

João Paulo Mariano

Jorge Macedo

A morte nunca é um evento fácil de entender. Há mistérios envolvidos. Em geral, os segredos vão para o túmulo. Em um suicídio o corpo fica no cemitério, mas há diversos fantasmas que vão acompanhar os parentes por muito tempo. Quem sabe por toda a vida.

A vida de quem fica permanece cortada. Falta um pedaço. Não é apenas uma simples perda: alguém cuja existência importava escolheu ir embora. E os porquês se vão junto com o silêncio de um corpo encerrado dentro do caixão. Corpo esse que não fala e por isso não pode se explicar.

Se uma carta é deixada, talvez seja possível compreender melhor, mas não aceitar. Nos momentos de dor, as palavras parecem difíceis de serem compreendidas por quem perdeu alguém para o suicídio.



Universidade de Brasília

Sobreviventes: O outro lado do suicídio

Sobreviventes

O outro lado do suicídio

Sumário

1	O último ato: por dentro do tema	5
2	Dor de mãe: duas histórias marcadas por tristeza e culpa	9
3	Choque pela perda: quando o suicídio surpreende	19
4	Vontade de partir: a falta de sentido na vida	33
5	Sufrimento constante: as feridas que não foram curadas pelo tempo	41
6	Cobertura proibida: o silêncio do jornalismo	51
7	A vida continua: é possível sobreviver ao suicídio	55

**O suicídio faz com que amigos e familiares
se sintam seus assassinos.**

Vincent Van Gogh

Capítulo 1

O último ato: por dentro do tema

A morte nunca é um evento fácil de entender. Há mistérios envolvidos. Em geral, os segredos vão para o túmulo. Em um suicídio o corpo fica no cemitério, mas há diversos fantasmas que vão acompanhar os parentes por muito tempo. Quem sabe por toda a vida.

A vida de quem fica permanece cortada. Falta um pedaço. Não é apenas uma simples perda: alguém cuja existência importava escolheu ir embora. E os porquês se vão junto com o silêncio de um corpo encerrado dentro do caixão. Corpo esse que não fala e por isso não pode se explicar.

Se uma carta é deixada, talvez seja possível compreender melhor, mas não aceitar. Nos momentos de dor, as palavras parecem difíceis de serem compreendidas por quem perdeu alguém para o suicídio.

Se para uns o corpo é um templo, para o suicida ele parece ser uma prisão. Sem saída, a morte aparece como a única opção. Claro, existem outras. Tantas outras. Mas no sofrimento pungente, a porta do suicídio é larga e vantajosa: a dor é extinta e os problemas “resolvidos”.

Os que optam pela morte voluntária tornam-se suicidas e os que ficam são chamados sobreviventes. Esse é o termo utilizado pela psicologia para designar aqueles que perderam um parente ou pessoa próxima por suicídio, bem como quem sobreviveu após uma tentativa de acabar com a vida.

A reportagem fala desses sobreviventes, que continuam a viver mesmo traumatizados. Há quem recorra à ajuda de remédios para dormir ou controlar alguma sequela que fica após a tentativa.

Não há números para os sobreviventes, a não ser a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que um suicídio influencia a vida de pelo menos seis pessoas ao redor da vítima.

Sobreviventes existem em todos os lugares do mundo. Essa reportagem mostra o suicídio pelo viés de alguns deles no Distrito Federal. O outro lado do suicídio: aqueles que ficam. Para preservá-los, alguns nomes de pessoas e locais são fictícios a pedido das próprias fontes.

Quando uma pessoa perde a mãe, ela torna-se órfã. Mas a mãe que perde um filho continua mãe, porém agora de um filho que foi retirado de seus cuidados. Às vezes cedo demais. Para elas, sempre é cedo demais. Há inúmeras mães de suicidas. Muitos jovens morrem por suicídio anualmente. Só até o mês de agosto de 2013, 12 pessoas entre 20 e 29 anos suicidaram-se no Distrito Federal de acordo com a Secretaria de Saúde (SES). Em 2012, foram 23 filhos ou filhas que partiram.

Tratado como epidemia por profissionais de saúde, o suicídio é a segunda maior causa de mortes entre jovens de 10 a 24 anos no mundo. Entre indivíduos com 15 a 44 anos, o suicídio ocupa o terceiro lugar no ranking mundial divulgado pela (OMS), em 2000, por meio de seu programa especial de prevenção ao suicídio (*Suicide Prevention and Special Programmes*, em inglês).

Tema difícil de ser explorado, os próprios números sobre o suicídio são controversos e imprecisos. A psicóloga Cristina Moura, que há dez anos trabalha com o assunto, chama a atenção para isso. “Em outubro (de 2013) estive num congresso em Oslo, na Noruega, para debater o suicídio. Alguns colegas de outros países me perguntaram sobre os dados brasileiros. Senti-me envergonhada e não soube respondê-los devido à falta de informações sobre o tema”, diz.

As estatísticas defasadas são um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais de saúde que trabalham com o suicídio. Os dados fornecidos pela OMS em 2000 foram os mais confiáveis que encontramos. Notamos que as referências a estes dados são recorrentes nas matérias sobre suicídio, por isso optamos por

usá-los. Há outras estatísticas, também oficiais, fornecidas por outros órgãos. Na reportagem trazemos alguns deles, como os que nos passaram a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Corpo de Bombeiros e Polícia Civil.

Entretanto é importante ressaltar que os números obtidos para as mortes aqui no DF são divergentes, e, sendo assim, sempre que possível, preferimos não escolher entre eles para não correr o risco de sermos imprecisos ou privilegiar uma instituição em detrimento de outra. Fato é que, independente do número exato de suicidas, vários dos sobreviventes se mantêm ligados às lembranças daqueles que se foram. Mães, pais, cônjuges, primos, amigos. Não importa aqui o grau de parentesco ou proximidade, quem perde alguém por suicídio leva consigo marcas eternas de quem se foi.

Capítulo 2

Dor de mãe: duas histórias marcadas por tristeza e culpa

Maria Aparecida, 60, não se interessava pelas estatísticas de suicídio. Na verdade, esse assunto não tinha importância para ela até o dia 9 de março de 2009. Uma segunda-feira que se tornou inesquecível da pior maneira possível. Nesse dia, ela tornou-se uma sobrevivente. “Meu filho morreu logo cedo. Passei o dia inteiro angustiada, com a sensação de que algo ruim havia acontecido. Liguei para o pai dele (*Marcos Dantas*) insistentemente em busca de informações. Ele tentava me acalmar, e apenas dizia que o Pedro havia sofrido um acidente e estava em um hospital”, lembra.

O filho mais novo, Pedro Lucas, 21, um jovem que trabalhava com computação, tinha se suicidado no Pátio Brasil Shopping, um dos grandes centros de entretenimento de Brasília, por onde passam cerca de 50 mil pessoas diariamente, segundo dados do próprio shopping. Ele se jogou para a morte às 10h08. O jovem saltou do quarto andar do prédio. O corpo de Pedro ficou estendido na via pública que fica entre o Pátio Brasil e o Venâncio 2000. O shopping havia sido aberto às 10h e tinha pouco movimento. Ele era a décima segunda vítima registrada desde o ano de 2001.

A presença de Pedro Lucas ainda é muito forte dentro da casa onde Maria Aparecida mora com o outro filho, João Marcos. Ao entrar na ampla sala do apartamento localizado no Guará II, várias fotos do caçula enfeitam o armário e disputam espaço com imagens do irmão e outros membros da família. Pedro era um jovem branco, de estatura mediana, cabelos negros curtos, magro.

No dia da entrevista, realizada numa sexta-feira à noite – 13 de setembro –, Maria Aparecida veste uma camiseta branca e calça

jeans. Magra, dona de corpo esguio – deve medir cerca de 1,70m –, Maria tem cabelos claros na altura do ombro e usa óculos de grau durante toda a conversa. O encontro estava marcado para as 19h, mas por conta do atraso no ônibus e congestionamento enfrentado naquela noite, a conversa se inicia por volta das 20h e continua até perto das 22h. A funcionária pública, aposentada da Câmara dos Deputados, nos concede a entrevista de uma hora e quarenta minutos sentada em um dos sofás da sala.

No início ela se mostra desconfiada, e fala pouco sobre a morte do filho. Com o passar do tempo, reconhece que expor o caso pode ajudá-la de alguma forma a superar a perda de Pedro. Maria Aparecida só concordou em conceder a entrevista para jornalistas pela primeira vez, diz, porque os repórteres têm hoje idade semelhante à que seu filho teria caso estivesse vivo: 26 anos.

A mãe ainda traz consigo a lembrança do último beijo dado por Pedro em sua testa, por volta das 8h. Naquela segunda-feira o jovem havia acordado cedo. Após tomar o café feito pela mãe, Pedro saiu de casa com a desculpa de ir caminhar um pouco, mas garantiu que voltaria antes das 10h.

Ele tinha um compromisso marcado com a mãe para o meio-dia. No momento em que o filho saiu, Maria Aparecida teve uma sensação ruim: “Ele não tinha esse hábito de caminhar pela manhã. Achei estranho, mas o deixei ir. Lamento que aquele tenha sido nosso último momento juntos”.

A mãe esperou durante várias horas pelo retorno do garoto. O encontro nunca ocorreu porque a próxima e última vez em que Maria Aparecida viu o filho foi dentro de um caixão ao ser enterado em um cemitério da cidade, lugar em que antigos compromissos são esquecidos e novos precisam ser elaborados.

Desde a morte do filho, Cida, como é chamada entre familiares e amigos, foi tomada por uma melancolia que só agora, três anos depois, parece deixar de existir e se transformar em saudade: “Logo após a morte do Pedro abandonei tudo o que fazia. Durante seis meses me tranquei no quarto e vivi o luto pela morte dele”, recorda.

Depois desse período, a funcionária da Câmara recorreu à psicologia para recuperar o ânimo e a vontade de fazer algumas coisas. “Passei por três médicos, todos sem sucesso. Daí uma amiga me recomendou um profissional que me ajudou bastante, até hoje estou com ele.” São três anos vividos entre o choro e remédios para depressão.

Apesar de ter boas condições financeiras, a mãe de Pedro Lucas teve dificuldade para conseguir encontrar um tratamento adequado para superar o trauma pela morte do filho. Entre outros fatores, isso se explica pela falta de profissionais capacitados para trabalhar com o tema. Essa é a opinião do professor de psiquiatria da Universidade de Brasília Rafael Boechat.

Ele trabalha há 13 anos com o suicídio e atende pacientes com diferentes tipos de transtornos mentais no Hospital Santa Lúcia. “Em todo esse tempo só me lembro de ter trabalhado com um caso de sobrevivente de suicídio. Infelizmente, mesmo para quem tem dinheiro, é difícil encontrar ajuda especializada para tratar o trauma da perda”, afirma.

Quem espera encontrar ajuda o mais rapidamente possível para se recuperar da dor é Sueli de Lima, 49. O sentimento de perda pela morte de um filho se faz ainda mais presente em sua vida. A diarista passou pelo mesmo sofrimento que Maria Aparecida quando a filha, Michele de Lima, 28, se jogou da varanda do terceiro andar do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) em agosto de 2013.

Quando pulou, a jovem levou consigo a tranquilidade da mãe. “Eu só choro, me desculpe. Ainda é muito recente”, tenta se justificar, abalada por uma ação que não precisa de desculpas: uma mãe que chora por ter perdido a única filha mulher, a mais velha de um grupo de três filhos. Diferentemente de Maria Aparecida, Sueli não teve direito sequer a um último beijo.

O suicídio da filha foi marcado por um agravante: a morte do neto que Sueli nem mesmo chegou a conhecer. Quando Michele escolheu tirar a própria vida ela já tinha completado as quarenta semanas regulares de gestação. Estava exatamente com nove meses e cinco dias. Segundo Sueli, a filha sangrava desde

a quinta-feira, 8 de agosto, dois dias antes da morte, quando foi internada no hospital.

Sueli é uma mulher de olhos azuis e pele branca, cabelo pintado de loiro – pela vaidade de gostar de ser loira –, que contrasta com a mancha escura na raiz capilar devido à falta de tintura recente. A filha era morena, de rosto arredondado e cabelos ondulados com comprimento abaixo dos ombros. Para a mãe, ela era mais parecida com a família do pai, mas tinha o jeito dela.

