultar a necessidade de encaminhamentos naquele momento. Sugeri a psicoterapia, ajudei a organizar tudo isso, e, diga-se, Virgínia continua até hoje com o acompanhamento psicológico.

Disse que se os pensamentos evoluíssem, eu deveria ser acionado e um psiquiatra deveria ser consultado imediatamente. Percebi que alguns fatores de proteção já se manifestavam, como estratégias cognitivas para fugir do pensamento, a religiosidade muito presente, pensar na mãe e as dívidas pagas – a mãe vendeu um terreno e pagou tudo.

3.4.5 Isadora

“[...] eu tentava falar com as pessoas, por mais que me fizessem sorrir, era como se fosse uma máscara, desde que comecei a ter depressão era assim”.

“Eu tinha dito pra duas pessoas [...] eu já não estava mais aguentando, e o que visse na minha frente ia servir como arma”.

“Tomei um vidro do remédio e fui falar com meu pai: ‘pai, eu não estou bem [...]”.

Isadora é a única menor de idade deste trabalho. Tem o seguinte perfil: Dezessete anos de idade, estudava no segundo ano do Ensino Médio – atualmente está no terceiro – mora na zona Norte de Teresina em uma residência com os pais e um irmão três anos mais velho. Estuda em colégio privado e não tem atividade remunerada. Os pais trabalham e têm padrão socioeconômico de classe média.

Ao começar a atender em uma comunidade de Teresina, algumas pessoas sabiam que estava fazendo um trabalho sobre tentativa de suicídio, e uma enfermeira do Hospital de Urgências de Teresina (HUT), onde iniciei o levantamento dos dados, me colocou em contato com a mãe de Isadora, procedimento padrão em face de ser uma menor de idade.

Esta se mostrou interessada e solícita, visto que a filha estava em uma fase crítica e com tentativas de suicídio recentes. Isso feito, com a devida autorização da mãe e o consentimento da própria Isadora, foi marcado o primeiro encontro na sala de uma paróquia da cidade, quando nos encontraríamos por três oportunidades. O primeiro encontro ocorreu no dia 13 de novembro de 2012, com duração de uma hora e trinta minutos; o segundo, dez dias depois, no dia 23, com duração de duas horas e dez minutos; o terceiro e último foi no dia 5 de dezembro do ano passado, com duração de uma hora.

Outro procedimento que adotei por questões éticas foi o de procurar e conversar com a psicóloga que ora atendia Isadora. Tudo correu bem, expliquei os objetivos da pesquisa, e pedi autorização para conversar com sua paciente, o que foi aceito de imediato. Julgo muito importantes atitudes como essa quando se trata de pesquisas com seres humanos sobre temáticas que mexam demasiadamente com situações limites.

O suicídio é uma delas. Neste caso, Isadora vinha sendo atendida por essa psicoterapeuta e uma psiquiatra. Mesmo com a autorização da mãe e o consentimento dela própria, seria necessário o diálogo com a psicóloga para além do pedido ou aviso sobre a pesquisa. Uma troca de informação, dentro dos ditames éticos que envolvem o sigilo, poderia ser útil, ou melhor, poderia ser indispensável para não haver algum risco ou agravamento do quadro do sujeito da pesquisa. A pesquisa acerca do suicídio ou tentativa de suicídio tem uma especificidade única, pessoas que tentam suicídio estão literalmente numa linha tênue entre a vida e a morte, portanto, todos os cuidados e zelos são caros a essas circunstâncias.

Neste caso, como no de N., não foi possível ir até as residências. Senti, principalmente, após o primeiro encontro, que o ambiente familiar não estava favorável naquele momento, o que poderia acabar se transformando num terreno hostil para os sujeitos da pesquisa e também para o pesquisador.

Isadora já estava me esperando para a primeira conversa. Aparentava certa tranquilidade para quem estava vivenciando a maior crise existencial da vida, boa aparência e bem arrumada. Falei com sua mãe e entramos na sala reservada para o diálogo.

Naquele tempo, já carregava na história cinco tentativas de suicídio. A propósito, a última ocorreu pouco antes da data que fora marcada para o primeiro encontro, algo como oito dias antes. Seria numa terça-feira e na sexta anterior recebi uma mensagem da psicóloga de Isadora que dizia: — “Carlos, infelizmente a Isadora não poderá comparecer à entrevista na terça-feira, pois está internada na UTI do HUT. Tentou suicídio novamente ontem”.

São as circunstâncias de quem trabalha e/ou pesquisa suicídio. Fiquei atônito, mesmo assim. Consegui informações de que felizmente passava bem e teria alta da UTI no dia seguinte, porém ficaria internada por um ou dois dias em observação. No dia seguinte, falei com a mãe que me tranquilizou dando notícias de que estava tudo melhorando.

Todas as tentativas de suicídio de Isadora ocorreram com a ingestão de medicamentos, exceto uma que bebeu detergente na escola e a primeira em que se cortou. Na última, a que me referia, ingeriu uma cartela inteira de remédio antidepressivo (tarja preta).

Ao iniciar nossa conversa, e apesar daquela aparência suave, denuncia de imediato como está a vida: — “Eu não estou bem, não vou dizer que estou porque estaria mentindo”.

Nos últimos trinta dias, foram três tentativas de suicídio. Ela mesma faz uma diferenciação entre as tentativas realizadas antes e depois do diagnóstico de depressão, que ocorrera em agosto do mesmo ano:

Começaram a aparecer os sintomas de depressão e em agosto foi feito o diagnóstico mesmo [...] antes disso, eu tentava, mas eram tentativas que eu mesma sabia que não ia dar certo, o meu desejo não era tão grande como ultimamente, mas eu já tentei várias vezes.

Sua primeira tentativa de suicídio ocorreu ainda em 2011 com cortes de lâmina:

A primeira vez foi tentando me cortar, mas eu fui ingênua, porque uma pessoa que quer realmente se matar não corta daquele jeito (faz o movimento com a mão sobre o antebraço) [...] nem chegou a cortar, mas sangrou onde passei a lâmina.

Penso que quis referir a um corte profundo, pois não seria possível o sangramento sem o corte. Cortou levemente os dois pulsos e usava um disfarce: — “Cortei os dois, então usava pulseiras para disfarçar”. Isadora, assim como C., faz questão de mostrar os cortes: — “Ficaram marcas, não dá muito pra perceber, só os últimos cortes”.

Uma segunda vez que ela considera como tentativa, na verdade existiu a intenção mas não chegou ao ato em si, aconteceu em meados do primeiro semestre de 2012. Isadora discutiu com o pai, trancou-se no quarto com cartelas de medicamentos, chegou a tirá-los para ingerir quando o irmão arrombou a porta e arrancou os remédios das suas mãos. Ao longo de todos os encontros, ela fala da relação como o pai, do perfil, de como ele a tratava, algumas passagens marcantes, sempre se referindo a um pai bruto com quem nunca conseguiu estabelecer uma boa relação: — “Ele é grosso, muito rude, ignorante mesmo [...] no tratamento e na forma que falava comigo [...] agora melhorou, mudou muito depois da minha depressão e do que aconteceu”.

A figura paterna é demasiado marcante na vida dos filhos, e o que estamos constatando, por meio dos relatos de nossos sujeitos, é a representação do pai ser tema constante e estrutural para o desenvolvimento do indivíduo.

O primeiro semestre foi também foi marcado pelo progressivo isolamento de Isadora, o que não ocorrera em anos anteriores: — “Eu estudava no colégio XYZ e, desde o começo do ano, sempre me envolvia em discussões com o pessoal da minha sala, comecei a me isolar dos grupos e não me encaixava mais em nenhum deles”.

O melhor amigo saiu da escola, as rugas a levaram a um completo isolamento a ponto de ficar na sala durante o recreio: — “[...] eu comecei a ficar mal, não queria mais ir pra escola; na verdade, nunca gostei daquela escola”.

Ao final do semestre ela não suporta o peso do isolamento e dos sentimentos subjacentes a toda situação, momento em que os sintomas da depressão clínica que seria formalmente diagnosticada em agosto, já se apresentavam. Ela conta:

No meio do ano eu digo que ‘surtei’, porque explodi, não aguentava mais tanta coisa [...] como se fosse uma traição comigo, ter que ir pra escola e não falar com ninguém, ninguém falar comigo, ficar isolada do mundo, não ter com quem conversar nem no intervalo [...] eu acabava pensando em coisas que aconteceram comigo no passado.

A experiência escolar para crianças e adolescentes é por demais importante e definidora em muitos aspectos, como a sociabilidade. A casa, que deveria ser um reduto de alívio e acolhimento para combater os efeitos deletérios do que acontecia na esfera escolar, era naquele momento uma extensão do problema:

[...] acontecia em casa também porque na minha casa o relacionamento com meu pai era ruim, eu sou mais ligada ao meu irmão e à minha mãe. Às vezes eu chegava do colégio e ficava sozinha em casa, ou quando meu pai ficava lá eu ia pro quarto e ficava pensando em coisas que aconteceram comigo.

Ao perguntar que coisas eram essas que vinham sempre ao seu pensamento nas horas difíceis, Isadora relata a experiência mais marcante e tenebrosa da sua existência — o abuso sexual que sofrera na infância: — “Quando eu tinha sete, oito

anos, morava em outra casa, com a minha madrinha, bem perto da casa dos meus pais [...] eu brincava com umas crianças que eram vizinhas [...].”

O avô das amiguinhas era um homem calado e com o tempo foi se aproximando de Isadora:

O meu sonho era aprender a andar de bicicleta, e ele falava ‘eu te ensino’, mas na verdade ele não queria só me ensinar a andar de bicicleta [...] ele chegou a tocar em partes do meu corpo que eu não me sentia bem, mas criança é frágil e eu estava sendo ameaçada, ele dizia que ia fazer mal aos meus pais [...] eu acabava deixando. Ele não chegou a fazer o ato sexual comigo, mas ficava me tocando como se eu fosse adulta, ele fazia coisas comigo como se eu já fosse ‘mulher’.

O perfil clássico do abusador com seu *modus operandi*: um vizinho, calado e pouco suspeito, se oferece à criança para dar-lhe alguma coisa ou fazer algum favor, cerca, envolve, mexe e ameaça para continuar no anonimato. Tudo acontecia na casa dele onde Isadora brincava com as colegas. Na realidade, o abusador era vizinho dos pais dela. Ela morava com a madrinha numa rua mais à frente – até os treze anos – e passava os finais de semana na casa dos pais. Com a pressão do pedófilo para que estivesse mais perto, passou a ir lá praticamente todos os dias.

Foram dois longos anos nessa situação. Isadora nunca falou nada disso para a família. Somente eu e a psicóloga que a acompanhava soubemos desse trágico momento da sua vida: — “Isso marcou muito a minha vida”.

Ressalte-se que, das quatro mulheres ouvidas nesta pesquisa, três sofreram algum tipo de abuso sexual. Isadora conseguiu revelar uma situação percebida como tabu apenas a dois profissionais em quem confiou; o que reforça o aspecto de que um bom vínculo estabelecido na díade pesquisador/entrevistado é fundamental para trabalhos que envolvam a subjetividade do indivíduo. Aí está um benefício dado ao sujeito desta pesquisa, o de poder expressar fatos, sentimentos e emoções, alguns há muito sepultados.

Dos sete aos quinze anos, nada martelou mais a mente de Isadora do que o abuso sexual que sofrera. Aos quinze, conheceu um rapaz, mas não conseguia efetivar qualquer relacionamento afetivo, um namoro, amizade: — “Não me relacionava com as pessoas porque tinha medo”.

O rapaz era uns sete anos mais velho que ela, e depois de um tempinho de relacionamento quis sexo. Ela negou: — “Eu disse não por causa do medo, não contei a história para ele porque sentia medo [...] ele praticamente me obrigou a primeira vez, dizia ‘tu vai fazer isso se não vou contar pro seu pai que estamos juntos e vai sobrar só pra ti, porque eu fujo’”.

O namoro era desconhecido pelos pais. O fato é que fizeram sexo e era a primeira vez para Isadora que perdeu a virgindade. Na segunda relação sexual do casal, ela divide a responsabilidade: — “Na segunda, digamos que foi 50% ele me obrigando e 50% porque eu quis”.

Como arriscaram e fizeram sexo sem proteção, Isadora pegou uma bactéria do namorado, teve que ir ao médico com a mãe que descobriu tudo: — “A minha mãe descobriu, ficou triste, abalou muito a gente, mas depois voltou a ser como era antes”.

Para completar o turbulento momento, Isadora e sua mãe descobrem que o rapaz era casado. Finalmente terminaram.

Passadas essas duas situações que revolveram a sexualidade e o lado afetivo de Isadora, ela comenta sobre um bloqueio:

Depois disso, não consegui me relacionar de jeito nenhum com as pessoas, principalmente namoro. Eu namorava um mês, dois no máximo, por mais que o rapaz fosse legal e o namoro tivesse indo bem. À medida que o sexo era solicitado: Eu tinha medo, muito medo.

A apreensão vinha em resposta ao medo da intimidade, da entrega, resquícios do trauma da infância:

Sempre fui muito fechada e ainda me abala, vem as lembranças da primeira vez com o ‘senhor’ que era avô das crianças, porque isso mexe muito comigo. Só que de um tempo para cá, venho lembrando menos, eu comecei a ver mais o problema no presente, de que eu não gosto da minha aparência.

Como disse, Isadora tem ótima aparência, perdeu 12 quilos nos últimos doze meses, mas sua autoimagem está severamente castigada: — “Não gosto do meu

corpo, do meu rosto, do meu jeito [...] tem gente que diz ‘tu é tão bonita, tu é tão linda’, mas entra de um lado e sai pelo outro”.

Como ocorre muito frequentemente, um problema de autoimagem numa adolescente nos dias atuais traz ato contínuo os transtornos alimentares, especialmente a bulimia. Não foi diferente com Isadora:

Nem sei como começou, eu tinha até um certo preconceito com as meninas que vomitavam para emagrecer [...] comecei a me ver no espelho e me achar gorda; um dia parei e disse ‘eu sou tão gorda, tão feia, meu cabelo é tão assim, via defeito em tudo [...] nunca tinha parado desse jeito para me ver e despertado tudo desse jeito.

Comeu e vomitou em seguida pela primeira vez: — “Comi bastante, fui no banheiro e vomitei, passei muito mal”.

A bulimia agravar-se-ia em pouco tempo. Em dois meses, passou de vômitos forçados na primeira semana a vômitos automáticos após as refeições. Para provocá-lo, Isadora recorreu a vários objetos, como enfiar uma escova de dente na garganta: — “[...] o que fosse mais profundo eu colocava, até falei pra psicóloga”.

Dizia: — “Eu vou comer, matar minha vontade de comer e depois vou tirar tudo”.

A pergunta a fazer é: — O que Isadora queria tirar junto com a comida? Será que nesse processo ela não queria tirar tudo de podre que sentia desde que abusada sexualmente, a sujeira que via e sentia desde aqueles episódios? A repulsa pelo comportamento, pelas atitudes e pelo jeito de ser do pai em relação a ela? Tirar tudo o que ainda carregava acerca do que passou na escola, o sofrimento com o isolamento social que tanto a machucava e a abalou?

O distúrbio da bulimia causou estragos em prazo rápido: gastrite e esofagite. A gastrite foi diagnosticada dois meses após o início dos vômitos. A esofagite estava mais agravada devido aos métodos que adotava para provocar a saída dos alimentos, usava objetos profundos e atingia o esôfago. Ambas — psiquiatra e psicóloga — chamaram sua mãe para alertar sobre a gravidade do quadro e os riscos da doença. As duas profissionais a acompanhavam há cinco meses, desde os problemas na antiga escola – ela mudou de colégio no segundo semestre – e do diagnóstico da depressão.

Isadora mudou de escola no segundo semestre. A bulimia agravara-se. Ela quase não se alimentava, e o pouco que punha no estômago voltava: — “Eu não conseguia mais controlar meu vômito, já não me alimentava, e mesmo assim vomitava, tanto que passei a vomitar sangue [...] fui emagrecendo e praticamente passava mal todo dia na escola”.

A dinâmica era: não se alimentava; independente disso vomitava; desmaiava; pressão baixava; hospital para tomar soro. Outras vezes sua ida ao hospital se dava de casa. A mãe em desespero tentava de toda forma alimentá-la: — “Minha mãe chegava com a comida, eu fingia que comia, colocava num saquinho e jogava no lixo. Mas dizia que tinha comido tudo”.

Com o processo de sofrimento intensificando-se há dois meses, Isadora começa a se isolar ainda mais, provando desagradáveis momentos de tristeza e solidão:

Sempre tive esses momentos de tristeza, mas estava piorando muito [...] antes eu ainda escutava música [...] ultimamente, com o fato de ter problemas com meu corpo me sentia só, porque não consigo me relacionar com as pessoas [...] acabava ficando no meu quarto todo escuro, até a luz do ar-condicionado incomodava.

Com o processo depressivo, e, também, leia-se bulimia, voltou a automutilar-se com cortes nos antebraços: — “Voltei a me cortar, até uma caneta eu passava e me cortava [...] desde que comecei o tratamento há cinco meses não tinha mais me cortado, mas nesses dois últimos (setembro e outubro)”.

Explica o que a fazia automutilar-se antes do tratamento: — Me cortava porque me sentia só”.

A solidão não manda recados. Na sua versão melancólica, dilacera a alma humana. Vejamos que os momentos de profunda solidão – falamos da solidão existencial, não necessariamente a solidão dos corpos, não ter ninguém por perto ao algo assim – são experienciados por todos os suicidas que temos notícias, e nossos protagonistas corroboram este aspecto que mostra uma das faces cruéis do percurso suicida.

Isadora tinha clara noção de que os cortes que fazia no seu corpo não eram efetivamente uma tentativa de suicídio: — “[...] sei que isso não era por querer me matar, concordo que era uma autopunição”.

