

**ALESSANDRA LUMI USSAMI**

**TENTATIVA DE SUICÍDIO DE UM IDOSO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE – MS  
2018**

**ALESSANDRA LUMI USSAMI**

**TENTATIVA DE SUICÍDIO DE UM IDOSO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Doutorado em Psicologia da Universidade Católica  
Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção  
do título de Doutor em Psicologia, área de  
concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação  
da Profa. Dra. Sonia Grubits

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**  
**CAMPO GRANDE – MS**  
**2018**

A tese apresentada por **ALESSANDRA LUMI USSAMI**, intitulada “**TENTATIVA DE SUICÍDIO DE UM IDOSO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**”, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Grubits – UCDB (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciane Pinho de Almeida – UCDB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloisa Bruna Grubits– UCDB

---

Profº Drº Denise Machado Duran Gutierrez – UFAM

---

Profº Drº José Carlos Rosa Pires de Souza – UEMS

Campo Grande-MS, 02 de março de 2018.

Em forma de homenagem, gostaria de dedicar este trabalho aos idosos que abriram as portas de suas casas; desnudando suas histórias, se dispondo a falar sobre suas vidas e sobre temas delicados. A estas pessoas que me acolheram sempre com atenção e simpatia e que me proporcionaram um amadurecimento como pesquisadora e também como pessoa.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha mãe, Kimiko, e aos meus irmãos, Leonardo e Márcio, que sempre me incentivaram e me apoiaram. Eles sempre acreditaram na minha capacidade, oferecendo seu amor e cuidados. Participaram dos momentos difíceis e também vibraram comigo em todos os momentos da minha vida. Espero que vocês se orgulhem deste meu trabalho.

Aos meus amigos Adriana Bello, Adriana Rita Sordi, Suzanir Fernanda Maia e Thiago Müller que sempre estiveram ao meu lado, torcendo pelas minhas conquistas e que foram essenciais para que este trabalho fosse concluído.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sonia Grubits, pelo incentivo para meu crescimento profissional e pessoal.

Às coordenadoras da pesquisa da qual este trabalho é resultado, Profa. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e Profa. Dra. Fátima Gonçalves Cavalcante, pela oportunidade de participar de seu estudo, que me proporcionou a ampliação do conhecimento sobre o tema da tentativa de suicídio. A sensibilidade, delicadeza e cuidado com a qual as pesquisadoras abordam o assunto foi um aprendizado inestimável.

A todos os idosos que aceitaram participar da pesquisa e que me receberam com atenção e simpatia em seus lares, disponibilizando seu tempo para falar de um assunto tão delicado.

Aos agentes comunitários de saúde e outros profissionais que atuam nos serviços de saúde dos municípios de Campo Grande e Dourados pelo apoio, atenção, colaboração e empenho em me auxiliar no acesso aos idosos, sem vocês está pesquisa não teria sido realizada.

A toda equipe de Docentes do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB por terem compartilhado seu vasto conhecimento durante minha passagem como doutoranda, sempre com dedicação e gentileza. Especialmente ao Prof. Drº Márcio Luís Costa, que me apoiou e me deu serenidade num momento difícil desta trajetória.

À Luciana Fukuhara, a minha gratidão e reconhecimento por sua dedicação.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que estiveram envolvidas, direta ou indiretamente, na realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

## RESUMO

O presente trabalho constitui-se num estudo de caso de tentativa de suicídio de um idoso e tem como objetivo realizar uma análise interpretativa alicerçada na teoria psicanalítica freudiana, buscando-se compreender a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva na qual se encontrava a pessoa que cometeu este ato. Inicia-se com dados referentes ao suicídio e as tentativas na população idosa, apontada por diversas pesquisas como o grupo com taxas elevadas de morte auto infligida. No caso das tentativas, estima-se que a proporção seja de uma morte por suicídio para cada quatro tentativas entre os idosos. Em seguida abordam-se alguns postulados teóricos de Sigmund Freud sobre a questão do envelhecimento, com o intuito de realizar um levantamento dos conceitos por ele concebidos e que podem ser/ serão utilizados para analisar esta questão. Também será delineado um breve percurso para acompanhar o referido autor em sua concepção e sustentação de uma teoria psicanalítica freudiana do suicídio. Posteriormente descreve-se um outro estudo, do qual este trabalho é um dos resultados, intitulado *Estudos sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública* (2013), de abrangência nacional, cujo objetivo era realizar entrevistas com idosos, buscando conhecer as circunstâncias que circundam suas ideações suicidas ou que as conduzem a tentar se matar. O instrumento qualitativo fundamental para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado. A seguir esboça-se sucintamente como o idoso foi encontrado durante o trabalho de campo. O relato e discussão do caso nos apresenta um homem que tentou suicídio ingerindo veneno. A análise das falas do idoso e de sua esposa e as interpretações a elas atribuídas ressaltam que a teoria psicanalítica freudiana oferece condições, contribuições e possibilidades de aprofundar tanto a temática do envelhecimento quanto da tentativa de suicídio de um idoso.

**Palavras-chave:** Tentativa de suicídio em homem idoso. Teoria psicanalítica freudiana. Suicídio. Idoso. Estudo de caso.

## **ABSTRACT**

This research is a case study of attempted suicide of an elderly person and aims to perform an interpretive analysis based on Freudian psychoanalytic theory, seeking to understand the intrapsychic and intersubjective dynamics in which the person who committed this act . It began with data referring to suicide and attempts in the elderly population, pointed by several researches such as the group with high rates of self-inflicted death. In the case of the attempts, it is estimated that the proportion is one death per suicide for every four attempts among the elderly. Some of the theoretical postulates of Sigmund Freud on the aging issue were then approached, with the intention of carrying out a survey of the concepts he designed and that can be used to analyze this question. We will also outline a brief course to follow the aforementioned author in his conception and support of a Freudian psychoanalytic theory of suicide. Later, another study was described, of which this work is one of the results, titled Studies on suicide attempts in the elderly from a public health perspective (2013), of national scope, whose objective was to conduct interviews with the elderly, seeking to know the circumstances that surround their suicidal ideations or that lead them to try to kill themselves. The basic qualitative instrument for the data collection was a semi-structured interview script. The following is briefly outlined how the elderly were found during field work. The report and discussion of the case presents a man who attempted suicide by ingesting poison. The analysis of the speeches of the elderly and his wife and the interpretations attributed to them emphasize that Freudian psychoanalytic theory offers the conditions, contributions and possibilities to deepen both the theme of aging and the suicide attempt of an elderly person.

**Keywords:** Attempted suicide in elderly man. Freudian psychoanalytic theory. Suicide. Old man. Case study.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS = Agente Comunitário de Saúde

AIH = Autorização de Internação Hospitalar

CEREST = Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CLAVES = Centro Latino-americano de estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli

COHAB = Companhia de Habitação Popular

CREAS = Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DATASUS = Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde

ENSP = Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF = Estratégia Saúde da Família

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMG = Organização Mundial da Saúde

SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAU = Secretaria de Saúde de Campo Grande

SIH = Sistema de Informações Hospitalares

SIM = Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINITOX = Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SISNAN = Sistema de Agravos e Notificações

SUS = Sistema Único de Saúde

UBSF = Unidade Básica de Saúde da Família

VIVA = Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

WHO = World Health Organization

## SUMÁRIO

1 TEMÁTICAS DO ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUICÍDIO DENTRO DO CONTEXTO PSICANALÍTICO FREUDIANO .....	21
1.1 Suicídio e tentativa de suicídio em idosos.....	21
1.2 Envelhecimento e velhice sob a perspectiva da teoria psicanalítica de Freud .....	32
1.3 Suicídio sob a ótica da teoria psicanalítica freudiana.....	44
2 OBJETIVOS .....	55
2.1 Objetivo Geral .....	55
2.2 Objetivos específicos.....	55
3 METODOLOGIA .....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
6 REFERÊNCIAS.....	96
7 ANEXOS .....	103
7.1 Parecer consubstanciado do CEP - FIOCRUZ .....	103
7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	105
7.3 Ficha 1: Identificação .....	107
7.4 Ficha 2 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	108
7.5 Transcrição da entrevista .....	111

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é um dos resultados da pesquisa multicêntrica e de abrangência nacional intitulada *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública* (2013), que foi realizada pelo Centro Latino-americano de Estudo Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob a coordenação das pesquisadoras Maria Cecília de Souza Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante, juntamente com colaboradores provenientes de programas de pós-graduação e de serviços de saúde pública de diversos estados brasileiros.

A Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) fez parte dessa investigação, tendo como coordenadora local para o trabalho em Campo Grande e Dourados, no Mato Grosso do Sul, a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Grubits. A autora deste trabalho e outros alunos de pós-graduação integravam a equipe da pesquisa.

Esta tese traz como questão fundamental, a partir do desígnio da teoria psicanalítica freudiana, o estatuto de ato suicida e o *a posteriori* de sua falha em uma pessoa idosa. Com isso alcançamos uma problemática que se constitui acerca de como é possível, por meio da psicanálise, afirmar algo sobre a tentativa de suicídio que não se concluiu com a morte. Esta proposta estará substancialmente caracterizada e marcada pela consistência da prática clínica.

Ao longo dos anos observamos um crescimento exponencial da população idosa no país. Segundo Küchemann (2012, p. 166-167) o aumento da expectativa de vida apresenta duas facetas:

“Por um lado, reflete mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e as condições de vida, tais como: redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo. Por outro, aponta para a possibilidade de idosos ser acometido por doenças degenerativas e crônicas, que o torna sem autonomia, ou seja, dependente de cuidados de alguém”.

Para Minois (1999, p. 11), a velhice é um termo impreciso, uma palavra com sentido vago e uma realidade difícil de vencer, pois “nada se revela mais flutuante do que os contornos da velhice, que é um complexo fisiológico, psicológico e social”. Ele também aponta que no decorrer da história da humanidade sempre existiram os idosos, mas que as sociedades antigas não dividiam a existência em fases como nós o fazemos agora. O que acarretou esta mudança? Por que ela ocorreu? Sua explicação é a de que houve um aumento natural do campo de investigação das ciências modernas e uma pressão das condições sócio- demográficas, pois as sociedades ocidentais nunca tiveram tal proporção de pessoas com idade de 65 anos ou mais. Este

fato é corroborado por várias pesquisas que mostram o aumento do contingente de idosos no mundo.

Veras, num estudo de 2009, informa que no país, em 1960, o número de idosos era de três milhões, passando para sete milhões em 1975 e atingindo vinte milhões no ano de 2008 – um crescimento de quase 700% em menos de 50 anos. Ele também comenta que a cada ano 650 mil novos idosos são inseridos à população e que “as projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas” (VERAS, 2009, p. 549).

Dados do Censo Demográfico 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2012, confirmam esta realidade, visto que mostram que a estrutura etária da população sofreu significativas mudanças nos últimos 50 anos, devido, principalmente, à diminuição dos níveis de mortalidade infantil e dos níveis de fecundidade. Um elemento exposto é de que em 1960, quando uma criança nascia e era sujeita à lei de mortalidade da época, esperava-se que ela viveria, em média, 48,0 anos; em meio século, esse valor alcançou os 73,4 anos. Em relação à fecundidade, na década de 1960 o número médio de filhos que uma mulher teria até o final de seu período fértil era de 6,3 filhos, em 2010 a média é de 1,9 filho.

Essas mudanças acarretaram o estreitamento da base e o alargamento do topo da pirâmide etária, caminhando-se para uma estrutura mais envelhecida e com característica mais cilíndrica.

Também destacam que em 1960 havia 6,4 indivíduos de 65 anos ou mais para cada 100 crianças menores de 15 anos e que em 50 anos este índice saltou para 30,7 pessoas acima de 65 anos para cada grupo de 100 crianças menores de 15 anos, um aumento de 377,9%. E, como já evidenciado em outros estudos, a população feminina é maior que a masculina. Os dados do Censo Demográfico 2010 explicam esta realidade pelo fato da mortalidade de homens ser superior à das mulheres (IBGE, 2012).

A tendência do aumento da população idosa é um fato e isso tem gerado um maior número de pesquisas que buscam investigar o modo como essas pessoas vivem, suas características e como a sociedade lida e enxerga os idosos.

Para Beauvoir (1990) a velhice é um fenômeno biológico, onde o organismo do ancião apresenta certas singularidades; que acarreta consequências psicológicas, onde certos comportamentos são considerados como característicos da idade avançada e que possui uma dimensão existencial, que modifica a relação do indivíduo com o tempo, sua relação com o mundo

e com sua própria história de vida; “é o sentido que os homens conferem à sua existência, é seu sistema global de valores que define o sentido e o valor da velhice” (BEAUVIOR, 1990, p. 108).

Quando a autora diz que a idade muda a relação do ser humano com o tempo, isso quer dizer que ao longo dos anos seu futuro encolhe, enquanto que seu passado se alonga, por vezes se tornando pesado. Este fato não ocorre em todos os casos, pois há homens que se voltam com orgulho para seu passado, sobretudo se o seu presente e o futuro que pressente o decepcionam, utilizando suas lembranças como uma defesa. Beauvoir afirma que é o passado que nos sustenta e que é através do que ele fez de nós que o conhecemos. E ainda diz que:

"O homem idoso interioriza seu passado sob a forma de imagens, de fantasmas, de atitudes afetivas. Depende desse passado ainda de outro modo: é o passado que define minha situação atual e sua abertura para o futuro; ele é o dado a partir do qual eu me projeto, e que tenho de ultrapassar para existir. [...] Eu conservo, do passado, os mecanismos que se montaram no meu corpo, os instrumentos culturais de que me sirvo, meu saber e minhas ignorâncias, minhas relações com outrem, minhas ocupações, minhas obrigações" (BEAUVIOR, 1990, p. 459)

O envelhecimento também envolve deparar-se com uma série de perdas que podem ser reais ou simbólicas. Perde-se o corpo vigoroso, há o declínio da força física e da agilidade, a diminuição da resistência a doenças, além de mudanças nas funções cognitivas e de aprendizagem e o argumento de doenças crônicas-degenerativas, que representam os fatores biológicos que contribuem para o estereotipo do idoso como alguém incapaz e improdutivo (ARAÚJO, SÁ, AMARAL, 2011; MINAYO; MENEGHEL, CAVALCANTE, 2012; SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

Outras perdas seriam viudez, a morte de filhos, parentes e amigos, a perda de status familiar e a ausência de papéis sociais valorizados, que podem promover um isolamento social. A aposentadoria, a queda do poder aquisitivo e as dificuldades econômicas são características favoráveis para um sentimento de menos valia, especialmente porque, na sociedade moderna, há o predomínio da valorização do trabalho destinado à produção, tarefa destinada aos mais jovens (ARAÚJO; SÁ; AMARAL, 2011; GOLDFARB, 1988; KAMKHAGI, 2008; MAFFIOLETTI, 2005; MOREIRA, 2011).

De acordo com Beauvoir (1990, p. 257), “O prestígio da velhice diminuiu muito, pelo descrédito da noção de experiência. A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumula, mas sim que acabe perecendo”. Ou seja, o avançar da idade conduz a uma desqualificação, pois são os valores ligados à juventude que são apreciados.

Vale destacar que as questões relacionadas à velhice e ao envelhecimento deixaram de serem tratadas como uma questão da vida privada, ou como tema de caridade pública (caso dos

mendigos e indigentes), ou até mesmo como um assunto puramente médico e ganharam a dimensão social, psicológica, econômica, histórica e cultural que ela engloba.

O Capítulo 1 deste trabalho, em sua primeira parte, aborda a questão do suicídio e das tentativas de suicídio em idosos.

O suicídio diz respeito a um ato intencional para dar fim à própria vida. Os comportamentos suicidas não fatais surgem sob forma de ideação, que envolve os pensamentos que fomentam com o fim da sua existência e, ao se agravar, são acompanhados por um plano suicida, que seria a formulação de um método para dar cabo à vida. A tentativa de suicídio se refere a atos de uma pessoa que pretende se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito. O termo comportamento suicida tem sido utilizado para expressar a conduta da pessoa que age contra si mesma e ameaça a própria vida. A autonegligência seria uma variação desse comportamento, em que a pessoa se deixa morrer.

Cavalcante e Minayo (2015, p. 1656) esclarecem que:

“As fronteiras entre as diferentes definições são tênues, uma vez que uma tentativa pode ser interrompida e se fixar como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de ato contra a vida. Porém, nem todo pensamento sobre a morte ou desejo de morrer é evidência de risco. É preciso distinguir e diferenciar ideias e comportamentos associados ao risco de suicídio e desejos de se matar que não comprometem a pessoa porque não persistem”.

Atualmente, o suicídio é considerado um problema importante de saúde pública e estudos apontam a população na faixa etária acima de 65 anos como vulnerável ao ato, alertando para o maior risco de este evento ocorrer em homens. Os estudos apresentados até o momento sobre a temática sempre se referem a fatores de risco para o comportamento suicida, caracterizando-os como abundantes, que interagem entre si e abrangem fatores biológicos, psicológicos, médicos, culturais, econômicos e ambientais. Estudos indicam como fatores predisponentes para o suicídio em idosos o isolamento social, a perda da independência, desinteresse pelas coisas da vida, a aposentadoria, morte de uma pessoa querida, medo do prolongamento da vida sem dignidade, problemas financeiros, dificuldades de relacionamento, baixo grau de comunicação entre os familiares, histórico de tentativas de suicídio anteriores, transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade), abuso e/ou dependência de álcool, doença crônica ou terminal com limitações físicas e solidão (LOVISI et al., 2009; MINAYO, CAVALCANTE, 2010; CAVALCANTE, MINAYO, 2012; CONWELL, ORDEN, CAINE, 2011; MINAYO et al., 2012; MINAYO, MENEGHEL, CAVALCANTE, 2012; REYES et al., 2012; RIOS et al., 2013; SUAREZ, 2013; SOUSA et al., 2014; WHO, 2014).

Vale destacar que entre 2010 e 2012 foi realizada uma pesquisa sobre o suicídio na população idosa brasileira, onde foram realizadas entrevista com familiares e pessoas que conviviam com idosos que morreram por suicídio, e o objetivo de identificar as motivações e condições em que ocorreram os eventos.

Esta pesquisadora fez parte desta investigação nacional é a motivação para estudar este tipo de morte em idosos perpassou pela relevância e desafio de se estudar a temática, além da oportunidade de utilizar e aprofundar conceitos psicanalíticos para analisar e interpretar um caso de suicídio de idoso. Além do aprendizado e da experiência adquirida por meio do contato e das histórias que os entrevistados narraram, foi possível colocar em prática e verificar a contribuição da teoria psicanalítica para se abordar esse tema. Um dos resultados desta experiência foi a dissertação do mestrado desta pesquisadora. A afinidade e proximidade com a psicanálise são advindas da experiência como psicóloga clínica e por esta teoria constituir-se como alicerce em minha formação profissional.

Comparada aos outros temas da psicanálise, a questão do envelhecimento tem sido relativamente pouco explorada. Freud pouco se debruçou, especificamente, sobre essa temática. Sua concepção dessa etapa da vida é que, basicamente, como ocorreria ao longo da vida adulta, a pessoa reeditaria de maneira desigual e combinada os modelos de fases de desenvolvimentos infantis, num movimento incessante de atualização perante às novas vivências e às alterações do corpo. De específico haveria apenas a decadência física e a consciência da proximidade do fim (KAMKHAGI, 2008).

A segunda parte do Capítulo 1 evidenciará que, apesar de não existir uma teoria freudiana exclusiva sobre o envelhecimento, algumas ideias podem ser agrupadas. Além de apontar quais são essas formulações dispersas, far-se-á um levantamento dos conceitos psicanalíticos freudianos que, embora concebidos para tratar outros temas, podem ser trabalhados especialmente na discussão do caso que será posteriormente exposto e apreciado.

Como se evidenciará, a concepção de Freud acerca do envelhecimento, é assinalado pelo negativismo e pelo entendimento de que se trata de um período de decrepitude progressiva. Em vista disso, ao abordar as menções ao envelhecimento na obra do pai da psicanálise, o objetivo é pinçar suas observações esparsas sobre velhice e morte para tentar compor um pequeno painel da visão freudiana sobre o envelhecer.

Vale salientar que esta tese se trata de um trabalho epistemologicamente orientado à pesquisa de um problema teórico-clínico e ao pensamento de Freud, e não ao estudo da história

do pensamento psicanalítico. E que as ideias e concepções de outros autores psicanalíticos utilizados na tese analisam, discutem e refletem basicamente os trabalhos de Freud.

A seguir será delineado um breve roteiro para acompanharmos Freud em sua concepção e sustentação de uma teoria psicanalítica do suicídio. Brunhari (2017, p. 23), ressalta que é possível perceber que Freud se debruça sobre a temática já em seus primeiros trabalhos, “período em que o suicídio figura ao lado de conceitos que se encontram em forma germinal, e também em trabalhos mais avançados nos quais o autor se detém pontualmente sobre o tema.

Um exame do suicídio do ponto de vista da teoria psicanalítica freudiana vai exigir que estudemos com afinco alguns conceitos meta-psicológicos, em especial a pulsão de morte e a melancolia.

Para compreendermos como sua concepção a respeito do suicídio foi se construindo é preciso ter em mente que à medida que Freud foi delineando sua teoria, notou que era necessária uma explicação para os aspectos mais destrutivos do funcionamento psíquico. Werlang, Macedo, Krüger (2004, p. 76) explicam que:

“A teoria inicial das pulsões foi desenvolvida a partir da descoberta dos impulsos sexuais da infância, caracterizados pelo dualismo entre pulsão sexual e a autoconservação. Ao desenvolver seus estudos sobre narcisismo, [Freud] percebeu a impossibilidade de seguir sustentando a oposição entre o eu e a sexualidade”.

O conceito de narcisismo tem por alusão o mito de Narciso e “é o amor pela imagem de si mesmo” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 287), ou seja, o enamoramento do eu por si mesmo. Freud (1996i) também sustenta que a autoestima depende intimamente da libido narcisista. Ao inserir este conceito, o autor provocou uma transformação na teoria das pulsões, da identificação e no próprio conceito de narcisismo. Botega (2015, p.67-68) destaca que “o ato suicida pode vir em resposta ao abalo da invulnerabilidade narcisista, com intolerância à dor da perda ou da derrocada da onipotência.”

O trabalho de referência de Freud (1996i) para o estudo de suicídio é *Luto e Melancolia*, de 1915. Aqui, ele salientou que, em certas pessoas propensas, a melancolia faria com que a agressividade dirigida a um objeto de amor perdido regressasse contra o próprio sujeito. O estudioso postulou, então que o suicida procura atingir primitivamente, o objeto de amor perdido e introjetado. Matando-se, o melancólico conseguiria anular psicologicamente a perda de objeto e se vingaria do ambiente ou da pessoa que engendrou seu desespero. Enquanto no trabalho de luto a pessoa chora a perda do objeto amado, o melancólico faz o luto de seu próprio Eu.