Agora, na tentativa de fugir dos momentos de sofrimentos vividos com a morte da filha, a antiga diarista tornou-se cuidadora de oito crianças no Lar Fabiano de Cristo, na quadra 913 sul, onde recebe um salário mínimo por mês. A casa atende crianças carentes ou encaminhadas pelo Conselho Tutelar do Distrito Federal após comprovação de maus-tratos dos pais.

“Vou ser mãe de oito crianças. Deus me tirou uma filha, mas me deu oito novas pessoas para eu cuidar”, afirma a mulher, que pela primeira vez após mais de meia hora de conversa, sorri com os olhos ainda vermelhos de choro e com o rosto molhado pelas lágrimas. Porém, ela admite: “É uma maneira de eu tentar esquecer, colocar a cabeça para funcionar. Quero pensar em uma nova vida”, argumenta.

Sueli morava na casa da mãe, no Recanto das Emas, junto com o marido, Michele e os três netos, um menino de 11 anos e duas meninas, uma com quatro anos e outra com um ano e três meses na época da entrevista, em agosto de 2013. Cada um dos filhos é fruto de uma relação diferente. A mãe não conseguiu voltar para a mesma casa após o ocorrido. “Depois que soube da morte dela no hospital fui para a casa do meu irmão”, diz entre soluços. E completa. “Não aguentaria ver as coisas dela. Tudo está como ela deixou. As lembranças me trazem muito sofrimento.”

Antes de se mudar para o Lar Fabiano de Cristo com o marido, Sueli abrigou-se na casa do irmão mais novo na mesma cidade em que morava. Parecia que o lugar de paredes verdes sem muito acabamento tinha acabado de receber o mesmo furacão que passara pela vida de Sueli. Havia a bagunça dos lotes, que são

repartidos em várias pequenas casas, onde era possível ouvir a TV do vizinho no jornal local do horário do almoço. Com ele, várias crianças chorando e mães brigando. O barulho não incomodava a mãe que contava a tragédia do fim da vida de sua filha – uma menina que estava em abstinência de crack e cerveja desde o início da gravidez.

Sueli vive em condições financeiras precárias. Não tem condição de buscar ajuda de psicólogos e torce para encontrar alguém que “mexa com as coisas da cabeça”, como ela própria se refere aos profissionais da área. Em situação oposta, Maria Aparecida não precisou se mudar de casa e consegue conviver com as lembranças do filho Pedro Lucas, presente em diversas fotos espalhadas pelo apartamento. Isso talvez se explique pelo tempo, afinal Maria perdeu o filho há quatro anos, enquanto Sueli ainda chora o luto de três meses decorridos da morte da filha Michele.

Apesar da distância no tempo, quando fala da morte do filho – a quem chama carinhosamente de Piluca –, Maria Aparecida se emociona facilmente e deixa transparecer uma série de sentimentos confusos. Poucos minutos após o início da entrevista, um cachorro da raça Dachshund surge de um dos quartos e pula no colo dela. “É Piluca também”, afirma, com um leve sorriso no rosto que parece entregar a lembrança feliz que surge com a imagem do filho naquele instante.

Junto com o cão, o filho mais velho também aparece na sala. João Marcos acena com uma das mãos e logo depois volta para o quarto após passar rapidamente pela cozinha. Ele toma banho e sai de casa. “O João nunca aceitou a morte do irmão, foi um trauma muito grande para ele. Na verdade, ele ficou muito irritado com tudo o que aconteceu e não gosta de falar sobre o assunto”, conta Maria Aparecida.

Muito ligada à religião católica, Maria Aparecida traz consigo a imagem de uma santa pendurada em um colar, objeto que aperta contra o peito insistentemente, como se fosse lhe dar força para enfrentar a perda do filho. “O que sinto hoje é um misto de raiva, dor, revolta e saudade. A dor pela perda do meu caçula;

a revolta por saber que ele precisava de ajuda e não pude fazer nada; a raiva por lembrar de uma mulher que passou pela vida dele; e a saudade que bate toda vez que me vem a imagem dele.”

Com o desenrolar da história, a mãe de Pedro revela que “sentiu” a morte do filho assim que ele se jogou do Pátio Brasil. Naquela manhã ela estava lavando as louças do café deixadas pelos dois filhos: “O relógio marcava exatamente 10h08 quando deixei um copo cair no chão. Ele se quebrou e me cortei ao tentar pegá-lo. Ali soube que algo muito ruim havia acontecido, senti um calafrio horrível”, desabafa.

O copo quebrado no chão traz consigo um simbolismo enorme. É como se a mãe, sem saber ao certo o que acabara de acontecer com o filho caçula, tentasse juntar os cacos a fim de reconstruir algo que se perdera para sempre. De um modo silencioso, sem avisar e ser visto por ninguém, Pedro tirou a própria vida e deixou uma história inteira para trás. Mais do que isso, o jovem afetou de um modo definitivo e muito doloroso a trajetória de tantos outros que o cercavam.

“Me revolta pensar que aquela manhã trágica de segunda foi como um último adeus: eu nunca mais terei meu caçula comigo”, diz Maria Aparecida, que ainda se sente intrigada por não saber o verdadeiro motivo da morte. Ela conta que Pedro passava por um quadro depressivo quando se matou. O jovem tinha terminado um relacionamento havia cerca de dois meses, e na semana em que se suicidou teve o carro roubado, o que segundo a mãe pode ter sido um agravante.

“Ele vinha passando por uma fase muito ruim. Esse relacionamento não ajudou em nada. Nem gosto de falar sobre a garota com quem o Pedro estava. Se ela sabia que ele precisava de ajuda, por que não nos disse nada?”, argumenta a mãe de forma indignada. A mulher a quem Maria Aparecida se refere chama-se Carolina e tinha um filho de outro relacionamento. Pedro aceitou cuidar da criança e até saiu do apartamento onde morava por dez meses para viver com a companheira na Asa Sul. Após alguns desentendimentos, ele voltou para casa.

Foi aí que a mãe percebeu que o filho estava com problemas. “Notamos que ele estava triste, cabisbaixo. Ao levá-lo a um psicólogo, ficou constatada a depressão. Foram dois meses de muito sofrimento para todos nós, ele tomava remédios controlados”, diz. Diante desse quadro, a família não conseguiu evitar o pior.

Assim como Pedro Lucas, Michele também tinha problemas mentais. Durante a conversa, em determinado momento a mãe da jovem pega uma foto da filha, tirada no fim de 2008, quando estava grávida pela segunda vez. “Foi aí que comecei a perceber que havia problemas. Ela parecia que não gostava da menina depois que deu à luz. Não tinha carinho. Nem tocava nela. Acho que era depressão pós-parto”, relembra.

A mãe olha a foto e se esquece de tudo ao redor. Passa o dedo por cima da imagem, na tentativa de fazer carinho no que resta da filha que não é mais possível tocar. “Minha filhinha...”, sussurra a mulher de corpo largo. Michele foi diagnosticada com esquizofrenia. “Ela falava sozinha. Ficava rindo sem ninguém por perto. É como se estivesse em outro mundo”, diz. Meses antes de morrer, Michele tomava poucos banhos. A menina, antes vaidosa, ficava até três dias sem se lavar. A mãe por vezes tinha que jogar água na filha para que ao menos a roupa fosse trocada.

Para Sueli, a esquizofrenia é uma das culpadas pela morte da filha, o que a deixou com a cabeça atormentada. Outra culpada é a negligência dos profissionais do Hospital Regional de Taguatinga. Ao dar entrada no hospital, a jovem foi encaminhada para o setor de obstetrícia, localizado no primeiro andar do edifício de três pisos. Michele permaneceu no local até sexta-feira, 10, data em que a equipe médica decidiu levá-la para o terceiro andar, ala onde permanecem os pacientes à espera de cirurgias.

Foi aí, neste exato momento, que a mãe da jovem sentiu algo estranho: “Quando a enfermeira me disse que ela mudaria de lugar, senti um aperto forte no coração, foi como um ‘tum, tum’, sabe?”, tenta explicar Sueli ao tocar com a mão direita aberta o lado esquerdo do peito e logo depois massageá-lo. “Tive uma sen-

sação muito ruim. Naquele instante foi como se pressentisse que alguma coisa não ficaria bem.”

Após esse primeiro momento de choque, Sueli afirma que sentiu algo parecido no sábado, 10, por volta das 19h30. Uma acompanhante de pacientes, que trabalhava no mesmo andar em que Michele estava internada, chegou até o posto de enfermagem gritando desesperadamente pelos corredores: “Uma menina pulou da varanda. Socorro! Acode aqui!”, lembra a mãe. “Me recordo que gritei para as enfermeiras, com todas as minhas forças, que era minha filha”, conta ela com a voz embargada.

Naquele instante a mãe correu para a porta do quarto e viu a cama vazia. Poucos minutos antes a filha havia pulado com o neto do terceiro andar do hospital. Michele saltara de uma varanda, usada para os pacientes tomarem sol, e que estava aberta havia mais de uma hora sem necessidade, pois a luz solar já tinha acabado.

Sueli lembra que deixou o local para pegar a autorização de acompanhante de Michele, que passou a última noite de vida em um quarto de hospital, grávida e sozinha. Ela alega que a filha precisava de companhia. “A Michele nunca falou em se matar, foi uma surpresa muito grande”, esclarece. “Para mim, ela simplesmente tentou fugir. Mediu o espaço do pulo e imaginou que conseguiria sobreviver. Não consigo aceitar o fato de que ela se matou. Acho que nunca vou, na verdade. Creio que foi isso que ocorreu. Ela pensou que conseguiria, mas infelizmente não foi o que aconteceu.”

A fala de Sueli oscila entre a raiva por saber que a filha morreu devido à falta de uma acompanhante no quarto e por conta da porta aberta na hora errada e o choro ao lembrar os últimos momentos da “filhinha”, como diz ela. “Oh, meu Deus, a minha filhinha morreu”, exclama a mulher, que não se incomoda em secar as lágrimas, que surgem sem nenhum constrangimento.

Apesar de estar no hospital onde a filha estava internada, Sueli não conseguiu evitar a morte de Michele. Situação distinta da que viveu Maria Aparecida, já que o filho Pedro Lucas se suicidou longe de casa. O último contato dos dois aconteceu cerca de

duas horas antes do salto mortal do jovem. Ao tomar um ônibus rumo à Asa Sul por volta das 8h, Pedro só seria visto novamente por volta das 11h, quando o pai foi acionado pela polícia e chegou ao Pátio Brasil. A mãe foi poupada do sofrimento num primeiro momento. Angustuada, Maria Aparecida estava ansiosa para ter notícias do filho, “desaparecido” desde o fim da manhã de sua morte, conforme lhe contava o ex-marido.

Ela lembra que só foi informada da morte do filho por volta das 20h, quando vários familiares chegaram a sua casa acompanhados do pai de Pedro. “Não entendi o que estava acontecendo, perguntei para alguns e todos ficaram em silêncio. Até que um sobrinho me chamou num canto e contou que o Pedro havia se jogado da varanda externa do shopping”, lembra com emoção e lágrimas.

O sofrimento de Maria Aparecida, porém, não ficou restrito aos familiares presentes em sua casa naquela noite trágica. Cerca de quinze dias após a morte do filho, Marcos Dantas – hoje presidente do Partido Socialista Brasileiro no DF –, escreveu uma carta em que exigia providências por parte da administração do shopping onde o filho havia se matado.

O Pátio Brasil ficou conhecido no início dos anos 2000 por registrar diversos casos de suicídios. De acordo com registros policiais, de 2001 a 2009 foram doze mortes. Marcos conseguiu que a carta fosse publicada em uma reportagem do jornal *Correio Braziliense*. Após a repercussão do caso, a varanda de onde Pedro se atirou foi cercada por uma proteção de acrílico.

Maria e Sueli sofrem do mesmo mal. Enquanto a primeira enfrenta sessões de terapia, a segunda ainda precisará se acostumar com a ideia de não poder ver a filha dançar forró pela sala de visitas da casa. Maria Aparecida deixou há pouco o uso de alguns remédios para dormir, que antes eram imprescindíveis. Sueli começou a tomar os medicamentos, mesmo sem prescrição médica. Ela chega a tomar dois comprimidos por noite, pois o efeito de apenas um já não resolve.