Ao ser questionada novamente sobre qual ou quais os motivos que a levavam a esse comportamento, ela revela uma dificuldade que amiúde percebemos nas falas das pessoas em sofrimento: – “É até difícil explicar por que muitas vezes as pessoas não entendem”.

O olhar crítico e julgador do outro nos inibe, como disse de forma genial Jean-Paul Sartre: Não há necessidade de fogo, o inferno são os outros. Isadora continua:

Eu me isolava, me sentia só e chorava, só que eu chorava pra mim, era um choro sem motivo. Então eu precisava de um ‘motivo mesmo’ pra poder chorar, precisava sentir alguma coisa física porque só aquela dor de dentro não funcionava.

Trata-se de uma descrição clara para uma garota de dezessete anos, que racionaliza algo puramente subjetivo, como se estivesse resolvendo um algoritmo matemático para achar a solução de um problema. A solução era encontrar um motivo para sofrer ‘de verdade’, como se tamanha angústia não fosse suficiente para justificar a vontade de expressá-la através do choro. Cortava-se naquele momento com lâminas: – “sempre tinha uma gillette na bolsa”, confessou. O resultado era o ‘alívio imediato’ conseguido literalmente pelo sangue: – “Ver o sangue saindo era uma forma de alívio [...] eu me enchia de anel e pulseira e ninguém percebia, eu cortava só um braço [...]”.

Junto com o sangue, saíam também ‘suas culpas e seus pecados’. Visualizamos a mesma conduta no caso da C., que explicou, assim como Isadora, o mecanismo de automutilação: dor interna – cortes – dor física – alívio momentâneo. Isadora parou durante um tempo com a automutilação, especialmente após iniciar o tratamento com os profissionais de Saúde (psiquiatra e psicóloga). Estamos no mês de agosto. O esforço para conseguir não pensar na morte e não agredir-se chegou ao nível de fazer um ‘pacto de sangue’ com um amigo na nova escola:

Comecei o tratamento e já ocupava minha cabeça com outras coisas, tinha mais gente próxima e conseguia me controlar [...] conheci um amigo que fazia a mesma coisa (cortes em si) e a gente fez uma promessa que se ele se cortasse eu me cortava e se eu me cortasse, ele faria também [...] daí ele parou de se cortar.

Duas semanas antes do nosso primeiro encontro, ou seja, segunda quinzena de outubro, Isadora voltou a se mutilar. Os sintomas da depressão reapareceram mais fortes:

Tem duas semanas que as coisas ‘apertaram mesmo’ [...] comecei a brigar com as pessoas que estavam próximas, a me afastar por conta própria porque não conseguia me relacionar com elas como antes. Tanto amigos como família: meus pais [...] até com a minha mãe, que a gente sempre se relacionou bem, piorou muito. Deixei de falar com as amigas que me ajudavam, sem briga, parei de falar [...] eu fazia alguma coisa pra que as pessoas se afastassem de mim, inclusive minha mãe.

Outro ingrediente perigoso se soma ao quadro existencial doloroso de Isadora, ela começa a escutar vozes, as famosas alucinações auditivas – alucinação é, de forma bem simplificada, a percepção real de algo inexistente, nesse caso as vozes:

[...] era como se fosse aqueles desenhos que tem o anjo e o demônio que ficam falando cada um uma coisa [...] cheguei a escutar vozes ‘hoje tu tem que fazer isso, ficar assim’ [...] eu me acabando e tentando fugir disso, me isolando e agoniada. Parei até de falar com meu amigo que a gente quase namorando, mas brigamos.

O amigo era o único que àquela altura dos acontecimentos a ajudava, levando-a ao hospital quando passava mal, para passear nos raros momentos que assim desejava. Em meio a esse tumulto, Isadora adota a escrita de textos como forma de expressar o que vivenciava e sentia: – “Eu ficava muito mal, não conseguia prestar atenção na aula e ia escrever texto. O penúltimo que escrevi acabou na mão da minha mãe sem eu querer. Era como uma carta de despedida, como se fosse me matar”. Infelizmente não tive acesso a essa carta, que ficou em poder da mãe e não achei uma boa oportunidade para solicitá-la.

A dinâmica suicida retornara. Pensamentos mais frequentes, diários, sem mais obstáculos: – “Os pensamentos de suicídio começaram a vir todos os dias, eu não conseguia parar de pensar. Era como se estivesse aqui e o pensamento lá, o que eu ia fazer, como, o dia, era sempre assim”.

Um indivíduo nessa situação necessita urgentemente de ajuda, pois está a um passo de tentar se matar. Isadora já estava planejando claramente o ato suicida,

saíra da esfera dos pensamentos e da ideação. O texto tratava da vida, dos fatos ocorridos, de seus sentimentos, de como se sentia agora. O único assunto não mencionado foi justamente o abuso sexual. Ao chegar às mãos da mãe, a atenção que aquele momento requeria foi dada: – “Esse texto acabou indo pra minha mãe, ela começou a me acompanhar mais de perto, nossa relação melhorou. Mas, pra mim eu ainda não estava bem, não precisava só disso”.

Continuava vomitando e emagrecendo. Em outubro, chegou no limite – “Eu fiquei no fundo do poço, já não saía pra escola, não tinha mais vontade de fazer nada, me isolava, comecei abaixar aplicativos no celular sobre suicídio, maneiras de me matar [...] tenho algumas imagens aqui, quer ver?”.

Mostrou-me imagens que salvava, como a branca de neve enforcada e os sete anões em volta dela, outra de uma mulher com os braços cortados. Dois aspectos são importantes na atitude de Isadora: a questão da imitação e da identificação. Ela diz: – “Eu salvava como papel de parede no celular porque eu me inspirava, é como se eu tivesse inspiração através das imagens e textos que lia [...] isso são cortes no braço dela, que é muito parecido com o meu”.

Não é o foco deste trabalho discutir os males e benefícios da internet. Entretanto, confesso que ainda me soa muito estranho alguém poder ‘aprender a se matar’, se inspirar na morte do outro, ler passo a passo dicas de suicídio, ver vídeos acerca disso. O aspecto de identificar-se com algum suicida e tender a imitá-lo é um debate nos meios acadêmicos entre especialistas em suicidologia, mas há evidências científicas de que são questões importantes e podem ser definidoras para a decisão de um suicida em potencial. Chama-se “Efeito Werther” ou “Síndrome de Werther”, referência ao romance de Goethe. Atribui-se a essa obra, que ninguém ousa questioná-la do ponto de vista literário, um efeito cascata de suicídios no século XVIII, na Europa, após a sua publicação. O personagem protagonista suicida-se depois de não ter um grande amor correspondido. Alega-se que encontraram algumas ou várias pessoas suicidadas com o livro próximo. O que acontecia com Isadora ao entrar em contato com esses conteúdos na rede parece confirmar o que disse acima: – “[...] eu colocava em sites de cartas de suicidas, ficava vendo a pessoa que fez isso, fez aquilo, que fazia um texto pra família [...] eu ia lá e escrevia textos como se fossem pra minha família [...] passava o dia inteiro assim”.

O histórico recente de Isadora é recheado de atos autodestrutivos e de tentativas de suicídio. Não vou me ater aqui simplesmente aos números de tentativas dentro do conceito que adoto neste trabalho, qual seja, o de que a pessoa deva ter a real intenção de querer se matar e a consciência de que o ato suicida poderá levá-la à morte. Acredito que não devemos negligenciar a própria noção do sujeito quanto aos atos que comete, a não ser que este esteja com as condições necessárias para avaliá-los comprometidas.

O que certamente não se aplica à nossa protagonista, que diferencia de forma contundente as situações em que queria e as que não queria morrer. Vamos falar das experiências. Segundo ela, foram pelo menos três vezes em que agiu com a intenção de matar-se de fato. Uma delas ocorreu naquele outubro em que “estava no fundo do poço”:

Eu fazia as coisas como se fosse uma pessoa que usa máscara, uma capa [...] era na escola que estava e sem me sentir bem comigo nem com ninguém, eu não servia pra nada [...] fui ao banheiro, vi o detergente e tomei a metade de um litro, só não tomei todo porque chegou outra pessoa.

Ela havia dito para um amigo e uma amiga que “já não estava aguentando mais e o que visse na frente ia servir como arma”. Sempre os avisos perpassando a conduta dos suicidas, daí se afirmar que na grande maioria das situações de suicídio ou de tentativas, os protagonistas deixam pistas e sinais durante o percurso.

Passado o episódio do detergente, os efeitos de queimação no estômago e as repreensões de praxe, Isadora não havia se contentado: – “Eu ainda vou tentar novamente, não tinha parado de pensar”.

Uma semana depois, estava em casa em grande sofrimento, numa tristeza profunda. Outra oportunidade surgiu:

A minha mãe não trancava o lugar dos remédios lá em casa. Peguei um vidro de Rivotril e tomei inteiro. Uma amiga me ligou, a mesma que me pegou depois do detergente, e eu falei pra ela o que tinha feito. Na mesma hora chegou outro amigo meu, acho que foi coincidência [...] eu disse pra ele que ia falar com meu pai, disse ‘pai, não estou bem’ e caí desmaiada.

O pai a levou ao hospital onde ficou por dois dias dormindo, acordava apenas para se alimentar. A simbologia da fala de Isadora ao pai é potente: – “Pai, eu não estou bem”.

Há tempos ela queria dizer isso ao pai, queria que o pai soubesse da sua condição: “eu vou ali falar com meu pai”, disse ao amigo. Aliás, deve ter dito no curso de algumas das discussões travadas com frequência entre eles. O ganho secundário e subliminar veio novamente: o pai cuidou dela, a levou para o hospital.

Os pensamentos intrusivos de suicídio não cediam. Sonhava literalmente com essa ideia: – “Até sonhos eu tive com suicídio. Eu me jogava de uma ponte, outra vez enfiava um punhal na minha barriga [...] sim, eu morria nos sonhos”.

A carta de despedida que chegou às mãos da mãe foi escrita nesses dias. Uma semana depois, ao chegar em casa muito angustiada, procurou os medicamentos disponíveis. Achou dois vidros do antidepressivo, um cheio e outro pela metade. Entrou no banheiro, ligou o chuveiro e tomou a primeira metade. Havia lido a bula onde constavam os efeitos e a morte teria uma pequena chance de ocorrer: – “[...] o caso de morte era raro, mas no momento que li eu falei ‘pode ser raro, mas comigo vai acontecer’”.

Sentiu uma queimação no estômago e vomitou bastante. Tomou o outro frasco inteiro: – “Vomitei mais um pouco e fui deitar no quarto e uma amiga me mandou uma mensagem perguntando alguma coisa”.

Novamente, alguém a chama na hora do sufoco e ela de imediato revela o acontecido, comportamento que reforça o paradoxo inerente ao suicida entre o querer morrer e o querer viver. Declara para a amiga que havia ingerido o medicamento e estava esperando o efeito. Começou a suar frio, hipotermia, sonolenta e com fraqueza. O amigo de sempre recebeu o aviso da amiga comum, correu e chegou rápido à sua casa. Ela, mesmo cambaleante, ao perceber que o amigo poderia comunicar o fato ao pai que estava em casa, antecipou-se, e mais uma vez disse: – “Pai, tomei um vidro de remédio”.

Note-se que mesmo numa hora de agonia, Isadora sente medo da reação do pai: – “Pensei assim, se o B. (amigo) falar para o pai vai ser pior, é melhor eu mesma falar [...] eu queria que ele soubesse por mim”.

Desmaiou em seguida e o pai em desespero a leva ao hospital, cenário repetido da semana anterior. Sem a necessidade de internação em UTI, realizados os procedimentos normais, voltou para casa com os pais e o amigo.

Toda aquela sistemática dos cortes, do pensamento de morte que não cessava, de tentar a dor física para fugir da “dor da alma”, os disfarces com roupas e acessórios, tudo aconteceu naqueles dois meses terríveis que antecederam os nossos encontros. Quando estávamos agendados para nos encontrarmos, como citei anteriormente, recebi uma mensagem da psicóloga dizendo da internação de Isadora na UTI do Hospital de Urgências (HUT), vítima de uma nova e mais forte tentativa de suicídio. Ela estava na escola, quando apareceu uma colega com comprimidos no bolso e confidenciou-lhe que iria se matar. O que faz Isadora? Convence a amiga a não fazer aquilo, argumenta que não havia motivos e pede os comprimidos para descartá-los:

[...] só que na verdade eu não joguei no lixo [...] eram quinze comprimidos antidepressivos tarja preta [...] ela me deu, eu escrevi um texto, tirei todos os comprimidos da cartela, enrolei a cartela no papel, tomei todos os comprimidos de uma vez na sala de aula mesmo, eu tinha uma garrafa de água, entreguei pra minha amiga e disse ‘só é pra abrir depois que eu sair’.

Entregou a carta com a cartela vazia e saiu pelos corredores do colégio. Escrevera na carta que “não enxergava mais a vida com os mesmos olhos e que tinha perdido o gosto de viver”. Acabara o desejo e sem desejo não sou, se não sou, para que viver? Somos essencialmente sujeitos desejantes. Em seguida, várias pessoas correram ao encontro dela no pátio da escola, inclusive a coordenadora. Isadora estava apoiada numa mesa e caiu de frente, com o rosto no chão. Não se lembra de mais nada, apesar do seu pai ter dito posteriormente que a levou caminhando até o carro: – “Acordei na UTI com uma sonda drenando o que tinha no estômago, fiquei dois dias lá e depois fui para o apartamento do hospital para ficar em acompanhamento”.

Não havia arrependimento de Isadora ao me relatar todas essas experiências, mas já conseguia relativizar e pensar nos sobreviventes, caso realmente se matasse: – “Uma coisa eu coloquei na minha cabeça, se eu não quero viver por mim, vou viver pela minha família, pelos meus amigos e por todos que se preocupam comigo, mas vontade de viver ainda hoje, eu não vou mentir, eu não tenho”.

Nesse momento os outros, com um peso para a família e amigos, começam a ser um fator de proteção para a prevenção do suicídio de Isadora. A culpa por fazer algo que todos condenam e pedem desesperadamente que não faça também aparece como um fator de proteção: – “[...] tem aquela pressão das pessoas pra eu não fazer mais nada, por favor não fazer isso, e eu me sinto culpada, se eu fizer alguma coisa vou fazer muita gente sofrer [...] fico dividida entre essas ideias [...]”.

Aproveitei a oportunidade para esclarecer a Isadora como ficam os sobreviventes de um suicida, principalmente os familiares. Fiz uma longa explanação do que sei disso através do meu trabalho clínico e acadêmico, ressaltando o rastro de destruição que a pessoa que se mata deixa atrás da sua atitude.

Isadora sempre se deu bem com a mãe – exceto aquele breve intervalo em que se afastaram um pouco – e com o irmão, a ponto de dizer a ele que o considerava como pai. A razão é que o irmão tem mais paciência para escutá-la, a compreende mais, essas coisas. Com o pai, desde criança não consegue construir uma boa relação. No terceiro encontro, ela me disse que após tantas manifestações explícitas de que precisa da atenção dele, parece que a mensagem foi entendida e estão numa fase melhor, a ponto de ele ter declarado o seu amor de pai numa festa surpresa dias atrás. Contudo, ela não se engana: – “Ontem mesmo voltou a vontade de me cortar. Tive uma discussão com meu pai, ele me repreendeu e eu fiquei me sentindo culpada de verdade”.

O motivo foi um novo namorado. Isadora estava com medo da reação do pai ao saber do namoro, queria oficializar o relacionamento, levando o rapaz em casa e apresentá-lo à família. Pediu ao padre amigo da família que desse a notícia e pensava que dessa forma tudo seria mais tranquilo. Para sua surpresa, o pai chateou-se porque Isadora não foi diretamente a ele para comunicar o namoro, foi rude com ela, fazendo-a sentir-se culpada por fazer o pai ficar chateado: – “Ele brigou, disse que eu achava que ele era um bicho, que tinha medo dele, que não esperava isso de mim [...] eu fiquei chateada de não ter dito pra ele e ter feito ele ficar com raiva de mim por isso”.

A referência do pai é negativa desde sempre na vida de Isadora: – “Eu fui criada assim, meu pai sempre com aquela brutalidade, cabeça quente, tudo resolve com agressividade [...]”.

A violência não é e nem foi física, nunca apanhou dele. Uma das razões para o distanciamento entre eles era o uso de álcool: – “Hoje ele não bebe mais, mas eu não gostava quando ele bebia [...]”.

A relação dos pais, bastante conturbada, agravava-se quando o pai agredia verbal e psicologicamente a mãe. Ainda criança, Isadora a defendia e se colocava literalmente contra ele:

Eu sempre convivi com isso, o fato dele falar grosso com minha mãe me deixava ainda mais distante dele e mais próxima da mamãe, porque eu sentia que tinha que proteger minha mãe. Quando eles brigavam, eu entrava no meio e tirava, eu ainda pequenininha saía tirando os dois.

Atualmente, ele não é mais alcoolista, mas as agressões com a esposa continuam: – “[...] os dois não se entendem, ele esculhamba na cara dela, diz que ela não tem capacidade pra fazer nada, nem cuidar da casa. Ele que tem mais tempo é que devia cuidar [...]”.

Aos 14 anos, ocorreu um episódio em que Isadora foi ameaçada pelo pai: – “[...] eu mandava ele calar a boca, ele não me batia, mas nesse dia me ameaçou de bater, e eu disse que se ele fizesse isso eu denunciava”.

Já adolescente, cursando o nono ano do Ensino Fundamental e o primeiro do Ensino Médio, Isadora ficou para recuperação. Seu pai brigou muito nesses momentos e cometia outro erro capital na formação dos filhos, comparar pejorativamente um com outro: – “Ele sempre jogava na minha cara que meu irmão nunca precisou de recuperação, que sempre passava em primeiro lugar em tudo, até no vestibular. Ele jogava na minha cara ‘tu tem que ser igual ao teu irmão’”.