Na mesma obra, Freud (1996i, p. 250) elege como traços mentais distintivos da melancolia:

“um desaântimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição”.

A noção de pulsão de morte foi introduzida por Freud (1996k) em *Além do princípio de prazer* (1920), em que ele explicita a noção de um novo dualismo pulsional, com a pulsão de morte em oposição à pulsão de vida. A introdução do conceito de pulsão de morte possibilitou que o pai da psicanálise alcançasse bases irrefutáveis para determinar a função da agressão na vida psíquica.

Werlang, Macedo e Krüger (2004, p. 78) informam a posição teórica de Freud “passou a destacar o conceito de pulsão de morte como força dominante nos organismos vivos, podendo ser considerada por muitos uma especulação a críticas, a interpretações e a aplicação diversas”.

Lima (2006, p. 55) destaca que:

“O suicídio traz para nós o desafio de tentar compreender como, em determinado momento, a pulsão de morte que até então vinha manifestando-se em segundo plano, silenciosamente, assume o controle da vida psíquica levando o indivíduo à sua própria destruição. Não há dúvidas de que mesmo nesse processo o Eu encontra satisfação, uma vez que presenteia a si mesmo com a realização de antigos desejos de onipotência que foram reprimidos no processo de socialização”.

Dando continuidade à investigação sobre suicídio em idosos citada anteriormente, em 2013, estrutura-se a pesquisa *Estudo sobre tentativas de suicídio e idosos sob a perspectiva da saúde pública*. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz (Parecer n. 403.513/2013) e o trabalho de campo foi efetuado no período de novembro de 2013 a julho de 2014. Além de mapear a magnitude das tentativas de suicídio na população idosa do país; a pesquisa tinha como objetivo realizar entrevistas em profundidade com idosos de municípios brasileiros com elevadas taxas de mortalidade por suicídio, buscando conhecer as circunstâncias que envolvem suas ideações suicidas ou que as impelem a tentar se matar. Foram selecionadas 13 localidades de diferentes regiões do país, sendo eles: Manaus (região Norte); Fortaleza, Piripiri, Teresina e Recife (região Nordeste); Campo Grande e Dourados (região Centro-Oeste); Rio de Janeiro e Campos de Goytacazes (região Sudeste); Porto Alegre, Venâncio Aires, Candelária e Santa Cruz do Sul (região Sul). Cabe ressaltar que 10 dos municípios escolhidos fizeram parte do estudo anterior sobre suicídio em idosos (FIGUEIREDO; MINAYO, 2016).

A rede de pesquisa contou com 53 colaboradores, sob a coordenação local de 13 pesquisadores, ou seja, cada município selecionado possuía um responsável. Os grupos de pesquisa eram formadas por doutores, mestres e alunos de pós-graduação e iniciação científica. Essas equipes eram multidisciplinares, compostas por profissionais da saúde pública, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, antropólogos e sociólogos; com atuação em núcleos de pesquisa ou em instituições como hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), inclusive com colocação na gestão de hospitais, unidades de atenção à saúde e centros de vigilância epidemiológica.

Este estudo foi realizado de forma participativa e em rede. Numa primeira oficina, debateu-se a investigação e foram deliberadas as orientações para a coleta e organização dos dados, por meio de roteiros explicativos. Também foi promovida uma capacitação para os pesquisadores acerca do tema do estudo, procedimentos no trabalho de campo, diretrizes para a execução de uma pré análise dos dados, além de consolidar um manual de instruções que serviu de preceito para o trabalho empírico e as apreciações dos dados. Feito isso, o grupo mentor reproduziu o treinamento para seus grupos regionais (CAVALCANTE et al., 2015; FIGUEIREDO; MINAYO, 2016).

O instrumento qualitativo fundamental para a coleta de dados foi um roteiro para orientar as entrevistas em profundidade, complementada com uma ficha de identificação. Cavalcante e Minayo (2015, p. 1657) esclarecem que “os termos desse guia foram, além de uma caracterização sociodemográfica, uma conversa com a pessoa idosa sobre sua situação social, comunitária e familiar; sua saúde física, mental e capacidade funcional e sobre os motivos atribuídos ao comportamento suicida”.

Após o estudo de artigos científicos a respeito da temática e do manual de pesquisa, deu-se a preparação e a discussão para a utilização dos instrumentos pelo grupo de pesquisadoras da UCDB. Além disso foi feito um planejamento para o trabalho de campo da equipe.

Em Campo Grande foram feitos contatos com o Corpo de Bombeiros e a Secretaria de Saúde (SESAU) da cidade. Em Dourados foram contactados a Casa dos Conselhos, o Conselho do Idoso, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Secretaria de Saúde do município. As pesquisadoras portavam documentos como o resumo do projeto de pesquisa, o parecer do Comitê de Ética da Fiocruz e um Ofício da UCDB solicitando autorização e colaboração para a efetivação da investigação. Todos estes contatos foram infrutíferos, seja pela falta de registros ou ausência

de informações dos casos de tentativas de suicídio em idosos, pela obstrução e dificuldades causadas por uma pessoa contactada ou pela inexistência de resposta de um dos órgãos acessados.

Outras buscas realizadas no Sistema de Agravos e Notificações (SISNAN) e em hospitais de atendimento de urgência e emergência do município de Dourados também revelaram a carência de notificações ou informações sobre os casos. A averiguação no SISNAN não encontrou nenhum tipo de registro tanto na localidade de Dourados quanto no estado de Mato Grosso do Sul. Essa vivência da equipe de pesquisa confirma a literatura sobre a temática alerta para a elevada quantidade de subnotificações dos casos de suicídio e suas tentativas (MONTEIRO et al., 2015; PINTO; ASSIS, 2015; RIOS et al., 2013). Um ponto relevante é a discrepância nas informações a esse respeito, uma vez que, na pesquisa anterior sobre suicídio em idosos, Campo Grande e Dourados foram selecionados por apresentarem taxas altas desses eventos, e recentemente, nestas buscas, o grupo de pesquisadoras defrontar-se com a inexistência de qualquer tipo de registro ou notificação.

Uma integrante da equipe de pesquisa tinha formação em enfermagem e começa a entrar em contato com colegas que atuavam em variadas instituições de saúde de Dourados. É a partir daí que as pesquisadoras passam a tomar conhecimento de casos de idosos com tentativas e ideações suicidas. O grupo passa a fazer contatos com os coordenadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) de Dourados e chegam até os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tinham conhecimento dos eventos e foram os facilitadores essenciais para o acesso aos casos. Com a experiência exitosa de Dourados, as pesquisadoras repetem este percurso em Campo Grande.

Nosso trabalho de campo resultou em duas entrevistas com idosos realizadas em Campo Grande e seis na cidade de Dourados, sendo que dois deles atentaram contra sua vida, o restante tinha indicação de ideação ou comportamento suicida. Todos os participantes que aceitaram fazer parte da investigação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permitiram que as entrevistas fossem gravadas.

A pesquisa nacional foi finalizada tendo como resultado diversos artigos publicados em periódicos científicos, livros ou capítulos de livros, comunicações em congressos, esta tese e outros trabalhos advindos dos programas de pós-graduação.

Essa descrição do trabalho de campo da pesquisa que foi realizada constará no Capítulo 3, logo após os objetivos deste estudo, que estarão descritos no Capítulo 2. Vale destacar que por conta de uma afinidade e interesse, além de uma construção e aprofundamento teórico que acompanha esta pesquisadora desde os tempos de graduação, juntamente com a experiência na

clínica; a proposta nesta tese é desenvolver uma análise, com a teoria psicanalítica freudiana, de um caso de tentativa de suicídio de um idoso, buscando compreender a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva na qual se encontra a pessoa que cometeu este ato. Tais aspectos envolvem descobrir e discutir diferentes estratos e universalidades presentes no caso escolhido, explorando analiticamente o significado dos detalhes informados e das diversas camadas de significados contidas nas narrativas do idoso e de seu cônjuge.

Outro ponto que pode ser ressaltado é que, assim como a pesquisa nacional dava continuidade à outra sobre o suicídio nesta população; este trabalho dá sequência à dissertação de mestrado produzida por esta pesquisadora. Ou seja, anteriormente efetuou-se uma apreciação com a teoria psicanalítica de um caso de suicídio, onde os interlocutores eram familiares ou pessoas próximas ao idoso que havia falecido devido ao evento; nesta tese, se trabalhará com a mesma teoria, mas o principal interlocutor é o próprio idoso.

Para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, optou-se pela utilização de pseudônimos com a designação de pedras preciosas. A definição pelo caso de Rubi se deu pela clareza, no relato, de como ocorreu a tentativa suicida e pelo fato de que foi uma entrevista efetuada por esta pesquisadora.

No Capítulo 3 constará observações sobre o método qualitativo de pesquisa, representado por um estudo de caso, além de argumentos de Freud para a utilização da teoria para diversas áreas do conhecimento. É preciso destacar que este trabalho se trata de uma pesquisa em psicanálise, que Figueiredo e Minerbo (2006, p. 258-259) definem como:

“Um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento que podem manter com a psicanálise propriamente dita relações muito diferentes. [...] [onde] alguns conceitos psicanalíticos são mobilizados como instrumentos para a investigação e compreensão de variados fenômenos sociais e subjetivos. Em nenhuma [das] modalidades de pesquisa em psicanálise requer-se um psicanalista atuante”.

Em seguida, além da descrição do trabalho de campo e do instrumento empregado para sua execução, será explanado como o caso de Rubi foi encontrado e alguns detalhes da entrevista e da história do idoso. Por fim, reiteramos a maneira como a análise será efetuada.

O relato do caso e sua discussão encontram-se no quarto capítulo; seguido das considerações finais mostradas no sexto capítulo. As Referências e os Anexos estão dispostos no final do trabalho. Constam nos Anexos o parecer do Comitê de Ética da Fiocruz, o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, a Ficha de Identificação, o Roteiro de Entrevista Semiestruturada e a transcrição da entrevista com Rubi.

# **1 TEMÁTICAS DO ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUICÍDIO DENTRO DO CONTEXTO PSICANALÍTICO FREUDIANO**

O início deste capítulo trata da questão do suicídio e tentativa de suicídio em idosos, buscando evidenciar a importância desta temática e apresentando algumas investigações que já foram realizadas, além dos dados que foram encontrados. A população idosa é apontada como o grupo com elevadas taxas de suicídio, especialmente em homens; e estudos estimam que a proporção entre morte por suicídio e as tentativas sejam de 1:10 na população geral, entre os idosos, a proporção seria de 1:4. Essa informação confirma a relevância de se pesquisar o tema.

Também será apresentado o pilar teórico de sustentação desta tese, a teoria psicanalítica freudiana. A psicanálise será utilizada para analisar e discutir um caso de tentativa de suicídio de um idoso. Para isso, serão apresentados trabalhos de Freud que, mesmo não tratando diretamente sobre o assunto, possuem ideias e concepções que podem ser utilizados para o entendimento da velhice e do envelhecimento; assim como trabalhos que tratam da questão do suicídio.

## **1.1 Suicídio e tentativa de suicídio em idosos**

Dados da OMS (2014) relativos ao Brasil, no que diz respeito aos idosos, evidencia que as taxas das pessoas com idade de 50 a 69 anos era de 8,0 mortes por 100 mil, onde a taxa das mulheres era de 3,8 por 100 mil e a dos homens de 12,7 por 100 mil. Na faixa etária de 70 anos ou mais os índices são de 9,8 óbitos por 100 mil habitantes para ambos os sexos, de 3,3 óbitos por 100 mil na população feminina e de 18,5 por 100 mil na masculina.

Analizando a tendência da mortalidade por suicídio na população acima de 10 anos, com destaque para as pessoas de 60 anos ou mais, no Brasil e no estado do Rio de Janeiro, no período de 1980 a 2006, Minayo, Pinto et al. (2012) verificaram que as taxas de óbitos de homens brasileiros de todas as idades progrediram de 6,2 por 100 mil em 1980 para 9,3 por 100 mil em 2006. Os índices das mulheres apresentaram leve oscilação e diminuto declive no mesmo período, passando de 2,6 por 100 mil para 2,3 por 100 mil. Foram encontradas 2,4 mortes de pessoas do sexo masculino para cada pessoa do sexo feminino no país e proporção de 1,7 no Rio de Janeiro no ano de 1980. Em 2006 essa proporção aumenta para 4 mortes de homens para cada mulher no país e 2,9 no estado do Rio de Janeiro (*Ibidem*).

Na população idosa as mortes auto infligidas tiveram considerável elevação. Na década de 1980 ocorreram 5.953 suicídios de idosos no Brasil (média de 595,3 mortes por ano), na década

de 1990 os números são de 8.547 (média de 854,7 óbitos por ano) e de 2000 a 2006 aconteceram 7.994 suicídios de pessoas idosas (média de 1.142 mortes anuais) (*Ibidem*).

No mesmo estudo (MINAYO, PINTO et al., 2012, p. 303), as taxas de suicídios de homens mais jovens flutuaram de 5,7 por 100 mil a 8,8 por 100 mil. Em meio aos homens idosos, os índices atingiam 12,1 por 100 mil no ano de 1980. As autoras informam que “as taxas relativas à população idosa masculina se elevaram a partir de 1995 e o ápice do incremento ocorreu em 2005, com taxa de 15,4/ 100 mil habitantes”. Essa elevação das taxas dos homens idosos enriquecem os índices da população geral, contrariamente, as taxas de suicídios na população feminina foram razoavelmente constantes e com leve tendência de queda. Em 1980 registraram-se quatro óbitos masculinos para um feminino e em 2006 a proporção é de 5,4 mortes de homens para um de mulheres. Entre 1980-1995 os métodos mais empregados pelos homens idosos foram o enforcamento e a utilização de arma de fogo; entre as idosas, o enforcamento apareceu em primeiro lugar, seguido por ingestão de substâncias.

Dando prosseguimento ao que foi exposto até o momento, descreveremos sucintamente uma pesquisa de abrangência nacional, que ocorreu no intervalo de 2010 a 2012, intitulada *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde*. Essa investigação multicêntrica e estruturada através de uma rede de pesquisadores tinha o propósito de conhecer a magnitude e a significância do suicídio na população idosa brasileira. Esse estudo pioneiro também auxiliou na escassez de investigações que focassem exclusivamente nos idosos e na formação de pesquisadores para trabalhar com a temática do suicídio nas cinco regiões do país (esta pesquisadora integrou este grupo). Esse trabalho impulsionou a organização e publicação de outras obras, na forma de artigos, sumário executivo e dissertações, por isso, muito do que será descrito e analisado a seguir derivará deste estudo nacional.

Segundo Pinto, Assis e Pires (2012), entre 1996 e 2007 ocorreram 12.913 óbitos por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, com média anual de 1.076 idosos. A mortalidade devido ao suicídio em homens idosos supera a das mulheres, sendo 82,2% contra 17,8%. Os dados obtidos pelos autores eram provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/ Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e foram agrupados e examinados em quatro triênios: 1996-1998, 1999- 2001, 2002-2004 e 2005-2007.

Foram encontrados 3.039 municípios brasileiros que possuíam registros de casos de suicídio em idosos em pelo menos um dos triênios analisados. Em relação as cidades que

protocolizaram esses óbitos, 48,1% foram encontrados em somente um triênio, 26,0% em dois triênios, 14,0% em três e 11,9% nos quatro triênios investigados. Outro dado relevante é que 29,6% dessas localidades eram da região Sudeste, 29,3% da região Sul e 27,5% da região Nordeste (*Ibidem*).

Dentre os 362 municípios que possuíam registros de mortes por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos quatro triênios de apreciação, 44,5% se localizavam na região Sul, 30,7% na região Sudeste, 13,3% na região Nordeste, 9,1% na região Centro-Oeste e 2,5% na região Norte. Os estados que apresentaram os maiores percentuais de cidades com casos nos quatro triênios foram o Rio Grande do Sul (27,3%), São Paulo (17,4%) e Santa Catarina (9,1%). Outro dado importante a respeito desses 362 municípios que contavam com registros em todos os triênios é que 299 deles, ou seja, 82,6% revelaram taxas superiores a 10 óbitos por 100 mil habitantes (*Ibidem*).

O estudo de Pinto, Pires, Assis (2012) também constatou que 2.527 cidades não assinalaram ocorrências de suicídio no período de 1996 a 2007. Na região Norte 67,7% dos municípios não apresentaram óbitos na época, no Nordeste foram 53,5%, no Sudeste 46,0%, no Centro-oeste 42,5% e no Sul 25,1%. Os estados com os menores percentuais de urbes sem casos registrados no período foram Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Pernambuco e Santa Catarina.

Os autores também encontraram que 123 cidades brasileiras evidenciaram taxas acima de 10 óbitos devido ao suicídio por 100 mil habitantes nos quatro triênios e 12 ou mais casos no período de 1996 a 2007 na população idosa masculina; com o estado do Rio Grande do Sul liderando o ranking com 35,8% dos municípios desta lista, seguido por São Paulo com 21,1%, Santa Catarina com 9,8% e o Paraná com 8,9%. Em relação as mulheres idosas, 13 cidades apresentaram índices superiores a 10 casos por 100 mil habitantes nos quatro triênios, sendo que 9 deles (69,2%) se localizavam no estado do Rio Grande do Sul. De acordo com Pinto, Assis e Pires (2012, p. 1968) “apenas três municípios (Pelotas – 21 óbitos, Teresina – 15 óbitos e Venâncio Aires – 10 óbitos) apresentaram 10 ou mais óbitos no período 1996-2007” entre as idosas do sexo feminino (*Ibidem*).

Quanto ao meio utilizado para essa forma de morte, o enforcamento ocupa o primeiro lugar para ambos os sexos. No caso dos homens idosos a lesão autoprovocada por disparo de arma de fogo é o segundo método mais empregado, seguido de autointoxicação por ingestão de pesticidas. Na população feminina, a lesão autoprovocada por fumaça e fogo e a precipitação de lugar elevado ocuparam o segundo e o terceiro lugares (*Ibidem*).

Estimando-se a razão entre o número de mortes de homens e mulheres com 60 anos ou mais obteve-se média de 2,8 falecimentos masculinos para cada morte feminina. Em 25% dos municípios esse número eleva-se para 4:1. E em poucas localidades essa relação alcança níveis superiores a 6:1 (PINTO, ASSIS, PIRES, 2012).

Numa investigação que tinha como propósito averiguar variáveis agregadas as mortes por suicídios em idosos nas cidades brasileiras entre os anos de 2005 a 2007, Pinto, Silva et al. (2012) identificaram que dos 1.659 municípios que evidenciaram ocorrências desse tipo de morte 30,1% se situavam na região Sul, 28,9% no Sudeste, 28,5% no Nordeste, 8,1% no Centro-Oeste e 4,5% na região Norte. Pelo menos nove capitais (Goiânia, Salvador, Brasília, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre, Fortaleza, Rio de Janeiro e São Paulo) apresentaram mais de 15 óbitos por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais no período considerado. Os pesquisadores verificaram que os três municípios com população inferior a 50 mil habitantes que revelaram mais de 15 óbitos por suicídio em idosos se localizavam no estado do Rio Grande do Sul, sendo eles Venâncio Aires, Caxias do Sul e Pelotas.

O estudo também apontou que os homens e os indivíduos brancos se suicidam com maior frequência do que as mulheres e as pessoas que se declararam pretas, pardas e amarelas/indígenas. A taxa de internações por transtornos do humor se mostrou como um fator associado ao evento. Os pesquisadores confirmaram a maior ocorrência de morte por suicídio em homens e entre os idosos autodeclarados brancos nas cidades brasileiras. Outro dado observado foi que o grau de desenvolvimento do município não se evidenciou vinculado ao desenlace do suicídio (PINTO, SILVA et al., 2012).

Pinto, Pires et al. (2012) analisando a evolução temporal da mortalidade por suicídio em idosos nos estados brasileiros no período de 1980 a 2009, encontraram que as taxas masculinas são consideravelmente superiores que as femininas. As taxas para a população do sexo masculino situaram-se num patamar acima de 10 óbitos por 100 mil habitantes na maior parte do período de análise, à exceção do ano de 1981 que apresentou seu valor mais baixo, de 9,8 óbitos por 100 mil habitantes. Os índices das mulheres idosas demonstraram numerosas oscilações ao longo dos anos, variando de 0 a 8 mortes por 100 mil habitantes. Em comparação, as taxas da população geral se exibiram praticamente estáveis ao longo desses 30 anos, com 6 a 8 mortes por 100 mil habitantes.

Os índices dos estados que integram a região Norte foram muito inconstantes, com variação de 0 a 184,1 óbitos por 100 mil habitantes. Os autores manifestam que isso pode estar relacionado com “problemas com a notificação nos dados de suicídio nesta região ou pode ser

decorrente do efeito da pequena população, onde a ocorrência de um único caso pode gerar uma alteração muito grande na taxa” (PINTO, PIRES et al., 2012, p. 1976).

Constatou-se que as taxas de morte devido ao suicídio aumentaram em todos os estados da região Nordeste entre 1980-2009 na população geral e na masculina. No ano de 2009 as taxas excederam 10 óbitos por 100 mil habitantes entre os homens em seis dos nove estados nordestinos. No Rio Grande do Norte foi descoberto o maior índice nos idosos do sexo masculino com 21,5 óbitos por 100 mil habitantes. Os índices femininos flutuaram dentro de 0 e 4,3 mortes por 100 mil habitantes e o estado de Sergipe apresentou a taxa mais elevada (4,3) em 2009 (*Ibidem*).

Na região Sudeste os índices se revelaram baixas, oscilando em redor de 5 óbitos por 100 mil habitantes. O maior índice foi obtido em São Paulo (10,1) no ano de 1980 e o menor no Rio de Janeiro (2,1) em 2009. As taxas dos homens são mais altas, com destaque para o estado de São Paulo, onde foram apresentadas taxas de mais de 10 óbitos por 100 mil habitantes nos anos de 1980, 1990, 2000 e 2009. Em Minas Gerais foi encontrado o índice de 12,1 mortes por 100 mil habitantes nas pessoas do sexo masculino em 2009. Mais uma vez as taxas das mulheres mostraram-se bem mais baixas que as dos homens e o maior valor descoberto foi em São Paulo (4,1) no ano de 1980 (*Ibidem*).