Ela não tem medo de passar mal. Prefere tê-los por perto, mesmo sem saber dos malefícios. Tudo isso vale a pena para con-

seguir dormir à noite sem precisar rever a cena do fatídico sábado em que a filha morreu, recorrente nos pesadelos. Os remédios parecem ser a forma de espantar os fantasmas noturnos e a insônia pós-traumática.

O suicídio deixou nas duas mães marcas que não cicatrizam, e parece que nem mesmo o tempo será capaz de curá-las. Ao decidirem morrer, Pedro Lucas e Michele de Lima romperam com o ciclo natural da vida, aquele pelo qual o filho deve se despedir dos pais, e não o contrário. Aqui, quem chora a morte diante do túmulo são elas, duas mulheres que tiveram suas vidas mutiladas desde que se tornaram sobreviventes.

Capítulo 3

Choque pela perda: quando o suicídio surpreende

Por sorte, Bruno de Oliveira e Luciano Lima não precisaram recorrer a nenhuma clínica para superar as duas mortes por suicídio que cada um enfrentou. A formação em psicologia foi fundamental para ajudar Bruno, 29, a lidar bem com o choque sofrido pelas perdas de um tio e um amigo da época de faculdade.

Bruno é branco, 1,75m, cabelo castanho curto. Durante a entrevista, concedida no subsolo da reitoria da Universidade de Brasília, ele se mostra receoso ao falar sobre as mortes de pessoas próximas por suicídio, especialmente quando relembra o que aconteceu com o colega de curso superior. Com fala tranquila e olhar inquieto que buscava refúgio em algum ponto fixo ao redor do jardim da reitoria, Bruno contou durante uma hora, aproximadamente, o que aconteceu e como aprendeu a ser um sobrevivente.

As mortes aconteceram em um intervalo de três anos, em 2007 e 2010. O primeiro a se suicidar foi o colega. Enquanto falou sobre a perda do amigo, que tinha 23 anos na época – mesma idade que ele –, Bruno parecia estar visivelmente incomodado. A todo instante esfregava as mãos e mexia na aliança de namoro que usa na mão direita, num claro sinal de ansiedade. Apesar da formação como psicólogo, o rapaz ressalta que a morte do colega mexeu muito com ele.

“Encaro a morte de uma forma diferente das demais pessoas, vivencio o luto de um modo particular. Só me dou conta do que ocorreu no velório, mas com ele o que senti foi um estranhamento. Foi a única vez que não consegui chorar num enterro”, lembra. A surpresa de Bruno se justifica, segundo ele, pelo modo inesperado como tudo ocorreu.

Fernando Duarte era alegre, brincalhão e mantinha laços sociais consolidados com as pessoas ao seu redor. Entretanto, morava sozinho em Brasília por conta dos estudos e via pouco os familiares. O suicídio ocorreu no mês de julho, próximo ao recesso escolar daquele ano.

O colega se enforcou com a corda do roupão que utilizava no banheiro da residência onde morava, após discutir com a namorada. A notícia pegou a todos na faculdade desprevenidos e sem saber por que tinha acontecido. “Não tenho dúvidas de que foi um ato impulsivo, sem pensar. Se ele tivesse alguém para conversar por cinco minutos não teria feito aquilo”, lamenta Bruno.

Ele soube da morte por meio de outro colega de curso, que o ligou na manhã do ocorrido. Fernando se suicidara de madrugada, e a notícia circulou entre os jovens do curso de psicologia por meio do e-mail da turma. Inúmeras ligações telefônicas começaram a surgir em busca de informações e confirmação do que havia acontecido: “Um amigo me ligou bem cedo querendo mais detalhes da morte, e sem perceber ele me deu a notícia, foi algo muito chocante. Fiquei sem reação na hora”.

Por uma infeliz coincidência do destino, na manhã em que soube da morte de Fernando, Bruno estava em um mercado com a mãe para comprar comida para uma reunião que ocorreria naquela semana. O motivo era a celebração pelo reencontro de quase toda a turma, afastada durante alguns semestres.

“A vida às vezes é cruel e nos prega peças demais. Nossa turma sempre foi muito unida desde o começo do curso, mas nos separamos por áreas de interesse na faculdade e voltamos a nos encontrar em uma disciplina obrigatória naquele semestre”, recorda. A matéria era “intervenção em crises e prevenção ao suicídio”. Bruno afirma que estava saturado com o tema naquele momento.

Além da disciplina do curso, o jovem era voluntário em uma pesquisa havia um ano. O trabalho era voltado para pessoas com ideias suicidas. “A morte dele foi desgastante demais para mim. Terminei a pesquisa apenas por compromisso. Logo depois fui

convidado por outro professor para estudar o tema, mas nunca mais quis saber daquilo, não tinha mais cabeça.”

O suicídio também foi algo inesperado para o programador Luciano Lima, 31. Em 2002, um primo tirou a própria vida e dois anos depois foi a vez de um tio, num intervalo pouco menor do que os três anos que separaram as mortes que assolaram a vida de Bruno. Luciano concordou em conceder a entrevista na quitinete em que mora, no Sudoeste.

Rapaz de baixa estatura – algo em torno de 1,65m –, ele usa óculos, tem cabelo negro bem curto, pele branca e corpo largo. De modo distinto ao que aconteceu com Bruno, que estava nervoso e pediu para não ser identificado pelo verdadeiro nome, o rapaz falou abertamente sobre o tema, numa clara demonstração – ou tentativa – de que o luto pela perda dos familiares foi superado ao longo de quase uma década.

O suicídio do primo Manoel mexeu bastante com Luciano, que tinha 20 anos. Ele lembra que não se deu conta do fato por não acreditar que ele havia se matado. “Não tinha dúvidas que ele estava morto, foi minha mãe quem me contou. Agora não consegui acreditar e aceitar que ele se suicidou, ainda mais da forma como foi. Não, ele não. O Manoel era alegre demais para fazer aquilo”, conta.

Aquilo ao qual se refere o programador foi o método como tudo aconteceu. Ele foi encontrado no quarto de casa, com uma arma de fogo ao lado do corpo. Seu rosto estava desfigurado por conta do tiro disparado contra a própria boca. Luciano ressalta que o primo começou a ter mudanças drásticas de comportamento a partir do momento que se envolveu com uma jovem no Jardim Ingá, entorno do DF, região onde morava.

“Eles estavam juntos há uns quatro ou cinco meses, e desde então sua vida mudou completamente. Ela tinha se envolvido com um pessoal que traficava drogas, e isso o deixou mais irritado, nervoso. Na última vez que o vi ele me disse que estava triste e infeliz”, afirma. A morte do primo abalou as estruturas da família de Luciano, que voltaria a ser afetada de modo mais forte com outra morte algum tempo depois.

O suicídio de um dos tios de Luciano chocou toda a família. O homem, com 60 anos, passava por um momento delicado e de vez em quando ameaçava tirar a própria vida: “Ele caiu em descrédito com a família porque tinha sérios problemas com o álcool e quando procurava alguém era apenas para causar dor de cabeça. Ninguém poderia imaginar que ele realmente se mataria”.

O tio estava em um quadro depressivo grave por conta da morte de um irmão quando ainda morava em São Paulo. Sem ter referências na cidade, foi para o Gama em busca de ajuda com a mãe, que ofereceu abrigo para o filho. A estadia dele, no entanto, terminaria da pior forma possível.

Durante uma madrugada e após inúmeras ameaças nos dois meses anteriores, ele se matou enforcado com uma corda. O corpo ficou pendurado por várias horas. A mãe do homem saiu do terreno por um local em que não viu a cena. Quando o socorro chegou até o local, a corda havia dilacerado o pescoço do homem.

O programador não tem dúvida de que o ato foi feito para chocar toda a família. A morte não afetou diretamente Luciano, que se diz pouco ligado ao tio quando era vivo. Entretanto, as duas mortes desencadearam um processo de aproximação dentro da família. “Esses suicídios me fizeram estar mais perto dos meus pais, eles passaram a se preocupar mais comigo e meu irmão, foi como um instinto protetor natural que surgiu a partir daquela tragédia”, afirma.

Foi a morte do tio também que alterou em definitivo o comportamento de Bruno. O psicólogo soube do suicídio do familiar da mesma maneira: a partir da mãe. A perda é recente, ocorreu em 2010, e chocou a todos pela maneira como ocorreu. O tio de Bruno estava inserido em um quadro de depressão grave após perder uma alta quantia financeira em negócios fracassados.

“Desde então ele tomava remédios e evitava ao máximo o contato com qualquer pessoa, mesmo da família. A última vez que o vi foi um ano antes da morte. Ele estava péssimo, completamente debilitado por conta da doença.” O homem sempre se queixava que não tinha mais motivação para viver e preferia morrer. Sem

solução aparente e mergulhado numa tristeza permanente, o tio de Bruno se suicidou com um tiro na cabeça na fazenda onde mantinha alguns negócios.

A morte de ele não era algo inesperado para o psicólogo e sobrinho. O caseiro do local ainda tentou evitar o pior ao conversar com o patrão, mas não teve sucesso. Desde então, Bruno passou a adotar um comportamento paranoico, nas palavras dele próprio.

“Comecei a ouvir mais as pessoas, dou atenção e ofereço apoio para qualquer problema. Na verdade tenho receio que alguém perto de mim não consiga lidar bem com algum sofrimento e faça o mesmo que eles. Não consigo conviver com essa possibilidade. Quando meu irmão entra no banheiro e demora demais já penso no meu colega de curso, isso me causa aflição.”

Mesmo com a família mais próxima e cautelosa, ainda é possível que haja algum incidente. Foi o que aconteceu dentro da casa de Luciano. Seis anos antes da morte do primo Manoel, o pai do programador tentou se suicidar ao ingerir amoníaco após se deprimir com a esposa. Depois de tomar o líquido, ele ainda tentou se jogar de uma janela, mas, acidentalmente, bateu na parede e caiu desacordado.

Luciano tinha 13 anos quando isso ocorreu. Ele estava na casa de uma tia junto com o irmão e só viu o pai quando voltou para casa. “Ele ficou internado por dois meses no Santa Lúcia para reconstrução do esôfago. Quando chegou em casa ele se alimentava por sonda. Foi ali que tive meu primeiro contato com a tristeza e depressão profunda. Desde então entendi o significado da morte e passei a não julgar ninguém por cometer ou tentar o suicídio”, ressalta.

A partir daí, os pais, casados há 33 anos se apegaram à religião evangélica para buscar consolo. Ele, no entanto, se aproximou da igreja em busca de respostas. Ao não encontrá-las, logo se afastou. A religião teve papel importante para aproximar a família e diminuir as brigas. Entretanto, não evitou que o suicídio rondasse a casa da família mais uma vez.

Em 2010 a mãe de Luciano passou por um momento de crise no relacionamento. A mulher, que entrou em depressão após o

suicídio do irmão e tio de Luciano, tentou se matar ao ingerir todos os antidepressivos que tinha em casa. Quem a socorreu foi Luciano, que não chegou a acreditar na situação num primeiro momento pelo fato de a mãe ser dramática, segundo ele.

Foi só quando viu todas as cápsulas abertas que se deu conta do que estava acontecendo. “Era uma situação grave, de emergência. Estava perdendo minha mãe, corremos com ela para o Hospital Regional do Gama. Lá eles fizeram uma lavagem estomacal para desintoxicá-la de todos os remédios que havia tomado”, lembra.

Luciano não gostou do atendimento dado para a mãe. Para ele, faltou respeito e cuidado: “Depois que fizeram o procedimento, não disseram uma palavra e a vi jogada em um dos corredores com os remédios vomitados no canto da boca. Isso não se faz com ninguém. Há falta de estrutura e preparo dos profissionais”, emenda.

Depois de passar pela experiência do suicídio, Bruno e Luciano nunca mais foram os mesmos. O luto pelas mortes, em ambos os casos, durou algumas semanas. Hoje, conseguem falar abertamente sobre o assunto, ainda que mais ou menos incomodados com as lembranças.

Para os dois, a perda de alguém próximo trouxe um sentimento mais intenso de preocupação com o outro. Diferentemente das mães Maria Aparecida e Sueli, retratadas no início desta reportagem, eles não se sentem culpados pelas mortes e encaram o suicídio como algo natural. O que não muda em todos os casos até aqui é a sensação de desamparo e impotência diante de algo tão trágico.