A propósito, o rendimento escolar de Isadora foi apenas regular, não conseguiu bons resultados e comenta que tinha realmente dificuldade de aprendizagem, o que deu início a processos de doença mesmo: “Tinha dificuldade de memorizar, e na prova me dava um branco [...] eu não conseguia render ou passava mal porque não conseguia responder e ficava nervosa”.

Os sentimentos ruins direcionados ao pai: – “Eu sempre fui guardando [...]”.

Não bastassem as inúmeras brigas, comentários deletérios partindo dele eram comuns: – “A gente brigava muito, muito mesmo [...] ele não sabia me escutar, e falava assim ‘tu é gorda e não consegue fazer isso’”.

Veremos que a questão do corpo e da estética teve peso decisivo para a depressão e tentativas de suicídio. Vindo do pai, então, o sofrimento aumentava:

As pessoas falavam ‘Isadora tu não precisa de regime, onde vai parar assim. Isso no começo do ano eu não me importava muito, mas depois de agosto, eu já me preocupava, entrei na academia. Só não conseguia malhar por causa da fraqueza.

Os comentários surgiam tanto na escola como em casa, um verdadeiro *bullying*: – “Em casa também, meu pai falava com brincadeira que eu ia ficar igual a uma bola, ‘tu só quer comer besteira, vai ficar feia e gorda’, essas coisas que me maltratavam”.

Na escola, o *bullying* sofrido por Isadora repercutiu sim na construção da imagem fantasiosa de corpo que criou até a depressão e a busca da morte como solução: – “As pessoas têm certo tipo de preconceito porque eu sempre fui assim mais cheinha, e desde pequena eu sempre sofri com isso na escola [...] eu era muito gorda mesmo, tive pré-diabetes e sofria muito com aqueles apelidos”.

A preocupação com a aparência física, com a estética corporal se tornou uma vilã na existência de Isadora, desde o começo do ano de 2012. Antes, ela afirma que sofria menos, aumentou substancial e progressivamente no primeiro semestre, lembrando-se do episódio em que iria ingerir medicamentos em abril, quando foi salva pelo irmão. Olhava-se no espelho excessivamente, buscava informações em sites na internet: – “Via depoimentos de pessoas que perderam peso, aí eu vi um depoimento de uma menina que dizia ter perdido sete quilos em uma semana só vomitando”.

Iniciou-se o processo de bulimia já relatado neste trabalho. A reposta de Isadora a todos que a cobravam um “corpo melhor e mais bonito”: – “Vamos lá ver se dá certo, pra ver se as pessoas param de falar de mim e se agrado a elas”.

Começou a vomitar para alcançar tal objetivo torpe. Em julho, ainda com um sobrepeso que a atormentava, teve o diagnóstico: – “Eu já tinha os sintomas de depressão antes de julho, mas não tinha ainda sido diagnosticada [...] quando veio o diagnóstico eu disse ‘meu Deus, eu estou assim?’”.

Saber formalmente que tinha depressão teve um peso enorme. Com isso arrumara o argumento que faltava para tentar justificar a si mesma o que estava acontecendo: – “Eu já vinha com sintomas depressivos antes de julho, mexendo

comigo. No momento em que soube da depressão, a preocupação aumentou porque já tenho depressão e por isso vou procurar defeitos em mim”.

Os motivos psicológicos trouxera desde a infância com o abuso sexual, a má relação com o pai, as dificuldades na escola: – “Só que aqueles motivos não eram suficientes, tinha que ter um motivo físico pra eu estar com depressão”.

O problema físico quer dizer corpo. No início do terceiro e último encontro, perguntei o que a levava a querer se matar. Havia perguntado em outro momento, mas queria saber como responderia naquele dia. Ela disse: – “Acho que hoje o que me leva a querer fazer isso é a tristeza que vem, e a aparência é o que mais me desgasta”.

A autoimagem distorcida a leva ao processo de tristeza, isolamento; enfim, o processo depressivo e o desejo de morrer e/ou se matar. Os paradoxos e questionamentos afloram: – “por que a sociedade cobra tanto a questão da aparência, por que fico assim querendo agradar a todo mundo?”.

Perguntada novamente sobre o tema, ela diz:

Não é que fosse tudo um conto de fadas, isso é impossível, mas que a sociedade não cobrasse tanto a aparência, porque esse é o problema que tenho comigo e me pergunto por que eu me ‘cobro tanto assim’. Sempre querendo ser mais magra, perdi doze quilos em dois meses vomitando, e nada me satisfaz, sempre mais.

As demandas sociais que pesam sobre o adolescente por inteligência, corpo perfeito, homogeneização no tipo beleza máxima, com desrespeito às diferenças, podem fazer com que ele, desde cedo, queira desistir de *ser* no social, de tudo, umas das aspirações da pós-modernidade. Nessa linha de pensamento, Esslinger e Kovács (1999) referem: “O exagero do culto ao corpo pode levar ao que estamos chamando de ‘sepultura’ – pode conduzir à doença, ao sofrimento ou à morte” (p.65).

A depressão denunciou com a formalidade de um diagnóstico médico, todos os ônus que pesaram, ou melhor, pesam sobremaneira sobre os ombros de Isadora. Contudo, ganhos secundários ocorreram para ela: – “Depois que ele (pai) soube que eu estava com depressão, foi que se aproximou mais de mim [...]”.

Quantas vezes o pai a levou aos hospitais depois de vê-la à beira da morte? Várias, e, de certa forma, assumiu sua parte no cuidado. Ela disse coisas

significativas nos momentos em que estava em crise, pediu para ser notada, para ser vista, para ser ouvida e para ser cuidada: – “Ele está mais próximo porque fiquei mais vulnerável, já não reclama tanto, se preocupa mais comigo [...] quando eu estava no hospital, ele me levava no hospital e ficava lá comigo até eu sair”.

Que maravilha de ganhos, mas que custos caros, quase uma vida. No sábado anterior à terceira conversa, Isadora, ao chegar em casa, encontrou uma festa surpresa, com amigos e família que se mobilizaram para isso, na qual o pai se emocionou e falou o quanto a ama: – “Ele se declarou, falou que sempre me amou como ao meu irmão e o que sentia por nós era igual. Por mais que em alguns momentos ele não demonstrasse, ele me amava”.

Ela gostou obviamente do movimento, mas tem cautela a falar o que acha e o que sente pelo pai: – “Não acho que ele estivesse mentindo [...] mas pelo fato de ele nunca ter demonstrado, meu coração endureceu em relação a ele [...] de qualquer jeito, melhorou, a gente está mais próximo”.

Perguntada sobre sentimento, ela titubeia: “Eu não sei, não tenho um sentimento definido por ele”.

A ideação suicida de Isadora estava muito alta quando do último encontro. Ela perguntou sobre o questionário e expliquei o motivo de aplicá-lo naquele momento. Era um questionário chamado BSI (Beck Scale for Suicide Prevention), traduzindo, Escala de Ideação Suicida Beck (2011), onde constam 21 perguntas sobre o sentimento suicida, intensidade de pensamentos, planos, valores que ligam à vida, entre outros aspectos. O resultado de Isadora foi crítico, o que me fez conversar bastante com ela ao final, esclarecer uma série de pontos mais confusos em sua cabeça, reforçar a importância da consulta ao psiquiatra imediatamente, a continuação com a psicóloga, a manutenção da atividade física – tínhamos abordado esse assunto num encontro anterior, felizmente ela comprou a ideia e estava praticando boxe.

Ela foi orientada para não voltar à escola, devido a tantos episódios dramáticos, o que concordei; fazer as provas em casa para não perder o ano letivo e dar um tempo do ambiente. Trabalhamos muito as culpas que carregava diante de si própria, dos pais, dos amigos. Está frequente o problema com o sono, tem dormido mal, o que precisa do ajuste na consulta psiquiátrica. Falamos longamente sobre os paradoxos que apresentou com muita propriedade e acerca dos questionamentos sobre a sociedade, as imposições sociais da nossa época.

Outro ponto que discutimos em cima das aspirações acadêmicas e profissionais de Isadora foi a questão da orientação vocacional, falamos sobre suas preferências para o vestibular e o futuro das carreiras que escolhera para decidir *a posteriori*. Um benefício ao entrevistado, neste trabalho, estar com o pesquisador, mas que nunca se furtou de utilizar o seu *back ground* de psicólogo para contribuir com o bem estar do sujeito da pesquisa.

Isadora não estava curada. Apresentava alto risco de cometer suicídio. Todas as medidas foram tomadas por mim no sentido de informar à família, de dizer da necessidade premente de voltar à psiquiatria, usar a medicação adequadamente, tirar do seu alcance os meios mais fáceis e possíveis de serem utilizados numa tentativa de suicídio, principalmente nesse caso, esconder as medicações. Esta medida já havia sido tomada. Estava pensando mais na família que ficaria desamparada caso morresse, consegue ver realmente o sofrimento dos que a cercam e a amam.

A espiritualidade é uma categoria de extrema importância, quando tratamos de temas relacionados à morte e ao processo de morrer, como o suicídio. Não o abordamos ao longo da narrativa, mas vale um breve comentário sobre a espiritualidade, a vivência da religiosidade na vida de Isadora:

O meu irmão e minha mãe são muito católicos, participam de grupos na Igreja e eu já fui assim, fui até coroinha. Hoje não sinto mais vontade de fazer isso, nem mesmo de ir pra igreja [...] tá lá embaixo (a espiritualidade), apesar de ter os questionamentos sobre a morte, o que acontece depois, para onde vamos, essas coisas que ficam.

Quando estávamos finalizando o trabalho, nosso último encontro, agradecemos mutuamente a disposição e disponibilidade, e ouvi novamente como Isadora se valeu desses momentos para se mostrar verdadeiramente, colocando para fora conteúdos muito íntimos, e me diz de forma sincera:

Eu me sinto assim muito fechada, não é pra todo mundo que chego falando. Por mais que seja sua profissão, não sou de chegar e falar logo de cara coisas minhas. Pra que isso aconteça, tenho que sentir a confiança na pessoa. Acho que estou me sentindo mais aliviada, porque precisava falar disso pra outra pessoa e esvaziar um pouco.

Concluo essa narrativa com a letra da música Noite Fria, da banda Rosa de Saron, a preferida de Isadora, quando se trancava no quarto escuro nos piores momentos de angústia. De fato, a letra tem muito a ver com seus questionamentos e dúvidas acerca da existência e do que espera por nós.

Noite Fria (Rosa de Saron)

Na noite fria começo a pensar em quem eu sou
Por que existo, pra que sirvo e onde vou
Ninguém ao meu redor vivia a me enganar
Andava sempre sem nunca chegar

E o meu coração chorava
Minh'alma clamava por alguém
Que me pudesse fazer viver

E no dia a dia a rotina pegava-me em suas mãos
Sonhos e lágrimas preenchiam o meu coração
Ninguém pra me escutar, vivia só pra sonhar
Queria minha vida transformar

E o meu coração chorava
Minh'alma clamava por alguém
Que me pudesse fazer viver

A minha saída um homem chagado me mostrou
E disse que o amor numa cruz Ele provou
Pude então sentir o seu sangue a me invadir
Minha vida desde então Ele mudou

E o meu coração chorava
Minh'alma clamava por alguém
Que me pudesse fazer viver.

4 SOBRE O SUICIDA

Eu fui criada assim, meu pai sempre com aquela brutalidade, cabeça quente, tudo resolve com agressividade [...].

Isadora

Mesmo antes de encerrar o trabalho de campo, depois de conversar com os oito entrevistados – cinco foram incorporados como os sujeitos desta pesquisa e três foram excluídos pelos motivos listados no capítulo 3 – ainda no decorrer da trajetória etnográfica, alguns aspectos foram se delineando como muito significativos para cada um deles. Além disso, alguns pontos enfatizados nas narrativas se interseccionaram, justamente como aquela imagem dos conjuntos na matemática. Pontos de intersecção, comuns a uns e outros.

Não vamos tratá-los como “categorias” no sentido grego da etimologia, como “atributo”. Não penso em fazer malabarismos estatísticos, em que pese não ser esse o objetivo principal de um trabalho qualitativo e etnográfico. Entretanto, pretendo tornar tais aspectos tão destacados e visíveis quanto possível. Por quê? Não tenho dúvida de que esses destaques reverberam um discurso que transcende os nossos protagonistas e são sintomas, especialmente alguns deles, da contemporaneidade.

Os outros, certamente, já nos acompanham há tempo, como o abuso sexual, o drama das relações afetivas, questões da espiritualidade. Mas a perda da função paterna, as epidemias na saúde mental e a consequente medicalização das pessoas, os sintomas de extrema solidão, angústia e desespero caracterizam novos tempos. Paradoxalmente, estamos hiperconectados e tão distantes uns dos outros. As variadas facetas de um período histórico se mostram, como, por exemplo, aqui no Ocidente pós-industrializado, alta tecnologia, conectividade, muita produção de informação, avanços importantes na medicina, para ilustrar. Na outra ponta, o crescimento do individualismo, do consumo, da competição predatória, das dores subjetivas – termo usado para substituir outros afins, tais como emocionais e psicológicos – uma era de excessos e carências. Shneidman (1996), precursor dos estudos sistematizados sobre o suicídio, considerado “o pai da suicidologia”, aborda o tema da dor para caracterizar o suicídio ou, no mínimo, o desejo de morrer. Não são predicados dos tempos modernos as intermitências da vida entre glórias e

fracassos, alegrias e tristezas. É hoje e foi no tempo dos césaes. No entanto, acreditamos que atualmente, estamos em um pico das tais dores subjetivas, e estas são ingredientes básicos do suicídio. A era dos excessos e das carências nunca nos deixa satisfeitos. Trabalhamos em uma frequência “na falta de [...]”, e não surpreende que a dor da “falta”, o sem fim de ofertas que nos rodeiam, tragam-nos a sensação de fracasso existencial em muitos momentos.

Alguém se lembra de ouvir falar sobre a depressão infantil até a década de 1970? Crianças deprimidas lotam os consultórios de psiquiatras e psicólogos. Poderíamos perguntar: — Será que esse fenômeno ocorria antes e apenas não sabíamos diagnosticá-lo clinicamente? Acreditamos que não, que a depressão infanto-juvenil, só para citar um exemplo, é um aspecto nefasto do nosso tempo. E os pais estão perdidos nesse contexto.

A sensação de fracasso existencial, como dizíamos, também não é de hoje, a questão é o número de indivíduos que vivem a maior parte do tempo com essa sensação:

Unfortunately, some of us live in a state of constant anguish. Anguish or disturbance or perturbation is caused by pain, sometimes physical pain, but more often psychological pain. Psychological pain is the basic ingredient of suicide – but there’s a lot more (SHNEIDMAN, 1996, p. 6-7).

Nesse sentido, Lipovetsky (2007) analisa a sociedade atual como a sociedade do hiperconsumo, que revela uma felicidade paradoxal. Apresentada como a civilização do bem-estar, com “imagens de felicidade consumista”, em que triunfa o consumo – mundo no qual ela assiste a uma multiplicação das desorganizações da vida mental. A expansão dos distúrbios psíquicos é vista por meio do aprofundamento da desorientação psicológica que provoca danos subjetivos e propaga depressões, tentativas de suicídio, ansiedades e consumos de medicamentos psicotrópicos. Erguem-se os locais dedicadas aos objetos e aos lazeres, e emergem os desequilíbrios psíquicos em um “cosmos hipercompetitivo”, orientado por um “individualismo selvagem”. A socialização individualista e consumista está sob o domínio publicitário criador de uma nova cultura cotidiana baseada em uma visão mercantilizada da vida. O sofrimento psicológico, a dificuldade de viver e as decepções que pontuam as existências individuais sublimam o paradoxo.

Quais atributos (aspectos) desvelados nesta jornada etnográfica são mais contundentes, perpassam (atravessam) os discursos de todos ou da maioria dos nossos protagonistas? Algumas reflexões intercaladas com as falas a respeito desses atributos facilitam nossa compreensão concernente a toda discussão travada no decorrer do trabalho.

4.1 Solidão, angústia e desespero

A população europeia é tomada como exemplo trágico para alguns fenômenos típicos de nossa época. No contexto de uma sociedade da decepção, o isolamento afetivo e social reforça o sentimento de solidão associado à “individualização dos modos de vida”, à “desagregação dos vínculos coletivos” e ao “esvaziamento das instituições da família e da religião”. Neste quadro ganham visibilidade os expressivos números referentes às práticas suicidas. Lipovetsky (2007) chega a abordá-los na trilha do “altíssimo desgaste dos vínculos pessoais que predomina no nosso tempo”. A juventude solitária é destacada na abordagem:

Hoje, seis milhões de franceses estão vivendo sozinhos; em Paris, metade dos lares é constituído por um único indivíduo. Os mais velhos vivem num isolamento cada vez maior, permanecendo cada vez mais tempo nesse estado de abandono. Numerosos estudos indicam a catástrofe do isolamento afetivo e social por que passam os desempregados. Sobre um plano totalmente diferente, a disseminação de sites de relacionamentos na internet ilustra a importância do sentimento de solidão, bem como o desejo de fazê-lo cessar. Seria inadequado abordar o problema sem uma referência ao altíssimo percentual de suicídio (160.000 tentativas por ano na França), principalmente entre os jovens, situação que aponta a fragilidade do indivíduo hipermoderno, muitas vezes confrontado por uma solidão interior insuportável (LIPOVETSKY, 2007, p. 65).