Encontrou-se uma redução nas taxas de suicídio para a população geral na região Sul; apesar disso elas se localizam em patamares elevados, com índices superiores a 14 mortes por 100 mil habitantes em Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Apesar do declínio das taxas de homens e mulheres, estas ainda se situam em níveis alarmantes. O estado do Rio Grande do Sul apresentou taxa de 35,6 óbitos por 100 mil habitantes e Santa Catarina de 27,3 óbitos por 100 mil habitantes na população masculina em 2009 (PINTO, PIRES et al., 2012).

O estado do Mato Grosso do Sul se distingue na região Centro-Oeste com taxas acima de 15 mortes por 100 mil habitantes na população geral de idosos nos anos 1980, 2000 e 2009. Em relação aos homens idosos, no ano de 2009, as taxas ultrapassam os 10 óbitos por 100 mil habitantes em todos os estados da região, com destaque para o Mato Grosso do Sul, onde a taxa foi de 24,0 óbitos por 100 mil habitantes. As maiores taxas na população feminina, 7,0 mortes por 100 mil habitantes em 1980 e 7,1 por 100 mil habitantes em 2009 também foram encontradas neste estado (*Ibidem*).

Segundo Pinto, Pires et al. (2012, p. 1979) as taxas elevadas nos estados do Rio Grande do Sul e do Mato Grosso do Sul levanta “como hipótese a influência do uso de pesticidas na produção agrícola e a presença de significativa população de origem europeia e indígena”.

No que se concerne a evolução temporal por mortalidade por suicídio entre 1980 e 2009, os autores encontraram tendência expressiva de aumento nos estados do Tocantins, Piauí, Ceará e Bahia; e tendência decrescente em Roraima e Rio Grande do Sul. Na população masculina foi verificada propensão de crescimento em Tocantins, Piauí, Ceará, Bahia e Pernambuco e diminuição no Rio Grande do Sul e Roraima. As taxas femininas mostraram elevação somente no Piauí e queda na Paraíba, Paraná e Santa Catarina (PINTO, PIRES et al., 2012).

Ao subdividirem os idosos por faixas etárias (60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais) os pesquisadores apuraram tendência de aumento nos estados do Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte e tendência de declínio no Amazonas, São Paulo e Roraima na população de 60 a 69 anos. Entre as pessoas de 70 a 79 anos identificou-se taxas crescentes no Piauí. Dentre os de 80 anos ou mais constatou-se propensão de diminuição das taxas em Roraima. Ao contrário do que apontam outros autores, esta investigação não encontrou taxas mais elevadas de suicídio entre os idosos mais velhos (*Ibidem*). Por fim, Pinto, Pires et al. (2012, p. 1979) salientam que:

“Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul se destacam por apresentarem taxas em nível alto em anos da série (entre 15 e 30 por 100 mil habitantes), de acordo com os critérios da OMS. Para idosos do sexo masculino são consideradas muito altas as taxas desses dois últimos estados em alguns anos (acima de 30 por 100 mil) ”.

Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Jr (2011) num trabalho que buscava examinar os determinantes socioeconômicos das taxas de suicídio por microrregiões brasileiras, considerando os aspectos espaciais da questão, encontraram um predomínio do padrão de associação espacial alto para as regiões Sul e Centro-Oeste. Os autores levantam a hipótese de que haja um “efeito contágio” espacial para o ato suicida, onde “as taxas de suicídio dos vizinhos de uma microrregião são importantes determinantes do comportamento dessa variável em outra microrregião” (GONÇALVES, GONÇALVES, OLIVEIRA JR, 2011, p. 281). Outros determinantes para os casos de suicídio seriam a pobreza e o grau de ruralismo. Essa relação positiva em meio ao grau de ruralismo e os índices de suicídio se dariam devido ao complicado ingresso à rede de saúde e de serviços em geral e ao uso de agrotóxicos.

Os dados obtidos por Waiselfisz (2014) sobre os idosos apontam que no ano de 1980, dos 3.863 casos de suicídio registrados no país, 529 eram de pessoas com 60 anos ou mais. Em 1990, das 4.804 mortes devido ao suicídio, 732 eram de idosos. No ano 2000 ocorreram 6.760 suicídios e 1.000 deles eram na população idosa. Dos 9.420 casos de morte auto infligida registrados em 2010, 1.426 ocorreram em idosos e esse número chega a 1.670 em 2012, dentre os 10.287 suicídios que foram registrados. O estudo informa que os números de mortes por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais cresceu 215,7% entre os anos de 1980-2012.

A taxa de suicídio de pessoas idosas em 1980 era de 7,3 por 100 mil, enquanto que na população total era de 3,3 por 100 mil no Brasil. No ano de 1990 a taxa dos idosos era de 7,0 por 100 mil e da população total de 3,4. Nos anos de 2000 e 2010 a taxa de mortalidade por suicídio nas pessoas com 60 anos ou mais era de 6,9 por 100 mil, na população total o índice era de 4,0 por 100 mil em 2000 e 5,0 por 100 mil em 2010. Por fim, em 2012 observou-se taxa de suicídio de 8,0 por 100 mil entre os idosos e de 5,3 por 100 mil na população total (*Ibidem*).

Waiselfisz (2014) comparando as taxas de mortalidade por suicídio entre os anos de 1980 e 1990, observa que houve uma diminuição de 3,7% no período; entre 1990-2000 ocorreu uma queda de 2,4%; o cenário muda no período de 2000 a 2012, com um aumento de 16,2% das taxas de suicídio de idosos. Por fim, o estudo informa que entre 1980-2012 deu-se um crescimento de 9,2% nas taxas de suicídio nesta população.

Esses números corroboram a literatura sobre a temática que destacam o aumento dos casos de suicídio em pessoas idosas e a importância e relevância de se aprofundar e aumentar as pesquisas sobre esse evento.

Antes de prosseguirmos, se faz indispensável apresentar as definições dos fenômenos envolvidos no suicídio. Segundo a OMS (2014), o *suicídio* é o ato intencional de acabar com a própria vida. A *tentativa de suicídio* nomeia qualquer comportamento suicida não fatal, ou seja, os atos cometidos por pessoas que evidenciam a pretensão de se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito. Trata-se de um evento de complicada avaliação, pois pode se constituir acompanhada por ambivalência ou até mesmo ocultação (WHO, 2014). O *comportamento suicida* expressa toda conduta da pessoa que ocasiona lesão a si mesma e ameaça sua vida, independentemente do grau de intenção letal e de qualquer conhecimento da real causa desse ato. E *ideação suicida* refere-se aos pensamentos que fomentam o desejo de matar-se, em vários graus de intensidade e elaboração, e agrava-se quando acompanhados de um plano suicida, onde se formula um método para dar fim a própria existência. Atualmente, encontram-se referências a *autonegligência*, que seria uma variação do comportamento suicida, onde a pessoa se deixa morrer.

Estudos consideram que os números de tentativas de suicídio excedam em pelo menos dez vezes os casos de mortes auto infligidas. No entanto, não existe em nenhum país um registro de abrangência nacional de tentativas de suicídio (WHO, 2014; BOTEGA, 2015; VIEIRA, SANTANA, SUCHARA, 2015). A esse respeito Botega (2015, p. 50) esclarece: “o que sabe, em termos numéricos, baseia-se em informações obtidas nos registros de serviços médicos, ou a partir de inquéritos que abrangem, por um período de tempo, uma área geográfica delimitada”.

No Brasil, para se inteirar sobre a dimensão das tentativas de suicídio, se faz uso do Sistema de Informações Hospitalares (SIH); que promove a apreciação da morbidade por meio dos formulários da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cujo propósito é efetivar o pagamento pelos procedimentos executados no decurso das internações em hospitais públicos e conveniados ao SUS. Porém, o SIH não contempla a totalidade das internações ocorridas, uma vez que suprime aquelas que se dão em emergências ou pronto socorros, que se constituem nos locais particularizados para a chegada das ocorrências de tentativa de suicídio (PINTO, ASSIS, 2015).

Minayo e Cavalcante (2015) ponderam que uma das razões para o pouco conhecimento desses eventos encontra-se relacionado com o fato de que somente os casos demasiadamente graves assomam os serviços de saúde e tornam-se estatisticamente contabilizados.

Pinto e Assis (2015, p. 1682) alertam que “a imprecisão do diagnóstico das lesões e traumas é outro fator crucial que interfere na qualidade dos dados referentes às tentativas de suicídio, pois comumente elas não aparecem vinculadas às circunstâncias que lhes deram origem”.

Segundo Conwell (2015) a proporção entre as mortes por autoextermínio e por tentativas suicidas na população geral é de 1:40; nas pessoas idosas, a proporção inicia-se em 1:4 e pode atingir a proporção limite de 1:1. O que confirma a existência de uma estreita relação entre as ideações, as tentativas e os suicídios consumados na população idosa.

Minayo e Cavalcante (2015) ao efetuarem uma revisão da literatura sobre as pesquisas acerca das tentativas de suicídio em idosos no período de 2002 a 2013, encontraram que na América do Norte, Europa e Ásia os estudos se expandiram, que na América Latina eles ainda são invulgares e na África são inexistentes. Elas também assinalam que não encontraram nenhum artigo de autor brasileiro nas bases de dados investigadas.

As pesquisadoras alertam que as maiores disparidades nas temáticas selecionadas para análise tinham a ver com as regiões de procedência dos investigadores e informam que os trabalhos oriundos da Ásia são sobretudo de cunho populacional e em grande parte deles existe coautoria com estudiosos americanos e europeus. Em geral, as produções da América do Norte e da Europa inclinam-se a aprimorar os achados, concebendo combinações e sugerindo recomendações de ação. Os artigos da América do Sul são de esfera local e a produção é intermitente, evidenciando uma escassez de investimento conceitual no tema (*Ibidem*).

Ao dissecar a evolução temporal da produção científica no período, Minayo e Cavalcante (2015, p. 1755) expressam que:

“No conjunto constata-se uma diferenciação crescente da tentativa de suicídio, que inicialmente está muito associada à depressão, doenças e transtornos. Em seguida, há uma atenção na gravidade do quadro e nos fatores de risco associados. Por fim, há uma ênfase numa pluralidade de enfoques e dimensões, quando a tentativa é analisada por gênero, etnia, idade tardia, transtornos, traumas, relacionamentos e apoio social, revelando que o tema cresce em importância e complexidade no cenário mundial”.

No que se remete às abordagens metodológicas, 94,7% dos artigos emprega os instrumentais da epidemiologia; onde trabalha-se particularmente com dados secundários ou com abordagens empíricas. Os principais materiais de exame foram: registros dos serviços de saúde, resultados de *surveys*, estatísticas populacionais, resultados de testes psicológicos e análises neuropatológicas (*Ibidem*).

Outro achado relevante na pesquisa expõe que “as tentativas geralmente sejam tratadas de modo sobreposto aos estudos de suicídios consumados, tanto do ponto de vista epidemiológico como qualitativo” (MINAYO CAVALCANTE, 2015, p.1757).

Por fim, essa revisão da literatura permite que as autoras reúnam e apontem diversas razões que estariam relacionadas com o evento, que seriam: isolamento social, mortes e perdas de pessoas referenciais, depressão, tentativas anteriores, fortes sentimentos de desesperança, comorbidades que limitam a autonomia física ou mental, sentimento de perda da função social e do sentido da existência, dores físicas permanentes e frequentes, perda da autonomia, que é sentida concomitantemente como a perda da dignidade e humilhação (*Ibidem*).

Num estudo que examina as taxas de internação por tentativas de suicídio na população idosa brasileira entre 2000 e 2014, Pinto e Assis (2015) elucidam que os índices na região Norte apresentaram uma tendência de queda em todas as faixas etárias analisadas (1 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 ou mais). Foram observados elevados índices de internação no grupo de 40 a 59 anos em quase todo o período e, com exceção dos de 10 a 19 anos, todos os outros grupos etários evidenciaram índices elevados.

As taxas mais baixas foram encontradas na região Nordeste. Foram verificadas padrões e índices similares para os grupos etários 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos, com leve tendência de aumento de internações. Na região Sudeste as séries se mostram estáveis para os idosos e com diminuição no grupo de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos. Ao se comparar com outras regiões do país, a região Sul ficou na segunda posição dentre aquelas com os índices mais baixos, a região Nordeste ficou em primeiro. Nesta região, os grupos de 20 a 39 anos e 40 a 59 anos demonstraram taxas semelhantes ao longo dos anos, oscilando entre 2 e 7 internações por 100 mil habitantes. Na região Centro-Oeste os índices relativos à população idosa variam de 3,3 e 8,4 internações por

100 mil habitantes, verificou-se que os homens apresentam os percentuais mais elevados no Norte e no Centro-Oeste; e as mulheres, nas regiões Norte e Nordeste. Neste grupo as taxas para o sexo masculino variaram entre 4,5 e 53,4 por 100 mil, e os índices femininos entre 3,0 e 49,6 por 100 mil habitantes (PINTO, ASSIS, 2015).

No grupo de idosos com 80 anos ou mais, os números mais altos foram verificados na região Norte (com 22,3 por 100 mil para os homens e 27,6 por 100 mil para as mulheres), seguidas pelas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. Vale destacar que, se comparado a outros grupos etários, as deste grupo são mais baixas e pesquisadoras notaram uma tendência de diminuição.

As autoras também chamam a atenção para uma grande limitação que o estudo do fenômeno envolve, especialmente no que tange à qualidade das informações contidas nos sistemas de mortalidade e morbidade, tais como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que elas utilizaram em sua busca, uma vez que:

“Em estudo anterior, observou-se que os estados da região Sul estão dentre as mais elevadas taxas de morte de idosos por suicídio. No presente artigo, constatou-se que, justamente nesta região, se encontram as menores taxas de internação por tentativas segundo o SIH, embora segundo o VIVA as tentativas partam dos mais baixos valores para os mais altos dentre as regiões” (PINTO, ASSIS, 2015, p. 1691).

Monteiro et al. (2015), investigando as internações hospitalares devido a lesões autoprovocadas intencionalmente e que foram atendidas no SUS entre 2002-2013, informam que ocorreram no país 105.097 internações (média de 288 casos por dia) em pessoas com idade superior a 9 anos. Dentre elas, 63.468 (60,4%) eram do sexo masculino e 41.628 (39,6%) eram do sexo feminino. As taxas de internações no período foram 5,6 por 100.000 habitantes; entre os homens foi de 6,9 por 100 mil habitantes; entre as mulheres foi de 4,4 por 100.000 habitantes.

Este estudo também apontou que entre os anos de 2010 a 2013, no bloco etário de 60 a 69 anos, a taxa de internação na população masculina foi 2,4 vezes maior que na feminina. Outro dado importante encontrado pelas autoras especifica que a principal causa de internações foi a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (MONTEIRO ET AL., 2015).

O envenenamento é o terceiro meio utilizado para o suicídio no Brasil, sendo que os agrotóxicos e os medicamentos são os principais agentes deste tipo de auto aniquilamento.

Vieira, Santana, Suchara (2015, p. 119) informam que, em 2011, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), “registrou 18.613 casos de tentativas de

suicídio por intoxicações, ocupando o segundo lugar entre as circunstâncias mais frequentes e configurando como a principal causa de morte, com 202 óbitos”.

Ao estudarem os casos notificados como tentativa de suicídio por intoxicações exógenas ocorridas no município de Barra do Garça (MT) entre 2008 e 2013, as autoras verificaram 164 ocorrências, dos quais 70,1% eram mulheres e 29,1% homens. Segundo as pesquisadoras “a faixa etária mais frequente foi de 20 a 59 anos (adulto), representando 81% dos casos, com a prevalência das mulheres (82,1%), seguido pelos idosos (10,4%)” (VIEIRA, SANTANA, SUCHARA, 2015, p. 119).

Em todo o período analisado as tentativas de suicídio foram devido a medicamentos (50%), seguido pelos agrotóxicos (26,2%); onde 46,7% dos adultos e 72,7% dos adolescentes ingeriram medicamentos e 43,7% dos idosos fizeram uso principalmente dos agrotóxicos. Os fármacos com ação no sistema nervoso foram encontrados em 60,8% das notificações; dentre os agrotóxicos, 50% das intoxicações se deram pelo uso de rodenticidas, 22,5% de piretroides, 10% por herbicidas e 10% por inseticidas. A maioria das tentativas por intoxicação tiveram local de ocorrência da exposição da própria residência (74,4%). Em 64% dos casos identificados, o tempo transcorrido entre a ocorrência e o atendimento das vítimas foi de até 12 horas após a exposição, e em 62,2% dos episódios não houve hospitalização (*Ibidem*).

Vieira, Santana e Suchara (2015, p. 121) descrevem que “foram retratadas quatro mortes provocadas pela ingestão de medicamentos, raticida, produto veterinário e agrotóxico de uso agrícola”. Entre as quatro pessoas que morreram por suicídio, três eram homens e uma mulher, sendo que dois deles eram adultos e dois eram idosos.

De acordo com Botega (2015, p. 50):

“A escolha dos métodos utilizados nas tentativas de suicídio reflete uma combinação de fatores: acesso a meios letais, as preferências individuais e culturais, e a intenção subjacente ao ato auto agressivo. Método não violento (principalmente o auto envenenamento e a ingestão excessiva de medicamentos) são mais frequentes no sexo feminino. Os homens tendem a usar métodos mais drásticos. Entre tentativas atendidas em serviços de emergência brasileiros predominam casos de ingestão excessiva de medicamentos ou venenos”.

Ao se estudar a questão do suicídio inevitavelmente esbarramos no método da autópsia psicológica, proposto por Edwin Shneidman “como um tipo de estudo retrospectivo que reconstitui o status da saúde física e mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas” (CAVALCANTE et al., 2012, p. 2040). Ou seja, este método busca conhecer as motivações que

levaram a morte auto-inflingida de uma pessoa por meio de entrevistas com diversos interlocutores que conviveram com ela.

Silva et. al. (2015) conceberam um trabalho que objetiva, a partir da fala do idoso, entender a contextualização dos sentidos subjacentes atribuídos por ele aos episódios familiares que contribuíram para que pensasse ou tentasse tirar a própria vida. Segundo as autoras as dificuldades e os problemas familiares que se encaixam entre os múltiplos fatores precipitantes da tentativa de suicídio nas pessoas dessa faixa etária seriam: perdas significativas de familiares, ocorrências de processos migratórios que distanciaram de seus familiares primários, ausência de expressões afetivas, sensação de abandono e isolamento, perda de autonomia para negociar seu próprio dinheiro, discórdias familiares; e diversos tipos de violência, tais como sexual, físico, negligência, a maioria das vezes sofridas concomitantemente ao longo da vida e repercutindo na vivência do envelhecimento.

Esses idosos, ao relatarem suas histórias deram sinais das suas expectativas em relação as suas famílias:

“Acolhimento, compreensão e liberdade para realizarem seus pequenos desejos sem serem cerceados; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição de suas capacidades; continuar a participar das decisões da família e prolongar ao máximo, as conquistas e as prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito” (Silva et. al., 2015, p. 1709).

Ao discutir e avaliar sobre as vivencias subjetivas de idosos com ideação suicida a partir dos seus relatos, Gutierrez Souza e Grubits (2015, p. 1734), apresentaram categorias empíricas que emergiram dessas falas e das histórias dessas pessoas; que seriam “(1) o não lugar do sujeito; (2) não aceitação de perdas; (3) sofrimento pela ingratidão dos familiares; (4) sensação de inutilidade existencial; (5) ressignificação das situações que geram as condutas suicidas.”

## **1.2 Envelhecimento e velhice sob a perspectiva da teoria psicanalítica de Freud**

Sigmund Freud se voltou pouco para o tema do envelhecimento e da velhice durante o desenvolvimento da teoria psicanalítica. Sua visão a respeito do envelhecimento “[...] é marcada pelo negativismo e pela concepção de que se trata de um período de decrepitude progressiva”, relacionada, principalmente, com a decadência física e com a consciência da proximidade do fim (KAMKHAGI, 2008, p. 67). Para ele, o sujeito reeditaria, nesse período da vida, modelos de fases de desenvolvimento infantis, num movimento constante de atualizações perante novas vivências e às alterações do corpo. O objetivo, ao se abordar as menções ao envelhecimento em sua obra, é criar um pequeno painel da visão freudiana sobre o envelhecer.

Os textos que citam a temática envelhecimento e/ou velhice são: *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess* (1950 [1892-1899]), onde, em carta datada de 21 de maio de 1894 (carta 18), Freud menciona brevemente a questão da senilidade nas neuroses; afirmando que a senilidade “é uma degeneração normalmente adquirida na velhice” (1996a, p. 233).

Em *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895 [1894]), Freud (1996c) aborda o tema sob a ótica da economia psíquica libidinal própria do envelhecimento. O autor explica que no climatério masculino não ocorreria uma diminuição da libido, diferentemente do climatério feminino, onde haveria um aumento da excitação somática que a psique tem dificuldade para controlar. Ele também faz referência aos casos de viuvez ou de abandono voluntário na atividade sexual nas mulheres, afirmando que estes casos poderiam se originar em decorrência de um recalque, produzindo uma negação ante a possibilidade de sentir um grande desejo sexual no momento do envelhecimento, em contradição ao aumento da libido ocasionada pela menopausa.

No Capítulo V (*O material e as fontes dos sonhos*), da obra *A interpretação dos sonhos* (1900), o tema é mencionado quando Freud relata ter sonhado com seu amigo e médico de seus filhos, Otto. Ele conta que no sonho “meu amigo Otto parecia doente. Seu rosto estava marrom e ele tinha olhos esbugalhados” (1996d, p. 296).

Realizando uma autoanálise desse sonho Freud nos relata que:

- a) o amigo o visitara no dia do sonho e sua esposa comentara que o achava fatigado e tenso;
- b) Que no sonho Otto aparecia com alguns sinais da doença de Basedow (também conhecida por bôcio difuso), fato que não condizia com a realidade;
- c) O autor se questiona sobre a relação deste sonho específico com a realização de desejos e impulsos egoístas e com o porquê da escolha desta doença acometendo o seu amigo;
- d) Relembra um episódio, ocorrido seis anos antes, em que viajava para suas férias de verão, de carruagem, com o Professor R. e que o cocheiro, ligeiramente embriagado, lança o veículo num barranco. Apesar de todos escaparem ilesos, eles tiveram que passar a noite numa estalagem vizinha, um cavalheiro (Barão L.) com claros sinais da doença de Basedow coloca-se a inteira disposição deles e pergunta como pode ajuda-los, o Professor R. lhe responde que necessita de um camisolão de dormir, o Barão L. retruca que não pode fazer isso e se retira do aposento;
- e) Relembra que Basedow, além de ser o nome de um médico, também o era de um famoso educador;
- f) Conta que pedira a Otto que cuidasse de seus filhos caso algo lhe acontecesse, mas que ao atribuir, no sonho, os sintomas da doença de Basedow ao amigo, ele estava querendo dizer que Otto não faria muito por eles, assim como o Barão L. não pôde fazer pelo Professor R., apesar de suas boas intenções. E aponta esta parte como o substrato egoísta de seu sonho;

g) Freud desenvolve a ideia de que assim como, no sonho, ele representou Otto como o Barão L., ele identificou-se com o Professor R, pois tal como o professor havia feito um pedido ao barão, ele (Freud) fizera um pedido ao amigo.