Atendimento ineficaz

Quando se refere ao tratamento dado à mãe no Hospital do Gama, Luciano retrata com fidelidade o que acontece com pacientes que sobrevivem a uma tentativa de suicídio. O Distrito Federal deixa muito a desejar no que diz respeito à prevenção de suicídios e tratamento de doenças mentais, fator que está diretamente associado ao aumento de mortes a cada ano.

As mortes dos tios de Luciano e Bruno são consideradas suicídios clássicos, como afirma o professor de psiquiatria da Universidade de Brasília Rafael Boechat: “Esses são casos em que existem todas as características desse tipo de morte. O indivíduo se queixa da vida, dando sinais de que não quer mais viver. Depois planeja como será a morte; e por fim tem acesso ao método, condição fundamental para executar o plano traçado”, explica.

Para pessoas vítimas de tentativas frustradas ou mesmo sobreviventes de suicídios de alguém próximo, o tratamento dado é o mesmo. Aqui certamente é mais adequado falar sobre a falta de cuidado e amparo com vítimas de problemas assim. “Os profissionais de saúde, em geral, não têm a menor condição de lidar com o tema”, alerta a psicóloga Cristina Moura, que durante o mestrado estudou as especificidades que caracterizam os sobreviventes.

Vários fatores contribuem para o despreparo dos profissionais que cuidam do assunto. O primeiro deles passa pela formação do estudante ainda na graduação, insuficiente para Rafael Boechat: “É absurdo pensar que na UnB, a maior universidade que temos na cidade, só seja oferecida uma matéria ao longo de todo o curso de psicologia. Mesmo quem opta por ser psiquiatra não tem nada além de uma disciplina voltada para o tema. Isso é ridículo”, reitera.

Outro ponto decisivo aí é o modo conservador como a sociedade ainda trata a morte por suicídio. “Infelizmente as religiões ainda exercem um papel forte sobre a questão, é algo cultural da nossa formação nacional. As pessoas não lidam bem com a questão, há muito preconceito envolvido”, ressalta Stéphanie Sabarense, psicóloga que trabalha com intervenção em crises.

Dentro dos próprios hospitais também há resistência e falta de habilidade para cuidar das pessoas que tentaram se matar. Cristina Moura afirma que já viu pacientes serem submetidos a repetidas lavagens estomacais, numa espécie de “castigo” pelo ato.

Boechat chama a atenção ainda para uma situação preocupante: “Quem toma remédios de maneira descontrolada, se embriaga e bate um carro a 200 km/h ou mesmo usa drogas em excesso, sabe do risco que está correndo. São pessoas que usam o álcool

e as drogas para perderem a inibição ou medo de morrer”, explica. “Ninguém faz isso à toa. Os próprios médicos dizem que fulano foi ‘premiado’ quando enfrenta algum caso assim nos hospitais.”

Não é só no tratamento das vítimas de suicídio que o Distrito Federal deixa a desejar. A prevenção das mortes é ínfima e o acompanhamento para os sobreviventes não existe. “O ideal seria que fossem feitas campanhas educativas sobre o tema. Mas, como é possível abordar o tema de modo eficaz e sem chocar a população? O que seria efetivo nesse caso? Além disso, esse assunto não traz benefícios visíveis, é um trabalho silencioso e isso não dá voto. Daí talvez venha a falta de interesse dos governos com o suicídio”, destaca Stéphanie Sabarensé.

Em contrapartida ao que diz Stéphanie, a também psicóloga Beatriz Montenegro, coordenadora de Prevenção do Suicídio da Diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do DF, afirma que o governo local tem feito o que pode para dar assistência à população que passa por traumas relacionados ao suicídio. “Estamos discutindo junto com entidades civis e organizações não governamentais a implementação de políticas que visam prevenir o suicídio”, afirma.

Enquanto concedia a entrevista na sede da Secretaria de Saúde, foi possível notar que Beatriz parece disposta a debater o tema e se preocupa com as estatísticas relacionadas ao assunto, que crescem a cada ano.

Em setembro de 2011, o Governo do Distrito Federal (GDF) lançou a Política Distrital de Prevenção ao Suicídio (PDPS). O principal objetivo do programa é capacitar profissionais da rede pública de saúde do DF e do Corpo de Bombeiros para trabalharem de maneira adequada com o tema, além da realização de campanhas educativas que possam conscientizar a população. A portaria de número 184, publicada em setembro de 2012 no *Diário Oficial do DF*, instituiu a política. Entretanto, até o mês de outubro de 2013, a proposta não havia saído do papel.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Distrito Federal tem a pior cobertura de atenção à saúde mental do país.

Em 2011, a população do DF dispunha de apenas sete Centros de Atenção Psicossocial (Caps) espalhados por todo o território, o que corresponde a uma taxa de 0,25 Caps por 100 mil habitantes, número considerado como “baixa cobertura” pelo ministério.

A média do Brasil é de 0,72 Caps, e o órgão considera como “boa cobertura” à saúde mental índices a partir de 0,5 Caps, exatamente o dobro do que existe atualmente no DF. Stéphanie Sabarense chama a atenção para o problema: “Estamos expostos a uma situação muito grave. Quem sofre de qualquer tipo de transtorno mental no Distrito Federal está praticamente jogado à própria sorte. Nem mesmo aqueles que conseguem pagar encontram um tratamento adequado”, afirma.

Além da cobertura ineficaz para os sobreviventes do suicídio, a falta de preparo dos profissionais das unidades de atenção à saúde mental contribui decisivamente para outro fator preocupante com relação ao suicídio: as subnotificações.

Imprecisão nos números

O sociólogo Émile Durkheim afirma em seu livro *O suicídio* que a palavra suicídio pode ser aplicada para todos os casos de morte que resultam, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo da própria vítima, que, consciente do que está fazendo, sabe que a atitude resultará em sua morte.

Em 2010, o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) classificou o suicídio como o mal que causou mais mortes em pessoas com idade entre 15 e 49 anos em todo o mundo. Foram 107.536 pessoas mortas. O número ultrapassa os óbitos por doenças do coração (98.374), acidentes de trânsito (82.708) e aids (70.658). Os assassinatos vitimaram cerca de 45.512 pessoas, o que corresponde a menos da metade das mortes voluntárias.

A edição da revista norte-americana *Newsweek* publicada na semana do dia 22 de maio de 2013 chama atenção para uma possível epidemia suicida que estaria se desenvolvendo em todos os países – e que deveria ser tratada com mais responsabilidade

pelas autoridades. A reportagem conta a história do psicólogo e pesquisador Thomas Joiner, 47. O pai dele se suicidou ao cortar os pulsos dentro da van da família. Ele tinha sido vítima da depressão. Hoje, o sobrevivente Joiner busca levar, por meio da ciência, o esclarecimento necessário sobre o assunto para que o problema de saúde pública seja contido.

Para Stéphanie Sabarense, “o suicídio é uma epidemia porque está no mundo todo, só aumenta. É um fenômeno social”. Já o psiquiatra Rafael Boechat pensa que só é possível falar sobre epidemia quando há um aumento considerável nos casos tomando como base os números disponíveis. “Não dá para confiar nos dados a respeito do suicídio. Por isso falar dessa forma da morte voluntária seria um pouco demais”, reitera o profissional que percebe a subnotificação dos números.

O psiquiatra não tem dúvidas ao afirmar que uma pessoa que dirige embriagada ou que ingere uma quantidade substancial de drogas, por exemplo, está querendo se matar. “Muitas bebedeiras e overdoses são sinais de suicídio. Isso, para os profissionais de saúde, deveria ser considerado um ato suicida”, enfatiza. Mas, diferentemente do que pensa o psiquiatra, diversos casos semelhantes aos citados por ele são encobertos em prontuários e atestados de óbitos nos hospitais.

De acordo com a psicóloga Cristina Moura, os números sobre suicídios são imprecisos e não retratam a realidade dos fatos: “Quem trabalha com o assunto sabe que um dos maiores desafios a ser enfrentado é a subnotificação. Os profissionais de saúde registram casos claros de suicídio como acidente de trânsito. Ou mesmo morte causada por fatores externos em que citam a causa da lesão, mas não a circunstância que a gerou”.

Cristina vai ainda mais longe e chama a atenção para a gravidade da situação. “Esse tipo de atitude é errada e precisa mudar. Só é possível saber a real dimensão do problema quando houver essa conscientização dentro da classe médica”, argumenta. Até mesmo Beatriz Montenegro, que trabalha na Secretaria de Saúde, não esconde o problema da subnotificação: “Durante o primeiro

semestre de 2011 só houve dois casos de atendimento a suicídios registrados no Hospital de Base, algo ridículo. Esse número com certeza é bem maior, um caso claro de subnotificação”, destaca.

Ainda de acordo com Stéphanie, não são raras as situações em que os próprios familiares das vítimas de suicídio pedem para que a verdadeira causa da morte seja omitida, em geral por vergonha de assumirem um caso de suicídio na família. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2010, mais de 1,1 milhão de mortes foram classificadas como causas mal definidas, o que impossibilita saber se ocorreram por acidentes, homicídios ou suicídios.

A imprecisão nos números é explicada, em parte, pelas subnotificações. Para efeito de comparação, o ano de 2012 foi tomado como referência para análise dos dados do Corpo de Bombeiros, Polícia Civil e Secretaria de Saúde.

De acordo com os registros policiais, 120 pessoas morreram por suicídio no DF em 2012. Já a Secretaria de Saúde trabalha com números que apontam para 134 mortes. O maior índice vem do Corpo de Bombeiros: 184 pessoas tiraram a própria vida em 2012, o que corresponde à média exata de uma morte por suicídio a cada dois dias.

Stéphanie Sabarense tem uma explicação para dados tão discrepantes: “A partir desses dados é possível acreditar que os bombeiros estejam mais próximos da realidade. São eles que recebem o chamado e prestam socorro imediato às vítimas de suicídio e também aos sobreviventes, não há o filtro de outros profissionais”, explica.

Para ela, a subnotificação ocorre quando os casos de suicídio chegam até os hospitais e delegacias. “Alguns médicos ainda são resistentes ao tema e escondem a verdadeira razão da morte. Há também a influência das pessoas próximas à vítima, além de fatores culturais e até mesmo religiosos”, afirma.

Segundo o major Eduardo Luiz Gomes, subchefe do Centro de Comunicação Social dos Bombeiros, isso é um fato normal até certo ponto porque em casos de suicídio os bombeiros são os primeiros a serem acionados. “Temos o conhecimento de todos os

casos que atendemos. Eles entram nos nossos registros. Algumas mortes podem não ser contabilizadas pelos outros órgãos.”

O major entende que as ocorrências que envolvem o tema costumam ser duras para os profissionais. “É complexo lidar com o emocional. É fácil ensinar técnicas para salvar a vida das pessoas, o difícil é quando elas não querem mais. Isso, sim, complica bastante o trabalho”, afirma. “Nenhum bombeiro se acostuma com a perda. É ruim quando a vítima morre, principalmente em uma situação como o suicídio”.

O número de suicídios no Distrito Federal pode ser ainda maior que o registrado nas estatísticas por outro fator importante: “Quando atendemos chamados para mortes por afogamento e busca de cadáver não temos a certeza da circunstância que ocasionou o óbito”, diz Gomes. “A exceção são casos ocorridos há pouco tempo e em que há testemunhas que nos contam como foi a morte. Caso contrário, há sim a suspeita de que alguns desses óbitos tenham sido causados por suicídio, mas sem a confirmação classificamos e agrupamos em um desses dois grupos.”

Além das mortes consumadas, os bombeiros trabalham também com os números de chamadas para socorro a vítimas de tentativas não fatais de suicídio. Em 2012 a corporação atendeu a 590 pedidos de socorro, o que equivale a uma média de três tentativas a cada dois dias. Os dois primeiros meses do ano foram os responsáveis pelos maiores índices: em fevereiro foram 94 tentativas, seguido do mês de janeiro, com 79 ligações.

De acordo com o major, o órgão realiza um trabalho reativo em casos de tentativas. “Nós chegamos ao local e tentamos impedir fisicamente que a pessoa cometa o ato. Não há o serviço de prevenção ou negociação. Nós vamos preparados para impedir que a pessoa pule ou se corte”, conclui o militar com 18 anos de serviço.