Giddens (2005) ressalta que o desenvolvimento social moderno provocou sentimentos de falta de propósito, medo e desespero. Entre os nossos sujeitos de pesquisa, a única que escreveu uma carta de despedida a que tive acesso foi Dolores, escrita na sua agenda. Isadora também gosta de textos, e escreveu bastante sobre seu sofrimento, no que se refere aos questionamentos existenciais. Não nos recordamos de ela ter dito algo sobre uma carta de despedida clássica, mas sabemos que sua mãe recebeu um texto que escrevera antes de uma tentativa de suicídio. Contudo, não chegou às nossas mãos. Os outros me afirmaram que não escreveram antes de (a)tentar a morte. Na longa carta, Dolores, acentua a angústia

que a atormentava naquele momento: — “Não sei até quando vou aguentar a vida que levo. Cada dia fico pior e essa angústia que não passa, essa dor no peito”.

Kierkegaard (2011), no século XIX, discutiu ao longo de uma obra inteira o conceito de angústia. Com sua formação filosófica, mas também teológica, a coloca como uma “qualificação do espírito que sonha” e que possui “uma ambiguidade psicológica”. Outro ponto destacado é a diferença entre angústia e medo:

[...] tenho de chamar a atenção sobre sua total diferença em relação ao medo e outros conceitos semelhantes que se referem a algo determinado, enquanto que a angústia é a realidade da liberdade como possibilidade antes da possibilidade. Por isso não se encontrará angústia no animal, justamente porque este em sua naturalidade não está determinado como espírito (KIERKEGAARD, 2011, p. 45).

Parece-nos que a diferença feita pelo filósofo, à época, é semelhante à da Psicologia atual. Ele aponta a diferença entre medo e angústia, em que o medo requer algo determinado, e a angústia é a “realidade da liberdade como possibilidade”. Hoje fazemos uma diferença entre o quadro de ansiedade e o quadro de medo, pois o medo, assim como pensava Kierkegaard (2011), traz em si um “objeto” determinado, enquanto a ansiedade é difusa, não se sabe exatamente quem é o “adversário”.

Em outro trecho, a solidão de Dolores e a vontade de expressar-se aparecem; aquela solidão do “eu” ainda que estivesse cercada por um mundo de gente em casa:

Sempre me perguntam por que eu gosto de escrever. É porque não tenho muito com quem desabafar, fico imaginando tantas coisas que se passam pela minha cabeça. Muitos ou todos pensam que é bobagem o que sinto, talvez para eles seja mesmo, mas só Deus e eu sabemos.

Joana fala também da solidão na mesma linha de Dolores, ressaltando o paradoxo entre conhecer pessoas e se sentir só: — “Me vejo em casa sozinha, meu filho agora namorando, fico com vontade de conversar, de falar com alguém [...] tem muita gente que conheço, mas ao mesmo tempo me sinto só”. Romeu viveu tempos difíceis antes da tentativa de suicídio na mais profunda solidão: — “[...] não falei nada pra ninguém do que eu estava passando, sofria sozinho [...] só um pouco antes do

que aconteceu eu falei pra ela [...]”. Isadora é lacônica ao falar da automutilação: — “Me cortava porque me sentia só”.

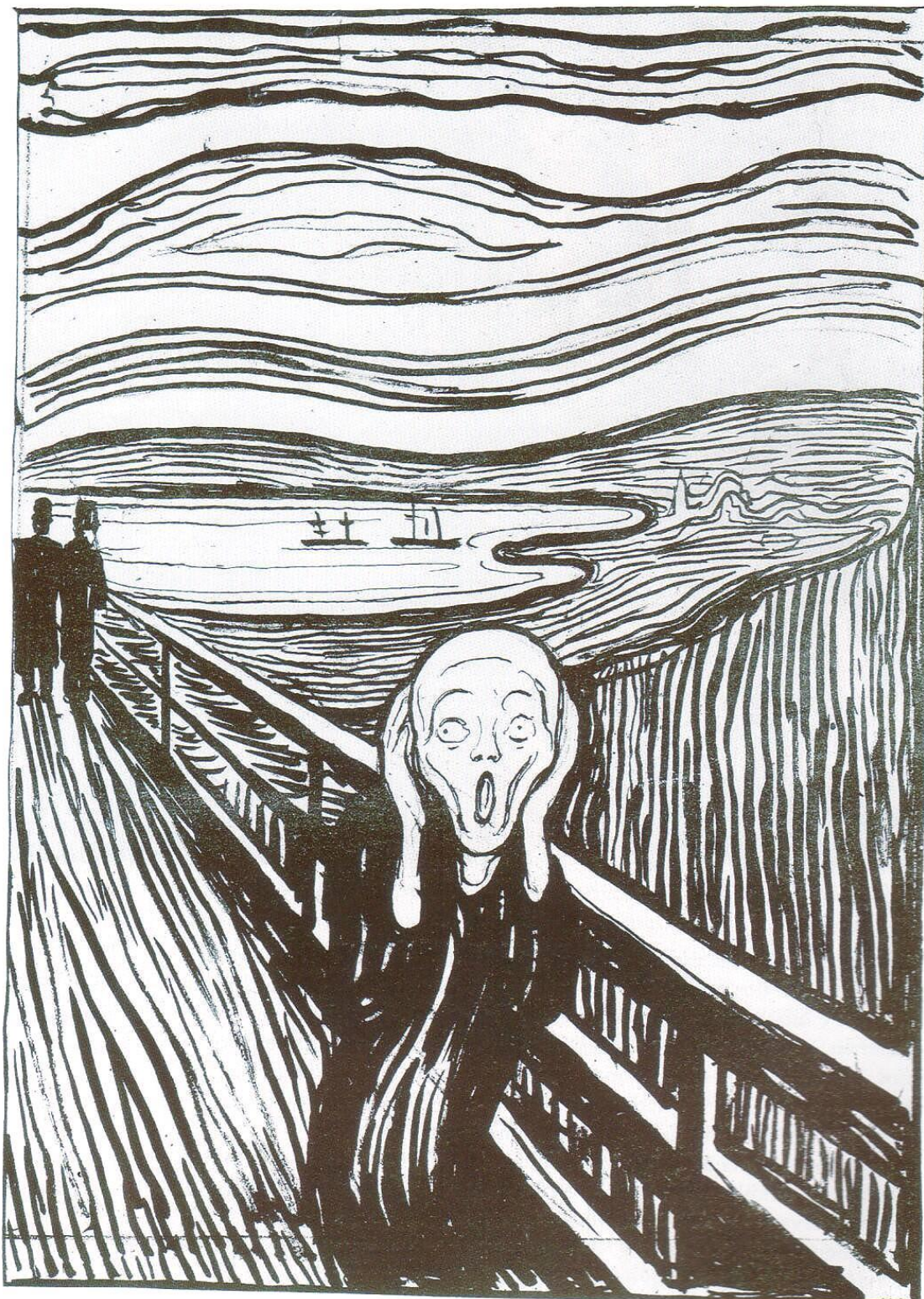
Deste modo, imaginamos as muitas Dolores, Joanas, Romeus e Isadoras, em uma noite em casa, gente por perto, computadores e redes sociais à disposição. No entanto, a solidão absoluta, procurando desesperadamente acessar os últimos recursos de que conseguem dispor. Dolores, naqueles momentos, achou a escrita para o desabafo e a interlocução com Deus como consolo.

O desespero humano tem uma relação umbilical com o suicídio. Kierkegaard (2004) dedicou uma obra à angústia e outra ao desespero humano. Vê uma dialética na questão entre ser o desespero uma vantagem ou uma imperfeição, e na realidade pode ser ambas:

Em só considerando a ideia abstrata [...] deveríamos julgar uma enorme vantagem. Sofrer um mal destes coloca-nos acima do animal [...] a superioridade do homem sobre o animal está, pois, em ser suscetível de desesperar [...] contudo, o desespero não só é a pior das misérias, como a nossa perdição (KIERKEGAARD, 2004, p. 21).

A pintura *O Grito*, de Edvard Munch, é uma ótima oportunidade para que possamos apreender o desespero humano. A figura a seguir mostra uma litografia feita em 1895. Esta obra revela como uma súbita excitação transforma todas as nossas impressões sensoriais. Todas as linhas parecem conduzir ao foco da gravura – a cabeça que grita. É como se todo o cenário participasse da angústia e excitação desse grito. O rosto da pessoa está distorcido, na foto, como o de uma caricatura. Os olhos arregalados e as faces encovadas lembram a cabeça de um morto. Algo muito terrível deve ter acontecido, e a gravura é tanto mais inquietante porque nunca saberemos o que esse grito significou. Munch poderia ter replicado que um grito de angústia nada tem de belo, e que seria falta de sinceridade olhar apenas o lado agradável da vida, pois os expressionistas alimentavam sentimentos tão fortes a respeito do sofrimento humano, da pobreza, da violência e paixão, que eram propensos a pensar a insistência na harmonia e beleza em arte nascera exatamente de uma recusa em ser sincero (GOMBRICH, 1999).

Figura 1 - Litografia *O Grito*, de Edvard Munch (1895)



Fonte: Arquivo do Autor.

O caso de Virgínia mostra como o seu desespero diante das dívidas financeiras, feitas para custear as chantagens de RM, a levou à tentativa de suicídio: — “[...] eu percebi que não tinha mesmo como pagar, então eu pensei: ‘eu tenho um seguro de vida feito em SC que vale mais do que minha dívida [...] se eu morrer de forma que pareça natural, mamãe recebe e paga tudo”.

O desespero está em nós e se apresenta como uma doença mortal do “eu”. O desesperado é um doente de morte (KIERKEGAARD, 2004). Romeu narrou o seu desespero em pelo menos dois momentos. O consumo crescente de drogas o fez endividar-se: — “[...] pegava meu dinheiro todinho e ia pra farra; passava dois, três dias fora [...] eu fazia mais contas, minhas prestações atrasando e fui ficando desesperado [...]”. Ademais, a relação com a ex-mulher, por quem era apaixonado, se transformava para ele num tormento a cada dia: — “[...] eu ligava, ligava e ela não atendia, até que fiquei desesperado”. Por sua vez, Joana viveu no seu contexto algo assim, o desespero associado à saída do marido de casa e o agravamento da crise financeira:

Com a saída dele, os outros problemas (financeiros) que ele deixou pra eu resolver me deixaram muito preocupada. Ele dizia que ia resolver de onde estivesse, mas eu não me conformei com aquilo, me deu um desespero [...].

Uma série de motivações pode conduzir o indivíduo ao desespero. Seria inócuo tentar derivar para um levantamento de causas. Todavia, dentro do contexto deste estudo, podemos enxergar aspectos que desequilibram por demais conosco. A crise financeira e as dificuldades inerentes a ela, as relações afetivas tumultuadas e cada vez mais fragmentadas, podem, conforme vimos, aliadas a outros ingredientes, levar a pessoa ao desespero.

Em uma época em que se valoriza o “ter” ou o “parecer ter”, é prudente estarmos atentos aos novos valores que temos incorporado à nossa sociedade, e, portanto, à nossa vida.

4.2 Relações afetivas

Durkheim é um dos autores citados entre as correntes teóricas que estão ao nosso dispor para decifrarmos a decepção própria dos modernos. A sociologia de uma sociedade decepcionada diagnostica: “[...] nossa época está impregnada dessa

indescritível confusão e desse desengano, desconforto e angústia” (LIPOVETSKY, 2007, p. 10). Relendo o conceito de anomia, clássico do pensamento sociológico contemporâneo, somos estimulados a refletir sobre a pertinência de atualizá-lo. Uma análise sobre a situação social da nossa época nos leva à seguinte pergunta: — Poderíamos falar em novas condições sociais anômicas? O império da decepção e do descontentamento foi acentuado por Durkheim nas sociedades modernas individualistas.

Mudanças rápidas ou instabilidade na sociedade engendram uma falta de regulação social. As pessoas ficam “sem normas” e perdem um ponto fixo de referência para os seus desejos. A perda da influência das normas sociais sobre o comportamento individual deixa muitos indivíduos sentindo que suas vidas cotidianas carecem de sentido. Na matriz durkheimiana, a ausência de regras claramente estabelecidas desvelava uma sociedade que se encontrava socialmente “doente”. A doença trazia os seguintes sintomas: perda de coesão social e falta de clareza normativa na comunidade ou na sociedade. Enfatize-se que as condições sociais da anomia marcam épocas de turbulência econômica, disputas pessoais e desestabilização do equilíbrio entre as circunstâncias das pessoas e seus desejos. Rápidos e intensos, os processos de mudança no mundo moderno provocam efeitos perturbadores sem proporcionar novos valores claros. Como ficam os controles e padrões morais tradicionais? Ao serem desfeitos pelo desenvolvimento social moderno, interrogamos pelas âncoras e referências que permitirão aos indivíduos anômicos uma reintegração em uma sociedade desorganizada.

A reflexão acerca das condições sociais anômicas diante de mudanças de paradigmas em intervalos curtos de tempo nos apontam uma direção para podermos lançar um olhar sobre as relações em família, seja de casais ou pais e filhos. Nesse contexto, os casais sofrem os efeitos de significativas alterações: os novos papéis da mulher; as novas dinâmicas da educação dos filhos; a ausência de homens e mulheres em casa, indo para o mercado de trabalho cada vez mais exigente; o custo de vida nas grandes cidades; a urbanização desregulada criando bolsões de pobreza; o crescimento de uso de drogas (lícitas como álcool e outras ilícitas, principalmente o crack); o crescimento da violência que desarruma o *modus vivendi* de muitos; a “obrigação do consumo”.

As novas condições anômicas do nosso tempo abriram uma cratera no meio das relações. O número de separações multiplicou-se nas últimas décadas – não

podemos negar o efeito positivo disso no sentido de termos mais liberdade social para o fim de relacionamentos infelizes. Quando a separação ocorre durante uma crise concorrente, como a financeira, uso de drogas, desemprego ou doenças graves, a perda de um membro da família, tudo isto pode ser um anúncio de que a morte será percebida como saída para tantos problemas, e o processo suicida entra em cena.

Joana vivia o drama da separação com a saída de casa do marido juntamente com os problemas financeiros que ela previa, além do medo maior, voltar para a casa do pai:

[...] vivo num relacionamento perturbado. Quando aconteceu isso comigo a gente estava passando por uma crise de separação [...] meu esposo tinha saído de casa pela quarta vez, dois dias antes do acontecido. Eu senti um desespero muito grande. [...] eu tinha saído da casa de meus pais e não queria mais voltar [...] não queria ser mais aquela pessoa dependente da minha família, eu queria ser independente, e se me separasse do meu marido teria que voltar para a casa do meu pai, e eu não queria de jeito nenhum, aquilo seria a maior vergonha do mundo; imagina o papai vai jogar tudo na minha cara e dizer que tinha me avisado [...] isso foi uma das coisas que mais pesou na minha cabeça.

Romeu, apesar dos vários relacionamentos que manteve, era da ex-mulher e mãe de dois dos cinco filhos de quem mais gostava. Depois que saiu de casa “a pedido” dela, começou a usar cocaína aliada ao consumo crescente de álcool, fez dívidas e seu mundo caiu.

Eu sempre fui ‘danado’, desde o começo sempre foi assim, separava, voltava [...] ia pra rua e voltava no dia seguinte [...] acontecia quando eu bebia muito, desde adolescente eu bebia, quando ela me conheceu já era assim. [...] quando eu perdi mesmo minha mulher, foi que me dei conta que aquela era a mulher que eu amava, eu saía e bebia e me drogava [...].

Dolores ressaltou o seu drama conjugal como muita ênfase, desde que fugiu, aos quatorze anos de idade, para encontrar o homem que seria seu companheiro até hoje. O relacionamento é truncado desde a sua origem:

[...] vida sofrida. Ele aprontando, eu completando quinze anos [...] o que ele pôde judiar de mim, ele judiou. Dizia ‘foi tu que veio atrás de mim’ [...] então se eu fui atrás dele, eu não era ninguém, casou comigo por pena, por piedade.

O casamento era e permanece uma tortura. Ainda no início, o ciúme era sentimento frequente. Com sucessivas crises, Dolores seguia o marido: — “Quando eu ia atrás dele com ciúmes, ele jogava pedras de brita em mim [...] chegava em casa roxa”. A violência física é — sim — um fenômeno presente sobremaneira em pleno século XXI:

Ele disse ‘quem é esse homem?’ Quando eu tecliei que o homem viu que não era a mesma pessoa, desligou o MSN [...] nesse dia eu apanhei [...] ele com oito dias de operado, mas me dava tanto murro, quebrou meu celular, e eu dopada, nem senti dor de tão dopada [...].

Teresina e sua região metropolitana, para ater-nos apenas aos limites da pesquisa, mostra como conservamos certos padrões de sociedade machista; uma figura masculina que tenta a todo custo manter um *status quo* de dominador. A crise da identidade do homem — desde os primeiros passos da emancipação da mulher décadas atrás — é motivo de grande sofrimento para ambos, o que deve ser atenuado com o passar de algumas gerações, acreditamos.

Nesse contexto, uma miríade de configurações, de novos arranjos familiares surgiu. A adoção de crianças também é motivo de crises nos dias atuais, haja vista a luta dos casais homossexuais para garantir o direito ao casamento civil. O modelo das sociedades ocidentais “mais desenvolvidas” que se incorporam ao nosso *modus vivendi* assim como uma célula cancerosa caminha no organismo humano, nos legou uma mudança drástica na estrutura familiar. O progressivo rompimento dos vínculos coletivos e a “desacreditação” (grifo nosso) de instituições como a família estão intimamente ligados aos reclames dos que tentaram suicídio, conforme vimos neste trabalho (LIPOVETSKY, 2007).

4.3 O pai

A partir da revolução industrial, alguns fenômenos afloraram no seio da sociedade ocidental. O mercado de trabalho, baseado na alta competitividade e nas novas relações entre patrões e empregados, impeliu progressivamente os homens,

os pais a passarem cada vez mais tempo ausentes de casa, e, portanto, do cotidiano dos filhos. A vida patriarcal dentro de uma narrativa patricêntrica é abalada pelos novos ares da industrialização. Apesar de uma nova ordem de produção de riqueza elevando o bem-estar econômico do povo, as relações sociais sofrem perturbações que ecoam até hoje, e o pai é “atirado para o desconhecido” (ZOJA, 2005).