Concluindo a análise do sonho, Freud (1996d, p. 297) explica a sua identificação com o Professor R., dizendo:

“O Professor R., com quem eu realmente não me arriscaria a me comparar à maneira comum, assemelhava-se a mim no sentido de ter seguido um rumo independente fora do mundo acadêmico, e só obtivera seu merecido título na velhice. Assim, mais uma vez, eu estava querendo ser Professor! De fato, as próprias palavras “na velhice” eram uma realização de desejo, pois implicavam que eu viveria bastante para ver meus filhos atravessarem a época da puberdade”.

Nesse mesmo trabalho há uma menção a Cronos, evidenciando o problema das relações entre as gerações e a dificuldade de um pai de lidar com sua temporalidade. Kamkhagi (2008, p. 70) completa que Freud

“Coloca ênfase nos sonhos que reportam à dificuldade de aceitar que alguém muito querido possa morrer. Dessa maneira, a condensação e o deslocamento, atuantes nas representações oníricas, podem ajudar a suportar a angústia que a compreensão e a interpretação dos sonhos nos revelam sobre o envelhecer e a morte”.

Na obra *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*, de 1910, Freud (1996f) procura reconstruir detalhadamente a vida emotiva de Leonardo, descrevendo o conflito entre seus impulsos artísticos e científicos e analisando profundamente a sua história psicossexual.

Com relação à velhice, ele cita outro autor, Richard Muther, que aponta uma negação do artista a esse tema. Essa negação se manifestaria no fato de Leonardo se recusar a pintar Sant’Ana, mãe de Maria e avó do Menino, com rugas e marcas de envelhecimento. Freud (1996f) também chama a atenção para a similaridade da infância do artista com o que o quadro reproduz, pois Leonardo teve duas mães: sua mãe verdadeira (Caterina), com quem viveu os primeiros anos de vida e de quem foi separado quando contava entre 3 e 5 anos de idade; e sua madrasta (Dona Albiera), que era esposa de seu pai e uma moça carinhosa.

No mesmo trabalho, Freud (1996f, p. 138) também comenta que

“Ao atingir o ápice de sua vida, quando ingressava na casa dos cinquenta – época em que as características sexuais das mulheres já sofreram a involução, enquanto nos homens a libido, com frequência, apresenta um enérgico surto – sofreu ele uma nova transformação, [demonstrada por uma vitalidade que beneficiou sua criação artística]”.

Nessa época de sua vida Leonardo da Vinci pintou a Mona Lisa, com seu sorriso notável e misterioso, que nos fascina até os dias de hoje. Segundo Freud (1996f), ao encontrar e pintar Mona Lisa del Giocondo, o pintor resgata a lembrança do sorriso feliz e sensual de sua mãe. O quadro Sant’Ana com dois outros e a série de retratos caracterizados pelo sorriso enigmático são dessa época de sua vida. Sobre isso, Kamkhagi (2008, p. 72) afirma: “O momento em que as sombras da velhice passam a compor parte da vida e da obra de Leonardo seria, ao mesmo tempo, um período frutífero e repleto de novas composições”.

No artigo *Os sonhos no folclore* (1957 [1911]), escrito juntamente com David Ernst Oppenheim, encontramos o simbolismo das fezes relacionado com alguns sonhos folclóricos. Os autores comentam que na velhice ocorre a troca do prazer sexual pelo excretencial; e que a pulsão do erotismo genital é reprimida e substituída pelo erotismo anal. Também apontam que os sonhos de defecação podem ser sonhos de impotência tanto para homens quanto para mulheres (FREUD, 1996g).

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), Freud (1996i) salienta que a morte seria o ponto mais doloroso do sistema narcisista, afetando a imortalidade do ego através da força da realidade. Também observa que a autoestima de um indivíduo depende estreitamente da libido narcisista, que “tudo que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua autoestima [sic]” (FREUD, 1996i, p. 104) e que a compreensão de sua impotência, advinda de uma perturbação física ou mental, a diminui extraordinariamente. Elucidando esse mesmo trabalho, Kamkhagi (2008) explana que cada psiquismo poderá ocasionar um tipo específico de processo de luto e ressignificação.

No ensaio *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, redigido em 1915, Freud (1996i) dedica o segundo capítulo ao tema da nossa relação com a morte. Ele afirma que é impossível concebermos a nossa própria morte e que, ao tentarmos fazê-lo, nos encontramos na posição de espectadores. Comenta que “nossa hábito é dar ênfase à causação fortuita da morte – acidente, doença, infecção, idade avançada; dessa forma, traímos um esforço para reduzir a morte de uma necessidade para um fato fortuito” (FREUD, 1996i, p. 300).

E também discorre acerca do comportamento especial que adotamos para com a pessoa que faleceu, que é não criticá-la, negligenciarmos seus maus feitos e exaltarmos suas qualidades ao lembrá-la. Freud (1996i, p. 300) assevera: “a consideração pelos mortos, que, afinal de contas, não mais necessitam dela, é mais importante para nós do que a verdade, e certamente, para a maioria de nós, do que a consideração pelos vivos”.

A morte de alguém amado ocasionaria um completo colapso que motivaria a perda de nossas esperanças, desejos e prazeres, a ausência de qualquer alento e nada preencheria o vazio deixado pelo ente querido. A vida seria exaurida e ocorreria uma perda de interesse, uma intensificação do pesar, onde flertar com o perigo para si e para aqueles que estimamos seriam desencorajados. Freud (1996i, p. 301) descreve que:

“Ficamos paralisados pelo pensamento de quem irá substituir o filho junto à mãe, o marido junto à esposa, o pai junto aos filhos, se sobrevier um desastre. Assim, a tendência de excluir a morte de nossos projetos de vida traz em seu rastro muitas outras renúncias e exclusões”.

No mesmo trabalho, o autor explica como os homens primevos (pré-históricos) se relacionavam com a morte e compara com a forma de como lidamos com ela nos dias de hoje. Ele diz que para o homem primevo sua própria morte era inimaginável e irreal e que sua atitude perante a mesma era altamente contraditória, uma vez que, por um lado, ele a reconhecia como o término da vida, por outro, a negava e a reduzia a nada. Descreve que essa contradição se devia ao fato de ele assumir atitudes extremamente diferentes diante da morte de outras pessoas, de estranhos, de inimigos e diante seu próprio falecimento. A morte de outrem não sofria de nenhuma objeção e o homem primitivo não hesitava em causa-lo, para ele esse fenômeno expressava a extinção de alguém odiado.

O homem primitivo passa a refletir sobre a morte quando vivencia a dor de ver pessoas amadas (podia ser a esposa, o filho, o amigo) arrefecerem. Em relação a isto, Freud (1996i, p. 303) argumenta que ele:

“em sua dor, foi forçado a aprender que cada um de nós pode morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra a admissão desse fato, pois cada um desses antes amados, era, afinal de contas, uma parte de seu próprio eu amado. Por outro lado, porém, mortes como essas também o agradavam, de uma vez que em cada uma das pessoas amadas havia também alguma coisa de estranho. A lei da ambivalência do sentimento, que até hoje rege nossas relações emocionais com aqueles a quem mais amamos, por certo tinha uma validade muito mais ampla nos tempos primevos”.

Com isso o homem pré-histórico não podia mais manter-se distante da morte, uma vez que sofria a dor da perda de entes queridos, mas, ao mesmo tempo, não se mostrava disposto a reconhecê-la, pois não podia imaginar-se como morto. Ao submeter-se a esse fato, a própria morte, a saída encontrada foi negar o significado de aniquilamento. “foi ao lado do cadáver de alguém amado por ele que inventou os espíritos” e a lembrança deles serviu como base para a hipótese de outras formas de existência, culminando na concepção de uma vida que continua após a morte (FREUD, 1996i, p. 304). Essa experiência proporcionaria o surgimento da doutrina da

alma, dos primeiros mandamentos éticos e das questões filosóficas frente ao sentido da vida e da morte. Todavia, a origem da negação da morte remontaria aos tempos mais longínquos.

Por fim, Freud (1996i) aborda a questão da morte para o inconsciente. Ele sustenta que nosso inconsciente está convencido de sua própria imortalidade, pois ele desconhece tudo o que é negativo e que sob seu domínio não há a negativa e nem o tempo. Sobre isso, o pai da psicanálise explicita:

“Nosso inconsciente [...] não crê em sua própria morte; comporta-se como se fosse imortal. O que chamamos de nosso ‘inconsciente’ – as camadas mais profundas de nossas mentes, compostas de impulsos pulsionais – desconhece tudo o que é negativo e toda e qualquer negação; nele as contradições coincidem. Por esse motivo, não conhece sua própria morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo. Assim, não existe nada de pulsional em nós que reaja a uma crença na morte” (FREUD, 1996i, p. 306).

O inconsciente seria aquele que pensa e deseja o perecimento de estranhos ou inimigos e não o seu executor. Nesta instância da mente ocorreria as fantasias em que nos desvencilhamos daqueles que nos importunam, nos ofender ou nos prejudicam. Freud (1996i, p. 308) destaca que

“Da mesma forma que para o homem primevo, também para nosso inconsciente há um caso em que as duas atitudes opostas para com a morte, aquela que a reconhece como sendo a extinção da vida, e aquela que a nega porque irreal, se chocam e entram em conflito”.

Essa divergência acontece sobretudo nos casos de falecimento ou risco de morte de alguém estimado, como pais, irmãos, esposo ou esposa e amigos. Esses entes queridos equivalem uma posse interna, componentes de nosso próprio Eu e, ao mesmo tempo, são parcialmente estranhos e até adversários. O estudioso deslinda que nas relações afetivas existe uma diminuta fração de hostilidade que pode excitar um desejo de morte inconsciente.

Para Freud (1996i, p. 308) “o estudo de tais fenômenos não deixou qualquer dúvida quanto à extensão e à importância dos desejos de morte inconscientes” e finaliza que a atitude do inconsciente frente à questão da morte é quase exatamente a mesma que a do homem das épocas pré-históricas.

Apesar de ser um texto breve, *Sobre a transitoriedade* (1916 [1915]) é denso, pois nele Freud (1996i) aborda a questão de que a existência humana é transitória e de que é preciso que se executem processos de lutos relacionados às perdas e mudanças. Ele observa que “a propensão de tudo que é belo e perfeito à decadência, pode [...] dar margem a dois impulsos diferentes na

mente. Um leva ao penoso desalento [...] ao passo que o outro conduz à rebelião contra o fato consumado” (FREUD, 1996i, p. 317).

E que uma exigência de imortalidade, que é produto de nossos desejos, não consegue reivindicar seu direito à realidade. O autor não trabalha diretamente com o envelhecimento e a morte, mas podemos utilizar seus desdobramentos conceituais para refletirmos sobre estas questões.

Kamkhagi (2008, p. 73), examinando este ensaio, assevera que o Freud “apresenta a questão da necessidade de uma elaboração contínua do luto frente à passagem do tempo e seus efeitos de destruição”. Neste trabalho, Freud (1996i, p. 318) assegura que “se os objetos forem destruídos ou se ficarem perdidos para nós, nossa capacidade para o amor (nossa libido) será mais uma vez liberada e poderá então ou substituí-los por outros objetos ou retornar temporariamente ao Eu”.

O envelhecimento e a velhice podem ser considerados neste trabalho quando se pensa na transitoriedade da existência humana, onde se necessita que se realizem os processos de lutos ligados às perdas e mudanças, ou seja, esta fase da vida delimita algumas perdas de laços com o outro e impõe o luto dos objetos perdidos.

Em *Além do princípio de prazer* (1920), apesar de não discutir a questão do envelhecer ou a expectativa da própria morte, Freud (1996k) discorre longamente sobre os processos de envelhecimento de micro-organismos e suas conexões com a reprodução. Entretanto, nosso maior interesse neste trabalho se dá porque é nele que aparece pela primeira vez a expressão “pulsão de morte”.

No início dessa obra, ele explica que o curso dos eventos mentais é conduzido pelo princípio de prazer, onde uma tensão desagradável dá origem a um movimento que se direciona com a finalidade de reduzir essa tensão, buscando-se uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer. O autor busca

“Relacionar o prazer e o desprazer à quantidade de excitação, presente na mente, mas que não se encontra de maneira alguma ‘vinculada’, e relacioná-los de tal modo, que o desprazer corresponda a um *aumento* na quantidade de excitação, e o prazer, a uma *diminuição* (FREUD, 1996k, p. 17-18, grifo do autor) ”.

E depreende que o domínio do princípio de prazer na vida mental se expressa na suposição de que o aparelho mental se empenha em manter a quantidade de excitação em seu interior baixa ou por conservá-la constante (princípio da constância).

Freud (1996k) adverte que o princípio de prazer funciona a partir de um método primário, mas que, sob a perspectiva da autopreservação do organismo, que é sujeita às dificuldades do mundo externo, ele se mostra, desde o início, de maneira ineficaz e, muitas vezes, perigosa. Nessas circunstâncias, ele seria substituído pelo “princípio de realidade” que, apesar de não abandonar a intenção de obter prazer, pode exigir e efetuar o adiamento da satisfação, desistir de uma série de possibilidades de alcançá-la e tolerar temporariamente o desprazer como etapas a serem percorridas no longo e indireto percurso para o prazer.

No envelhecimento e na velhice os esforços para se evitar as frustrações e as dificuldades para se atingir experiências satisfatórias, confrontadas com as exigências físicas e cognitivas do dia a dia, podem ocasionar na pessoa sentimentos de desamparo e o princípio de realidade pode lhe sinalizar a impossibilidade de desejar realisticamente, induzindo-a ao devaneio ou ao refúgio da realidade (KAMKHAGI, 2008).

Freud (1996k) ressalta que somente um pequeno número de experiências pode ser responsabilizado pela substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade e destaca como uma delas a ocasião em que conflitos e dissensões se operam no aparelho mental enquanto o ego transpõe seu desenvolvimento para organizações mais compostas. Ele também afirma que:

“A maior parte do desprazer que experimentamos é um desprazer *perceptivo*. Esse desprazer pode ser a percepção de uma pressão por parte de pulsões insatisfaitas, ou ser a percepção externa do que é aflitivo em si mesmo ou que excita expectativas desprazerosas no aparelho mental, isto é, que é por ele reconhecido como um perigo.” (FREUD, 1996k, p. 21)

Adiante, no mesmo trabalho, ele aborda o trabalho clínico da psicanálise, descrevendo sucintamente seu objetivo e as questões que foram sendo levantadas durante o seu desenvolvimento. Exprimi que durante o processo terapêutico o princípio de prazer influencia o funcionamento da resistência do ego consciente e inconsciente quando seu propósito é evitar o desprazer que se originaria pela liberação do reprimido. E que o esforço do psicanalista se fundamentaria em proporcionar a tolerância do desprazer através do princípio de realidade.

Relacionando a compulsão à repetição com o princípio de prazer, Freud (1996k, p. 31) destaca que:

“A compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais que desde então foram reprimidos”.

Vale enfatizar que ele afirma que os processos mentais inconscientes são “intemporais”, ou seja, eles não são ordenados temporalmente, não podem ser alterados de maneira alguma pelo tempo e que sua ideia não pode ser-lhe aplicada.

Explica as pulsões sexuais como conservadoras por trazerem de volta estados anteriores de substância viva, por caracterizarem-se especialmente como resistentes às influências do mundo exterior e por preservarem a própria vida por um longo período. Também definido como pulsões de vida, “[operam contra o propósito de outras pulsões, que conduzem, em razão de sua função, à morte, e este fato indica que existe oposição entre eles e os outros” (FREUD, 1996k, p. 51).

Delimita uma nítida distinção entre as pulsões do ego, ou pulsão de morte, e as pulsões sexuais, ou pulsão de vida, sustentando que os primeiros apresentam um caráter conservador, retrógrado, correspondente a uma compulsão à repetição, são criados a partir da animação da matéria inorgânica e buscam restaurar o estado inanimado; enquanto que as pulsões sexuais, apesar de reproduzirem estados primitivos do organismo, visam perpetuamente uma renovação da vida, mantém muito mais contato com nossa percepção interna e surgem como rompedores da paz, que geram regularmente tensões cujo alívio se fazem sentir como prazer.

Detendo-se um pouco mais sobre essa questão teórica, Freud (1996k, p. 66) diz que:

“A tendência dominante da vida mental e, talvez, da vida nervosa em geral, é o esforço para reduzir, para manter constante ou para remover a tensão interna devida aos estímulos [...] tendência que encontra expressão no princípio de prazer, e o reconhecimento desse fato constitui uma de nossas mais fortes razões para acreditar na existência das pulsões de morte”.

Na obra *O futuro de uma ilusão*, redigida e publicada em 1927, o pai da Psicanálise coloca que entende a civilização humana “como tudo aquilo em que a vida humana se elevou acima de sua condição animal e difere da vida dos animais” (FREUD, 1996n, p. 15) e que podem ser observados sob dois aspectos. Um diz respeito a todo conhecimento e capacidade que o homem alcançou, buscando controlar as forças da natureza com a finalidade de adquirir riquezas para suprir suas necessidades e, o outro, relaciona-se com os regulamentos essenciais para adequar os relacionamentos entre os homens e distribuir apropriadamente as riquezas entre eles. E atesta que apesar da humanidade ter realizado avanços sucessivos em seu controle sobre a natureza, há a impossibilidade de se instituir com convicção que um avanço semelhante tenha ocorrido nos assuntos dos seres humanos.

Segundo Kamkhagi (2008, p. 72), Freud “não vê na experiência da maturidade um percurso de sabedoria, que levaria a uma possibilidade de se refletir e perceber que o tempo cronológico não pode ser negociado nem barganhado”.

O pai da psicanálise comenta que uma reorganização das relações humanas, cujo propósito envolveria remover as insatisfações para com a civilização por meio da renúncia à coerção e à repressão das pulsões, acarretaria o fim da perturbação pela discórdia interna e resultaria na dedicação do homem à conquista da riqueza e à sua usufruição; mas que esse movimento não é observado na realidade. Com isso, podemos concluir que os homens não aprenderam com o passar do tempo. E que, mesmo que ocorresse o fim da coerção, a maioria dos seres humanos não estaria apta para empreender o trabalho imprescindível para a aquisição de novas riquezas.

Freud (1996n, p. 17) nos chama a atenção para o fato:

“de estarem presentes em todos os homens tendências destrutivas e, portanto, antisociais e anticulturais, e que, num grande número de pessoas, essas tendências são suficientemente fortes para determinar o comportamento delas na sociedade humana”.

Pondera também que a civilização não pode basear-se preponderantemente na sua riqueza, nos meios de atingi-la e nos seus arranjos para distribuí-las, pois estes são ameaçados pela rebeldia e pela mania destrutiva dos que participam e sofrem as exigências dela. Dito de outra forma, o indivíduo atingido pelos danos que a civilização e os outros homens lhe impõem desenvolve um grau correspondente de resistência aos regulamentos e hostilidade para com ele.

Num outro momento deste trabalho, reflete sobre a origem psíquica das ideias religiosas. Ele defende que apesar de elas serem eleitas como ensinamentos, na verdade, elas “são ilusões, realizações dos mais antigos, fortes e prementes desejos da humanidade” (FREUD, 1996n, p. 39) e não designam experiências ou resultados finais de pensamento.

Freud (1996n, p. 39) relata que durante a infância as crianças veem-se diante de um terrível estado de desamparo, que suscita uma premência de proteção, que se dá através do amor e que é proporcionada pelo pai; que o reconhecimento de que esse desamparo continuará ao longo da vida criou a necessidade de agarrar-se à existência de um pai, mas, dessa vez, um pai mais poderoso:

“Assim o governo benevolente de uma Providência divina mitiga nosso temor dos perigos da vida; o estabelecimento de uma moral mundial assegura a realização das exigências de justiça, que com tanta frequência permaneceram irrealizadas na civilização humana; e o prolongamento da existência terrena numa vida futura fornece a estrutura local e temporal em que essas realizações de desejo se efetuarão”.

De acordo com o autor, as ilusões derivam do desejo e não precisam, infalivelmente serem falsas, irrealizáveis ou contraditórias à realidade; ou seja, uma crença é denominada de

ilusão quando sua motivação primordial envolve a realização de um desejo e, assim procedendo, sua relação com a realidade e com sua verificação são desprezadas. Comenta que muitas pessoas cindem a vida em física e espiritual, imaginando uma vida após a morte. Essa fantasia tornaria mais suportável para o idoso lidar com a finitude do corpo físico. Argumenta que, se uma pessoa não aprendeu durante a juventude ou em outros instantes de sua vida a se impor, não será em idade mais madura (velhice) que saberá fazê-lo e continuará prisioneiro da opinião dos outros.

A obra *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]), trata mais uma vez sobre um assunto sociológico e seu tema principal aborda o antagonismo irremediável entre as exigências da pulsão e as restrições da civilização. É considerado o sucessor direto de *O futuro de uma ilusão* (1927).

Nela, Freud (1996n) destaca que o propósito e a intenção de vida dos homens visam à obtenção da felicidade, através da ausência de sofrimento e do desprazer e da vivência de intensos sentimentos de prazer. Este propósito estaria intimamente relacionado com o princípio de prazer, que domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início.

Freud (1996n, p. 84-85) coloca que as possibilidades de felicidade são constantemente limitadas por nossa própria constituição e afirma que

“O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens”.

Podemos relacionar o primeiro eixo causador do sofrimento com a questão do envelhecimento, pois o autor, através de uma breve menção, relaciona a velhice como a vivência de um período de degradação e sofrimento que inevitavelmente leva à morte.

Em outro momento, analisando os avanços da medicina que proporcionaram o prolongamento da vida média do homem civilizado, Freud (1996n, p. 95) questiona: “de que nos vale uma vida longa se ela se revela difícil e estéril em alegrias, e tão cheia de desgraças que só a morte é por nós recebida como uma libertação? ”.

Observa que as pressões de todas essas possibilidades de sofrimento fizeram com que os homens moderassem suas reivindicações de felicidade, priorizando a evitação do sofrimento e colocando a obtenção de prazer em segundo plano. Para isso, o ser humano utiliza métodos que se diferenciam uns dos outros, levando em consideração a fonte de desprazer que ele quer evitar.