O número de tentativas é bastante superior aos casos de mortes confirmadas. Para cada suicídio, existem vinte tentativas. E o que mais preocupa é que, de cada quatro pessoas que tentam tirar a própria vida e não conseguem, ao menos uma delas irá reincidir, segundo estudos da OMS. Esses reincidentes integram o

grupo de risco do suicídio. Para os profissionais que trabalham com o tema, essas pessoas devem receber uma atenção especial, pois estão mais propensas a se matar.

Grupos de risco

Existem fatores que estão diretamente associados ao suicídio e podem servir como propulsores para acelerar ou mesmo encorajar pessoas com ideias de morte a cometer o ato fatal. De acordo com o psiquiatra Rafael Boechat, 90% dos casos de suicídios estão relacionados com algum tipo de transtorno mental.

“O suicida é impulsivo na maioria das vezes. As pessoas até chegam a pensar em como vão se matar, onde e quando vai ser. Mas, em geral, não tem coragem para executar o plano. O que contribui decisivamente para a morte são os fatores de risco”, afirma Boechat. Os mais comuns são a depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade, alcoolismo e abuso de drogas.

Boechat ressalta que é comum encontrar em laudos médicos de suicidas e sobreviventes resquícios de álcool e drogas em altos níveis. “Os suicidas estão conscientes sobre as consequências do ato. A diferença é que normalmente estão sob forte abalo mental ou sofrimento emocional, estados que tiram a razão e afloram o comportamento passional. Os entorpecentes ajudam a dar o passo final”, destaca.

A psicóloga Cristina Moura endossa a opinião de Boechat: “Há estudos que mostram que, entre os sobreviventes de tentativas de suicídio, até mesmo os mais convictos do ato demonstraram arrependimento do que estavam fazendo. Isso é comum em casos de pessoas que saltam de prédios ou pontes, por exemplo”.

Os transtornos mentais citados pelo psiquiatra presentes nos grupos de risco apresentam algumas diferenças importantes. Na depressão há alteração de humor, falta prazer nas atividades realizadas. As interações sociais também ficam bastante frágeis, as pessoas tendem a se isolar, fogem de qualquer tipo de contato. Junto a esse quadro associam-se também a perda de apetite, sono, falta de concentração e diminuição da libido.

Já na esquizofrenia há um predomínio de alucinações e delírios. Na alucinação o indivíduo perde a capacidade de perceber a realidade e começa a ouvir vozes, ver vultos. Há ainda alterações drásticas no juízo por conta dos delírios. A pessoa passa a acreditar que querem matá-la ou que está sendo perseguida, por exemplo.

Boechat coloca como mais difícil o tratamento dos transtornos de personalidade. “Diferente dos outros dois quadros – que podem ser adquiridos ao longo da vida e curados –, os transtornos de personalidade são intrínsecos e fazem parte do indivíduo para sempre. É o pior campo de tratamento dentro da psiquiatria”, destaca. Os psicopatas, por exemplo, são afetados por transtornos de personalidade. Alguns exibicionistas têm o transtorno de personalidade chamado *borderline*. “Muita gente, motivada por esse transtorno, encontra no suicídio uma forma de chamar a atenção. Chocar alguém a partir da morte é bastante comum”, completa o psiquiatra.

A maioria dos casos de suicídios está relacionada com a depressão, seja ela crônica ou não. Em seguida vêm a esquizofrenia e os transtornos de personalidade. A dependência química também é considerada uma doença, por isso os usuários de drogas estão inseridos dentro do grupo de risco de potenciais suicidas.

Capítulo 4

Vontade de partir: a falta de sentido na vida

Desejar viver é claramente retardar o inevitável: a morte. Quem morre permanece eterno na lembrança, seja por meio de fotos ou nos livros. A vida é volátil. Pode terminar em um piscar de olhos. Por isso, o ser humano tenta de todas as formas prolongar um pouco mais a linha da vida.

Querer morrer pode parecer estranho a princípio, mas esse desejo está em todos, segundo o psiquiatra e pesquisador brasileiro Roosevelt Esmeke Cassorla no livro *Do suicídio: estudos brasileiros*. Na obra, ele cita que o ser humano vive em uma constante luta entre a vida e a morte. O desejo de morrer está relacionado à pulsão de morte que é explicada por Freud. Ele manifesta-se na agressividade ao outro ou a si mesmo.

Proteger a existência parece até mais óbvio. Mas nem sempre é o que mais se quer. Não há números exatos para quem quis dar fim à própria existência. A Organização Mundial da Saúde afirma que o número médio de mortes por suicídio desde 2000 é de cerca de um milhão de pessoas. Elas desejaram morrer e conseguiram cortar o fio da vida. Uma linha tênue, mas que pode facilmente ser interrompida. Porém, existem aqueles que tentaram, mas não romperam o fio – os números são bem maiores, há estimativas que sejam de cerca de 20 vezes mais, segundo a OMS.

Essas pessoas estão por aí, em uma tentativa de prosseguir com o peso da vida. Uns carregam o fardo como algo precioso. Entendem que é melhor tê-lo do que ficar sem ele. Outros não conseguem perceber beleza em nada. A morte é mais interessante. Uma saída melhor para os problemas e dificuldades. Mais que uma vontade passageira, o suicídio pode se tornar objetivo a ser alcançado.

Najara Campos é uma jovem de 24 anos com um belo sorriso, uma risada de som aconchegante e que transmite felicidade. Os belos olhos castanhos e fundos destoam da pele clara e do cabelo preto. Uma menina que luta para manter-se viva: “Eu quero viver, mas acho a vida ruim. Preferia estar morta”. Ela justifica que na morte não há fome, dor e humilhação. Não há nada.

A moça está bem afeiçãoada à morte. Já perdeu as contas de quantas vezes ficou “mais para lá do que para cá”. Apenas quatro vezes ficaram bem marcadas na mente. “A morte é o único momento de paz e descanso que uma pessoa pode ter”, diz Najara. Ela busca o vácuo que a morte proporciona. Uma tranquilidade além da vida que desespera os familiares.

A última vez que Najara quis morrer foi na primeira semana de setembro de 2013. O caso não chega a tornar-se uma tentativa, mas ilustra os momentos de dificuldade que a jovem enfrenta para continuar viva. Era noite, por volta das 23h, a moça estava sozinha. O marido que trabalha até tarde ainda não tinha chegado em casa. A residência é pequena, de poucos cômodos, mas ela achava o local imensamente grande e escuro. Tinha diversas coisas que precisavam ser preenchidas. A solidão chegou à porta e foi a única “pessoa” que a moça permitiu que entrasse. A felicidade e o desejo de viver ficaram para fora. O clima ficou estranho, pesado.

Najara viu o mesmo pensamento que a atormenta desde os catorze anos de idade voltar com toda a força: “Para que viver? Você está sempre sozinha. É melhor se matar”. E ainda o pior deles: “Você é um peso!”. “Nunca gostei de ser um fardo para ninguém, mas me sinto assim”, afirma. A mente ficou confusa, atordoada. Não havia fantasmas, mas ela já não tinha o controle de nada.

Ela diz que foi para a cozinha e lembrou-se de uma faca antiga, mas bem afiada que a mãe tinha dado a ela dois anos antes, no início do casamento. “A minha vontade era pegar a faca e enfiar na minha barriga. Queria rasgar de cima a baixo”, comenta a moça enquanto faz o gesto com uma faca invisível em mãos. Há um sorriso irônico e estranho nos lábios. A morte não é um enigma: “Não tenho medo de morrer, pois a morte é boa”.

“Não consegui continuar. Sentei na cozinha e comecei a chorar sem controle”, lembra. O marido chegou pouco tempo depois e a encontrou com a faca na mão. Ela não sabia responder o que havia acontecido. Só chorava. “Meu marido ainda não entendia bem o que vivia. Ele brigou comigo, chamou-me de fraca e afirmou que estava assim porque eu queria. Não aguentei. Dei um soco nele e saí correndo”, diz a moça. Ela saiu de casa usando um pijama apenas e foi em direção a uma boca de fumo na rua abaixo de sua casa. Ela queria ir lá para que a matassem, fizessem algo ruim com ela.

Ela não sabe bem a forma, mas foi parar na casa dos pais, algumas ruas antes de onde estava. Só durante o banho que a mãe lhe deu foi que percebeu onde estava e o que tinha ocorrido. Mais uma vez o desejo pela morte veio com força, mas foi só uma vontade. O ato não se concretizou. A jovem não foi a única que quis morrer. Joelma Lopes é outra sobrevivente de tentativa de suicídio que também manifestou o desejo pela morte, porém apenas uma tentativa não fatal foi o bastante para que buscasse novos rumos.

Se para Najara atualmente a vida não é tão interessante, para Joelma a vida agora é boa e não há mais motivos para morrer. Com pensamento oposto ao da menina – que só pensava em tirar a vida todos os dias para aliviar-se das complicações que tinha –, hoje Joelma quer ajudar as pessoas que pensam em se matar. “Achei uma porta para a felicidade. A vida não é mais um fardo”, afirma com um grande sorriso.

Para ela, o desejo pelo suicídio é a consequência de uma vida toda que sempre foi complicada, em que o caos reinava. Aos oito anos ela perdeu o pai, do qual não se recorda bem. Cerca de um ano depois a mãe morreu de câncer em casa. A vida pendeu para a tristeza. Iniciou uma jornada por diferentes casas até os 18 anos. Ela morou de favor um tempo com cada irmão mais velho, depois preferiu ficar sozinha. Nessa época, ela admite que, apesar de se achar divertida, chorava muito. Em especial quando fazia uso de álcool. Foi a partir da junção entre bebida e pílulas para dormir que Joelma tentou se livrar da vida pela primeira vez.

A jovem de cabelo cacheado e olhos castanhos se considerava uma alcoólatra desde os 16 anos e feia desde sempre. “Eu bebia muita cerveja e pinga. Em especial, pinga. Eu tomava mais álcool que os homens que ficavam no bar comigo”, afirma ela, que tinha momentos alternados de tristeza e alegria quando estava ébria. E ainda brinca: “Eu queria beber toda a cachaça do mundo para acabar com as dificuldades”. Ela ri e fecha os olhos – coisa de quem tem bochechas avantajadas.

No tempo em que tentou o suicídio, a bebida já não conseguia trazer a animação que ela sabia que tinha lá no fundo, debaixo dos destroços da vida destruída pelas intempéries. Ela afirma que não conseguia parar com a vida descontrolada que tinha e então “seguiu reto” numa montanha de desgostos, numa forma de procurar costurar o destino da forma que podia.

Joelma não esquece o dia que tentou se suicidar: doze de outubro – dia de Nossa Senhora Aparecida, além de Dia das Crianças – simboliza a religiosidade e a lembrança de quando chegou perto da morte. Ela amanheceu tranquila, sem tristeza ou alegria. Era apenas mais um dia normal. Quando chegou a noite, Joelma teve uma briga com duas irmãs mais velhas. Ela não lembra o motivo, mas sabe que se sentiu imprestável. “Eu não queria mais viver. Sentia-me obrigada a viver da forma que todos queriam. Estava cansada de tudo”, desabafa. Ela pegou uma cartela de remédios para dormir e uma garrafa de vinho tinto.

Chorando e gritando, dizia às irmãs que iria se matar e que não era para ninguém chamar ajuda. Elas ficaram estáticas ao ver Joelma se destruir a cada comprimido que descia imerso na bebida vermelha. “Eu não queria a morte. Desejava uma solução, mas o suicídio era mais fácil naquele momento”, diz a jovem, que já estava arrependida da ação logo após o primeiro gole. Era tarde. Joelma realmente poderia morrer. Esse pensamento gerou mais tristeza. O corpo, sob o efeito do álcool e dos comprimidos, não se aguentava em pé. Deitada na cama era o momento de esperar a morte.

Najara sabe bem o que é esperar a morte. Pouco depois de completar dezoito anos, ela passou semanas no quarto fazendo

uma greve de fome para protestar pelo direito de morrer quando quisesse, pois não conseguia se suicidar com uma faca ou arma. Ela parou de comer e beber. Foram três longas semanas que resultaram em desidratação e emagrecimento do corpo. Ela não permitia que os pais chegassem perto do quarto e nem dela. Chegava a bater neles quando isso ocorria. Os momentos de raiva eram grandes. Najara ficava trancada por horas seguidas na estufa mórvida que fizera para si própria.