Outros aspectos da vida moderna se somaram para sedimentar a ausência do pai, como o individualismo, o imperativo do ter para consumir demasiadamente, a exigência de maior e melhor formação escolar, a jornada de trabalho extenuante, que o distancia do vínculo familiar enquanto aproxima os filhos das drogas com alto poder de destruição de vínculos sociais, como a cocaína e o crack. Ainda que as drogas façam parte da existência humana desde os povos não inseridos no mundo tecnologicamente desenvolvido, seu uso não era relacionado à prática cotidiana, ao contrário, a utilização das drogas buscava a possibilidade de transcendência através cerimônias ritualísticas.

Desde os tempos de faculdade que as temáticas sobre a figura do pai nos incitam a observar e refletir acerca disso, com lupa de investigador, tanto como psicólogo clínico especialista em Tanatologia, como agora na experiência etnográfica. Gostamos muito do título *A inaceitável ausência do pai* (RISÉ, 2007), obra que nos despertou ainda mais para tentar apreender o que de fato ocorre com filhos que não têm a figura paterna “sadiamente” introjetada em suas vidas. O autor discorre sobre o processo de secularização. Ao falar de pai, entenda-se alguém que represente a figura paterna, masculina. O afastamento do pai não deve ser atribuído exclusivamente ao apelo da busca de bens materiais nem às classes mais pobres:

Todos foram afetados, seja na prática seja espiritualmente. A ausência física do pai passa dos estratos sociais baixos para os mais altos, na mesma medida em que seu desaparecimento cultural desce dos mais altos estratos sociais para os mais baixos (ZOJA, 2005, p. 170).

A ênfase dada sobre o declínio da representação de pai desde o início da era industrial não tem o objetivo de caracterizar o pai “de antigamente” como figura dócil, afável e diretamente decisiva no destino dos filhos:

Por certo esse papel paterno arcaico também foi idealizado. Boa parte dos pais era tosca, bruta, pouco envolvida afetivamente na iniciação e na educação dos filhos. Mas é certo também que houve uma perda irreversível na psicologia coletiva, independentemente da pequenez dos indivíduos. Existe um mundo dos mitos e das imagens que contribuiu para o equilíbrio da sociedade e da família não menos que as experiências particulares. A figura do pai era um símbolo, ou seja, algo mais que a simples somatória dos pais individuais. Essa imagem fragmenta-se e começa imediatamente a se misturar com símbolos infernais (ZOJA, 2005, p. 168).

Os nossos protagonistas nos fartaram de referências diretas no tocante aos pais, como construíram ao longo da existência os significados e que sentidos foram produzidos pela representação paterna. Joana foi negligenciada, surrada e abusada sexualmente pelo pai, marcas para a vida inteira:

[...] tive uma infância que eu nem sei como dizer, nunca tive nada que uma criança pode ter; meu pai sempre foi uma pessoa muito dura, ignorante, me batia demais [...] ele judiava demais de mim; por exemplo: se ele tivesse sentado e me chamasse, se na hora que ele terminasse de fechar a boca eu não estivesse lá ele me batia demais [...] sofri muito na minha infância e adolescência. Tenho nojo hoje desse negócio de violência, estupro [...] fico me lembrando de tanta coisa que passei quando eu estava com ele, eu não podia me defender porque era pequena, ele ficava me aliciando, querendo fazer 'as coisas' comigo, mas nunca chegou a concluir [...] ele ficava abusando de mim, pegando em mim [...].

Por sua vez, Romeu é indignado com o pai. Trocou socos com ele para defender a mãe de suas investidas para agredi-la. Pergunta-se até hoje por que o pai não o quer bem, por que nele o cinto era do lado da fivela, por que pedia favores a outros filhos, mas nunca a ele:

Ele batia em todos, mas desse jeito era mais comigo; até mamãe brigava com ele porque me batia do lado da fivela. A gente chegou a brigar mesmo, rolar no chão, de tapa, eu já adolescente. Sempre senti isso (discriminação), ele tem mais apego com meu irmão mais velho [...] desde criança, ele tinha mais apego com meus irmãos e minha irmã, não sei por que [...] até hoje eu sinto e fico pensando por que isso; hoje mesmo, todo mundo lá em casa tem uma moto, ele ia

sair e eu ofereci a minha e ele 'não, não'; ele sai na moto de todo mundo, mas na minha moto ele não pega de jeito nenhum.

Ressente-se da forma estúpida de ele tratar sua mãe. Em muitas passagens de seu depoimento, Isadora fala do pai com mágoa, por sua arrogância e brutalidade no convívio com a família, nos momentos de suas crises, inclusive nas tentativas de suicídio; mostrou e afirmou literalmente seu descontentamento em relação ao pai. Após o último evento que quase tirou sua vida, Isadora relata uma melhora no relacionamento dos dois:

Eu sempre convivi com isso, o fato de falar grosso com minha mãe me deixava ainda mais distante dele e mais próxima da mamãe, porque eu sentia que tinha que proteger minha mãe. Quando eles brigavam, eu entrava no meio e tirava, eu ainda pequenininha saía tirando os dois. A minha mãe não trancava o lugar dos remédios lá em casa. Peguei um vidro de Rivotril e tomei inteiro. Uma amiga me ligou, a mesma que me pegou depois do detergente, e eu falei pra ela o que tinha feito. Na mesma hora chegou outro amigo meu, acho que foi coincidência [...] eu disse pra ele que ia falar com meu pai, disse 'pai, não estou bem' e caí desmaiada. Pai, tomei um vidro de remédio. Ele é grosso, muito rude, ignorante mesmo [...] no tratamento e na forma que falava comigo [...] agora melhorou, mudou muito depois da minha depressão e do que aconteceu.

4.4 Saúde mental

No capitalismo de consumo há o agravamento das frustrações relativas à existência subjetiva e intersubjetiva. Os seguintes dados numéricos reforçam as consequências das aflições que afetam a “civilização da felicidade”:

Segundo uma pesquisa epidemiológica cujos resultados foram publicados em 2004, 11% dos franceses passaram recentemente por um episódio depressivo, 12% declararam ter sofrido de ansiedade generalizada ao longo dos últimos seis meses, 7,8% disseram já ter feito uma tentativa de suicídio em suas vidas. A taxa de antidepressivos foi multiplicada por quatro entre 1970 e 1980, e por sete entre 1970 e 1996. E mais de 11% da população adulta faz uso regular de um medicamento psicotrópico (LIPOVETSKY, 2007, p. 201).

Durkheim é evocado pelo pensador dos tempos hipermodernos para desvelar a outra face da “sociedade da felicidade”. Nesta, o consumo dispara, o bem-estar material aumenta e o tempo de vida é estendido, mas a descontração é perdida em um quadro de deprimidos, ansiosos e portadores de distúrbios psicossomáticos.

O suicídio é tema do filme “A vida secreta das abelhas” (The secret life of bees), dirigido por Gina Prince-Bythewood. A personagem May, vista como “um pouco diferente”, não foi colocada em um hospício porque suas irmãs assumiram o cuidado com ela. Após a morte de sua irmã (April), May começou a chorar com facilidade. Todas as suas mágoas eram depositadas em um pedaço de papel e depositadas no “muro de May”, feito sob a inspiração do Muro das Lamentações, em Jerusalém. Em um contexto de segregação racial — ela e suas irmãs eram negras — May descobre que um jovem negro (Zach), presença afetiva marcante no seu círculo familiar, está desaparecido. Fica transtornada com tal fato e, desestabilizada, vai ao encontro da própria morte com seu afogamento. As irmãs, segurando seu corpo morto, interrogam: — “Por que fez isso? Por quê?”. As pistas para o esclarecimento de tal indagação podem ser percorridas na leitura da mensagem escrita que ela deixou depositada no seu particular “muro”. Segue o texto no qual ela desabafa sobre a pesada cruz que carregava:

Caras August e June, sinto muito por deixá-las assim [...] mas sei que Zach está bem. Meu coração diz isso. Não queria deixá-las tristes [...] mas imaginem como estarei feliz com April, mamãe e papai. Estou cansada de carregar o peso do mundo em minhas costas. Vou colocá-lo no chão agora. É minha hora de morrer, e hora de vocês viverem. Não estraguem tudo. Com amor, May.

A propósito, a carta de despedida de May contém aspectos muito similares aos da carta de Dolores. Ideias como o cansaço por carregar o “peso do mundo”, morrer para que os outros vivam melhor, querer que todos fiquem bem, são iguais.

Outro ponto convergente entre as duas protagonistas é a questão da saúde mental. Dolores relata que desde cedo, por volta dos quatorze anos, sofre de depressão. A história de May sugere algum transtorno mental precipitado pela morte da irmã e agravado pelo desaparecimento do amigo. Faz-se mister esclarecer que, quando falamos de depressão, não é no sentido do senso comum bastante banalizado atualmente — tristeza não é depressão e humor deprimido é o que todos

temos diante das agruras existenciais e passamos por períodos curtos de tristeza. Falamos da depressão clínica diagnosticada pelo médico e psicólogo, para que tenhamos clareza conceitual.

Com o avanço do saber médico, a partir do século passado, o conceito de saúde mental no Ocidente ficou praticamente sob o domínio da Medicina. A Psiquiatria alia enfaticamente a prática suicida à doença mental ou aos chamados transtornos mentais, cada vez mais caracterizados nos manuais de diagnósticos. As pesquisas mostram que, em média, 90% dos que se matam apresentavam algum ou alguns desses transtornos.

Considerando tudo o que foi dito anteriormente, percebemos que alguns dos nossos sujeitos fazem menção clara a desajustes psíquicos durante sua trajetória suicida. Fiz questão de aprofundar o tema, especialmente da depressão, com os entrevistados para me certificar de que estavam falando da depressão diagnosticada clinicamente e não uma mera suposição.

Considero os dados das pesquisas (90%), mas não creio que todos os que tentam a morte, necessariamente, sejam doentes mentais. Ainda que a maioria das pesquisas deixe uma pequena margem para esse grupo, também deixamos espaço a um percentual de indivíduos que simplesmente cansam da vida, cansam de existir e desejam a morte por “n” motivos, a ponto de tentarem efetivamente morrer. Não é um posicionamento fácil nem estático, mas um pensamento que temos construído com o tempo, observando e refletindo sobre os suicidas e o mundo que os cerca. Queremos deixar claro que sempre nos posicionamos a favor da vida diante das pessoas, amigos, pacientes, sujeitos das pesquisas, familiares e de mim mesmo. Contudo, não nos esquivamos de conspirar acerca do tema, de tentar ouvir a voz do outro que nem sempre é audível para a maioria, de perceber os valores do mundo, as rápidas mudanças da vida moderna, de me esforçar ao máximo para não enquadrar aprioristicamente quem observamos, o que nos faz acreditar até agora no que sinalizamos há pouco.

4.5 Abuso sexual

A relação entre suicídio e abuso sexual é comentada na literatura especializada. Depois de Freud, em *Totem e Tabu* (psicanálise), e Durkheim em *As Formas Elementares da Vida Religiosa*, ambas as obras do início da década de

1910, a Antropologia, ao abordar o tema do incesto, ou mais precisamente a proibição do incesto, vai encontrar em Lévi-Strauss (2003) um estudo paradigmático em que trata, na sua abordagem estruturalista, esta interdição como fenômeno encontrado nas mais variadas culturas. Para o autor, as estruturas elementares de parentesco são definidas como: a sanguínea, que ocorre entre irmãos; de filiação, entre pais e filhos; de aliança, com genros, noras, padrastos e madrastas. A proibição do incesto não obedece a um único aspecto numa sociedade, mas reflete uma conjunção de fatores que estabelecem uma complexa relação entre aspectos naturais, sociais e culturais do homem, ou seja, não há uma única gênese por definição. O suicídio, ainda que seja repudiado em determinadas sociedades, em outras, encontra legitimidade em circunstâncias específicas. Ao contrário, o incesto é prática interdita nas mais variadas culturas (LÉVI-STRAUSS, 2003).

Não há intenção de fazer uma digressão para aprofundar o tema da proibição do incesto neste trabalho, e trazer as razões encontradas por Lévi-Strauss, para concluir que tal prática encontra eco na troca de mulheres para favorecer o grupo e a questão da dívida. Temos que diferenciar em dois pontos diferentes de análise: o incesto e o abuso sexual. A proibição do primeiro sugere que pessoas com laços de parentesco em determinada sociedade não podem se unir em matrimônio, enquanto o segundo trata de condutas sexuais vistas como bizarras, principalmente quando praticadas contra crianças e adolescentes, o que causa indignação e comoção social em nosso meio. E, no caso de abuso sexual contra filhos, misturam-se efetivamente, no inconsciente coletivo, o tabu do incesto e a violência covarde, causando ainda maior constrangimento social. Uma enorme variedade de estudos aponta para a relação entre o abuso sexual e a prática suicida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a ligação entre tais eventos. Um estudo realizado no Sul do Brasil corrobora a sinalização da OMS: “O abuso sexual deve ser considerado um fator predisponente a sintomas posteriores, como fobias, ansiedades e depressão [...] com possibilidade de comportamento autodestrutivo e suicida (PFEIFFER E SALVAGNI, 2005, S203)”.

Os efeitos psicológicos deletérios perduram e podem comprometer o bem-estar existencial dos indivíduos abusados. Temos a oportunidade de ver como isso pode se dar, de forma absolutamente clara nas narrativas de três das quatro mulheres desta pesquisa. Joana carrega o trauma do abuso sofrido na infância, ao longo de cinco anos. O pai quase chegou ao estupro de fato, o que relatou em meio

a uma catarse emocional enquanto chorava copiosamente:

É difícil falar, eu fui abusada pelo meu pai [...] Tenho nojo hoje desse negócio de violência, estupro [...] fico me lembrando de tanta coisa que passei quando eu estava com ele. Eu não podia me defender porque era pequena; ele ficava me aliciando, querendo fazer ‘as coisas’ comigo, mas nunca chegou a concluir [...] ele ficava abusando de mim, pegando em mim [...]. Mudei de casa de família, fui trabalhar em outra e fui me tornando independente, conseguindo meu dinheiro, mas não voltei de jeito nenhum para a casa dele; tinha medo, trauma de lá.

Virgínia foi abusada e estuprada por primos, quando foi “dada” pelo pai a um casal de tios de outra cidade. Tinha sete anos de idade e esse processo de abusos durou um ano. Como consequência, desenvolveu uma compulsão sexual que a levou a masturbar-se a qualquer hora e em qualquer lugar, e à promiscuidade no sexo com um histórico de cinco abortos:

Fui abusada pelos meus primos e estuprada por um primo deles [...] Essa cena ficou bem marcada para mim, porque eu desmaiei; estava apavorada, não sei se gritei, se chorei [...] lembro dele ter chegado e eu estava sozinha, ele tirou a minha roupa e a roupa dele; lembro de ter ficado com muito medo, e desmaiei quando ele penetrou em mim. Isso foi lá fora no quintal da casa. Quando acordei, estava dentro da casa, numa rede e umas pessoas cuidando de mim, que nem me lembro direito de quem era. Depois que voltei, eu fiquei viciada no prazer sexual; e, durante muito tempo, me masturbei muito [...] continuei me masturbando direto até os dezessete anos, quando minhas irmãs me levaram para o ginecologista e descobriram que não era virgem, foi quando contei que sofri abuso sexual [...] Eu passei a ter raiva dos homens, passei a ter a ideia de que eram como copo descartável, eu usava e jogava fora [...]. Não desejo pra nenhuma mulher, nem pra homem, aqueles que são mais conscientes; o homem também aborta [...] é muito doído, muito sofrido, não desejo pra ninguém. É um erro grande [...] Mas eu já me perdoei por isso. Sofri as consequências, não foram fáceis [...] física

emocionalmente; fisicamente menos que emocionalmente [...] mas graças a Deus, eu já superei.

Isadora foi vítima de abuso sexual por dois anos. Um vizinho foi o algoz. Igualmente, o trauma da infância trouxe consequências nefastas, que até agora aos dezessete anos tenta vencer:

Quando eu tinha sete, oito anos, morava em outra casa, com a minha madrinha, bem perto da casa dos meus pais [...] mas na verdade ele não queria só me ensinar a andar de bicicleta [...] ele chegou a tocar em partes do meu corpo que eu não me sentia bem [...] ele dizia que ia fazer mal aos meus pais [...] eu acabava deixando. Ele não chegou a fazer o ato sexual comigo, mas ficava me tocando como se eu fosse adulta, ele fazia coisas comigo como se eu já fosse mulher. Isso marcou muito a minha vida [...] Não me relacionava com as pessoas porque tinha medo.

4.6 Espiritualidade

O acesso aos mais variados temas por meio do texto cinematográfico constitui uma densa trilha metodológica. O tema suicídio tem sido abordado em diversas obras cinematográficas. Uma delas, intitulada *The Sunset Limited*, escrita por Cormac McCarthy e dirigida por Tommy Lee Jones, narra o encontro de dois homens: um ex-presidiário e um professor. O primeiro salva o segundo de uma tentativa de suicídio. Ao longo de toda a narrativa, os dois dialogam dentro de um apartamento sobre os motivos que podem levar alguém a pedir demissão da vida. Munido de uma Bíblia, o ex-presidiário tenta convencer o outro a não tentar novamente lançar-se contra o trem. Em uma das falas do potencial suicida, ele revela seu ceticismo:

Se as pessoas pudessem ver o mundo como realmente é, ver suas vidas como realmente são, sem sonhos nem ilusões, não acredito que poderiam dar um motivo porque não devem escolher morrer o mais rápido possível. Eu não acredito em Deus (Cormac McCarthy).