Ele defende que “todo sofrimento nada mais é que uma sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado” (FREUD, 1996n, p. 85).

Um método para impedir o sofrimento de nosso próprio organismo (corpo) seria a intoxicação. Nele, o consumo de substâncias, quando atinge o sangue ou os tecidos, promovem sensações prazerosas e altera significativamente a sensibilidade, proporcionando a incapacidade para receber impulsos desagradáveis, esses efeitos ocorreriam de modo simultâneo. Freud (1996n) destaca a possibilidade de existirem em nosso corpo substâncias que apresentem efeitos semelhantes.

Em relação ao segundo eixo, o temível mundo externo, o autor afirma que nossa defesa pode abarcar um afastamento, uma rejeição ou até mesmo uma recriação deste mundo, onde os seus aspectos mais insuportáveis seriam anulados e substituídos por outros mais apropriados aos nossos desejos, mas que essa saída em busca da felicidade estaria fadada ao fracasso por conta de realidade que se impõe. Outro caminho, que se apresenta como melhor, seria “tornar-se membro da comunidade humana e, com o auxílio de uma técnica orientada pela ciência, passar para o ataque à natureza e sujeita-la à vontade humana” (FREUD, 1996n, p. 85).

Segundo o autor, é o sofrimento que provém da última fonte, os relacionamentos humanos, que seria o mais penoso. Sua defesa mais imediata se dá por meio do isolamento voluntário, do manter-se afastado das outras pessoas. Aqui também está incluída a modalidade de vida centrada no amor, onde toda satisfação baseia-se em amar e ser amado. Uma de suas manifestações envolve o amor sexual, que proporcionou ao homem sua experiência mais intensa de sensação de prazer, tornando-se um modelo para a busca da felicidade. Freud (1996n, p. 90), no entanto, adverte:

“nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desesperadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor. Isso, porém, não liquida com a técnica de viver baseada no valor do amor como um meio de obter felicidade”.

Em relação ao sofrimento advindo dos relacionamentos humanos, Kamkhagi (2008, p.137) observa que esse sentimento doloroso gera ansiedade e a busca em se evitar novos confrontos com novas perdas e que “o que de forma extrema seria a perda dos objetos de amor é, em última instância, perder-se a si próprio, os ganhos as construções, enfim, tudo aquilo que constitui o sujeito e sua identidade psíquica e social se perde”.

Freud (1996n) destaca, entre as pulsões do homem, uma poderosa cota de agressividade. Sua existência está presente em todos, constituindo-se num fator perturbador dos relacionamentos humanos e, em consequência dela, a sociedade civilizada encontra-se em permanente ameaça de desintegração e utiliza-se de esforços supremos para instaurar limites e manter suas manifestações sob controle. Isso se daria por intermédio de formações psíquicas reativas.

O autor salienta que “essa pulsão agressiva é o derivado e o principal representante da pulsão de morte, que descobrimos lado a lado de Eros e que com este divide o domínio do mundo” (FREUD, 1996n, p. 126).

Sob o enfoque do desenvolvimento humano, Freud (1996n, p. 139) aponta que para o desejo de agressão se tornar inofensivo, ele deve ser introjetado, internalizado, isto é, deslocado de volta ao próprio ego; lá, ele é assumido pelo superego, cuja “função consiste em manter a vigilância sobre as ações e as intenções do ego e julgá-las, exercendo sua censura”. Essa tensão entre o severo superego e o ego resultaria em sentimento de culpa que “nada mais é do que uma variedade topográfica da ansiedade; em suas fases posteriores, coincide completamente com o medo do superego” (FREUD, 1996n, p. 138).

### **1.3 Suicídio sob a ótica da teoria psicanalítica freudiana**

Freud, com a psicanálise, engendrou explicações para o suicídio, considerando-o a partir de um enfoque individual, levando em conta principalmente o que ocorria na mente da pessoa.

Detalharemos inúmeras obras de Freud, acompanhando o desenvolvimento da temática do suicídio ao lado de conceitos psicanalíticos em forma germinal até alcançarmos seus trabalhos mais avançados que se ocupam especificamente sobre o tema até chegarmos a outros psicanalistas que trataram a questão do suicídio e das tentativas de suicídio e as ideias desenvolvidas por estes estudiosos.

Uma das primeiras referências ao suicídio na obra de Freud se encontra em *Observação de um caso grave de hemianestesia de um homem histérico* (1886). Neste artigo o suicídio mostra-se correlacionado a um estado depressivo que acometia o sujeito por ter sido acusado de roubo por uma mulher. Sobre este texto Castro (2010) ressalta que é possível perceber dois pontos: o posicionamento de Freud sobre a comunicação de ideias suicidas e a relação entre estas ideias e a acusação sofrida por este paciente. O autor também defende que Freud conservará esta posição em toda a sua obra e que a relação entre acusação e ideias suicidas sofrerá modificações (CASTRO, 2010).

No *Rascunho N* (1897), Freud tece um comentário a respeito de Werther, personagem de Goethe, da obra *Os sofrimentos do jovem Werther* (2002); que foi escrito em 1774. Neste rascunho, Freud (1996a, p. 306) diz:

“Para compor seu Werther, Goethe combinou algo que havia experimentado (seu amor por Lotte Kästner) e algo que tinha ouvido (o destino do jovem Jerusalém, que se suicidou). Provavelmente, Goethe estava brincando com a ideia de se matar; encontrou nisso um ponto de contato e identificou-se com Jerusalém, de

quem tomou emprestado o motivo para sua própria história de amor. Por meio dessa fantasia, protegeu-se das consequências de sua experiência”.

Esta obra de Goethe trata o amor de uma maneira idealizada e é representante do romantismo literário, além de tratar do suicídio amoroso. Segundo Brunhari (2015, p. 112), neste comentário Freud “aponta para a fantasia como uma proteção contra a tendência suicida emergente do fracasso amoroso”.

Alvarez (1999) conta que Werther tornou-se o mártir do amor não correspondido e passa a ser imitado pelos jovens da época tanto na maneira de se vestir quanto no ato de dar fim à vida. Essa febre de Werther estende-se por décadas em países como a Alemanha, Inglaterra, França, Holanda e Escandinávia chegando ao ponto de a obra ter sua comercialização proibida em diversos países. Tudo isso ocorre porque, para o público leigo, Werther deixa de ser apenas um personagem de um romance e passa a ser um modelo de vida, onde um estilo de hipersensibilidade e de desespero são estabelecidos, inspirando o suicídio romântico (ALVAREZ, 1999).

Botega (2015, p. 22) informa que “esse fato, na suicidologia e na área da comunicação, ficou conhecido como efeito Werther. Passou-se a temer o efeito potencial que a veiculação de casos de suicídio possa ocasionar, levando a novos suicídios, por imitação ou contágio”.

No caso clínico de Anna O. (1893), Freud (1996b) retoma a questão do suicídio agregada aos estados depressivos. Aqui, os intensos impulsos suicidas experimentados pela paciente estavam relacionados com o declínio de seu estado psíquico em uma depressão.

No capítulo VIII (*Equívocos na ação*) da obra *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901), Freud (1996e) aborda o tema do suicídio sob a perspectiva das intenções conscientes e inconscientes para o ato. Ele observa que “[...] além do suicídio intencional consciente, existe uma autodestruição semi-intencional (com uma intenção inconsciente), capaz de explorar habilmente uma ameaça à vida e mascará-la como um acidente casual” (p. 183). Também sugere que essa autodestruição não seja rara. Explica que essa tendência se encontra presente, em certa medida, em muito mais pessoas e não somente naquelas em que ocorrem os ferimentos autoinfligidos. Supõe que estas lesões são um compromisso entre essa pulsão e as forças que se opõem a ela.

O autor ressalta que, mesmo nos casos em que o suicídio se consuma “a propensão a ele terá estado presente desde longa data, com menor intensidade ou sob a forma de uma tendência inconsciente e suprimida” (FREUD, 1996e, p. 184).

Durante esta abordagem ao tema do suicídio, ele nos dá vários exemplos de casos que sugerem acidentes aparentemente casuais, mas que, sob uma interpretação mais aprofundada, confirmavam suas ideias. E aponta que:

“Mesmo a intenção *consciente* de cometer suicídio escolhe sua época, seus meios e sua oportunidade; e é perfeitamente consonante com isso que a intenção *inconsciente* aguarde uma ocasião que possa tomar a seu encargo parte da causação e que, ao requisitar as forças defensivas do sujeito, liberte a intenção da pressão destas. (FREUD, 1996e, p. 184)”.

No breve escrito *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, que foi proferido na Sociedade Psicanalítica de Viena, em 20 e 27 de abril de 1910, Freud (1996f) discute que o papel real de uma escola não é somente evitar que seus alunos cometam esse ato, mas dar-lhes o desejo de viver e proporcionar-lhes apoio numa época de seu desenvolvimento em que os jovens são compelidos a afrouxar seus vínculos com a família.

Outra questão importante deste discurso é que ele sugere a investigação da condição da melancolia e do luto como ponto de partida para se responder a indagação a respeito do suicídio. Essa indagação do autor acabou resultando no trabalho *Luto e melancolia* (1917 [1915]), em que ele faz um aprofundamento sobre a natureza da melancolia e a compara com o estado normal do luto. No texto Freud (1996i) comprehenderia o luto como um estado incitado por uma perda real. Assim na melancolia também haveria uma perda, no entanto, neste caso ela estaria atrelada a sentimentos de diminuição, auto-envilecimento e autorrecriminação. Nos dois casos, há uma inibição do Eu e uma limitação de seu campo de atividade, tendo em vista à necessidade progressiva de ir se removendo o investimento libidinal do objeto de amor, reinvestindo em outros objetos. O rebaixamento do sentimento de si chama a atenção, todavia distingue a melancolia do luto, havendo diferentes graus desse estado, culminando em certos casos com delírios de autorrecriminação e de expectativa de punição.

Na melancolia bem como no luto, há uma perda de objeto, porém na melancolia essa perda culmina na identificação com o objeto perdido. Ao invés da libido investida nesse objeto ter sido deslocada para outro, foi recolhida para o Eu e serviu para instituir uma identificação do Eu com o objeto abandonado.

Para melhor compreendermos esse processo, vale destacar que, para a psicanálise a identificação é um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p.226).

Além do que, a partir dessa identificação, o Eu passa a ser sentenciado por uma instância psíquica especial como se fosse o objeto perdido, isto é, a divergência que era entre o Eu e a pessoa estimada passa a ser entre a instância crítica e o Eu modificado pela identificação, o que esclareceria o auto-envilecimento.

Para Freud (1996i, p.251, grifo do autor) esta perda característica, “o que perdeu nesse alguém” é o pilar do que incita a melancolia, uma vez que o fundamento de toda absorção e empobrecimento do Eu não é evidente. Diferentemente do luto, em que o mundo se torna pobre e vazio, na melancolia tem-se que o Eu resulta exaurido. De acordo com o autor, o próprio Eu se torna,

“Desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível, ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente consideração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. Não acha que uma mudança se tenha processado nele [...] Esse quadro de um delírio de inferioridade (principalmente moral) é completado pela insônia e pela recusa de se alimentar, e – o que é psicologicamente notável – por uma superação da pulsão que compele todo ser vivo a se apegar à vida” (FREUD, 1996i, p. 251-252).

Ainda neste trabalho, o pai da psicanálise assegura que a auto difamação e as queixas atribuídas a si são componentes do quadro melancólico, e que este percurso de descrédito contém satisfação e corrobora com a proposta de uma perda localizada no Eu. Freud (1996i, p. 254), encontra nisto uma “chave do quadro clínico” ao defender que a autorrecriminação do Eu foi anteriormente dirigida ao objeto amado e o que ocorre é, num primeiro momento, um deslocamento da difamação voltada ao objeto e, num segundo momento, ao Eu, que será julgada por um agente crítico como causador de toda a derrocada.

Freud (1996i) confere ao processo de retorno ao Eu e de identificação ao objeto perdido às bases narcísicas da escolha objetal e também à frágil aderência ao objeto, a qual é tida como uma predominância na melancolia.

Ao compreender a melancolia ao amor e ao ódio que representam o investimento objetal, Freud (1996i) possibilita pensar o sofrimento melancólico a partir do campo pulsional. A esse respeito, Brunhari (2017, p. 88-89), comenta:

Mais do que isso, Freud obtém alguns avanços no que se refere ao suicídio desde o momento em que comprehende a interação pulsional na base do mecanismo de autodestruição do Eu. É assim que, após a ruptura do investimento objetal, tanto o amor quanto o ódio previamente direcionado ao objeto retornarão ao Eu.

Ou seja, por meio da identificação o Eu se oferece como objeto de amor, salvaguardando desta maneira o amor antes dirigido ao objeto. De maneira similar, o ódio também retorna ao Eu, sob a chancela do agente crítico, em forma do sadismo empregado na auto-tortura.

Ele aponta três precondições para a melancolia: a perda do objeto, a ambivalência e a regressão da libido ao ego. Descreve que a autotortura na melancolia significa uma satisfação das

tendências sádicas e de ódio relacionados a um objeto que retornaram ao eu do indivíduo, o que faz com que essa condição se relate com a tendência ao suicídio.

Freud (1996i, p. 257) comenta que:

“A análise da melancolia mostra agora que o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto – se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada e a um objeto, e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo. Assim, na regressão desde a escolha objetal narcisista, é verdade que nos livramos do objeto; ele, não obstante, se revelou mais poderoso que o próprio ego”.

Relacionando estas concepções com o envelhecimento e a velhice, Kamkhagi (2008, p. 79) explica que esta fase da vida envolve progressivas perdas das capacidades físicas e cognitivas, além da aparência corporal, que diminuem a condição do idoso de exercer a agressividade e que atingem “as pulsões de auto-afirmação [sic] (competência e atratividade, pulsões ativas e passivas), bem como a pulsão de apoderamento”. Com isso haveria a perda de aspectos e identificações do eu por meio de uma “desidentificação”, onde ocorreria uma melancolia pelo luto da perda dos aspectos bons desse objeto.

Esse luto nessa fase da vida impossibilitaria o reconectar-se a novos objetos, pedindo uma elaboração e ocasionando crises de angústia ou melancolia. Kamkhagi (2008, p. 80) afirma que “há uma tendência a introjetar as percepções e expectativas externas (espelhamento social) que, em geral, confinam o idoso a uma posição cada vez mais fora do jogo ou, quando muito, de figura tolerada desde que se mantenha no seu lugar”.

Beauvoir (1990, p. 607) comenta que os idosos são, muitas vezes, melancólicos e que essa descrição estaria relacionada com “perda do eu, desvalorização, futuro limitado, tédio, impotência”. Ela também relaciona estes estados com a ideação suicida.

No trabalho teórico *O ego e o id*, escrito em 1923, Freud (1996m, p. 61) nos oferece uma descrição da mente e de seu funcionamento:

“[...] o ego é formado, em grande parte, a partir de identificações que tomam o lugar de catexias abandonadas pelo id; que a primeira dessas identificações sempre se comporta como uma instância especial no ego e dele se mantém à parte sob a forma de um superego: enquanto que, posteriormente, à medida que fica mais forte, o ego pode tornar-se mais resistente às influências de tais identificações”.

Segundo ele, o superego deve sua posição especial no ego, ou em relação a ele, porque, por um lado, ele foi a primeira identificação que se realizou enquanto o ego ainda era fraco e, por outro, porque ele é o herdeiro do complexo de Édipo e, portanto, introduziu os objetos mais significativos no ego. Essa derivação do complexo paterno lhe dá a capacidade de manter-se a

parte do ego e de dominá-lo. Freud (1996m, p. 61) salienta que o superego “[...] constitui uma lembrança da antiga fraqueza e dependência do ego, e o ego maduro permanece sujeito à sua dominação”.

No decorrer do texto, o autor comenta algumas razões para um paciente, durante a análise, regredir em sua sintomatologia quando o analista expressa algum tipo de comentário sobre sua satisfação pelo progresso no tratamento. De acordo com ele, percebe-se, neste exemplo, que o analista está “tratando com o que pode ser chamado de fator ‘moral’, um sentimento de culpa, que está encontrando sua satisfação na doença e na recusa a abandonar a punição do sofrimento” (FREUD, 1996m, p. 62).

Diz que o sentimento de culpa normal (consciente) se baseia na tensão que existe entre o ego e o ideal de ego (superego), onde haveria uma condenação do ego por esta instância crítica. Comenta que na melancolia “[...] o sentimento de culpa é superintensamente consciente; nela, o ideal de ego demonstra uma severidade particular e com frequência dirige sua ira contra o ego de maneira cruel” (FREUD, 1996m, p. 63). Ou seja, neste caso, o superego aplica sua ira num objeto que foi incluído no ego por meio da identificação.

Para Freud (1996m, p. 65-66), essa ira que o superego dirige para o ego se dá por que ele conseguiu um ponto de apoio na consciência,

“[...] como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa em apreço. Segundo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura da pulsão de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo”.

Neste sentido, o idoso apresenta dificuldades para processar as frustrações acumuladas, uma vez que as chances de compensar, de buscar possibilidades equivalentes e de aprender novos modos de gratificação se reduzem. Somado a isso, os prazos se extinguem, resultando na progressiva restrição do processo desejante, restando a carência, a falta e a nostalgia. Enquanto que a esperança confiante e o vislumbre de um gozo possível paulatinamente se apagam (KAMKHAGI, 2008).

Em relação ao neurótico, o estudioso comenta que ele “[...] dá o passo para a autodestruição; é como se ele estivesse imune ao perigo de suicídio e se achasse muito bem protegido contra ele que o histérico” (FREUD, 1996m, p. 66). E que aqui se percebe que o fato do objeto ter sido retirado garante a segurança do ego.

O autor descreve que quando as pulsões destrutivas são liberadas e busca destruir o objeto, o ego luta contra elas com formações reativas e medidas de precaução, para que elas permaneçam no id. O superego, porém, entende e comporta-se responsabilizando o ego por elas e, com seriedade, pune essas intenções destrutivas. O superego também demonstra, com essa punição, que essas intenções de destruição não são meras aparências chamadas pela regressão, mas representam uma substituição do amor pelo ódio.

O envelhecimento e a velhice ocorreriam por meio de um progressivo abandono do investimento objetal, onde a base biológica da libido se enfraqueceria e haveria um declínio do interesse em novos investimentos e vínculos afetivos. Se daria uma regressão ao narcisismo primário que deslocaria a libido às fases pré-genitais, principalmente à fase anal, e a retomada de investimentos mais arcaicos e egoístas. Desse modo, esta fase da vida

“[...] traria consigo uma diminuição dos recursos pulsionais genitais das pulsões sexuais; propiciaria, ainda, uma regressão pulsional e poderia redundar em um retorno do recalado, causando um novo rearranjo e perturbações na psique” (KAMKHAGI, 2008, p. 74).

O ego, impotente em ambas as direções, se defende, tanto das estimulações assassinas do id, quanto da censura punitiva do superego, em vão. Mesmo assim, o ego consegue manter sob controle as ações mais brutais dos dois lados; tendo como resultado, em primeiro lugar, um autosuplício permanente, e fortuitamente segue-se, na medida em que o objeto estiver ao alcance, uma tortura sistemática dele (FREUD, 1996m).

As pulsões de morte são tratadas no indivíduo de várias maneiras: tornando-se inócuas por sua fusão com componentes eróticos; sendo desviadas, sob a forma de agressividade, para o mundo externo; e, mesmo assim, em grande parte continuam seu trabalho interno sem dificuldade.

Para Freud (1996m, p. 66-67), “[...] quanto mais um homem controla a sua agressividade, mais intensa se torna a inclinação de seu ideal à agressividade contra seu ego. É como um deslocamento, uma volta contra seu próprio ego”.

O autor relembra que o superego aparece de uma identificação com o pai tomado como modelo (complexo de Édipo) e explica que toda identificação desse tipo possui a natureza de uma dessexualização ou de uma sublimação, ou seja, quando uma transformação desse tipo ocorre há, concomitantemente, uma desfusão instintual:

“Após a sublimação, o componente erótico não tem mais o poder de unir a totalidade da agressividade que com ele se achava combinada, e esta é liberada sob a forma de uma inclinação à agressão e à destruição. Essa desfusão seria a

fonte do caráter geral de severidade e crueldade apresentado pelo ideal – o seu ditatorial ‘farás’. (FREUD, 1996m, p. 67).

Com esse trabalho o ego ajuda as pulsões de morte do id a alcançarem controle sobre a libido, no entanto, isso resulta no risco do ego tornar-se objeto das pulsões de morte e de ele próprio vir a perecer.

Ele aponta que para os conteúdos do id penetrarem no ego, eles se utilizam de dois caminhos: um é direto e o outro por intermédio do ideal de ego. Explicando que:

“[...] o ego evolui da percepção para o controle das pulsões, da obediência a elas para a inibição a elas. Nesta realização, grande parte é tomada pelo ideal do ego, que, em verdade, constitui parcialmente uma formação reativa contra os processos pulsionais do id” (FREUD, 1996m, p. 68).

Também salienta que o ego serve a três senhores e, por esta razão, se vê ameaçado por três perigos: o mundo externo, a libido do id e a severidade do superego. A ameaça desses perigos faz com que o ego desenvolva o reflexo de fuga, onde ele retira sua própria catexia da percepção ameaçadora ou do processo analogamente considerado no id e a emite como ansiedade. Posteriormente, esta reação primitiva viria a ser substituída pela efetivação de catexias protetoras.

Por fim, Freud (1996m, p. 70) procura distinguir o medo da morte do temor de um objeto (ansiedade realística), todavia, observa não ser uma tarefa fácil, pois

“[...] a morte é um conceito abstrato com conteúdo negativo para o qual nenhum correlativo inconsciente pode ser encontrado. Pareceria que o mecanismo do medo da morte só pode ser o fato de o ego abandonar em grande parte a sua catexia libidinal narcísica – isto é, de ele se abandonar, tal como abandona algum objeto *externo* nos outros casos em que sente ansiedade. Creio que o medo da morte é algo que ocorre entre o ego e o superego”.

Para o autor o medo da morte aparece sob duas condições: como reação a um perigo externo e como um processo interno. Cita a melancolia como em exemplo da segunda condição e explica que, neste caso, o próprio ego se abandona por que, ao invés de se sentir amado pelo superego, ele se sente odiado e perseguido pelo mesmo. E afirma que: “[...] quando o ego se encontra num perigo real excessivo, que se acredita incapaz de superar por suas próprias forças, vê-se obrigado a tirar a mesma conclusão. Ele se vê desertado por todas as forças protetoras e se deixa morrer” (FREUD, 1996m, p. 70).