Após três semanas, o corpo não aguentou e ela não tinha mais forças. A morte tão esperada estava chegando, porém os pais decidiram que não era o momento de perder a jovem. Eles não queriam se tornar sobreviventes. Najara foi encaminhada para o Hospital Regional de Planaltina, cidade onde a família reside

A morte por um fio

Najara e Joelma não sabem com precisão quando começou a ideia de querer se matar. Para a primeira, é uma consequência da doença. A segunda pensa que foi uma maneira de tentar se livrar das dificuldades que viveu. As duas sabem que sofreram de depressão. Segundo o psiquiatra Rafael Boechat, as doenças mentais são sempre colocadas para debaixo do tapete. Há preconceito no diagnóstico e dificuldade do Estado para tratá-las. “Em nossa sociedade existe a negação das enfermidades mentais. Elas mexem com algo íntimo, o que faz com que as pessoas tenham medo delas”, afirma.

Ainda criança, com dez anos, Najara foi diagnosticada com depressão. Tinha fortes crises de gastrite e comia cabelo. Em determinado momento, os vazios capilares não podiam ser disfarçados. “Eu não sei o porquê de comer o cabelo. Sei que não conseguia me controlar”, diz. Ela teve tricotilomania – mania de arrancar os cabelos –, que é causada por ansiedade e tensão graves. Para uma menina de dez anos era assustador viver tudo aquilo.

A família não enfrentava problemas financeiros, mas tinha dificuldade de se relacionar com as doenças mentais. Os pais da

menina começaram achando que era “frescura”. Só após a primeira tentativa de suicídio, aos 14 anos, que ela foi encaminhada ao psicólogo. Ela tentara se matar ao atirar contra a cabeça com a pistola do pai, que era agente da polícia civil, em uma tarde enquanto estava sozinha em casa. A arma estava sem balas. Não era o dia de Najara morrer. Ela recebeu outra chance.

Para Joelma, a depressão ainda a faz sofrer bastante, entretanto hoje aprendeu a lidar com a doença. Como vem de uma família muito pobre, após a tentativa de suicídio buscou tratamento no serviço público de saúde do DF, porém não conseguiu uma única consulta. Alguns amigos da família resolveram ajudar e dar dinheiro para que ela se consultasse. No início se manteve reticente. Não queria que alguém a ouvisse, mas ela não aguentava a vida sozinha.

Por ser católica, conversava com padres a respeito das tristezas e complicações da vida e da forma que a depressão a fazia apertar um pouco mais o nó da corda pela qual se enforcaria. Os sacerdotes indicaram que ela procurasse um especialista no assunto. Não havia como fugir. Com o dinheiro emprestado na mão e o desespero da vida, procurou uma psicóloga. Para uma jovem que não conseguia deixar que alguém entrasse em seu mundo, permitir que um profissional penetrasse em sua mente era difícil. Não fosse isso, o próximo passo seria o suicídio. Isso ela não queria mais. Ela queria viver, só não sabia como.

Enquanto Joelma foi se descobrindo nas consultas com a psicóloga, Najara não tinha melhoras. A cada atendimento com um profissional, novo remédio para tomar, uma nova dose, cada vez mais forte e que trazia mais efeitos colaterais. Ela odiava o gosto amargo e o mal-estar que os medicamentos lhe proporcionavam. Lembrava o gosto de solidão que a vida tinha e tem, pois até hoje se considera sem amigos.

O quadro só mudou depois da tentativa de suicídio em setembro de 2013: a mãe resolveu levá-la a um psiquiatra, pois os psicólogos e remédios mudavam, mas a jovem se consumia internamente. Najara sabia que só estava viva por conta do acaso.

Se tudo continuasse igual, o cemitério não estaria muito distante. Ela não queria isso, sabia que não era louca como todos diziam.

Durante toda a adolescência e juventude tentou provar que não era uma “fraca, louca ou fresca”, mas sim alguém doente. Ela sabe que a maioria das pessoas nunca entendeu sua mente. Só brigavam e falavam mal. Najara vivia em uma roda gigante de sofrimento, onde não havia luzes brilhantes de um parque de diversões. Nada era engraçado.

A jovem sorri, mesmo ao falar da própria morte. Na primeira consulta com o psiquiatra o diagnóstico foi diferente: transtorno bipolar. Os remédios mudaram, mas ainda são cinco comprimidos por dia, entre eles: um para controlar os sintomas do transtorno bipolar; outro para as mudanças de humor; um terceiro para conseguir dormir e um para o estômago. Ela ainda sente efeitos colaterais, como sonolência durante o dia inteiro e um leve mal-estar, mas o amargo na boca acabou.

“Me sinto muito melhor, apesar do pouco tempo que estou tomando o remédio para controlar o transtorno bipolar. Sei que terei que tomar medicamento pelo resto da vida, mas já estou acostumada. É melhor assim. Antes não confiava nos medicamentos. Agora, tenho esperança neles”, diz. Joelma parou de tomar os remédios para depressão. Ela pensa que agora consegue viver sem eles por um tempo. Todavia, se o problema voltar, ela afirma que com certeza voltará a tomá-los.

Fantasmas da morte

O pensamento do suicídio é um fantasma que atormenta a vida dos sobreviventes para sempre. As pessoas que passaram por tentativas anteriores de morte voluntária devem receber atenção, pois podem consumir o ato a qualquer momento posterior sem o devido tratamento.

Apesar de admitir que atualmente não pense mais em suicídio, Joelma é temerosa. Ela afirma que aprendeu com a vida que, de vez em quando, se dá passos para frente e outras vezes para

trás, trazendo à tona todas as sensações de tristeza, solidão e angústia que sentia quando tentou se matar.

Dormir ainda é difícil. Sem a ajuda do remédio, a jovem tem que aprender a descansar naturalmente. Outro motivo que dificulta o sono é o medo do escuro. Ela explica que o detesta e sempre teve pavor de ficar sozinha em um local sem iluminação. “Como estou desempregada, durmo de dia e fico acordada à noite para não ficar no escuro. As consultas não conseguiram tirar isso de mim”, afirma a jovem, que ri do próprio medo. Quando não dorme, Joelma reza. Uma forma de trazer alguma companhia enquanto está sozinha no quarto.

Najara admite que ainda não consegue conviver bem com a vontade de se matar. Ela sabe que precisa de tratamento constante se quiser continuar viva. Se é difícil controlar os pensamentos normalmente, para alguém com um transtorno como o de Najara é quase impossível. A ansiedade desencadeada durante os momentos de crise a levam a agir quase inconscientemente.

Cinco pessoas já se suicidaram na família de Najara. Um grupo de sobreviventes em que ainda há o preconceito com relação às doenças mentais segundo a moça. Para ela, a incompreensão torna o convívio com a doença ainda pior do que ele realmente é.

Capítulo 5

Sufrimento constante: as feridas que não foram curadas pelo tempo

Quem perde alguém sofre, chora, espera, deixa o tempo passar e se recompõe. O luto é a ponte que faz uma pessoa sair de um local triste para um espaço mais confortável. A saudade fica e o desespero vai. Mas para um sobrevivente de suicídio, o luto é mais severo e intenso. Segundo a psicóloga Cristina Moura, ele dura no mínimo dois anos, enquanto alguém que perde outro por morte natural permanece em luto cerca de dois meses.

“O sobrevivente pode demorar até dois anos para falar do suicídio sem sentir vergonha. Há aqueles que chegam a sair da sala quando se toca no assunto”, diz a psicóloga, que começou a estudar o tema logo após a graduação na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Ela trabalhava em um presídio quando um interno escolheu a morte voluntária. Cristina lembra que ficou intrigada com o tratamento dispensado ao caso: silêncio total, mesmo entre a equipe de psicólogos. Ninguém comentava. Era só mais um morto entre os tantos do local.

A especialista faz um alerta: “Há aqueles que nunca vão superar. É uma morte difícil”. E realmente essas pessoas existem. Uma delas vive em Sobradinho e não consegue sair da casa onde o marido viveu até o dia em que se matou. Outra escolheu o Guará como refúgio para vivenciar não só o processo de luto, mas para tentar se curar da própria depressão que desenvolveu ao longo dos anos.

Duas mulheres surpreendidas pelo suicídio e que ainda não conseguem falar sobre o assunto sem chorar. Claro, não é mais o luto, mas sim a dor pela culpa, raiva, remorso. Uma mistura de sentimentos amargos. Suicídio para elas representa ainda bastante sofrimento.

De tanta dor, Juliana Mendonça afirma que não está mais tão viva há 19 anos. “Olha, desde que ele morreu, eu sinto que morri um pouco junto com ele”, diz a senhora negra e baixa de cabelos pretos com mexas brancas deixadas pelo tempo. Ela afirma que gosta de sorrir, mas após o suicídio do companheiro, Chico Mendonça, em 27 de dezembro de 1994, Juliana descobriu que chorar combina com ela.

O marido se enforcou com um arame preso em uma árvore em um local chamado Geladeira, em Sobradinho. Ele morreu praticamente sentado. O suicídio pareceu um assassinato. Quisera ela. O companheiro conseguiu suicidar-se após a segunda tentativa. Na primeira delas havia tomado remédios junto com cachaça. Não deu certo. Ou talvez tenha dado, pois para ela o homem não continuou muito bem: “Ele tinha uma face de gente morta, sombria. Dava até medo”, recorda.

A senhora enxuga as lágrimas com uma toalha de rosto amarela, que serve também para secar o suor. Juliana coloca o objeto em cima das pernas, que estão cobertas por uma saia cinza clara, pouco abaixo dos joelhos. A blusa preta estampada e sem decote tenta esconder os quilos extras que o tempo trouxe. Com 1,50m, os mais de 80 kg tornaram-se excessivos. Ela fala que foi um tempo muito difícil em sua vida e dá uma leve risada, ainda com os olhos marejados, ao lembrar que os pais não queriam que ela se casasse com Chico, com quem não teve filhos. “Ele era meio depressivo e bebia muito. Era alcoólatra antes mesmo de nos casarmos. Eu sofria muito com isso. Ele até me batia”, confessa.

Apesar de tudo, quando sorri com uma risada estridente, não dá para perceber que é a mesma senhora que toma pelo menos 12 comprimidos por dia. Parece que as doenças brotaram aos poucos para Juliana. “É uma mão cheia toda manhã”, demonstra com as mãos pequenas a senhora que toma medicamentos para depressão, reposição hormonal, colesterol alto, diabetes tipo 2, hipertensão, entre outros.

Antes da morte do marido, Juliana não tinha conhecimento do que era suicídio ou depressão. Para ela, depressão era “um fri-

cote”, mas foi isso que a ausência do marido deixou. São 19 anos enfrentando a doença com o auxílio de Deus. Ela nunca visitou um psicólogo por entender que não precisava de ninguém que soubesse de sua vida, contudo diz que pensa em visitar um profissional. Só pensa, nada concreto ainda.

A sobrevivente passou dois meses sem conseguir dormir após a morte. Deitava na cama de casal em todas as posições possíveis, mas quando lembrava que era a mesma cama na qual havia deitado com o marido, começava a chorar. Ela não conseguia nem se olhar no espelho, era duro demais. O gesto a fazia lembrar-se dele: “Pensar em comer era terrível. Eu ficava em casa sozinha e não conseguia nem cozinhar. Só melhorou depois que comecei a tomar os remédios que um clínico receitou”, relembra.

O luto faz o ser humano lembrar que, apesar de todas as diferenças de cada um, certos processos não diferem tanto. A tristeza profunda, dores estomacais, movimentos musculares involuntários e perda de apetite, por exemplo, unem todos aqueles que perdem alguém. Como diz Freud em seu famoso texto “Luto e melancolia”, o luto é uma vivência consciente do empobrecimento do mundo, pois de certa forma o que existe ao redor lembra aquele que se foi. Assim vem a dor e tudo mais, juntos em um pacote mórbido e dolorido quando aberto.

Mas os que passam pelo processo do luto após a morte voluntária de alguém têm processos específicos, que em geral duram mais tempo e permanecem com mais intensidade: “Há o preconceito, a vergonha, um sentimento de responsabilidade e a culpa”, afirma a especialista Cristina Moura, que ainda reitera que o luto real demora a chegar. Esse luto é o momento em que a pessoa consegue falar da morte do outro sem se desestabilizar.