A falta de sentido metafísico do mundo secularizado é uma lacuna social na modernidade. Por outro lado, esta falta de sentido arrasta multidões até mercados

da fé. Ver o mundo simplesmente como matéria é uma árdua tarefa no enfrentamento das vicissitudes existenciais. O homem sem esperança que tentara atirar-se na linha do trem mostra como se sente diante disso:

A verdade é que as formas foram lentamente esvaziadas. Elas já não têm qualquer conteúdo. Elas são apenas formas. Um trem, uma parede, um mundo, um homem, uma coisa, suspensos em articulação, sem sentido, uivando no vazio sem sentido.

Fragilizados e desestabilizados emocionalmente, os indivíduos, entregues a si próprios, ficam menos equipados para suportar as desventuras da existência? As principais instituições sociais não mais lhes fornecem uma firme âncora estruturalmente? O indivíduo hipermoderno está situado em um contexto de perigos. Os suicídios aparecem em meio ao hiperconsumo associado ao dismantelo de todas as formas de socialização que antes forneciam referenciais aos indivíduos (LIPOVETSKY, 2004).

A vivência espiritual é bem mais um fator de proteção do que um fator de risco ao suicídio. No caso das tentativas, o suicida amiúde recorre à religião como âncora para continuar existindo depois do(s) episódio(s). Eventualmente, até muda por um momento sua prática religiosa, em busca de sinais divinos ou extraordinários para sustentar-se vivo.

Joana recorreu a Deus, entre pedidos de perdão, por ter “pecado” contra o dom da vida, agradecimentos por não ter morrido e a busca de novos horizontes:

[...] cada vez que me lembro do que aconteceu eu agradeço muito porque Deus me deu uma nova oportunidade [...] Foi um milagre de Deus. O A. É uma pessoa muito especial na minha vida. Quando penso que esqueci do meu filho (choro) [...] hoje eu sinto que fui injusta com as pessoas e peço perdão a elas e a Deus. Sinto até vergonha, precisava conversar sobre isso, desabafar. Eu me sinto sozinha, me dá vontade de chorar, mas todos esses dias tenho ido pra Igreja, fui pra novena e me senti muito bem depois, dormi bem.

Até o filho e o médico se juntaram no coro a favor de Deus e da importância da nova oportunidade de viver:

Mãe, impressionante como Deus preparou tudo para a senhora. Quando a senhora chegou aqui, a vaga estava lhe esperando; tanta gente lá fora esperando por uma vaga nessa UTI (FILHO).

Para você estar de pé, caminhando e nesse estado de saúde, foi uma bênção de Deus. Você teve uma segunda oportunidade de viver, veja bem o que vai fazer da sua vida (MÉDICO).

Romeu se encaminhou, na companhia da mãe, ao atendimento espiritual em uma paróquia próxima à sua casa, no mesmo dia da tentativa de suicídio, após a alta hospitalar. Foi lá que o encontrei a primeira vez, onde também recebia atendimento psicológico:

No mesmo dia que tentei me matar, minha mãe me levou na Igreja pra fazer oração, e lá eu contei tudo nesse setor de oração. Lá as pessoas ouvem, os problemas e me encaminharam pra um grupo chamado Amor Exigente. A reunião era na quarta-feira e eu fui [...]. Está sendo importante pra mim [...] nem sempre eu rezava, agora não, todo dia quando acordo, digo: obrigada, meu Deus, por mais um dia [...].

Virgínia é por demais religiosa. Depois da nossa primeira conversa na sua residência, aproveitou que estava apressada para ir à missa, e foi de carona comigo e nossa amiga em comum que nos apresentou. Expressa sua fé a todo instante e deposita na vida espiritual um fator decisivo na cura da vontade de morrer. Como nos encontramos várias vezes, pude perceber ainda mais o componente da fé cristã que continuava irredutível, na dura caminhada em busca de sentido para a vida:

A gente tem que se policiar muito, porque o pensamento de morte vem, com frequência, mas eu me apego muito a Deus, para que me dê forças, penso muito na minha mãe [...]. Eu precisava ajudar e me apeguei muito a Deus, rezava muito, vim para a Igreja com toda a força, confessava, comungava, ia pra missa direto [...] pedi muito a Deus e acredito que isso foi muito importante pra mim, é o que me segura hoje. Hoje eu estou mais tranquila, porque ontem eu fui conversar com o padre N., chorei muito, estava me sentindo muito sufocada, muito pesada [...] foi uma bênção ter conversado com ele, me disse palavras de apoio [...].

Suicídio e religião andam juntos desde tempos arcaicos. As representações da morte autodeliberada são reconhecidas como ritual positivo ou importante, ou mesmo adequado e aceito. É conhecido o *sappuku*, nome formal do *haraquiri*, costume entre os samurais japoneses de matarem-se com um punhal cortando a própria barriga, buscando, assim, a elevação do espírito que estava aviltado pelo erro, como a perda da batalha ou do duelo. Para restaurar a honra, suicidava-se, e recuperava a honra perdida. Um ritual que era na verdade exaltado.

Em cada civilização, em cada momento histórico, em cada tribo ou comunidade, isto é, em cada sociedade localizada no tempo e no espaço, as representações e práticas suicidas estão presentes. Conjuntamente com a espiritualidade, uma incontável lista de rituais e representações pode ser observada na literatura especializada.

Os costumes na civilização da Grécia arcaica não davam aos suicidas direitos iguais aos não suicidas nos ritos de morte. O corpo era exposto ao público.

A Igreja Católica tratava de forma dura, preconceituosa e punitiva àqueles que recorriam ao autoaniquilamento. Ritos e cerimônias eram negados ao suicida e à família. O estigma social já apresentava a força que teria até os dias de hoje.

As igrejas cristãs evoluíram, felizmente, na lida com potenciais suicidas, seus familiares e o tratamento dado ao corpo com os ritos finais foram flexibilizados. No entanto, a condenação do ato suicida continua existindo, em virtude de que a crença no catolicismo e outras crenças cristãs evangélicas negam este direito ao indivíduo, o de tirar a própria vida, visto que a vida e o viver são dons de Deus, a Ele pertencem, e só a Ele cabe cessá-la.

O Espiritismo também não aprova a morte suicida. A crença na reencarnação prega que o suicida irá reencarnar outras vezes, com algumas sequelas, até resgatar totalmente a saúde do corpo espiritual danificado por seu ato. O Espiritismo não denomina de “culpa”, mas de “responsabilidade” o ato cometido.

Pensando em questões de método, o foco incide na busca de fontes para a pesquisa. Entre elas, a literatura é usada como densa fonte no trabalho antropológico. O acesso ao suicídio por meio do texto literário traz um conjunto de representações das práticas suicidas. No ato V, cena I de Hamlet, obra clássica de William Shakespeare, os coveiros, trabalhadores da morte, ganham destaque. No cemitério, suas vozes expressam os voos imaginários dos indivíduos, que com eles compartilham de um mesmo contexto cultural. Ofélia, que “destruiu a própria vida

com mão desesperada, é acusada de profanar o ofício dos mortos”. Merece um “enterro cristão”? O primeiro coveiro interroga: – “Mas como vão enterrar numa sepultura cristã?”. “Ela não procurou voluntária a sua salvação”?

Em função do seu gesto profanador, a suicida fica submetida a receber um ritual incompleto. Na falta do padre, contar um réquiem para as almas que não partiram em paz é uma profanação do ofício dos mortos. Por ser da nobreza, a morta ganhou um sepultamento cristão limitado, O “nobre” coveiro comenta: “[...] e o maior pecado é que os grandes deste mundo podem se afogar ou enforcar mais do que os simples cristãos”.

O clérigo expõe as limitações do ritual que celebra a partida de quem encurta a própria vida:

As exéquias foram celebradas nos limites a que nos autorizaram. Sua morte foi suspeita; não fosse a ordem superior para exceção da regra, teria sido enterrada em campo não consagrado até as trombetas do juízo final; em vez de preces caridosas, pedras, cacos e lama seriam atirados sobre ela. Contudo, lhe foram concedidas grinaldas de virgem, braçadas de flores brancas e tímpanos e séquito, acompanhando-a a última morada (SHAKESPEARE, 2012, p. 124-125).

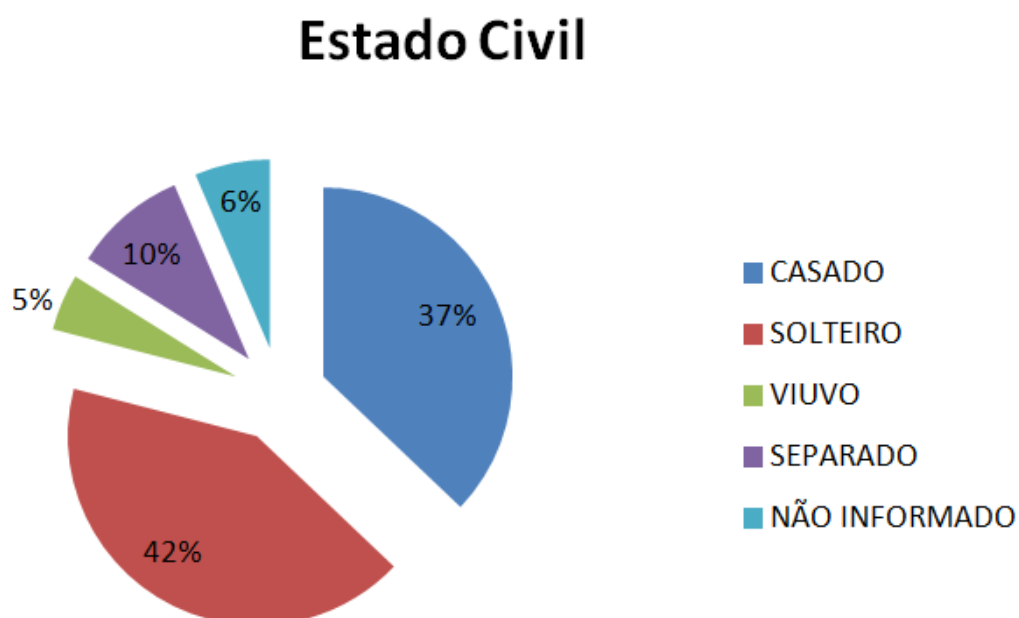
5 MINHAS ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Os dados sobre suicídio são sempre subestimados, no mundo inteiro. Cremos que, em alguns lugares, a distância entre o real e o registrado oficialmente seja maior do que outros. Alguns estudiosos apontam uma diferença das notificações de até quatro vezes menor do que a realidade (PARENTE; ALMEIDA et al. apud MARQUETTI, 2011). Os registros de tentativas de suicídio seguem o mesmo padrão, talvez ainda mais defasadas. Os motivos são vários, desde questões culturais, como o estigma social, até um sistema que não está bem preparado para tratar do assunto. Em uma sociedade como a nossa, que interdita o tema do suicídio, o peso do estigma de ser um familiar ou mesmo um amigo de um suicida é grande, o que não raro leva ao escamoteamento da *causa mortis*, um suicídio se transforma em acidente ou homicídio, por exemplo. Também não é incomum profissionais de Saúde não estarem preparados, técnica e emocionalmente, para abordar o suicídio, seja com pacientes de tentativas, familiares ou cometendo erros de registros nos hospitais. Os Institutos Médicos Legais (IML), onde devem ser oficializados os registros de suicídio, não estão imunes à falta de estrutura adequada ou à falta de treinamento e/ou disponibilidade para apurar cautelosamente os fatos. Os hospitais privados são locais em que a classe média alta tem mais facilidade para camuflar o suicídio, se assim o desejar. Estatísticas de variados órgãos não coincidem muitas vezes. Enfim, um esforço maior precisa ser feito no sentido de integrar a rede assistencial para podermos ter dados cada vez mais críveis.

Nosso levantamento de dados no HUT contemplou o período de janeiro de 2011 até junho de 2012. Levantamos todos os registros de tentativas de suicídio no NHE, um total de cento e vinte e seis casos. Depois de excluir as que resultaram em óbito posterior (ainda no hospital) e as de pessoas que moram em outras cidades, restou um número de sessenta e duas tentativas de pessoas que moram na “grande Teresina”. Os gráficos a seguir ilustram os resultados, alguns curiosos no sentido de destoarem das estatísticas normalmente encontradas. Primeiro, uma quantidade maior de homens (60%) do que de mulheres (40%), o que contradiz o que geralmente acontece; ou seja, as mulheres tentam em proporção três vezes maior. Os homens se matam mais e as mulheres tentam mais. Assim ocorre na grande maioria dos lugares, inclusive outros países. O principal motivo é que homens usam

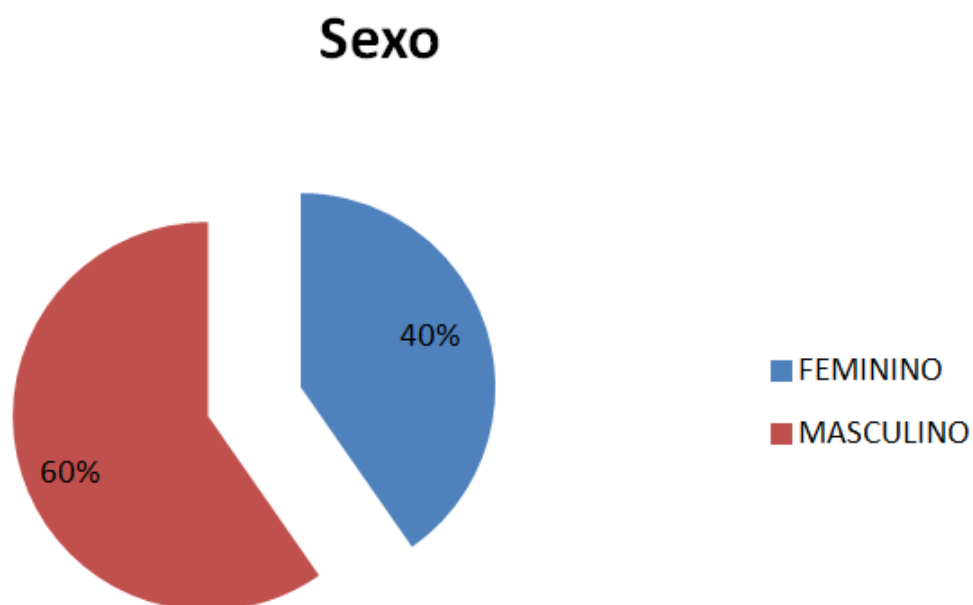
métodos mais letais, como a arma de fogo e o enforcamento. A nossa amostra aponta para outro dado curioso: se somarmos a quantidade de tentativas por envenenamento e por ingestão de medicamentos teremos um total de 52% dos casos. Esses métodos são associados mais a mulheres. Contudo, aqui tivemos mais homens (60%), o que sinaliza para uma maior quantidade de homens usando principalmente o raticida, conhecido como “chumbinho”. Diga-se que essa substância é de venda proibida, clandestina e não possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas pode ser encontrada facilmente no comércio de Teresina, a preços pequenos (algo em torno de R\$ 10,00 o frasco). Por último — pois como disse anteriormente os dados estatísticos não são o foco deste trabalho — temos um dado que valida outros levantamentos desde o célebre estudo de Durkheim no final do século XIX, na França: os casados se matam menos que os solteiros, e atualmente, há que se agregar os separados que são fatia representativa da sociedade. Nossos registros apontam um número de casados (37%) menor do que não casados, juntando solteiros, separados e viúvos (57%). Os gráficos 1, 2 e 3, a seguir, ilustram os dados supramencionados.

Gráfico 1 - Estado Civil



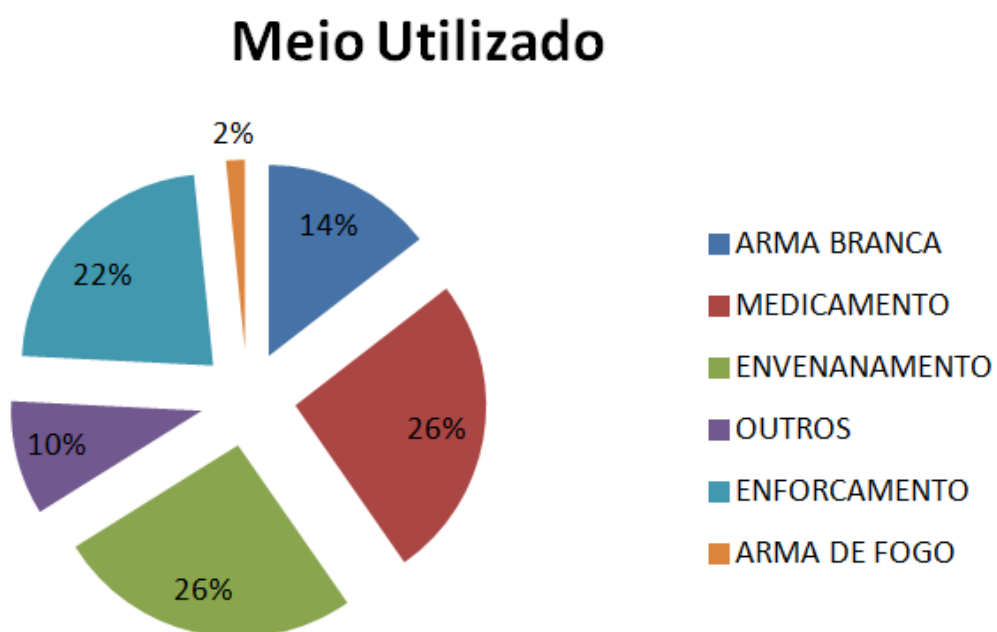
Fonte: Elaboração do Autor.

Gráfico 2 - Sexo



Fonte: Elaboração do Autor.

Gráfico 3 - Meio utilizado



Fonte: Elaboração do Autor.