Em *O problema econômico do masoquismo* (1924), Freud (1996m) nos fornece uma descrição mais completa do fenômeno do masoquismo. Segundo ele, o masoquismo pode ser observado sob três formas: como condição imposta à condição sexual (masoquismo *erógeno*), como expressão da natureza feminina (masoquismo *feminino*) e como norma de comportamento

(masoquismo moral). Ele também aponta que o prazer no sofrimento se encontra nas três formas deste fenômeno.

Freud (1996m) ressalta que a terceira forma é, sob certos aspectos, a forma mais importante assumida pelo masoquismo e, a partir disso, procura revelar novos problemas em vinculação com sentimento de culpa e o funcionamento da consciência.

Para ele, o masoquismo moral é notável, sobretudo por haver afrouxado sua vinculação com a sexualidade, ou seja, é o próprio sofrimento o que interessa, não importando que ele seja decretado por alguém que é amado ou por alguém que é indiferente. Com relação a isso, o autor diz: “[...] pode mesmo ser causado por poderes impessoais ou pelas circunstâncias; o verdadeiro masoquista sempre oferece a face onde quer que tenha oportunidade de receber um golpe” (FREUD, 1996m, p. 183).

Retomando as ideias de um texto anterior (*O ego e o id*), ele adentra na questão do sentimento de culpa e também na função do ego de unir e reconciliar reivindicações das três instâncias a que serve.

Sob esse enfoque, Freud (1996m, p. 186) explica que o masoquismo moral “[...] incide no próprio masoquismo do ego, que busca punição, quer do superego, quer dos poderes parentais externos”; onde o que está envolvido é uma necessidade que encontra a satisfação por meio da punição e do sofrimento. E complementa que:

“Dificilmente, então, pode ser um pormenor insignificante que o sadismo do superego se torne, na maior parte, ofuscantemente consciente, ao passo que a tendência masoquista do ego permaneça, via de regra, oculta ao indivíduo e tenha de ser inferida de seu comportamento”. (p. 186).

Com isso, o autor afirma que o masoquismo moral é inconsciente e traduz a expressão “sentimento inconsciente de culpa” como uma necessidade de punição às mãos de um poder paterno. Ainda esclarece que o desejo, tão presente nas fantasias, de ser espancado pelo pai estaria muito próxima de outro desejo, o de ter uma relação sexual passiva (feminina) com ele e se constituiria numa deformação regressiva. Relacionando essa explicação com o masoquismo moral, ele salienta que:

“A consciência e a moralidade surgiram mediante a superação, a dessexualização do complexo de Édipo; através do masoquismo moral, porém, a moralidade mais uma vez se torna sexualizada, o complexo de Édipo é revivido e abre-se o caminho para uma regressão, da moralidade para o complexo de Édipo” (FREUD, 1996m, p. 187).

Essa regressão não seria vantajosa nem para a moralidade, nem para a pessoa interessada. Mesmo que o indivíduo conserve a totalidade ou determinada medida de senso ético ao lado de

seu masoquismo, grande parte de sua consciência pode ter se desvanecido nele. Mais uma vez, o masoquismo gera uma tentação para realizar ações pecaminosas, que devem sofrer as consequências pelas censuras da consciência sádica ou pelo castigo infligido pelo grande poder parental do Destino. Buscando instigar a punição desse representante dos pais, o masoquista deve comportar-se de maneira desaconselhável, agir contra seus próprios interesses, destruir as perspectivas que se descerram para ele no mundo real e, talvez, até eliminar sua própria existência real.

De acordo com Freud (1996m, p. 187), “[...] a volta do sadismo contra o eu (self) ocorre regularmente onde uma supressão cultural das pulsões impede que grande parte dos componentes pulsionais destrutivos do indivíduo seja exercida na vida”. O que o leva a considerar que essa parte da pulsão destrutiva que se afastou volta-se para o ego como uma intensificação do masoquismo.

Sob o ponto de vista dos fenômenos da consciência, ele deduz que o superego assume a destrutividade que retorna do mundo externo e aumenta seu sadismo contra o ego. Sendo assim, o sadismo do superego e o masoquismo do ego complementam-se mutuamente e unem-se para ocasionar os mesmos efeitos. Freud (1996m, p. 187) afirma que:

“Só assim, penso eu, podemos compreender como a supressão de um instinto pode, com frequência ou muito geralmente, resultar em um sentimento de culpa, e como a consciência de uma pessoa se torna mais severa e mais sensível, quanto mais se abstém da agressão contra os outros”.

Ele comenta que se espera que um homem, que possui o hábito de evitar cometer atos de agressividade, que são indesejáveis sob um ponto de vista cultural, em razão disso terá uma boa consciência e espreitará seu ego com menos suspeita; como se os requisitos éticos fossem primários e a renúncia às pulsões procedesse dele. Mas, ressalta o autor, parece acontecer o inverso. Os poderes externos forçam a primeira renúncia pulsional, e é isso que origina o senso ético, que se apresenta na consciência e impõe uma posterior renúncia a pulsão. Freud (1996m, p. 188) finaliza dizendo que:

“O masoquismo moral, assim, se torna uma prova clássica da existência da fusão da pulsão. Seu perigo reside no fato de ele originar-se da pulsão de morte e corresponder à parte desta pulsão que escapou de ser voltado para fora, como pulsão de destruição. No entanto, de vez que, por outro lado, ele tem a significação de um componente erótico, a própria destruição de si mesmo pelo indivíduo não pode ser realizar sem uma satisfação libidinal”.

No próximo capítulo, serão apresentados os objetivos deste trabalho e logo após serão evidenciados os aspectos metodológicos da pesquisa, juntamente com a explanação sobre o

instrumento, procedimentos e trabalho de campo da pesquisa nacional sobre tentativa de suicídio em idosos. Além disso, será relatado como ocorreu o acesso até o idoso.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Realizar uma análise interpretativa com base na teoria psicanalítica freudiana um caso de tentativa de suicídio de idoso, buscando compreender a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva na qual se encontra a pessoa que cometeu este ato.

### 2.2 Objetivos específicos

Identificar quais são os detalhes, entre os diversos sentidos das falas do idoso e sua esposa, que foram proeminentes e as interpretações atribuídas.

Ressaltar a teoria psicanalítica freudiana como ferramenta que proporciona condições, contribuições e possibilidades para aprofundarmos as temáticas do envelhecimento e da tentativa de suicídio.

Contribuir para uma maior compreensão dos mecanismos psíquicos inconscientes no discurso e falas de idosos.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa ora apresentada se vincula diretamente à pesquisa nacional intitulada *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da Saúde Pública* (2013), desenvolvida por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/Fiocruz), a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética da referida instituição. Por se tratar de uma pesquisa de abrangência nacional, utilizamos o parecer do Comitê de Ética que foi concedido pela Fiocruz.

Todavia, a pesquisa apresentada nesta tese se diferencia do estudo nacional na medida em que adota a teoria psicanalítica freudiana para a análise dos dados coletados durante a entrevista com um idoso. A escolha do método a ser utilizado deve encontrar-se em consonância com o propósito da investigação que se pretende realizar, com os objetivos que se busca alcançar e com os pressupostos teóricos que fundamentaram a elaboração do projeto; por isso, ao se empregar a psicanálise para analisar um caso, privilegia-se o estudo de caso como método de investigação.

Segundo Creswell (2010, p. 26), a pesquisa qualitativa “é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano”. Segundo Calil e Arruda (2004, p. 188), uma pesquisa qualitativa:

Busca coletar um corpo qualitativo de dados e informações sobre o fenômeno, estudado, entendendo-se por qualitativo, aquilo que exprime qualidade, a característica de um objeto, o modo de ser, sua natureza e essência. Por isso, o método qualitativo se adapta perfeitamente às ciências humanas, já que esta busca estudar o fenômeno humano que é polissêmico e repleto de sentidos.

Desta feita, possibilita uma aproximação direta com o sujeito cujo fenômeno estudado faz parte de seu cotidiano. É também, a possibilidade de elaborar informações que não se aplicam a generalizações, mas, ao contrário, aprofundam o conhecimento em situações, sujeitos localidades e fenômenos específicos.

Ao invés de valer-se dos números como material empírico, esse tipo de investigação faz uso do texto, origina-se da construção social das realidades em aprendizado e está interessada sobretudo nos entendimentos dos participantes, em seus hábitos cotidianos e em suas experiências diárias concernentes ao evento investigado (FLICK, 2009). Ela pode ser descrita como sendo uma tentativa de se esclarecer em profundidade o significado e as características do resultado das informações que podem ser conseguidas pelo meio de entrevistas ou questões abertas, sem a mensuração quantitativa.

Minayo (2010, p. 24) ressalta que “o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam”. Ou seja, esse tipo de estudo ocupa-se com as atitudes, as crenças, os comportamentos e as ações, buscando-se compreender a maneira como as pessoas interpretam e outorgam sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem.

Ressalta-se também que: “Os estudos de caso visam explorar [...] um caso singular situado na vida real contemporânea, bem delimitado e contextuado em tempo e lugar para realizar uma busca circunstanciada de informações sobre um caso específico”. (CHIZZOTTI, 2011, p.136).

Também é importante frisar que o estudo de caso se sustenta nas proposições teóricas preestabelecidas para nortear a coleta e a análise dos dados. Deste modo a teoria serve como norma para se analisar e comparar os resultados e é ela que proporciona generalizações às proposições teóricas e não às populações ou aos universos.

Sobre isto, Yin (2010, p. 36) assegura que o estudo de caso não retrata uma amostragem e que, durante sua realização, “[...] sua meta será expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística) ”.

Os estudos de caso podem ser exploratórios, descritivos ou explanatórios. Os exploratórios sempre existiram e apresentam um motivo exploratório; os descritivos podem se realizar como uma pesquisa histórica ou um levantamento e são encontrados na sociologia e ciência política; e, por fim, os explanatórios ou únicos pode servir de base para explanações e generalizações significativas (YIN, 2010).

Em vista disso e com base no referencial teórico utilizado nesta pesquisa, a teoria psicanalítica, pode-se pensar neste estudo de caso como sendo explanatório.

Referindo-se ao campo da biografia, Freud (1996f, p. 139) comenta que

O material de que dispõe a psicanálise para uma pesquisa consta de dados da história de vida de uma pessoa; de um lado as circunstâncias accidentais e as influências do meio e, do outro lado, as reações conhecidas do indivíduo. Baseada em seu conhecimento dos mecanismos psíquicos, propõe-se, então, estabelecer uma base dinâmica para a sua natureza, fundamentada na intensidade de suas reações, e desvendar as forças motivadoras originais de sua mente, assim como as suas transformações e desenvolvimentos futuros. Se isso tem sucesso, o comportamento de uma personalidade no curso de sua vida é explicado em termos da ação conjugada da constituição e do destino, de forças internas e poderes externos.

Em *O interesse científico da Psicanálise* (1913), Freud (1996h) enumera e comenta as áreas em que sua teoria se interessaria. Seriam elas: a Psicologia, a Filologia, a Filosofia, a Biologia, os Processos de Desenvolvimento, a História da Civilização, a Ciência Estética, a Sociologia e a Educação.

Descrevendo a relação da psicologia com as descobertas psicanalíticas, Freud (1996h, p. 177) afirma: “a psicanálise não hesita em atribuir aos processos emocionais a primazia na vida mental, e revela nas pessoas normais uma inesperada quantidade de perturbações afetivas e de ofuscamento do intelecto numa frequência que não é inferior à verificada em pessoas doentes”.

Neste mesmo trabalho, o autor observa que a teoria permite a elaboração de uma psicografia de uma personalidade e afirma que a Psicanálise:

[...] nos ensina a identificar as unidades afetivas – os complexos dependentes de pulsões – cuja presença é presumida em cada indivíduo e possibilita o estudo das transformações e produtos finais que surgem dessas forças pulsionais. Revela as relações da disposição constitucional de uma pessoa e dos acontecimentos de sua vida com as realizações abertas a ela, em virtude de seus dons peculiares. Pode fazer conjecturas com mais ou menos certeza, através da obra de um artista, sobre a personalidade que reside por trás dela (FREUD, 1996h, p. 181-182).

Relacionando os métodos qualitativos com as ciências humanas, Turato (2004) ressalta a utilidade da teoria psicanalítica com esta forma de pesquisa, principalmente nos estudos que apresentem uma estruturação complexa.

Ao tratar sobre as possibilidades de pesquisa psicanalítica Silva e Macedo (2016, p. 523) diferenciam dois tipos: a pesquisa em Psicanálise e a pesquisa com o método psicanalítico. O que nos interessa é o primeiro tipo, que é descrito da seguinte maneira: “refere-se ao conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento que pode manter com a Psicanálise relações muitos diferentes, ora tomando suas teorias como objeto de estudos sistemáticos, ora como reflexões epistemológicas”. As autoras explicam que esta prática de pesquisa pode ser realizada por diferentes pesquisadores, tais como filósofos, historiadores, etc; e que a própria Psicanálise pode ser objeto deste tipo de pesquisa.

Desta feita, seguindo a perspectiva de análise proposta pela pesquisa *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública* (2013), realizou-se uma busca ativa sobre os registros de tentativas de suicídios em idosos nos municípios de Campo Grande e Dourados, no Mato Grosso do Sul; o trabalho de campo da investigação foi realizado entre novembro de 2013 a julho de 2014.

Realizamos também a busca ativa em setores relacionados à Política de Saúde dos dois municípios. Assim, em Dourados realizamos contatos com os setores ligados à saúde na

localidade. Os primeiros contatos efetivados se deram com a Casa dos Conselhos e com o Conselho do Idoso, onde foram apresentados o projeto da pesquisa, o parecer do Comitê de Ética e um Ofício da Universidade Católica Dom Bosco. Solicitado a colaboração na obtenção de informações sobre os casos de tentativas de suicídio em idosos, a resposta que obtivemos foi de desconhecimento sobre essas ocorrências na cidade.

Em seguida, foi executada uma averiguação no Sistema de Agravos e Notificações (SISNAN), onde não foi encontrado nenhum tipo de registro ou de notificação desses eventos tanto no município de Dourados quanto no estado de Mato Grosso do Sul.

A busca nos hospitais de atendimento de urgência e emergência da cidade de Dourados também revelou a ausência de informações dos casos; confirmando as informações que constam na literatura de que existe uma grande quantidade de subnotificações dos casos.

Minayo et al. (2012) ressaltam que a notificação das ocorrências de morte auto infligida se mostra como um dos pontos mais vulneráveis para o seu conhecimento. Essa subnotificação pode ser suscitada pela imprecisão ou preenchimento incorreto na certidão de óbito e pode estar relacionada a solicitações dos familiares para modificar a causa da morte, como uma tentativa de ocultar a existência do suicídio ou ao rechaço do médico ao registrar o óbito. As autoras também alertam que as incompletudes dessas informações podem estar vinculadas a justificativas religiosas, sociais e culturais, além de alegações jurídicas e estigma social acerca da morte por suicídio.

Estudos apontam que nos casos das tentativas as quantidades de subnotificações devam ser mais elevadas em virtude da tendência dos profissionais e serviços de saúde darem pouca importância à essas ocorrências, conservando os registros desorganizados e incompletos; e também pelo fato de que poucas tentativas suicidas redundam em ferimentos ou intoxicações que acarretem hospitalizações e tratamento médico (CAVALCANTE et al., 2015; MONTEIRO et al., 2015).

Na busca realizada no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Dourados também não encontramos nenhum tipo de registro desses casos. A informação obtida no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) também não possuía nenhum registro dos casos de tentativa de suicídio em idosos na cidade.

Encaminhamos à Secretaria de Saúde de Dourados, documentos que incluía um resumo do Manual de Pesquisa, o parecer do Comitê de Ética e o Ofício da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) solicitando a autorização e colaboração para a realização da pesquisa, sendo nossa

solicitação atendida pela referida secretaria. Deste modo, buscou-se o contato com os profissionais que atuam nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Houve também o contato com as coordenadoras dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em que foram delimitados os locais onde seriam realizados os primeiros encontros com as enfermeiras de algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para apresentação da pesquisa e solicitação de apoio para a busca e o contato com idosos que tentaram suicídio. Os locais definidos faziam parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 2 de Dourados, e incluíam as ESF 22, 23 e 25, localizadas no bairro Maracanã; a ESF 24 no bairro Piratininga; as ESF 36 e 37 no Ouro Verde; a ESF 43 localizada na Vila Índio; e a ESF 42 na Chácara Caiuás.

No município de Campo Grande, levamos até a Secretaria Saúde (SESAU) os ofícios solicitando colaboração para a realização da pesquisa, juntamente com o documento de parecer do Comitê de Ética e o resumo do Manual de Pesquisa. Estes documentos foram encaminhados ao Secretário de Saúde de Campo Grande, entretanto, como o prefeito eleito na última eleição, havia sido destituído de seu cargo, o secretário de saúde havia pedido demissão e o cargo ainda não havia sido preenchido, gerando morosidade no trâmite de autorização para o acesso de possíveis registros. Os documentos também foram encaminhados a outro setor, onde fomos informados da necessidade de apontarmos quais Unidades Básicas de Saúde (UBS) gostaríamos de visitar durante o percurso da pesquisa, e que a resposta para a solicitação de colaboração levaria, em média, dois meses para ser respondida. Foi nos explicado que o município possui noventa e cinco unidades de saúde, distribuídos em quatro distritos, sendo então disponibilizada a pesquisadora uma lista que continha a relação de todas as unidades de saúde da cidade. Com esta relação em mãos, o grupo de pesquisadoras iniciou um planejamento para buscar os idosos nos diversos bairros da cidade.

Neste processo elucidamos a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde de algumas Unidades Básicas de Saúde nos dois municípios. Estes profissionais possuem características peculiares de atendimento às famílias, que os aproximam da vida cotidiana das pessoas atendidas. Mensalmente, ou de acordo com a necessidade da comunidade, realizam visitas domiciliares para coleta de informações sobre a saúde da população por eles atendida, ocasionando, na maioria das vezes o estabelecimento de relações afetivas e de confiança com as famílias que relatam questões mais particulares de suas vidas, incluindo, tentativas de suicídio em idosos.

Houveram encontros com os grupos de Agentes Comunitários de Saúde nos dois municípios para esclarecimentos sobre a pesquisa, roda de conversa sobre o suicídio em idosos e coleta de informações sobre casos conhecidos de idosos que tentaram suicídio nas áreas em que aqueles profissionais atendiam. Foram relatados um caso de tentativa de suicídio em Campo Grande e um caso em Dourados.

Diante das entrevistas realizadas nos dois municípios, optamos pela análise da entrevista realizada com o idoso do município de Campo Grande, por entender que este caso explicita a tentativa de suicídio de maneira irrefutável e pelo fato de que foi uma entrevista efetuada por esta pesquisadora.

O idoso participante desta pesquisa, possui 90 anos, reside em casa própria e é aposentado. Encontra-se casado pela segunda vez há 32 anos, sua esposa é dona de casa. A primeira esposa faleceu e deste relacionamento teve quatro filhos, sendo um homem e três mulheres. Nasceu no interior de São Paulo e estudou até o 4º ano do Ensino Fundamental. Começou a trabalhar aos 10 anos de idade com o pai na lavoura; por volta dos 14 anos foi construir estradas. Mudou-se para a capital e lá trabalhou durante 40 anos em diversas indústrias metalúrgicas até se aposentar. Após a aposentadoria, conheceu a segunda esposa e mudou-se para Campo Grande, onde vive há 30 anos. Advém de uma família numerosa, ele tinha doze irmãos.

Atualmente, somente cinco irmãs estão vivas, todos os irmãos faleceram. Mantém contato esporádico com os familiares, por telefone, pois suas irmãs e suas filhas residem em São Paulo. Dois de seus filhos faleceram, o filho que veio a óbito devido a um infarto e a filha caçula que teve um câncer na garganta. Em 2013, foi submetido a três intervenções cirúrgicas: uma para retirada de pedras nos rins, outra no coração, para troca do marca-passo e a terceira para desobstrução do canal da uretra. Seu problema na uretra se agravou e resultou no uso constante e permanente de uma sonda. Sua tentativa de suicídio foi por ingestão de veneno e ele foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros; teve de permanecer internado por 4 dias e foi atendido por uma médica psiquiatra durante sua hospitalização. Após a tentativa, passa grande parte de seus dias sentado na varanda de sua casa, quieto, ou assistindo televisão. Ocasionalmente ele caminha até a frente de sua residência, mas necessita do apoio da esposa para fazer isso.

Foi realizada apenas uma visita, tentativas posteriores não foram possíveis, uma vez que a pesquisadora não conseguiu contactar o idoso e sua esposa através de contato telefônico. Este encontro se deu na residência do idoso, que aceitou prontamente participar da pesquisa e permitiu que a entrevista fosse gravada. A visita foi realizada na companhia da Agente Comunitário de Saúde. Para preservar a identidade do idoso e para caracterizar as explanações, serão utilizados

pseudônimos com a designação de pedras preciosas para as pessoas mais evocadas no relato. O idoso será reconhecido como Rubi. Durante a realização da entrevista Rubi estava acompanhado de sua esposa, Ametista, da Agente Comunitário de Saúde e de um dos filhos de Ametista, mas este último permaneceu calado durante toda a conversação.

De acordo com Calil e Arruda (2004, p. 191)

Ao lado da observação, a entrevista é um dos procedimentos básicos de coleta de dados em pesquisa qualitativa, o que possibilita o contato direto com o objeto de estudos. [...] Nela, tanto entrevistador, como entrevistado são vistos como aqueles que possuem e captam o conhecimento, numa relação de constante interação.

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado elaborado pelas coordenadoras da pesquisa nacional da Fiocruz. A orientação da contida no Manual de Pesquisa era de que deixássemos a entrevista correr livremente, sem a necessidade de realiza-la de maneira rígida. O objetivo era de que abordássemos as questões presentes no roteiro de entrevista e, ao mesmo tempo, deixássemos que os idosos conduzissem o que eles queriam contar. Desta feita, realizamos uma entrevista semiestruturada que “[...] são desenvolvidas a partir de um esquema básico, que não necessita ser seguido rigidamente” (*ibidem*, p.192). A entrevista foi gravada, usando aparelho gravador portátil e posteriormente, transcrita na íntegra. Importante destacar que o sigilo do idoso participante da pesquisa e de sua esposa, foi preservado, conforme prerrogativa da ética em pesquisa com seres humanos.