Para Cristina, os sobreviventes têm muita dificuldade em dizer qual foi a verdadeira causa da morte do parente. Às vezes, chegam a mentir. “Ele morreu em um acidente” ou “ela teve um ataque fulminante”. O eufemismo torna-se necessário. Isso ajuda a entender o porquê Juliana não diz, em algumas oportunidades, que o marido se matou. Ela afirma que ele “morreu daquele jeito”

ou “escolheu aquilo para ele”. É como se não falar a palavra ajudasse a afastar o fantasma do morto.

De acordo com a psicóloga Cristina, a lembrança dolorosa do suicídio sempre volta. É uma constante para o resto da vida, é como uma marca. Em 2013, a lembrança do suicídio voltou a fazer parte da vida de Cláudia Cristina, 60. Quando ela pega um porta-retrato oval, com moldura marrom e cheia de tranças, na estante de fotos embaixo da imponente escada de madeira da casa, as memórias vêm à tona. Ela toca no vidro do quadro e com os dedos faz movimentos para assear a moldura, que já estava limpa pela empregada.

Cláudia coloca o porta-retrato contra o peito e o aperta bastante. Uma tentativa de fazer com que a pessoa na foto volte para a vida dela. “Este é meu irmão que morreu. Ele era bonito, parecia um dos membros dos Beatles.” Branco, gola rolê, cabelo de “cuia”. Ele seguia a moda da época, mas não a frase da banda que dizia: “Ei, Jude, não fique mal/ Escolha uma música triste e a faça melhor/ Lembre-se de deixá-la entrar em seu coração/ Então você pode começar a melhorar as coisas”. “Ele não suportava a vida, ele queria mesmo era morrer”, afirma a aposentada de olhos fundos de quem não dorme há muito tempo.

A foto em tons de cinza foi tirada no mesmo ano da morte do jovem de 23 anos. Jones morreu em 14 de outubro de 1971. Uma imagem que traz consigo o poder de reviver alguém que faleceu há 43 anos. Cláudia sentia isso. Ela sorria sobriamente, sem muito alarde, quase sem mexer os músculos da boca. Porém, também chorava as lágrimas que caíam sobre a blusa e o retrato. Cláudia tentava tocar o rosto do irmão como se fosse o vidro que estivesse impedindo tal ato, e não a morte.

A aposentada reza todos os dias para que o irmão a perdoe. A culpa a deixou com sequelas. Antes de morrer, o irmão havia brigado com ela e outros membros da família. Ele passara uma tarde inteira fora de casa sem dar notícias. Após o desentendimento, o jovem entrou no banheiro e se trancou. Pouco tempo depois, a porta seria aberta para retirar o corpo de Jones, que acabara de se

enforçar com um cinto. Ele deixou saudade e iniciou um processo de dor que levou a família a uma total desestruturação. A mãe culpou o pai, que não sabia o que fazer. Os filhos permaneceram sem entender. Cada um acabou buscando o seu caminho.

Hoje, Cláudia compreende que Jones tinha transtorno bipolar, pois oscilava muito de humor. “Quando ele estava bem, brincava com todo mundo. Quando estava mal, nem comia”, afirma. Ele nunca foi diagnosticado com a doença.

Essa foi a melhor maneira que Cláudia encontrou para encarar a morte. “O processo da não aceitação da morte de um suicida é massivo”, diz a psicóloga Cristina Moura, que ressalta o fato de que há pessoas no consultório que afirmam que, se fosse outra forma de morte talvez a aceitasse, mas o suicídio não. “É como se suicídio não existisse”, reitera.

Os profissionais são unânimes ao dizer que o suicida é, quase sempre, alguém movido à impulsividade e que enfrentam graves problemas emocionais, mesmo entre aqueles que não estão nos grupos de risco. Poucos minutos de conversa, e especialmente disposição para ouvir, seriam suficientes para que parte das mortes fosse evitada. Nesse sentido, uma organização não governamental se destaca e tenta oferecer ajuda para aqueles que estão passando por dificuldades.

Escutar é preciso

Fundado em 1962 em São Paulo, o Centro de Valorização da Vida (CVV) desempenha papel importante quando o assunto é suicídio. Em 1973, o órgão foi reconhecido como serviço de utilidade pública pelo Ministério da Saúde. O centro está espalhado por 19 estados e conta com 66 postos de atendimento. A sede em Brasília fica na Asa Norte, no edifício Rádio Center. O CVV funciona sem nenhum tipo de auxílio do governo, se mantém apenas com doações anônimas e contribuições dos voluntários.

O coordenador do CVV no DF, Gilson Moreira de Aguiar, 53, trabalha como voluntário há 13 anos. Ele nos conta que o trabalho no centro é muito difícil, principalmente por conta do dé-

ficat de pessoas. “Aqui temos dois telefones, o ideal é que 84 pessoas trabalhem conosco para ter sempre uma dupla por plantão, mas infelizmente só temos 51 voluntários”, lamenta.

Os voluntários se revezam no local, tudo para garantir que sempre haja alguém para atender aos chamados durante as 24 horas do dia. As pessoas são separadas por plantão de quatro horas semanais, com início às 7h. “Apenas no plantão das 23h é que o voluntário trabalha por oito horas, mas aí só precisa vir a cada quinze dias”, destaca Gilson. O local tem regras rígidas quanto a prazos e horários, quem falta ao plantão é desligado automaticamente do quadro de colaboradores.

O espaço físico do CVV carece de melhores condições de estrutura. No local há uma antessala, onde são recebidas as pessoas que buscam ajuda. Separada por um vidro translúcido, o espaço não chega a medir dois metros quadrados. Durante o intervalo de cerca de uma hora, o telefone tocou onze vezes, uma média de uma ligação a cada seis minutos. Um dos telefones estava fora do gancho, afinal, como explicou Gilson, no plantão das 11h o CVV conta apenas com uma voluntária.

A principal marca do centro é a escuta qualificada. Quem liga para o CVV por meio do telefone 141 ou vai até um dos postos quer atenção e compreensão. “Aqui somos uma espécie de amigos temporários. Não fazemos perguntas, muito menos julgamentos. O intuito é facilitar o diálogo e tentar, por meio da conversa, fazer com que o outro se sinta melhor, mais aliviado de seus problemas”, argumenta Gilson.

Com relação ao suicídio, o coordenador lembra que o centro trabalha com campanhas específicas de prevenção: “Não estamos autorizados a intervir em casos de suicídios, tudo aqui é feito em parceria com quem nos liga. Quando nos deparamos com um quadro iminente de suicídio, perguntamos para a pessoa se ela nos autoriza a prestar ajuda. Se a resposta for positiva, ligamos para os bombeiros e solicitamos socorro imediato”, conclui.

O trabalho desenvolvido pelo CVV é apenas preventivo, ele não combate as causas do suicídio, ponto negativo para a psicóloga

Stéphanie Sabarense: “Não se trata de desqualificar o papel deles, mas é preciso oferecer ajuda profissional para pessoas que estão em um quadro depressivo, por exemplo. É necessário o tratamento médico, não basta apenas escutar”, rebate.

Marcas do suicídio

“Todos os sobreviventes de suicídios fazem parte de um grupo de risco”, afirma Stéphanie. Esse tipo de morte tem a tendência de causar mais que o simples luto. Ele influencia outros que estão próximos a fazer o mesmo. Assim, alguma providência deve ser tomada. A psicóloga afirma que é imprescindível levar a pessoa ao consultório de um especialista logo após o ato ocorrer, ainda mais se a pessoa demonstrar alguma vontade de morrer.

Para a psicóloga Cristina Moura, a família não deve ser deixada de lado em nenhum momento. Quem sentir necessidade de ajuda deve procurar um psicólogo logo no início. Os principais sintomas são o isolamento ou o aumento exagerado da dor. “As pessoas lidam com a morte de modos distintos. Há aqueles que conseguem compreender a morte do outro e buscar ajuda. Há aqueles que precisam ser levados até um profissional”, ressalta.

É preciso estabelecer novos planos para conseguir abstrair um pouco da dor. O processo se torna menos traumático, apesar de doloroso. É como se agarrar a um novo futuro que será traçado a partir daquele momento. Como os profissionais e os próprios sobreviventes afirmam: o tempo é o principal aliado e ajuda muito a superar o luto. Os remédios e o tratamento clínico também são fundamentais.

A sobrevivente Juliana Mendonça, que perdeu o marido há 19 anos, descobriu uma nova alternativa ao ir para a igreja, sete dias por semana. “Deus me deu força para passar por tudo até aqui”, esclarece a senhora que mora sozinha desde a morte do marido. Atualmente a residência tem paredes verdes e chão vermelho bem encerado. A casa tem um jardim cheio de plantas secas e grama alta e marrom logo na entrada.

Ainda assim é aconchegante. Especialmente quando se observa um quadro em que está escrito uma frase de boas-vindas em letra brilhosa. Uma típica residência de quem vai envelhecendo e amontoa tudo: há inúmeras imagens de Nossa Senhora, dos mais diversos tamanhos, quadros de diferentes dimensões nas paredes da sala, vasos de violetas de cores distintas, um anjo que brilha no escuro e mais outros tantos objetos religiosos espalhados pela mesa, estante e cadeira da sala.

Para Cláudia Cristina, as constantes receitas de antidepressivos foram essenciais para passar por todo o processo de luto e depressão, além do medo de se matar que admite ter sentido quando esteve em crise. Ela foi a vários psicólogos e só parou quando encontrou uma profissional com a qual sentiu uma boa conexão. Cláudia revela que pensa em fazer um tratamento em São Paulo que custa mais de R\$ 8 mil e promete curar a depressão e outras doenças psicológicas.

Essa promessa parece uma ótima oportunidade para quem não consegue ficar um ano sequer sem ter crise, e que não dorme bem há vários anos. Uma saída para quem sente que os dias só são bons após as 15h, e que vive atormentada pela depressão dos dois filhos desde a adolescência. “Tenho medo de que eles se matem, por isso procuro tantos tratamentos. Sei que vou continuar assim minha vida inteira”, diz a senhora de rosto murcho e boca pequena.

Juliana não frequenta festas, mesmo que sejam da família. Só as da igreja, isso se não houver bebidas alcoólicas. O álcool lembra a morte do marido tão fortemente que ela chegou a ir embora de ambientes familiares por conta da bebida. Nas festas de fim de ano, Juliana vai à igreja para cumprir as obrigações religiosas e depois se refugia em casa. “Prefiro ficar sozinha, já me acostumei. A alegria das pessoas não me contagia, ela me entristece”, desabafa.

Cláudia ainda não consegue passar uma noite sem rezar para o irmão e pensar que ele só se matou para aliviar os sofrimentos. “Ele está em um lugar bem melhor, olhando por todos aqui”, diz

ela para consolo próprio. A mulher afirma que é incapaz de sentir raiva do irmão e vive em busca de ser alegre. “Assim como a tristeza atrai, a alegria também pode fazer isso.”

Capítulo 6

Cobertura proibida: o silêncio do jornalismo

Quando a questão passa ao campo jornalístico, o suicídio ainda é tratado de modo controverso. Diversos conflitos éticos, morais e até mesmo pessoais definem o tema dentro das redações. Na cartilha “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia”, a OMS orienta como deve ser feita a cobertura dos casos pela imprensa.

Entre os pontos citados pela organização e que devem ser evitados estão a restrição à publicação de imagens, divulgação de detalhes do método utilizado, a não atribuição de culpa e o uso de estereótipos religiosos ou culturais. Em contrapartida, devem ser mostrados os indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida, a apresentação de dados relevantes obtidos com fontes oficiais e o destaque às alternativas ao suicídio.

Todas essas questões estiveram presentes dentro da redação do jornal *Correio Braziliense* em 9 de março de 2009. Na manhã desse dia, conforme descrito no começo desta reportagem, o jovem Pedro Lucas saltou para a morte do vão do quarto andar do shopping Pátio Brasil.

Alguns dias depois, Marcos Dantas, pai da vítima, redigiu uma carta emocionada, em que pedia providências por parte da administração do local, e encaminhou para as principais redações jornalísticas do DF. No *Correio*, quem recebeu o material foi o jornalista Renato Alves, repórter da editoria de cidades.