Suicídio é “comunicação”! Matar-se é comunicar-se tragicamente com quem fica, não só os indivíduos, mas a sociedade. É denunciar um drama social pelo ato individual, como Durkheim sugeriu. Leach (1978) afirma a importância de deciframos códigos comunicados para compreendermos o que nos querem comunicar:

Quando estamos na companhia de amigos íntimos e vizinhos, aceitamos como fato consumado que a comunicação é um processo contínuo e complexo que possui vários componentes verbais e não verbais. Somente quando nos deparamos com estranhos é que subitamente tomamos consciência de que sem o conhecimento do código não podemos entender o que acontece, pois todos os comportamentos com base no costume (e não só no ato de falar) transmitem informações. Como, então, poderíamos decodificar os costumes dos outros povos? (LEACH, 1978, p. 15).

Os suicidas podem ser e são como esses estranhos mencionados pelo autor. Precisariamos decodificar os sinais, gestos e verbalizações que transmitem durante a trajetória em direção à morte. Como decodificar os costumes de outros povos? Pergunta Leach. Como decodificar os costumes dos que querem se matar? Pesquisas e as narrativas dos nossos protagonistas explicitam que vários sinais são emitidos antes do ato suicida. O difícil é pensar em como a sociedade pode auscultar essa comunicação; ficamos presos ao indivíduo quando pensamos em prevenção, provavelmente porque estejamos mais próximos de um resultado prático, factível, encontrado no meu trabalho clínico. Pensar o suicídio como fenômeno também social não é difícil, mas conjecturar possíveis soluções que promovam maior bem-estar coletivo, numa época em que o individualismo prevalece e a atitude básica e essencial nessa empreitada é flagrantemente desrespeitada, nos deixa inquietos. A atitude é a escuta, nas suas mais variadas formas. Quem se presta a escutar nos dias corridos da modernidade? Sem isso, como é possível apreender os reclames sociais sinalizados pelo indivíduo? A escuta proporciona uma das coisas que o suicida mais quer: a expressão dos seus sentimentos, dores, angústias, enfim, do seu desespero.

O suicídio tem uma especificidade, um tipo de morte que suscita questionamentos únicos. Os sobreviventes são tomados por inquietações e perguntas que não terão respostas – respeitando as crenças que afirmam conseguir uma comunicação com os mortos, como o Espiritismo. Falamos pela maioria cristã que não crê nessa possibilidade. Somos da opinião de que é a morte que mais deixa

rastró de destruição, exceto a perda ambígua – aquela que a pessoa não é encontrada, some e não se tem mais notícias, nem o corpo para os rituais de despedida. Os inúmeros “porquês”, o que poderia ter sido feito para “impedir”, sentimentos de culpa e raiva devastadores. É considerado como problema de saúde pública pela OMS e uma das principais causas de morte no Planeta.

A dinâmica de um suicida é ímpar. Nossa maior intenção quando idealizava o trabalho era buscar respostas sobre as motivações para ir em direção à própria morte. No entanto, não queria isso via livros ou depoimentos de terceiros. Desta vez, seria necessário escutar dos próprios indivíduos que tentaram se matar, ousar apreender sentimentos, ideias, construções mentais; ir mais longe e avançar sobre a historicidade de cada um, os dramas existenciais particulares, quais os fatos precipitadores na opinião deles mesmos. Esse objetivo foi cumprido e dividido com você. Nas narrativas de suicidas, uma figura comum sempre me chamou a atenção, desde que li Elizabeth Kubler-Ross muito tempo atrás: a metáfora do túnel. Nas entrevistas, procurei explorar tal imagem. Todos concordaram, é aquilo mesmo. A pessoa vem seguindo viagem, sua viagem existencial, as agruras avolumam-se, as vicissitudes se tornam mais pesadas, as defesas diminuem, o desespero aumenta. Em determinado ponto da estrada da vida, surge um túnel, e, bem ao final dele, raios de luz. O problema é que, ao invés de a claridade aumentar, à medida que percorremos a extensão do túnel em direção ao outro lado da estrada, a luz vai se esvaindo, minguando. Em um momento específico, tudo parece escuro, não há mais luz, nenhuma luz ao fim do túnel. Só a morte aparece como saída, como uma cortina se fechando no final de uma peça. Assim, a pessoa que tenta suicídio se sente naquele dia decisivo. No filme ao qual já referimos, *The sunset limited*, o homem que havia tentado se jogar na linha do trem tem uma fala nessa direção, ilustrando de alguma maneira o que nos parece ser comum a essas criaturas:

As coisas em que acredito são muito frágeis. Você desiste do mundo linha por linha. Você vira cúmplice da sua própria aniquilação. Não tem mais nada que se possa fazer. Tudo que você faz fecha uma porta em algum lugar no seu futuro. Finalmente, só resta uma porta.

O comportamento suicida, portanto, é plenamente dotado de sentido e motivado por um conteúdo subjetivo, lembrando Weber (1967 apud DAMATTA, 1997). Se validamos ou não os sentidos da ação atribuídos à ideia de morte é uma

questão nossa. Devemos tomar bastante cuidado com nossos preconceitos, a título de perdermos uma cara oportunidade de ajudar quem muito precisa.

A rede de saúde pública no Brasil é precária, isso não é novidade. Existe um plano nacional de prevenção de suicídio que, na prática, não gera resultados na medida necessária do problema. O silêncio acerca do tema é mais um componente somado para não atentarmos como sociedade a essa questão, sem criar um gueto de profissionais de Saúde e/ou poucos interessados. As representações sociais do suicídio o colocam na ordem do tabu e do pecado. Em Teresina, percebemos que é assunto velado. Ressaltamos que não é prudente nem adequado noticiarem-se práticas ou atos suicidas de maneira sensacionalista ou espetacularizada. Há estudos indicando a possibilidade de contágio, ou efeito Werther, o que quer dizer que pessoas vulneráveis podem se sentir mais impelidas à morte ao saber da atitude de outrem. No caso de pessoas que tentam a morte no Brasil, mais especificamente em Teresina, há uma lacuna na rede de suporte e acompanhamento depois do evento. Os CAPS não cobrem a demanda e por vezes os profissionais tem dificuldades em lidar com a morte e o suicídio. Por isso, entidades como o CVV são de grande importância, e, em nossa opinião, deveriam ser mais valorizados e ajudados para ampliar o raio e as condições de atuação.

A formação sistemática e continuada dos profissionais que atuam na Saúde da Família e nos hospitais é imperativa. Não conseguimos enxergar outra forma mais eficaz e menos onerosa para o sistema de saúde do que formar equipes bem preparadas para atuar na ponta; ou seja, no diagnóstico do problema e na sua prevenção. Programas de acompanhamento de suicidas em potencial, principalmente quem já teve pelo menos uma tentativa, devem ser planejados e executados. Há um estudo de uma equipe da Universidade de Campinas (UNICAMP), coordenado pelo Dr. Neury Botega, em que ligações telefônicas foram feitas nos seis meses posteriores à tentativa de suicídio, para saber como estavam as pessoas e fazer uma avaliação do quadro. Creio que devemos buscar alternativas como essa, até porque temos uma quantidade de indivíduos que moram em cidades mais distantes em que a rede pública de saúde é ainda mais precária.

Discutimos como a pesquisa etnográfica sobre suicídio tem suas singularidades, e como nós e os sujeitos fomos afetados por ela. Aprendemos com cada um a respeitar o que eles têm de mais precioso, as suas subjetividades. Para além do rótulo de diagnóstico de doença mental, há um sujeito em meio ao caos

existencial. Todos em que percebemos uma necessidade de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico foram devidamente encaminhados, alguns dos quais tivemos contatos posteriores ao tempo da pesquisa. Trabalhamos com todos a questão tão importante sobre os fatores de proteção que poderiam fazer sentido para cada um, dentro de seu próprio contexto, continuar a vida e desistir da morte. Trabalho que requer um esforço para não atropelar o outro. Não ficamos imunes ao sofrimento deles, que por um momento tomei um pouco pra mim. Não acredito em trabalho dessa natureza que não nos envolva minimamente. Recorro novamente ao Martin Buber e à relação EU-TU.

O suicídio é um fenômeno complexo! Exige um trabalho interdisciplinar para buscar maior compreensão, por isso busquei fazer uma abordagem compreensiva, uma descrição densa, captar o sentido da ação, juntar-me aos sujeitos para tentar produzir sentido para suas atitudes.

Ao final, sinceramente, não concluímos, como me foi passado em alguns momentos no início do Mestrado, que seja impossível o psicólogo se misturar ao antropólogo e produzir algo de positivo no campo etnográfico, que contribua para trazer ao debate e às ações, temas importantes para o bem-estar social. O suicídio é um deles.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO NETO, C. H. Cap.1, parte V. Suicídio e luto. In: ESCUDEIRO, Aroldo (Org.). **Sobre perdas**. Fortaleza: LC, 2010.
- ARIÉS, P. **Sobre a História da morte no Ocidente desde a Idade Média**. Lisboa: Teorema, 1989.
- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão**: atualizações. Rio de Janeiro: Koogan, 2004.
- BÉAUD, S. e WEBER, F. **Preparar e negociar uma entrevista etnográfica/conduzir uma entrevista**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: Ed. Unesp, 2012.
- BISÉ, C. **A inaceitável ausência do pai**. São Paulo: Cidade Nova, 2007.
- BORSARI, C. **Aborto provocado**: vivência e significado. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2012.
- BOTEGA, N. J. **Telefonemas na crise**: percurso e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: ABP editores, 2010.
- BOWLBY, J. **Perda**: tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes, 2004. vol. 3.
- BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Centauro, 2003.
- CALLAHAN D. **Living and dying with medical technology**. In: **Crit. Care Med**. 2003, vol. 31, no 5 (Supl.).
- CAMON, V. A. A. **Suicídio**: fragmentos de psicoterapia existencial. São Paulo: Pioneira, 1997.
- CASELLATO, G. e MOTTA, M. A. P. Cap. IV. Lutos maternos: um estudo comparativo. In: FRANCO, Maria Helena Pereira (Org.). **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.
- CASSORLA, R. M. S. (Coord.). **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas-SP: Papyrus, 1991. p. 25.
- CLARK, S. **Depois do suicídio**: apoio às pessoas em luto. São Paulo: Gaia, 2007.
- CORRÊA, H. e BARRERO, S. P. **Suicídio**: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CVINAR, J. G. Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. In: **Perspective in Psychiatric Care**, Massachusetts, E.U.A. vol. 41, n. 1, Jan./Mar., 2005.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

D'OLIVEIRA, C. F. A. **Perfil epidemiológico dos suicídios no Brasil e regiões: 1996 a 2002**. Brasília: Ministério da Justiça, 2005.

DENYSE LIMA. In: CORRÊA e BARRERO, 2006. Cap. 6. Freud e o suicídio: contribuições para um estudo psicanalítico do suicídio. In: **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

DIAS, M. L. **Suicídio testemunhos de adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

DOKA. In: CASELLATO, G. (Org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade**. Campinas: Livro Pleno, 2005.

DUARTE, L. F. **A antropologia médica pede passagem**. In: **Colóquio**, ano III, n. 13, p. 38, 1998.

DUARTE, L. F. **A vida nervosa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUMONT, L. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

FAÇANHA, A. C. **A evolução urbana de Teresina: agentes, processos e formas espaciais da cidade**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Pernambuco, 1998.

FARBEROW, N. L. e SHNEIDMAN E. S. **Estudio sobre el suicidio y su prevencion**. México: McGraw Hill, 1969.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIELDEN, J. M. **Grief as a transformative experience: Weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide**. In: **International Journal of Mental Health Nursing**, Wellington, New Zeland, n. 12, p. 74-85, 2003.

FOOTE-WHITE, W. Treinando a observação participante. In.: GUIMARÃES, A.Z. (Org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, M. H. P. et al. **Vida e morte: laços de existência**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FRANCO, M. H. P. (Org.). **Estudos avançados sobre luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.

GASPARI, E. **A ditadura envergonhada**. São Paulo. Cia. das Letras, 2002.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GENDLIN, E. T. Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. In: **American Journal of Psychotherapy**, vol. 15, p. 233-245, 1961.

GOETHE, J. W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. Porto Alegre: L&PM, 2008.

GOMBRICH, E. H. **História da arte**. 16. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

GOULART, J. A. **Da fuga ao suicídio**: aspectos da rebeldia do escravo no Brasil. Rio de Janeiro: Conquista, INL, 1972. p. 123.

HARWOOD, D. et al. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends old dying through suicide: a descriptive and case-control study. In: **Journal of Affective Disorders**, 72,p.185-194, 2002. p. 185.

HILLMAN, J. **Suicídio e alma**. 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2009.

JAMISON, K. R. **Quando a noite cai**: entendendo o suicídio. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

KALINA, E. e KOVADLOFF, S. **As Cerimônias da Destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KIERKEGAARD, A. S. **O conceito de angústia**. Rio de Janeiro: Vozes de Bolso, 2011.

KIERKEGAARD, A. S. **O desespero humano**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

KNOBEL, M. Cap. 2. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord.). **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas-SP: Papirus, 1991. p. 28.

KÓVACS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 20. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

LEACH, E. **Cultura e comunicação**: a lógica pela qual os símbolos estão ligados/ uma introdução ao uso da análise estruturalista em antropologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LINDQVIST P. et al In the aftermath of teenage suicide: a qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. In: **BMC Psychiatry**, 2008, 8:26, 4, p. 26.

- LIPOVETSKY, G. **A sociedade da decepção**. São Paulo: Manole, 2007.
- MALINOWSKI apud Maria Luiza Dias. Cap. 5. O suicida e suas mensagens de adeus. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord.). **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas-SP: Papirus, 1991. p. 95.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- MAPLE, M. Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. **Health and Social Care in the Community**, 18(3), 241-248, 2010.
- MARQUETTI, F. C. **O suicídio como espetáculo na metrópole**. São Paulo: FAP / UNIFESP, 2011.
- MCD AID, C. et al. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. p. 193. In: **BJPsych**, p. 438-443, 2008.
- MCGEE. In: WORDEN, J. W. **Terapia do luto**: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- MELO NETO, J. C. **Agrestes** (poesia – 1981/1985), Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1985.
- MINAYO, M. C. de S. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, vol. 17, n. 8, 2012.
- MOREIRA, A. A. N. A cidade de Teresina. In: **Boletim geográfico**. Rio de Janeiro, 1972.
- OLIVEIRA E SILVA, A. C. e NARDI, A. E. Terapia Cognitivo-Comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge. In: **RevPsiq Clín.**, 38(5), p. 213-215, 2011.
- OLIVEIRA, L. R. C. Pesquisa em versus pesquisa com seres humanos. In: VICTORIA. (Org.). **Antropologia e ética**. Niterói: EDUFF, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual para prevenção de suicídios para professores e educadores**. Genebra, 2000.
- ORTEGA Y GASSET, J. **Meditações do Quixote**. São Paulo: Iberoamericana, 1967.
- PARENTE, A. C. M. et al. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 60, n. 4, 2007.
- PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

- PEIRANO, M. A. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- PEIRANO, M. A. **A teoria vivida: e outros ensaios de antropologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- PFEIFFER L, S. E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. In: **J Pediatr**, Rio de Janeiro, n. 81, 5 Supl. S197-S204, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa10.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.
- PUENTE, F. R. (Org.). **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.
- REVISTA MENTE CÉREBRO, Duetto, n. 230, p. 56-58, mar. 2012.
- REVISTA VEJA, Abril, Seção Economia, ed. 2095, 14 jan. 2009.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ROSA, L. C. S. **Uso de álcool e outras drogas na adolescência em Teresina-Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2008.
- SCHNEIDMAN, E S. **The suicidal mind**. New York: Oxford Press, 1996.
- SHAKESPEARE, W. **Hamlet**. Porto Alegre: L&PM, 2012.
- SHEPHERD e BARRACLOUGH. In: BOWLBY, John. **Perda: tristeza e depressão**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. vol. 3.
- SILVA, D. R. Cap. 27. Parte IV. Famílias e situações de luto. In: OSORIO, Luís Carlos; VALLE, Maria Elizabeth Pascual do (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- TAVARES, M. **Comorbidade na depressão e no suicídio: configurações psicopatológicas e dinâmicas**. Brasília: UnB. 2000
- TEIXEIRA, F. T. **Alberto Silva, o mito e o político: o que eu vi, ouvi e aprendi** Teresina: HALLEY, 2010.
- TURNER, V. **Dramas, campos e metáforas: ação simbólica na sociedade humana**. Niterói: EDUFF, 2008.
- VELHO, G. e VIVEIROS DE CASTRO, E. B. **O conceito de cultura e o estudo de sociedades complexas: uma perspectiva antropológica**. **Artefato**. Ano I, nº 1, Jornal de Cultura, 1978.
- VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Cap. 2. Epidemiologia do suicídio. In: **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- WEISELFISZ, J. J. **O Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil**. 1. ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: site Google. Acesso em: 30 maio 2012.
- WERLANG, B. G. e BOTEGA, N. J. (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 17.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto**: um manual para o profissional de saúde mental. 2 edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ZHANG, J. et al The effect of bereavement due to suicide on survive`s depression: a study of chinese samples. n. 18, p. 217. In: **OMEGA**, vol. 51(3) 217-227, 2005.

ZOJA, L. **O pai**: história e psicologia de uma espécie em extinção. São Paulo: Axis Mundi, 2002.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de Entrevista

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Quais as motivações que levaram você a tentar se matar?