O roteiro semiestruturado era acompanhado por uma ficha de identificação do idoso onde se destacam características pessoais do entrevistado tais como nome, data de nascimento, profissão, religião, estado civil, entre outros. Ainda nesta ficha há a caracterização da família atual do participante e se houve relacionamentos anteriores. Nesta primeira etapa da entrevista o objetivo era reconhecer a organização familiar e, de certo modo, coletar informações que constituem parte da vida do entrevistado. Há também nesta ficha de identificação um campo específico para informações sobre as tentativas de suicídio que são preenchidas ao final da entrevista.

O referido instrumento qualitativo citado, é dividido em duas partes. Na primeira parte “perfil pessoal e socioeconômico” elencam-se informações sobre a pesquisa em si, ou seja, os esclarecimentos ao sujeito pesquisado sobre as motivações e interesses da pesquisa e sua disponibilidade em participar da mesma. Em seguida há a “caracterização social” com foco na organização familiar e constituição de renda do idoso, bem como a profissão que tem e se ainda consegue realizá-la; questões relacionadas à sua moradia (se própria ou não) e a organização

familiar também se integram nesta primeira fase. Ainda nesta primeira parte, no item “Retratos e modos de vida” o entrevistado pode falar sobre como vivenciou seu processo de envelhecimento; sobre perdas que geraram sofrimentos; vida religiosa e em família; sentimento sobre sua utilidade em família, entre outros.

Para análise das informações coletadas durante a entrevista, diferentemente da pesquisa nacional, optamos pela análise a partir da pesquisa em psicanálise “[...] que usa diferentes conceitos psicanalíticos e os diferentes métodos de investigação para testá-los ou aplicá-los em outros cenários” (EIZIRIK, 2006, p. 171).

No próximo capítulo, passaremos a discorrer sobre os resultados colhidos na entrevista, buscando realizar a análise a partir dos parâmetros da teoria psicanalítica freudiana.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso relatado, analisado e discutido nesta etapa é parte integrante da pesquisa *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública* (2013). No entanto, seu exame será feito sob o enfoque da teoria psicanalítica como alicerce para a sua realização.

O material colhido na pesquisa será trabalhado com falas literais e trechos da entrevista realizada, com o objetivo de estudar analiticamente o sentido dos detalhes informados e encontrados por esta pesquisadora, e das diferentes categorias de significados na narrativa.

Vale ressaltar que não existe nenhuma teoria que consiga explicar isoladamente todos os casos e situações de comportamentos suicidas, pois eles são a manifestação de diversos fatores que se relacionam de maneira específica em cada pessoa e que são o resultado de aspectos constitucionais, da história de vida, das circunstâncias sociais, de fantasias próprias sobre a morte e o pós vida, entre outros. Essa análise busca apontar algumas aproximações elucidativas, com o intuito de ampliar a visão que se tem do tema do envelhecimento e da tentativa de suicídio.

Com a intenção de preservar o anonimato dos participantes da pesquisa e para singularizar suas narrativas, se utilizará como pseudônimos para estas pessoas a designação de pedras preciosas.

O caso foi encontrado através de contatos com os coordenadores e enfermeira de um Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Campo Grande. Neste contato explicava-se a finalidade da pesquisa e solicitava-se a colaboração para sua realização, além de se apresentar o documento de parecer do Comitê de Ética. A enfermeira responsável autorizou que fosse feito contato com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Do encontro com estes profissionais tomou-se conhecimento do caso de Rubi, que havia tentado suicídio em 2013. A ACS que o visita mensalmente acompanhou esta pesquisadora para que o contato com o idoso fosse feito e esteve presente em parte da entrevista.

Vale destacar a importância deste profissional para que se tomasse conhecimento do idoso que tentou suicídio, uma vez que a busca empreendida por registros ou notificações mostrou-se infrutífera, confirmado a elevada quantidade de subnotificação destas ocorrências, que é apontada pela literatura (RIOS et al., 2013; WHO, 2014); além de facilitar o contato com Rubi, pois percebeu-se que o idoso mantinha uma relação de confiança e proximidade com a profissional.

Este encontro ocorreu numa manhã de um dia muito quente. Rubi estava sentado num sofá localizado na varanda de sua casa. Ele nos recebeu de forma amistosa, aceitou participar da

pesquisa e, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, demos início a entrevista. Sua esposa chega da rua logo em seguida e senta-se ao lado dele.

Rubi, de 90 anos, nasceu no interior de São Paulo e estudou até o 4º ano do Ensino Fundamental. Sobre sua vida laboral ele conta: “*eu trabalhava desde a idade de 10 anos. Eu trabalhava com meu pai na roça, né*”. Rubi deixa a escola para trabalhar e por volta dos 14 anos de idade foi construir estradas. Segundo ele “*eles estavam fazendo uma estrada lá na onde eu morava, eu fui trabalhar na estrada, cavoucar terra, tirar terra com a pá na carroça*” e continua “*aí depois eu vim pra cá pro estado de São Paulo em 45. Aí eu entrei em firma, né*”. Questionado sobre este período, Rubi relata “*eu trabalhei numas quatro firmas. A última firma eu trabalhei 21 anos. Foi aonde eu aposentei*”. Ele conta que foi metalúrgico e que “*fazia negócio de móveis de aço, armário de aço, eu fazia tudo quanto é coisa, né*”.

O idoso conta que se casou pela primeira vez em 1948 e que dessa relação ele teve 4 filhos, sendo três mulheres e um homem. Após 24 anos de casamento ele enviuvou. Ele também informa que tem 7 netos.

Encontra-se casado pela segunda vez com Ametista há 32 anos. Questionado sobre como eles se conheceram, Rubi responde “*eu conheci ela lá em Miranda. Eu tava pescando lá, [ela] foi com uma amiga dela lá, e eu conheci ela lá*”. Perguntado se após conhecer a esposa ele já se mudou para Campo Grande, informa “*ela foi para São Paulo, ficou um ano lá, mas não gostou*”. Ametista confirma que não gostou de lá e que “*São Paulo é muito agitado*”. Sobre a metrópole, o idoso comenta “*São Paulo não é um lugar bom para se viver, é pra quem trabalha né*” e complementa “*a gente que é aposentado, que fica, que fica só em casa, é perigoso. Tem que ficar com os portões trancados e tudo. Aqui é mais livre, né. E depois tem a família, a família dela mora tudo aqui. É que ela tem 4 filhos homem aqui, e tem os irmãos dela que mora aqui. Agora, eu aqui não tem ninguém, só tem ela mesmo*”.

Vale frisar que durante estas falas sobre o relacionamento deles e em outros momentos da entrevista, o casal, que estava sentado num sofá localizado na varanda da casa e de frente para a pesquisadora, entrelaçavam suas mãos e assim permaneciam enquanto discursavam.

Antes de prosseguirmos com a história do casal, faremos uma breve descrição do que Ametista relatou sobre si. Ela conta que tem 65 anos, e Rubi brinca “*menininha nova, né*”; nasceu no Nordeste, não estudou e possuía 18 irmãos. Pelas suas contas atualmente restaram apenas 3 irmãos. O único que também reside em Campo Grande é Topázio e ele é muito próximo do casal. Ela relata que começou a trabalhar na lavoura com o pai aos 6 anos de idade e que continuou exercendo essa função mesmo depois de casada e com filhos. Ela tem 4 filhos do seu primeiro

casamento. Ametista salienta que “*nós somos casados [pela] segunda vez, ele era viúvo, eu também*” e explica que não teve filhos com Rubi porque “*quando eu fui morar com ele, que eu casei com ele, aí já era operada*”.

Depois de viverem durante um ano em São Paulo, o casal foi morar em Miranda. Ametista relata que a rotina deles se dava da seguinte forma: “*nós saía 04:30h da manhã e ia pra beira do rio. Aí nós pescava até 05 horas da tarde. Nós levava até almoço pra beira do rio, nós ficava o dia inteiro lá na beira do rio. Aí depois nós vinha embora, quando era lá por 04:30h/05 horas nós vinha embora. Aí tomava banho, tava numa boa lá. Aí depois que nós mudou pra cá*”.

Ela conta que eles moraram durante 5 anos em Miranda em uma quitinete da COHAB que Rubi havia adquirido e acrescenta que o idoso fez, por conta própria, melhorias na moradia “*ele aumentou um quarto, aumentou uma cozinha. Ele fez uma cozinha grande, uma varanda e arrumou a casa. Ficou tudo arrumadinho*”. Também diz “*então ele trabalhava de servente de pedreiro, ele trabalhava de pintor, ele pintava. As casa[s] nossa toda a vida foi ele que pintou, né*”.

Ametista coloca que o motivo para o casal se mudar foi que ela começou a ter problemas de saúde, “*negócio de ouvido, de tudo*”, que a obrigava a se deslocar para Campo Grande a cada 15 dias para consultas e tratamento médico. Topázio, seu irmão, sugeriu que eles se mudassem para a capital e comprou o terreno e o material para a construção da casa. Ao consultarem um pedreiro para construir a moradia, Ametista descreve que o trabalhador “*pediu um preço que nem a aposentadoria dele (Rubi) dava pra pagar, né*”. E conta que a resposta do esposo foi “*não, eu não posso pagar um preço desse para você. E depois eu vou comer o quê? Então eu mesmo vou fazer*”. Ela relata que ao ser questionado pelo pedreiro se já tinha trabalhado alguma vez com essa função, Rubi teria respondido “*não, mas ninguém nasceu aprendido, então eu vou fazer pela primeira vez*” e complementa “*aí ele fez a cozinha, tudo, fez a varanda, fez o piso [...] fez um quarto*”.

Ainda sobre a casa, Ametista diz “*Com 25 dias ele deu pronto! O quarto nosso e a cozinha, porque era só essa parte ali, né. Aí fez, cobriu. Nós tinha vendido o direito da COHAB lá e ele deu prazo de 30 dias pro homem porque tinha comprado, aí quando foi com 25 dias nós foi lá pegar a mudança pra trazer pra cá. Aí aqui não tinha água encanada, de primeiro, aí tivemos que furar poço, chamar o poceiro e furar poço, né. [...] Ele fez toda a casa, cobriu e ponho toda madeira sozinho, ele ponhava uma escada aí, erguia a viga nas costas, quando tirava até eu ajudava, ele jogava em cima, arrumou tudo, cobriu numa boa. Aí depois ele fez essa varanda*”.

Orgulhoso, Rubi afirma “*fiz tudo isso aqui sozinho, sem ajudante, sem nada! Essa casa aqui, essa casa ali, tudo eu fiz sozinho*”. Enquanto fala, o idoso aponta para outra casa um pouco próxima da sua, ao que a esposa complementa “*o quarto nosso aqui, pônhou essa grade, mais essa aqui, foi tudo ele. Aqui o muro. Esse quartinho, aquele outro lá. Que essa aqui e o lado de lá é nosso, os dois*”.

O terreno onde se localiza a residência de Rubi é grande e as construções que o casal aponta durante a narrativa são de tamanho considerável. Ao ser elogiado pela construção pela pesquisadora, o idoso se mostra um pouco tímido, mas, ao mesmo tempo, orgulhoso pela sua obra.

Sua esposa declara “*então, é ele que fez. Então é isso que ele não se conforma! Só que essa época ele tinha o que? 70, 72 anos*”. É aí que adentramos na questão da importância que o trabalho e sua realização tiveram na vida de Rubi e a dificuldade que ele evidencia em não possuir mais condições de exercê-lo. Isso fica manifesto na postura do idoso que, ao acompanhar o relato da esposa sobre as construções que ele levantou sozinho tanto na antiga residência quanto na atual, transparece seu orgulho por sua realização; enquanto que, em outro momento da entrevista, ao discorrer sobre seu momento atual, ele mostra-se mais cabisbaixo e entristecido.

Essa conotação mais negativa de Rubi também se encontra presente na seguinte fala: “*Fiz 90 anos. É ano pra caramba. Eu, se não fosse essa dor, que eu já tive infarto também, né, tive dois infartos. Por causa que minha perna não segura direito. Mas se não fosse essa tontura que eu tenho, ainda trabalhava e tudo*”.

Essa fala e outros trechos relacionados à história laboral de Rubi demonstram seu grande investimento nesta área de sua vida. Segundo Roudinesco e Plon (1998, p. 13301-13302) o conceito de investimento, na Psicanálise, designa “uma mobilização da energia pulsional que tem por consequência ligar esta última a uma representação, a um grupo de representações, a um objetivo ou parte do corpo”.

É como se a representação do trabalhador desempenhasse um relevante papel como fonte de gratificação e também de realização pessoal. Freud (1996n, p. 87-88), em *O mal-estar na civilização* (1930) assevera que:

“Nenhuma técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo

plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação da existência em sociedade”.

As funções exercidas por Rubi, seja na lavoura, na construção de estradas, como metalúrgico construindo artefatos de aço ou como pedreiro ao erigir ou modificar suas residências nos fazem pensar em alguém que possuía muita força e vigor físico e que estruturou, com seu trabalho, seu próprio conhecimento e reconhecimento. A narrativa do casal nos fala de uma pessoa que, desde muito cedo adentrou no estilo de vida do trabalho e que se reconhece, em grande parte, através de uma ocupação.

A construção da residência onde o casal mora pelo próprio Rubi nos faz pensar que, além de ser uma maneira de expressar o seu cuidado e afeto para com a esposa, contém um simbolismo de autoafirmação, uma vez que, por meio do seu trabalho, ele “sustenta” e protege sua companheira e sua própria identidade. Freud (1996i, p. 104), no trabalho *Sobre o narcisismo: uma introdução*, explica

“Parece-nos que a autoestima expressa o tamanho do ego; os vários elementos que irão determinar esse tamanho são aqui irrelevantes. Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar a sua autoestima”.

Dito isso, podemos levantar a hipótese de que a autoestima de Rubi se encontra especialmente atrelada às suas realizações. Pode-se perceber este fato na sua postura quando suas construções estão sendo contadas, diferentemente de quando sua situação atual é abordada.

A frase de Rubi “*mas se não fosse essa tontura que eu tenho, ainda trabalhava e tudo*” sinaliza sua necessidade de reatualizar o conceito de si. Isso significa que seu conceito sobre si mesmo precisa ser modificado e remodelado para uma versão mais condizente com sua situação atual e essa tarefa não é fácil e muitas vezes traz consigo um certo sofrimento. As perdas que acompanham essa reatualização diminuiriam a possibilidade de exercer a agressividade e, como consequência, atingiriam especialmente as pulsões narcísicas de autoafirmação, dificultando os esforços para se impedir as frustrações e se angariar experiências de sucesso. Segundo Kamkhagi (2008, p. 79):

“Do ponto de vista psicanalítico, ao perceber (muitas vezes de forma realista) essas perdas se inscrevendo como progressivas e irrecuperáveis, diríamos que o sujeito entra em um estado de desamparo e o princípio de realidade lhe sinaliza que não há mais o que desejar realisticamente (só alucinatoriamente ou como devaneio – “refúgio da realidade”). Aqui não se trata, portanto, de um recolhimento da libido dos objetos do Eu, mas da perda de aspectos e identificações do Eu”.

Ou seja, ao contrário do que ocorre quando o Eu se identifica com aspectos positivos; aqui há um luto pela perda dos aspectos bons do objeto com o qual havia se identificado dantes. O incômodo desse luto da velhice é que a possibilidade de se reconectar a novos objetos diminui drasticamente. Esse novo Eu que vai se avistando, além de ser menos respeitável e menos desejável, dificulta uma elaboração interna e pode levar a crises de angústia ou melancolia.

Kamkhagi (2008, p. 81) enfatiza que “o estranhamento de si e certo grau de desenraizamento podem se tornar um desconforto permanente para o idoso”. A intensificação desse estranhamento dependerá da cadênciça com a qual o envelhecimento se apresenta. Ele pode ser gradual, onde a pessoa se percebe envelhecendo e perdendo a vitalidade, a atratividade e a beleza da juventude com o passar dos anos; ou pode ser repentina, onde novas transformações mais acentuadas se instalaram de repente. No caso de Rubi, podemos pensar que esse estranhamento se deu de forma repentina e está diretamente vinculada com sua condição física atual, pois aos 70-72 anos ele construiu a casa onde mora no momento.

No texto *O estranho*, Freud (1996j, p. 265) chama a atenção para o efeito de deparar-se com a própria imagem, espontânea e inesperadamente, e conta:

“Eu estava sentado sozinho no meu compartimento no carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento do que o habitual, fez girar a porta do toalete anexo, e um senhor de idade, de roupão e boné de viagem, entrou. Presumi que ao deixar o toalete, que ficava entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para espanto meu, que o intruso não era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei totalmente com a sua aparência”.

Ao se olhar no espelho e deparar-se com uma imagem ligada a um decaimento, a uma imagem com a qual ele não se identifica, isso lhe causa estranheza e o autor pensa: esse não sou eu. Essa imagem não se ajusta mais à imagem da memória, que trata da familiaridade do Eu especular. Ocorreria uma ausência de reconhecimento como imagem e não como sujeito (Goldfarb, 1998). Esse estranhamento pode colaborar para que a pessoa se sinta mais insegura a respeito de si e do mundo.

Neste novo narcisismo, a pessoa pode sofrer com as exigências dos vínculos mais familiares, que demandam um certo grau de renúncia narcísica, enquanto expectativas sobre si mesmo que se mostram grandiosas harmonizam com sentimentos de inferioridade e desadaptação. De acordo com Goldfarb (2006, p. 27) “o sujeito descentralizado de sua história e de seu destino perde o sentido histórico de sua existência, isto é, o sentido de pertença ao conjunto das relações humanas que cobram significação às singularidades da vida de cada indivíduo”. Com isso, nos

deparamos com alguém devotado intensamente ao aprimoramento do próprio Eu em acordo com o padrão narcísico.

Outro aspecto relevante presente nas falas apresentadas até aqui, diz respeito à aposentadoria de Rubi. Goldfarb (1998, p. 166) descreve que

“O homem e a mulher de sessenta anos, obrigados a se aposentar numa sociedade que enalteceu sempre o trabalho e a produção, sentem-se inúteis, acreditam não serem mais necessários. Não têm mais família para cuidar, nem trabalho a realizar, e o tempo do lazer aparece como um vazio por carecer de função social determinada. Sentem que não servem mais para nada porque assim o determina o valor utilitário do trabalho nesta sociedade”.

Em parte, esta descrição confirma o que apresentamos até o momento sobre Rubi e sua relação com o trabalho. No entanto, no caso dele, podemos considerar que sua aposentadoria lhe proporcionou uma nova forma de viver. Foi depois de aposentar-se que ele conheceu e casou-se com Ametista, que ele saiu de São Paulo e veio morar em Miranda e depois em Campo Grande e que ele aprendeu e executou sozinho a construção de sua casa. Sem contar o período em que ele pôde passar seus dias pescando com a esposa e amigos.

Sua história nos fala de uma época em que ele continuou produtivo, com novas descobertas, um novo relacionamento e novos projetos. Sem a pressão e os encargos que a atividade laboral traz, Rubi permitiu-se vivenciar atividades e experiências que lhe fossem prazerosas. Além disso, ele tinha tempo, disponibilidade, empenho e vontade (ou desejo) para investir no segundo matrimônio, que dura até hoje.

Com isso, levantamos a hipótese de que a aposentadoria para Rubi também significou uma fase de reatualização, onde, naquele momento, ele conseguiu modificar o seu conceito de si de forma positiva.

Com o que foi exposto até aqui sobre o trabalho e a aposentadoria do idoso, pode-se confirmar sua ambivalência em relação à essas questões. Laplanche e Pontalis (1997, p. 18) explicam que a ambivalência

“Pode efetivamente servir para designar as ações e os sentimentos resultantes de um conflito defensivo em que entram em jogo motivações incompatíveis; visto que aquilo que é agradável para um sistema é desagradável para outro, pode-se qualificar de ambivalente qualquer ‘formação de compromisso’. [...] conviria recorrer a ele na análise de conflitos específicos, em que a componente positiva e a componente negativa da atitude afetiva estão simultaneamente presentes, indissolúveis, e constituem uma oposição não dialética, insuperável para o sujeito que diz ao mesmo tempo sim a não”.

Retomando a entrevista com Rubi, quando questionado sobre a cirurgia ao qual ele se subordinou, o idoso responde “*Eu fiz três cirurgias, dentro de 8 meses*”. Ele conta que foi

submetido a uma cirurgia para a retirada de pedras nos rins, “*depois eu fiz cirurgia de marca passo. Aí depois eu fiz a cirurgia do canal da bexiga*”. Ametista informa que esses procedimentos eram recentes, contavam 10 meses no dia da entrevista.

A esposa de Rubi explica que “*é porque ele teve de trocar o marca passo, que fazia 8 anos que ele tava com marca passo. Aí, inclusive, ele teve dois infarto*”. A recomendação médica era para que ele trocasse o marca passo, além disso, por causa do infarto “*o marca passo ficou mais fraco, aí o coração dele enfraqueceu mais. Aí primeiro teve que fazer a cirurgia da bexiga, que era com urgência*”. E complementa: “*o problema dele, que ele começou com o problema da bexiga, quando ele começou a sentir dor e começou a privar a urina e tudo começou aí*”.

Ela relata que Rubi foi atendido por um médico do SUS, que solicitou exames, que logo foram providenciados; no entanto, a cirurgia não era agendada porque “não havia vaga na Santa Casa”. Essa espera foi se alongando e “*ele a cada dia pior, e eu correndo atrás de médico com ele. Aí fazia exames, ia no médico, não tem vaga. Aguarda vaga*” e “*o problema dele cada vez se agravando. E já foi colocar a sonda, né, porque ele não urinava*”.

Topázio, que na época morava em outra cidade, ligou para Ametista e perguntou por Rubi; ao saber da situação em que o cunhado se encontrava e da agonia da irmã, ele entrou em contato com um amigo, que era defensor público como ele, e pelo qual Ametista desconfiava “*ele entrou na justiça*” e “*aí teve que abrir processo pros médicos atender ele*”.

Ela narra que após 2 dias, Topázio ligou informando que tinha marcado uma consulta para Rubi no hospital; ao chegarem lá, o médico que os atendeu informou que a solicitação era para outra instituição de saúde e que eles deveriam se encaminhar para lá. E continua “*aí nisso as filhas dele tinha vindo de São Paulo, aí elas é que foram atrás, lá na Santa Casa. Quando chegou lá, viraram, mexeram, não resolveram nada. Aí era só a consulta, só a consulta*”.