Assim que tomou conhecimento da carta, Renato conversou com o colega de redação Marcelo Abreu. Formado em Minas Gerais, Renato trabalha atualmente como repórter especial de cidades. Ele está no *Correio* desde 2000. Na época em que Pedro

Lucas se suicidou, Renato recorda que já havia uma movimentação no jornal para que algo sobre o tema fosse publicado. “Soube de alguns casos em uma escola na Asa Sul, um ano antes da morte do garoto. Mas não conseguimos seguir com a pauta. A morte do Pedro, aliada com a força que a carta do pai ganhou, nos fez seguir adiante.”

A reportagem mostrava os casos de suicídio no local pelo viés de um problema de segurança pública, que colocava em risco a vida de outras pessoas que circulavam pelo shopping. Ainda assim, dentro da redação a reportagem enfrentou muita resistência. O repórter conta que durante duas semanas o material ficou parado, passou pelo departamento jurídico e a diretoria do jornal para que fosse aprovado para a publicação. “Sofremos muita pressão, a diretoria do shopping nos disse que outros casos surgiriam a partir da nossa matéria. Ficamos apreensivos durante algumas semanas, mas para nossa sorte nada aconteceu.”

O contágio como justificativa

O maior receio do jornalista na época era que novas mortes ocorressem no Pátio Brasil por conta da matéria, numa espécie de imitação dos casos. A isso, os especialistas em suicídio dão o nome de “efeito Werther”. O nome vem da obra do escritor alemão Johann Wolfgang von Goethe publicada em 1774, intitulada “Os sofrimentos do jovem Werther”. No livro, o protagonista se mata com um tiro após um amor fracassado.

Existem relatos de que uma onda de suicídios tomou conta de toda a Europa logo após sua publicação. As pessoas estariam imitando o método utilizado por Werther. Era comum encontrar ao lado dos corpos um exemplar do romance, o que resultou em sua proibição em países como Alemanha e Itália na época.

Segundo as definições da OMS, a imitação é o processo pelo qual um suicida exerce um efeito modelador em suicídios seguintes. O contágio, também de acordo com a organização, é definido como a influência que um determinado suicídio exerce ao

estimular a ocorrência de novos casos, a partir do conhecimento direto ou indireto, do suicídio anterior.

Em “Morreu na contramão”, o jornalista Arthur Dapieve ressalta que há um silêncio nas redações quando o assunto é o suicídio. De acordo com ele, existe uma lei do silêncio previamente conhecida e adotada pelos profissionais de imprensa sobre o assunto. Dapieve cita como exemplos os manuais de redação dos jornais *Folha de S.Paulo* e *O Globo* para mostrar como o tema é tratado com delicadeza pela mídia.

Nos exemplos retratados, as menções feitas à cobertura do tema são muito discretas e breves. A única recomendação explícita que se faz é que, em casos de morte de figuras públicas, o leitor tem o direito de saber como se deu o fato. Fora isso, o respeito à individualidade deve ser preservado.

O jornalista e professor da Universidade de Brasília Luiz Martins da Silva, especialista em ética na comunicação, concorda com os manuais dos grandes jornais. “Casos particulares de suicídios não devem ser expostos, corre-se o risco de haver banalização das mortes. É preciso também ter muito cuidado sobre como abordar o ato. Uma cobertura responsável pode, sem dúvida, ajudar a conscientizar a população sobre o assunto”, afirma.

Para Renato Alves, os jornais só divulgam casos de suicídio em duas hipóteses: quando envolvem figuras publicamente reconhecidas ou em casos de segurança pública. “O Pátio Brasil era um exemplo claro de segurança pública, outras pessoas poderiam ser atingidas pelos corpos que caíam. É diferente do homicídio, por exemplo. Nele há uma vítima e um culpado, aí é preciso divulgar mesmo para preservar a segurança de outras pessoas. Foi a partir desse segundo viés que produzimos nossa reportagem na época”, recorda.

Luiz Martins discorda de quem acha que a exposição de casos na mídia possa exercer algum tipo de contágio na população. “Se você divulga notícias violentas em um contexto social precário, é provável que o índice de criminalidade aumente mesmo. Agora, se há educação e consciência, ninguém vai matar outro

apenas porque leu uma notícia no jornal. É absurdo pensar assim. O mesmo vale para o suicídio. Não acredito que a mídia influencie as pessoas nesse sentido”, completa.

Entretanto, a OMS é um pouco mais cautelosa com o tema. A organização cita, em seu manual de prevenção de suicídios voltado para jornalistas, que a divulgação de casos pode sim aumentar o número de mortes. Para tanto, exemplifica a teoria com o estudo promovido pelo sociólogo norte-americano David Phillips.

De acordo com o órgão, ao comparar a taxa de mortalidade americana com as primeiras páginas que reportam suicídios desde a Segunda Guerra Mundial, Phillips notou que os suicídios aumentaram bastante no mês seguinte a uma história de suicídio que tenha sido amplamente divulgada.

Para reforçar sua tese, o sociólogo mostra os números que envolveram a morte da atriz Marilyn Monroe, um dos ícones da cultura norte-americana em meados do século XX. Nascida em 1926, Marilyn atuou em 29 filmes durante os anos 1940 e 1960. Apesar de algumas teorias, as circunstâncias de sua morte ainda são motivo de especulação até hoje. O que se assume é que Marilyn faleceu aos 36 anos após sofrer uma overdose de barbitúricos – remédios utilizados para o tratamento da ansiedade e agitação de pacientes, especialmente os que sofrem com problemas psiquiátricos.

David Phillips mostra que a divulgação da morte de Marilyn desencadeou um aumento de 12% no número de suicídios nos Estados Unidos, um total de 197 mortes a mais do que esperado para um mês normal.

Capítulo 7

A vida continua: é possível sobreviver ao suicídio

Maria Aparecida, Sueli, Bruno, Luciano, Cláudia e Juliana – todos são sobreviventes. Eles fazem parte do grupo daqueles que sofrem por perder alguém sem saber a causa exata da morte. Para Maria Aparecida, Bruno e Juliana, a depressão foi a culpada pelos suicídios dos familiares. Cláudia coloca a responsabilidade na falta de diagnóstico de um transtorno bipolar, assim como Sueli o faz com relação à esquizofrenia.

Cada um procura entender a seu modo a particularidade envolvida nas mortes. O que motivou os familiares e amigos a se matar? O que os fez pular? Essa pergunta ainda continua na nuvem cinzenta das ideias, local onde a ternura das memórias de quem se foi se mistura com a dureza da vida de quem continua por aqui.

Em uma coisa todos acreditam: a culpa pela morte, além de ser do próprio falecido, é também de quem sobreviveu. O pensamento que ocorre entre as pessoas próximas das vítimas não é o correto, como diz a psicóloga Cristina Moura: “A família não pode ser responsabilizada pela morte”. Certo ou errado, fato é que eles seguem com o sentimento da culpa, como se a corda ou o cinto que asfixiaram o suicida tivessem sido apertados por eles.

É como se a queda não ocorresse por conta do pulo fatal e voluntário, mas sim por causa de um empurrão dado pelas mãos “criminosas” de familiares que não viram, na hora certa, o que estava acontecendo. Lágrimas e arrependimento envolvem os sobreviventes.

Os sobreviventes optaram pela vida, afinal outros que estavam próximos escolheram a morte e o sofrimento foi enorme. Gente

que não entra nas estatísticas. Homens e mulheres que vivem por aí como fantasmas daquilo que foram um dia. Andam atormentados por conflitos interiores que trabalham intensamente para tirar seu sossego e razão. Mas, apesar de tudo, é preciso enfrentar os problemas, pois a vida continua – quebrada e limitada. Todos aprenderam isso ao entender o caminho sem volta que trilharam aqueles que partiram por consequência de seus atos.

O que o suicídio toca, ele transforma. Claramente, a vida dos sobreviventes não é mais a mesma. Fica em parte decepada. Nenhum dos entrevistados afirmou que antes de ter contato com o suicídio de alguém próximo, ou mesmo de terem escolhido a morte voluntária, a vida era a mais pura felicidade. Todavia eles concordam que após o fato algo mudou, e que a tristeza e a melancolia tornaram-se boas companheiras. Cada um a seu modo, afinal todos têm suas particularidades. E a dor é talvez um dos sentimentos mais íntimos que só sabe sua dimensão aquele que a sente.

Pedro Lucas, Michele de Lima, Manoel, Fernando Duarte, Chico Mendonça e Jones deixaram marcas definitivas em suas famílias, mas também a possibilidade de aprendizado. Eles se juntaram aos dados pouco confiáveis sobre suicídio no Brasil, como enfatiza a psicóloga Cristina Moura.

O Ministério da Saúde, maior instância deliberativa nacional para a criação de projetos na área, não tem um programa de prevenção ao suicídio em vigência. Segundo a assessoria de imprensa do órgão, houve apenas a publicação de uma resolução que sugeria aos estados a criação de um grupo de trabalho sobre o tema. Sugestão que não foi adotada por nenhuma unidade da federação, isso porque não foi colocada como obrigação pelo ministério.

Da mesma forma, a Secretaria de Saúde do DF ainda não consegue concretizar os planos que apresentou: “Por aqui nós buscamos trabalhar com o tema, mas é um processo lento e gradual. É necessária uma mudança de mentalidade dos legisladores, dos servidores da saúde e da sociedade em geral”, declara a coordenadora do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria, Beatriz Montenegro.

Cada lágrima derramada ou palavra dita diante das lápides dos mortos – seja no Dia de Finados, aniversário de morte ou qualquer outra data –, deverá ser silenciada. As doenças mentais, associadas a cerca de 90% dos casos de suicídios no mundo, ainda são tratadas com indiferença e ignorância pela sociedade em geral, como salienta o psiquiatra Rafael Boechat.

O que faz com que os sobreviventes sigam adiante? O que os impede de escolher o mesmo destino trágico e mortal? Juliana escolheu Deus como fonte de tudo: “Ele tem grandes planos para mim, ainda não sei o que é. Mas é coisa grande”, reitera ela, como se tivesse assinado um pacto de sangue. Uma certeza baseada na fé e na busca por viver um dia de cada vez. Maria Aparecida e Cláudia Cristina viram que o caminho correto a ser trilhado só seria encontrado a partir da ajuda psicológica, traduzida por meio de terapias e remédios que as acompanham desde a morte de seus familiares.

Bruno de Oliveira e Luciano Lima não buscaram ajuda de ninguém. Ambos encaram a morte de maneira natural, como um processo que será cumprido por todos em algum momento. Para eles o suicídio é uma escolha, ainda que dura e cruel. Os dois acreditam que o suicida não deve ser julgado, mas sim compreendido. O tempo, no caso deles, foi o maior aliado para a superação do trauma.

Joelma Lopes e Najara Campos também se prenderam a Deus, mas buscaram um ponto de equilíbrio nas visitas aos terapeutas e nos remédios comprados a altos preços e com receitas especiais para medicamentos com tarja preta. As jovens procuraram a morte, mas hoje querem viver. Elas literalmente sobreviveram à autoimolação que fizeram à alma e também ao corpo.

Najara está certa de que é uma mulher forte. Esse foi um dos aspectos que a manteve viva. “Eu sou forte, apesar de todos acharem que tenho a cabeça fraca. Quantas vezes eu quis morrer, planejei tudo e desisti porque percebi que não era o melhor a se fazer? Sou uma pessoa forte”, afirma a jovem, olhando por cima dos ombros a se gabar de um feito que só os remédios conseguiram fazer: evitar sua morte.

Joelma notou que o suicídio foi uma oportunidade para recomeçar a vida de forma diferente. Um meio de perceber que “a vida é boa e que vale a pena viver”. “Sobreviver à depressão é um processo. Tem que trabalhar com a ajuda de todos”, destaca a jovem.

No suicídio não há quem não sofra. O que existe são dois lados: aqueles que ficam e lamentam a perda daqueles que optaram por sair de cena de modo trágico – ou que por vezes tentam essa saída e acabam por sobreviver. Os que ficam estão expostos e são vulneráveis. Desenvolvem uma instabilidade emocional que surge da dor. Eles sobrevivem porque o espetáculo da vida precisa continuar.

Esta obra foi composta com a família tipográfica Adobe Caslon Pro, em corpo 10pt com entrelinha 12pt sobre papel Pólen Bold 80g/m².

Capa composta com a família tipográfica UnB Pro sobre papel cartão 250g/m².

Capa: Rafael Benjamin

Projeto Gráfico e Diagramação: Sasha Stemler Comunicação Visual

2013