DADOS GERAIS DOS (AS) ENTREVISTADOS(AS)

ENTREVISTADO (A) _____ (INICIAIS)

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE/ESTADO _____

E-MAIL _____

DATA DO NASCIMENTO __/__/__ IDADE _____

NATURALIDADE _____

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () CASADO (A)

() VIÚVO (A) () OUTRO.QUAL? _____

() DESQUITADO (A) () DIVORCIADO (A)

ESCOLARIDADE: _____

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO _____

TEM FILHOS () SIM () NÃO QUANTOS ()

COM QUEM MORA? _____

RENDA

() MENOS DE UM SALÁRIO MÍNIMO

() DE 1 ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

() DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

() ACIMA DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

CONDIÇÃO DE LOCOMOÇÃO

() VEÍCULO PRÓPRIO QUAL? _____ () ÔNIBUS () METRÔ

() OUTROS

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa por ter tentado suicídio. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte à responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pelo mestrando Carlos Henrique de Aragão Neto, sob orientação do Professor Doutor Francisco Oliveira Barros Júnior. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma, sendo que essa pesquisa é de total responsabilidade do pesquisador. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (86) 3215-5734.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Titulo do Projeto: Os Aspectos Socioantropológicos que contribuem para a Tentativa de Suicídio na cidade de Teresina-PI.

Pesquisador responsável: Carlos Henrique de Aragão Neto

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 9914-3839

Pesquisadores participantes: Prof. Dr. Francisco Oliveira Barros Júnior e Mestrando Carlos Henrique de Aragão Neto.

Telefones de contato: (86) 3234-1466 / (86) 9914-3839

Trata-se de uma pesquisa que utilizará como referencial metodológico a abordagem qualitativa, uma vez que o objeto de estudo está voltado para a compreensão de significados acerca do suicídio para os sujeitos da pesquisa. O estudo trará, depois de concluído, contribuições diversas a estudiosos, grupos e setores governamentais e não governamentais, considerando a priori que os trabalhos na área de suicídio e tentativa de suicídio com esta abordagem são escassos em Teresina-PI.

O grupo a ser beneficiado diretamente com o estudo será o das pessoas participantes da pesquisa e/ou familiares, pois esse estudo os auxiliará na autoavaliação quanto aos aspectos existenciais, que contribui para ter uma melhor qualidade de vida. Quanto à contribuição do estudo para outros grupos, estudiosos,

instituições governamentais e não governamentais, destaco que subsidiará planejamentos quanto ao desenvolvimento de atividades de prevenção e cuidados aos que estão em estado de vulnerabilidade diante da vida. O estudo disponibilizará reflexões, mesmo em universo limitado, e resultados significativos sobre as relações dessas pessoas com a vida, com a família, com a sociedade e consigo próprios. O objetivo geral da pesquisa será: *Analisar os aspectos socioantropológicos que contribuem para a tentativa de suicídio na Cidade de Teresina-PI*. E como objetivos específicos: Identificar os significados atribuídos pelos sujeitos da pesquisa em relação ao suicídio; Caracterizar o contexto socioeconômico e cultural no qual estão inseridas as mulheres pesquisadas; Verificar a importância da rede de apoio social para os sujeitos da pesquisa antes e depois da tentativa de suicídio; Verificar as ações empreendidas em Teresina na direção de prevenção ao suicídio.

Para contemplar tais objetivos, serão adotados procedimentos de pesquisa tais como depoimentos orais, com o intuito de explorar profundamente as experiências vividas sobre o assunto. Esses relatos serão realizados na residência da pessoa entrevistada, com agendamento de data e horário que melhor lhe convier, registrados por meio de gravador ou não, a depender da autorização prévia desta. Os resultados serão publicados *a posteriori*, assim como serão divulgados em palestras, artigos científicos e na dissertação. Todo o sigilo quanto aos dados dos participantes será preservado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme resolução 196/96.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o mestrando Carlos Henrique de Aragão Neto, que pode ser encontrado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, no Centro de Ciências Humanas e Letras, Ininga, Teresina-PI, tel (86) 9914-3839. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), através do telefone (86) 3215-5734.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente terão acesso a suas informações para verificar as informações colhidas na pesquisa.

Sua participação no estudo poderá restringir-se a um único encontro com o pesquisador responsável pela pesquisa para a realização da entrevista temática ou poderão ser necessários novos encontros para esclarecimento acerca das informações prestadas. A sua participação consistirá em discorrer sobre a experiência da tentativa de suicídio e às questões a ela relacionadas. O tempo de duração da entrevista será determinado pela sua disposição física e/ou psicológica de participação. Esta pesquisa tem por base a resolução 196/96 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde. Cito os riscos de desconfortos psíquico e/ou psicológico que porventura aconteçam ao longo do processo de entrevistas e após este, e que, em acontecendo, garanto a cobertura de assistência médica aos participantes, provocados pelo desenvolvimento da pesquisa. Procurarei fazer o atendimento que me compete como psicólogo e, se for o caso, tratamento na Clínica de Psicologia do Centro de Atendimento e Serviços Integrados CASI/FACID, localizada na Avenida

Lindolfo Monteiro, 293, Bairro Horto Florestal, que atualmente conta também com atendimento psiquiátrico.

Nome e assinatura do pesquisador _____

Nome e Assinatura do (a) entrevistado (a) ou responsável

Local e data: _____, ____/____/____.

Anexo B - Autorização da Pesquisa



AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Teresina, 01 de 02 de 12

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Teresina – CEP/HUT, autoriza os autores/responsáveis pelo projeto intitulado: “*Os aspectos socioeconômicos que contribuem para a taxa de mortalidade de suicídios em mulheres jovens na cidade de Teresina*” a iniciar a pesquisa para coleta de dados neste hospital a partir da data: *01/02/12*, pois o trabalho atende aos pré-requisitos estabelecidos no Check List, sendo assim, aprovado.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Urgência de Teresina – Dr. Zenon Rocha
CEP - HUT

Anexo C – Tabela com taxas de suicídio

Tabela 5.2.5. Ordenamento das Capitais por Taxas de Suicídio (em 100 Mil)
na População Total e na População Jovem. Capitais, 1998/2008.

| POPULAÇÃO TOTAL | | | | | POPULAÇÃO JOVEM | | | | |
|-----------------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|
| CAPITAL | 1998 | | 2008 | | CAPITAL | 1998 | | 2008 | |
| | TAXA | POS. | TAXA | POS. | | TAXA | POS. | TAXA | POS. |
| TERESINA | 6,0 | 8º | 9,6 | 1º | BOA VISTA | 19,7 | 1º | 15,7 | 1º |
| PORTO ALEGRE | 11,8 | 1º | 8,5 | 2º | TERESINA | 5,7 | 15º | 14,4 | 2º |
| GOIÂNIA | 4,9 | 15º | 8,1 | 3º | PORTO VELHO | 8,9 | 6º | 12,8 | 3º |
| ARACAJU | 3,6 | 18º | 8,0 | 4º | MACAPÁ | 5,2 | 16º | 12,0 | 4º |
| PALMAS | 2,7 | 23º | 7,1 | 5º | PALMAS | 7,4 | 8º | 10,2 | 5º |
| FORTALEZA | 3,6 | 19º | 6,8 | 6º | MANAUS | 10,8 | 4º | 9,7 | 6º |
| PORTO VELHO | 4,8 | 16º | 6,6 | 7º | VITÓRIA | 7,0 | 10º | 9,3 | 7º |
| RIO BRANCO | 5,0 | 14º | 6,3 | 8º | FLORIANÓPOLIS | 6,5 | 12º | 8,6 | 8º |
| FLORIANÓPOLIS | 9,1 | 2º | 6,2 | 9º | GOIÂNIA | 6,9 | 11º | 8,4 | 9º |
| RECIFE | 6,0 | 7º | 5,9 | 10º | PORTO ALEGRE | 12,2 | 3º | 7,5 | 10º |
| BOA VISTA | 8,7 | 4º | 5,7 | 11º | BRASÍLIA | 7,6 | 7º | 7,0 | 11º |
| MANAUS | 5,4 | 10º | 5,3 | 12º | ARACAJU | 3,0 | 23º | 6,9 | 12º |
| JOÃO PESSOA | 3,1 | 20º | 5,2 | 13º | CUIABÁ | 2,0 | 25º | 6,7 | 13º |
| BRASÍLIA | 5,1 | 12º | 5,2 | 14º | SÃO LUIS | 2,0 | 24º | 6,7 | 14º |
| VITÓRIA | 5,4 | 11º | 5,0 | 15º | MACEIÓ | 3,1 | 22º | 6,2 | 15º |
| CUIABÁ | 2,0 | 26º | 4,8 | 16º | FORTALEZA | 5,1 | 17º | 6,1 | 16º |
| SÃO PAULO | 5,6 | 9º | 4,7 | 17º | CAMPO GRANDE | 3,9 | 20º | 5,8 | 17º |
| CAMPO GRANDE | 5,1 | 13º | 4,7 | 18º | CURITIBA | 9,2 | 5º | 5,7 | 18º |
| MACEIÓ | 4,1 | 17º | 4,7 | 19º | BELO HORIZONTE | 7,0 | 9º | 5,6 | 19º |
| CURITIBA | 6,8 | 5º | 4,6 | 20º | RECIFE | 6,1 | 14º | 5,3 | 20º |
| MACAPÁ | 2,8 | 22º | 4,5 | 21º | SÃO PAULO | 6,4 | 13º | 4,9 | 21º |
| BELO HORIZONTE | 6,2 | 6º | 4,3 | 22º | BELÉM | 13,7 | 2º | 4,1 | 22º |
| SÃO LUIS | 2,5 | 24º | 4,2 | 23º | JOÃO PESSOA | 4,1 | 19º | 2,9 | 23º |
| BELÉM | 8,9 | 3º | 2,5 | 24º | NATAL | 4,9 | 18º | 1,9 | 24º |
| RIO DE JANEIRO | 2,3 | 25º | 2,3 | 25º | RIO DE JANEIRO | 1,1 | 26º | 1,0 | 25º |
| NATAL | 2,9 | 21º | 1,5 | 26º | RIO BRANCO | 3,7 | 21º | 0,0 | 26º |
| SALVADOR | 0,4 | 27º | 0,4 | 27º | SALVADOR | 0,4 | 27º | 0,0 | 27º |

Fonte: SIM/SVS/MS

Anexo D – Carta de despedida (Dolores)

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------------------------------|---|------|
| FRIDAY SEXTA VIERNES | 25 | JUNE JUNHO JUNIO | JUNHO D S T Q O S S 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 | 2010 |
|-----------------------------------|-----------|-------------------------------|---|------|

20-11-10

NOTAS:

Obrigado meu Deus por mais
essa guerra de conflitos e an-
gustias. Te agradeço por tudo
que tenho passado, significa
7 Senhor que mereço tudo isso.
8 Sei uma pegadora e sei que
9 não mereço o teu perdão hoje
10 a minha filha mais velha
11 completou 18 anos e o presente que
12 eu queria poder lhe dar não
13 posso que é a felicidade dela e
14 de quem vive com ela e suas
15 filhas. Doi-teuho e sinto tanta
16 dor na minha alma, cheia de
17 ódio, raiva, infelicidade e angústia
18 medo... Pq meu Deus doí tanto.
19 Sei que o Senhor colocou seus filhos
20 no mundo não para sofrer e sim
21 para serem felizes. Pais até hoje
22 não entendo. Tem coisas que só o
23 Senhor meu Deus sabe. O Ivan está
24 sendo para mim não um marido
25 mais um pai. Hoje o amigo da
26 família o Clayton me deu graças
27 a Deus as minhas medicações pra
28 depressão só tenho que agradecer
29 a Deus e a ele. Tem também aqui
30 em casa um amigo da gente que
31 só tem nos ajudado e muito.
32 não sei até quando vou aguentar
33 a vida que levo. Toda dia pelo pior
34 essa angústia que não para!

G GRUPO CLAUDINO

ARRAZEN
Paraba

SATURDAY
SÁBADO
SÁBADO

26

JUNE
JUNHO
JUNIO

| D | S | T | Q | S | S | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

JULHO

2010

Éna dor no peito. As minhas duas ne-
 NOTAS: tinhas estão doente, como dei,
 Veremos uma pessoa que gostamos
 está sofrendo. Pq tanto a Deus que ele
 para toda dor dos meu filho, marido,
 pais, irmãos etc para mim. É pq ao
 7 Senhor que me tire dessa vida. Não
 sirvo para esse mundo, não soube ser
 8 uma boa filha, nem esposa, nem mãe
 9 nem irmão e nem uma boa Uô.
 amiga de verdade só Deus saberia me
 10 dizer pq eu mesma não sei. O que se
 para agora neste momento comigo não
 11 sei explicar. Tenho medo... Um medo
 12 me corroi por dentro, ficando um vazio
 tão grande que machucar e me destrói
 13 doí tanto, mas tanto sei que quando
 eu morrer só pq que eles sigam em

SUNDAY
DOMINGO
DOMINGO

27

NOTAS:

Uma mãe dói, mais
 Deus vai dar forças pra eles
 resistir. minhas netas, tal-

vez não vão lembrar mais de mim quando
 crescer. O Ivan vai sentir mis dias, mas
 talvez vai passar e logo ele estará com
 outra se ja não tiver. A Luiza essa vai
 sofrer muito. O Dudu só por ser bruto, mais
 vai sentir. A Bárbara pq que sutendame a
 o peso dela e a Badora minha bacou
 andari com carinho dela. Pqq mais
 um pedido, não xpare meus filho e
 não da minhas netas para a família



GRUPO
CLADINO

CLADINO

MONDAY
SEGUNDA
LUNES

28

JUNE
JUNHO
JUNIO

| JUNHO | D | S | T | Q | Q | S | S |
|-------|----|----|----|----|----|----|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | | |

2010

NOTAS: do Rodolfo. Talvez com a minha morte acabei toda essa confusão. Sempre me perguntam pq eu gosto de escrever e pq não tenho muito com quem dividir por fico imaginando tantas coisas, que se passa pela vida minha coisa, muitas ou todas pensam que é bobagem o que seito, talvez para eles sejam mesmo, mas só Deus e eu sabemos. Só queria saber meu Deus o pq de tanta dor, filha da minha prima está aqui em Teresina, sofreu uma barriada, espero meu Deus que tudo certo. Quando tento explicar mais não sou compreendida, não quero que sintam pena de mim. Moro em uma rua que para dir eu não sou nada, mais alguns filhos dessas pessoas frequentam minha casa. O Rodolfo já interparou graças a Deus eu via a hora chegar a notícia de que mataram ele. Pena me dá o meu cu minhas netas. Quando perguntarei pelo o pai delas o que dizer meu Deus. Depois de tanto tempo o Jean me fala para eu trabalhar, mais depois de tanto tempo, nunca trabalhei, não terminei meus estudos, tudo culpa minha. Quando chega a noite, ando pela casa se eu ponho e angustiada e uma dor muito grande no meu peito. Ninguém percebe o quanto me sinto só. Talvez uma dia vou me deitar a noite e morrer e eles só darão fé que eu

TUESDAY
TERÇA
MARTES

29

JUNE
JUNHO
JUNIO

| | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|
| D | S | T | O | S | S | S | O | H | T | O |
| | | | | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | | | | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | | | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |

2010

1 mamãe da esteva dura, já chegou a minha
 2 honra... tudo que eu podia fazer eu
 3 já fiz. Sei de certo ou de errado, não
 4 sei mais meu Deus vontade de viver.
 5 Sei que posso está sendo egoísta, por
 6 ter ainda meus filhos e netos que precisam
 7 de mim, mas eu me sinto enfiada elas
 8 têm o pai delas e as meninas tem a mãe
 9 delas, sinto pelos os meu pais, mas eles vão
 10 seu fater, a lila meu Deus cuida dela e
 11 do Junior e Charles. Ela é uma guerreira
 12 e vai vencer. O Naldo esse senhor Deus
 13 que dar mais de, pois ele só tem ta-
 14 manho e peso, dar a ele mais uma
 15 chance para ele crescer e ser homem
 16 de verdade e cuidar do filho de O
 17 psinaldo e do ps mael. Fico ao Ivan
 18 que me perdeu por não ter sido rema-
 19 ba, esposa e uma boa mãe para os
 20 filhos dela. Mas garanto que tutei garan-
 21 to isso. Ha peço a b que não julgue ou
 22 critique a Fabia pois não tem noção
 23 como ela sope, mais é uma guerreira.
 24 Ela me ajudou muito. bgr! Flávia. A tia
 25 tánia deu a ela que ela tem capacidade
 26 de vencer, pois por tudo que já tem
 27 passado ele vencerá sempre e o Wallid
 28 cuida sempre dela. pois ela pra mim
 29 é como uma mãe. A Kíria graças a Deus
 30 que ela está firme e continua ansu e que
 31 ela sempre vai ser minha irmã. A
 32 Jussara com todos os defeitos mais quem
 33 não tem ne. busque a felicidade e
 34 cuido do Otávio. pois a vó já não tem idade.



 GRUPO
CLAUDINO

Deixo um abraço a tia Beriza, tio Chico, tio Antonio, tio Apuriso e familiares. Digam a Linda que eu imagino piloto que temo pensando go-to muito dela e tb da vovã dela. Obrig a todas. Precisa de uma coisa, nunca julgue para não ser julgado. Pais são Deus pode. Digam também ao Luiz que ele mora no meu coração. É o falso-me especial. Sei que não vai para o céu. Pais ligo comigo muita magia, raiva e ódio de pessoas que me feriram muito. Digam a vó que obrigado por tudo. Quero pedir perdão a Deus por eu ter sido tão fraco ao ponto de fazer o que vou fazer. Não estou vindo para a pais da raiva o ódio estão me atorando e a alma. Barbara ver se por os pés no chão filha seja amorosa com suas irmãs e tb seras para as outras duas e Dudu tem que ter mais humildade e mais amor. Que a Bebel não engrande mais. Pais Deus já deu a elas duas princesas. De muito amor a elas. Me perdoe minhas filhas por não ter sido uma boa mãe. É por fazer o que vou fazer. Mas pai pai que amo vocês, do meu jeito bruto, mas amo. Me perdoe também por ser fraco. Sejam felizes pois eu tive poucos momentos de felicidade de quem amou muito vocês.