Segundo Ametista, Topázio, que estava se mudando para Campo Grande, “*foi lá e fez um revolto danado lá e aí marcaram a cirurgia*”. Todavia, “*aí ficou quase 7 meses com essa sonda. Que a gente acha, que eu acho que mais que prejudicou ele foi essa sonda aí, usando ela direto. Sem tirar a pedra. Eu tô achando que foi isso aí. Eles falam que não, né. Mas pode ter sido*”. E prossegue: “*Então, aí foi quando operou, tirou as pedras, mas aí começou com esse problema. Começou a ter esse problema. Tirava a sonda, privava a urina. Aí trancava a urina, tinha que colocar outra sonda. Aí foi quando começava a ter que fazer esse processamento que eu tô falando pra você*”.

Ametista faz referência aos 3 procedimentos no canal da uretra que Rubi foi submetido. Ela explica “*pra fazer o alargamento porque ela estava estreitando, fechando. Aí eles fizeram o processamento 3 meses, pelo canal. Aí não deu resultado nenhum. A primeira vez, ele ainda ficou 2 dias com dificuldade pra urina, mas urinava. Aí depois, com mais 30 dias, teve que fazer o outro. Aí ele fez e ele trancou de uma vez. Aí trancou de uma vez e precisou ponha a sonda. Ficou com mais 30 dias e fez outra, aí ficou pior*”. Segundo ela, o médico informou que Rubi teria que fazer outra cirurgia “*para abrir o canal*” e que esta seria a última tentativa.

Pelo seu relato, Rubi foi operado numa quinta-feira e recebeu alta na sexta. A orientação médica era para que a sonda fosse retirada do idoso na terça-feira. “Aí meu irmão veio aqui, pegamos ele e levemos, tirou a sonda. Aí, quando foi meia-noite, ele trancou a urina e começou a gritar. Tive que ligar por meu irmão pra pegar ele e levar de novo”. Rubi foi levado para um posto de saúde e, de acordo com Ametista, os profissionais que o atenderam “não conseguiram. Três sondas, não conseguiram colocar a sonda, não passava”. Eles foram advertidos que deveriam se dirigir para um hospital.

Topázio, Ametista e Rubi chegaram a casa de saúde a 01:30h da manhã. Ela descreve “*aí eu entrei com ele, meu irmão ficou lá fora. Aí ele começou a encher a bexiga dele de novo, porque ele já tinha tirado o xixi aqui, né, ponho aquela sonda provisória de alívio. Aí ele começou a se rebolando de novo, de dor. Aí eu peguei e falei pra enfermeira: ‘Escuta, o que que vocês podem fazer?’.* ‘Ah, nós não pode fazer nada, porque os médicos só chegam amanhã, 7 horas’. *Falei: ‘Mas ele não vai aguentar até as 7 horas da manhã. É dez pras duas da manhã’.* *Falei: ‘vocês dão um jeito’*”. Rubi é submetido a uma sonda de alívio novamente e sua esposa conta “*aí fomos esperar esse bendito médico, pra chegar no outro dia 10 horas*”.

Ametista explana que entre 09h-09:30h da manhã ela questionou uma enfermeira sobre a chegada do médico e foi informada que o profissional já havia aparecido e estava examinando as fichas dos pacientes. E diz “*aí eu fiquei quieta. Aí depois o médico chegou e mandou ele apoiar pra lá e estava entupido o canal e enfiaram aquele ferro de novo, pra desentupi e poder passar a sonda. Aí ficou aí, nessa situação*”.

Neste momento a ACS pergunta se Rubi terá que ficar com a sonda definitivamente e Ametista responde que sim, “*falou que ele tem que ficar com essa sonda ou fazer aquele procedimento que fura a barriga e põe direto na bexiga. Por ele falou que a sonda é perigoso a infecção*”. As duas começam a conversar a respeito de infecção e a profissional comenta que, ao abordar Rubi sobre esse assunto ele lhe informou que está fazendo uso de medicamento para infecção e questiona se o idoso está sentindo dor. Ametista esclarece “*ele não sente dor*”. A ACS

explica que o outro procedimento também tem risco de infecção e que Rubi terá que fazer uso contínuo de fármaco para infecção. A esposa descreve que foi advertida de que a técnica corre menos de contaminação do que a sonda e desabafa “*Agora você vê, uma pessoa ficar o resto da vida [numa] situação dessa. Seja o que Deus quiser. Porque ele (o médico) falou que a bexiga dele tá muito fraca por causa da idade dele e ele fez uma cirurgia da próstata e ele fez 25 radioterapia*”.

Ametista começa a expor que Rubi fez uma cirurgia da próstata e foi submetido às sessões de radioterapia e que “*o médico falou que aquela terapia ela, ela prejudicou a bexiga*”. Ao ser interrogada sobre quando ocorreu esta intervenção, ela recorre ao marido, que responde “*foi em 2001*”. Rubi também conta “*A cirurgia toda que eu fiz, já fiz doze cirurgias. [...] Fiz duas cirurgias da coluna, fiz duas da vista e fiz três cirurgias de marca passo. Fiz uma cirurgia do joelho e uma cirurgia aqui do peito, um caroço que tinha aqui. E contando tudo dá doze*”. A pesquisadora acrescenta a operação na bexiga que ele fez também e a esposa comenta “*o que mais prejudicou ele foi isso aí*”.

Ao se abordar outros problemas de saúde, Ametista relata que o esposo “*tá com a pressão baixa e ele tá com muita tontura, mas essa tontura dele é da pressão*” e Rubi informa “*eu sinto muita tontura. Não pode nem andar quase. Eu tô sentado, não sinto tontura, mas se eu levanto, sobe aquele negócio do peito pra cabeça assim, minha vista escurece tudo, eu caí no quintal aqui. É, já caí três vezes eu. Machuquei tudo no cimento aí. Porque quando dá essa tontura ni mim, meu nervo tudo da perna, do braço pula assim. E eu não seguro o corpo, eu caio mesmo*”.

A esposa revela: “*sábado agora vai fazer 15 dias, porque ele fica aí, mas aí eu tenho que cuidar das minhas coisas, né. E como ele tava sentado lá, eu tô lá na cozinha, aí depois eu acabei de lavar a louça e peguei e fui arrumar uma roupa. Peguei um short pra um guri e fui arrumar. Quando eu sento, eu cuido dele, mas aí ele levanta e eu não vi a hora que ele levantou. Aí levantou, quando eu escutei, foi o grito. Quando olhei, ele tava no chão. Por Deus que ele não bateu a cabeça nessa mureta*”. Ela aponta a mureta da varanda onde ocorre a entrevista e prossegue “*É, faltou um tanto assim ó. Ele caiu, com esse braço aqui, mas caiu com tudo! Aí relou o joelho, relou o braço. Assim, quando ele levanta, tem que tá cuidando dele*”. Ela continua “*uma vez quando eu tô precisando ir no sacolão ali, rápido eu já falo pra ele ‘Pelo amor de Deus, você vai ficar sentado aí? Se você vai levantar, então você deita e fica deitado, porque eu fico mais tranquila’*. Aí eu pego o telefone, ponho do lado dele e tem a extensão lá, né. Aí eu ponho em cima da cama, pego uma garrafa d’água ali, deixo lá, já pra ele não levantar [...] Aí

*só sossego a hora que eu chego aqui, que eu abro essa porta, que eu vejo que ele tá deitado, ou quando ele tá sentado aqui”.*

Rubi faz uso de várias medicações. Durante a entrevista, Ametista mostrou uma sacola onde ficam guardados os remédios do idoso, que seriam para anemia, para o coração, para a bexiga, colesterol, para “*liberar a urina*” e para pressão. Sobre a anemia Rubi diz “*tô com anemia, mas muito forte*”. Ao exibir o medicamento Ferronil, a esposa fala “*esse é pra urinar. Ele toma três por dia, dois cedo e um à tarde*”.

Ela também comunica que é Topázio que a auxilia nos cuidados com a saúde do marido e relata: “*Os exames dele tá com meu irmão, porque é meu irmão que pega, então é ele que marca os médico, tudo. Compra remédio, então ele fica com a receita, né*”. Ainda sobre os fármacos, Ametista revela “*Aí o meu irmão, pra não acabar, aí ele já compra e já deixa aí. Aí vai acabando, ele já fica ‘E o remédio do Rubi, como é que tá?’*”. Aí tá com a receita, aí eu falo: ‘Tá acabando’, aí ele vai lá e compra e já...”. Interrompendo a fala da esposa, o idoso assegura “*Diz que não vale nada esses remédios aí, não muda, a mesma coisa...*”. A ACS responde: “*Mas é porque tá estabilizado o seu quadro seu Rubi. Se parar de tomar, aí piora*”, ao que Ametista comunica “*Isso que eu falei pra ele*” e acrescenta “*Eu falei pra ele ‘Você tá parecendo tão jovem, de 20 anos, 25 anos, tá com 90 anos...*”. O idoso nada responde e logo em seguida a ACS de despede, pois precisa levar sua filha ao médico.

Ao retomar a entrevista, a pesquisadora destaca a idade de Rubi, ao que ele responde: “*Fiz 90 anos. É ano pra caramba. Eu, se não fosse essa dor, que já tive infarto também, né, tive dois infarto. Por causa que minha perna não segura direito. Mas se não fosse essa tontura que eu tenho, ainda trabalhava e tudo. Porque meu corpo eu sinto bom, mas agora essa tontura minha que mata eu*”.

A fala de Rubi e o que foi descrito até aqui tratam especialmente da perda do corpo vigoroso, do declínio da força física e da agilidade, da diminuição da resistência a doenças e do surgimento de doenças crônicas-degenerativas que evidenciam os fatores biológicos que, segundo estudos, estão relacionados com a questão do envelhecimento (FERNANDES; GARCIA, 2010; FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010; GUERRA; CALDAS, 2010; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Esse declínio físico pode afetar a autoestima dos idosos, provocando o aparecimento de situações de crise. Motta (2004) salienta que estes decréscimos são tratados como problemas de saúde, uma vez que se correlacionam basicamente com a aparência do corpo, os sentimentos relacionados a ele e ao que sucede com ele.

Na psicanálise, o conceito de corpo se estrutura com a formação da instância do Eu (ou Ego). No texto de 1923, *O ego e o id*, Freud (1996m, p. 39, grifo do autor) ratifica a dimensão corpórea do Eu com as seguintes palavras:

“Um outro fator, além da influência do sistema *Pcpt.*, parece ter desempenhado papel em ocasionar a formação do ego e sua diferenciação a partir do id. O próprio corpo de uma pessoa é, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é visto como qualquer outro objeto, mas ao tato, produz duas espécies de sensações, uma das quais pode ser equivalente a uma percepção interna. A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos no mundo da percepção. Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo. O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície”.

Ou seja, o Eu deriva das sensações corporais, especialmente daquelas originadas da superfície do corpo. Seria na consciência, camada mais superficial do aparelho psíquico, que se situaria o sistema perceptivo, que assimila tanto os estímulos procedentes do mundo exterior quanto os emergentes do interior do organismo. Além de receptora dos estímulos externos, da consciência se precipitariam grande parte das ações essencialmente ordenadas que intentam modificar o mundo externo (GOLDFARB, 1998).

Durante as modificações corporais, o psiquismo acionará um conjunto de mecanismos elaborativos, designados a introduzir novamente na instância egóica este corpo estranho, que ataca os ideais narcísicos. Segundo Goldfarb (1998, p. 56), além disso: “instala-se uma tensão entre o Eu Ideal e o Eu que deve ser regulada pelo Ideal do Eu, que, como uma instância representante do social e seus discursos, pode não estar outorgando ao sujeito que envelhece um lugar do sujeito desejado”.

Ao não alcançar um lugar de reconhecimento, o Ideal do Eu vê-se impossibilitado de conservar sua função reguladora, produzindo o desmoronamento do Eu Ideal e de outras imagens narcísicas de onipotência, perfeição e sabedoria, que serão substituídas por predicados de feiúra ou horror com sua carga de castração, desmembramento e até aniquilação (GOLDFARB, 1998).

Na falha da função reguladora do Ideal do Eu, a disputa entre o Eu Ideal e a realidade corporal constitui-se especialmente pela incompletude, que como uma avalanche, desloca todas as imagens narcísicas integrantes do Eu. Com isso, irrompem-se lacunas por onde se filtram as fantasias inconscientes de castração e aniquilamento vinculadas a um Eu veementemente desvalorizado.

Concomitantemente, observamos através da fala de Rubi sobre sua idade, as limitações por ele vivenciadas e ser desejo de continuar produzindo/trabalhando, que estas restrições próprias de um corpo enfraquecido pelos anos encontram-se relacionadas com a perda de autonomia e de independência. Esse fato fica evidente na descrição de Ametista sobre os cuidados direcionados ao idoso, sobretudo no que se refere à sua saúde. As falas mostradas até o momento desvelam a pouca soberania de Rubi para tomar decisões sobre o seu corpo e a dependência dele, principalmente da esposa e do cunhado, no zelo de seu corpo e saúde.

Goldfarb (1998, p. 57) ressalta que, particularmente para os homens, o mais inquietante não é a dimensão estética da degeneração física, mas o empobrecimento orgânico, a insuficiência de força, a perda da memória e da funcionalidade e complementa “o próprio corpo [...] sentido como um estranho, porque o desejo continua forte, é o corpo que já não serve como instrumento para sua satisfação”.

O desejo de Rubi de permanecer trabalhando e ser ativo é impedido por seu corpo, que se apresenta com limitações. Suas pernas não o sustentam como anteriormente, suas tonturas exacerbam o risco e a ocorrência de quedas, seu coração necessita de um dispositivo para continuar batendo e nem urinar por conta própria ele consegue mais. Esses fatores diminuem sua capacidade para conservar a autonomia e a independência.

Segundo Freitas, Queiroz e Souza (2010) o maior temor dos idosos diz respeito à possibilidade de tornarem-se dependentes ou por não poderem executar suas atividades cotidianas.

Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2004) assinalam que essas perdas implicam num aumento progressivo da dependência e na reivindicação de variados níveis de suporte e que estas questões podem ser acirradas ou minimizadas pela existência ou inexistência de suporte familiar e/ou comunitário e pela situação financeira.

No caso de Rubi, pressupõe-se que ele conte com um forte apoio familiar, principalmente da esposa e do cunhado, para as questões relacionadas à sua saúde. No entanto, uma hipótese que pode ser trabalhada é que, ao mesmo tempo em que esse cuidado lhe outorga benefícios e demonstra afeto e carinho por parte destes familiares; ele lhe tira mais um pouco de sua autonomia.

Isso pode ser sugerido pelo fato de que durante essa parte da entrevista, grande parte das informações sobre a saúde do idoso foi relatada por Ametista. Rubi pouco falou e a pesquisadora

buscou estimulá-lo a relatar sobre esse assunto. Outro aspecto é a descrição da esposa sobre os exames e receitas médicas do idoso permanecerem com Topázio.

Um questionamento que surge é se esse arranjo, que traz consigo um cuidado e atenção muito positivos, não acaba tirando um pouco da autoria de Rubi a respeito de seu próprio corpo e estado de saúde. Com isso, percebemos mais uma vez a presença da ambivalência que envolve a situação.

Ao mesmo tempo, Rubi demonstra interesse e vontade de ser mais participativo no zelo de si quando, em determinado momento da entrevista, diz para a esposa “*É hora do comprimido das 9 horas*”. Perante o elogio da pesquisadora, ele reitera “*Nove horas tem que tomar o comprimido. Eu graças a Deus minha cabeça tá boa [...] Pela idade que eu tenho eu sinto a cabeça boa mesmo*”.

As dificuldades relacionadas à velhice e o suporte familiar proporcionados por Topázio ficam indubitáveis quando Ametista conta sobre as atribulações que o casal enfrentava para se dirigir às consultas médicas de Rubi, “*Então a nossa sorte ainda é esse meu irmão. Que dependia tudo era táxi. Que não tem condição mais de andar de ônibus, ele não aguenta mais. E [no] começo eu tinha que levar ele de ônibus*”.

Ela expõe que o casal embarcava em dois ônibus para chegar até uma praça no centro da cidade e dali utilizavam um táxi até o seu destino e acrescenta: “*mas era uma dificuldade para ele subir no ônibus, era uma dificuldade para ele descer. As vezes chegava dentro do ônibus, não tinha um filho de Deus que desse o banco pra ele sentar. Tava todo mundo sentado lá, não tava nem aí. Aí você pedia, fingia que tava dormindo pra não dar o lugar. E isso é porque tá marcado, né. Imagina se não tivesse*”.

Perguntada se está fazendo referência aos assentos destinados à idosos, deficientes e gestantes, ela responde: “*Isso. Mas não tava nem aí. Aí quando foi um dia, eu vi um estudante dentro do ônibus, que eu fiquei abismada com aquilo. Eu olhei bem pra ele e fiquei quieta, né. ‘Eu não dou banco pra ninguém’. Licença da palavra que ele usou, que eu vou te falar: ‘esses filho dum puta desses véio devia morrer todo mundo, do que enchendo o saco dentro do ônibus, tirando o sossego dos outros’*”. Em seguida Rubi afirma “*E ele não vai ficar velho, né*”.

Ametista prossegue: “*Desse jeito. Eu só olhei nele assim, falei ‘Meu Deus do céu!’*”. E o idoso reitera “*Ele não vai ficar velho, vai ficar novinho pra sempre*”. A esposa de Rubi continua “*Não dava. Um dia o motorista ainda falou assim: ‘Sai do banco pra eles, pro senhor sentar’*”. A

*moça tava sentada assim, ela fez assim ó, fingiu que ela tava dormindo, tava nem aí com ela. Aí eu falei: ‘Não, deixa pra lá’”.*

Ela conta: “*Menina, a hora que aqueles estudantes entra, parece que eles tá tudo cansado. Hoje tá pior que a gente que é de idade. Eles vão entrar, já entra igual uns, já pra sentar, sentou ali, acabou. Eles não tá nem aí. Ainda bem que agora tudo é meu irmão que leva. Leva nós, busca*”.

Ao ser indagada acerca do apoio que Topázio oferece, Ametista diz: “*Graças a Deus. Aí inclusive quando ele morava em Cuiabá, que ele já tava com dificuldade pra tomar ônibus, aí mandava dinheiro do táxi. Ele pegava [e] mandava o dinheiro*”.

Esses episódios relatados sobre o uso de transporte público podem ser estudados por meio da obra *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]), de Freud (1996n) que examina como tema principal o antagonismo inevitável entre as exigências das pulsões e as restrições da civilização. O autor ressalta que o escopo e o objetivo da vida dos homens visam à conquista da felicidade, mediante a inexistência de sofrimento e do desprazer e da vivência de acentuados sentimentos de prazer. Este propósito estaria essencialmente relacionado com o princípio de prazer, que influencia o funcionamento do aparelho psíquico desde o prelúdio da vida de uma pessoa.

Freud (1996n, p. 84-85) propõe que as perspectivas de felicidade são continuamente delimitadas por nossa própria constituição e atesta que:

“O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos fatidicamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes”.

Podemos relacionar o primeiro eixo causador de sofrimento com o declínio físico e as dificuldades descritas por Rubi com seu próprio corpo. Ao mesmo tempo, suas limitações físicas exacerbam o segundo eixo, o mundo externo, que pouco toleram sua condição atual e parcamente se compadecem de seu sofrimento.

Segundo Freud (1996n) a defesa para lidar com esse segundo eixo pode abranger um afastamento, uma rejeição ou até mesmo uma recriação deste mundo, onde suas características mais desagradáveis seriam anulados e permutados por outros mais pertinentes aos nossos desejos, porém esse expediente empregado para evitar o sofrimento estaria predestinado ao fracasso

devido à realidade que se impõe. No caso de Rubi, como se verá mais adiante, o recurso utilizado foi o afastamento, o isolamento social.

Por fim, o sofrimento que provém dos relacionamentos humanos fica fortemente evidenciado na maneira como os diversos usuários de transporte público trataram o casal, especialmente com a fala agressiva do estudante, além do comportamento negligente e pouco educado de outros passageiros. Podemos perceber que estes três eixos descritos por Freud (1996n) se sobrepõem e ocorrem quase que simultaneamente no relato do casal.

Segundo Dias, Paúl e Watanabe (2014), nossa sociedade encara velhice e morte como sinônimos e as trata como um tabu, uma vez que representam uma atemorização à ilusão de imortalidade e que é estimulada pelo mundo moderno.

Esses episódios relatados também podem ser pensados como decorrentes da conotação pejorativa com que a cultura ocidental considera a velhice, com preconceitos e estereótipos. Ao invés de ser observado como uma etapa de desenvolvimento e de adaptação, o envelhecer denotaria “um irremediável decréscimo, no qual não existiria benefícios ou características favoráveis ao desempenho de atividades, mas um declínio da vida adulta que precede a morte” (ARAÚJO; SÁ; AMARAL, 2011, p. 470).

Num trabalho que tinha o objetivo de identificar que imagem o jovem outorga ao idoso, Caldas e Thomaz (2010) encontraram que os jovens vislumbram os velhos como alguém demasiadamente dessemelhante deles; possuidores de costumes, ideias e hábitos diferentes, além de não acompanharem as concepções modernas e a realidade tecnológica. Segundo estas autoras esta visão dos jovens sobre os velhos “gera um distanciamento intergeracional, pela dificuldade de compreender e lidar com as diferenças” (CALDAS; THOMAZ, 2010, p. 82).

Outro dado relevante apontado nesta investigação assinala que os jovens afirmam que concebem ser determinante a convivência com os idosos, no entanto, eles defendem a existência de locais restritos à população desta faixa etária, evidenciando uma posição de distanciamento dos mais novos com os mais velhos. Esse hiato no trato com o idoso pode estar vinculado a incompreensão e intolerância e pode suceder devido a ausência de valorização da representação do velho como alguém com capacidade e que ao menos tem com o que colaborar, além de se dar pelo arrefecimento dos laços familiares. Caldas e Thomaz (2010, p. 83) ainda destacam que:

“[...] a imagem que eles têm do idoso é marcada principalmente por aspectos negativos, como preconceitos, desvalorização social, maus tratos, limitações biológicas e diferenças culturais. Isso fica evidente quando os jovens, ao imaginarem a própria velhice, se deparam com um sentimento de desconforto e com dificuldades de se enxergarem em tal situação”.

Os incidentes no transporte público vivenciados por Rubi e sua esposa confirmam os dados encontrados pelas pesquisadoras e nos fazem refletir sobre a velhice ser pouco valorizada pelos mais jovens. Além desse comportamento pouco acolhedor dos outros passageiros, nos chama a atenção a fala indelicada e grosseira da estudante.

Conforme Goldfarb (2006, p. 43, grifo da autora):

“[...] ante a perda das funções produtivas e reprodutivas na contemporaneidade, não há uma substituição por algo que seja investido simbolicamente pela cultura. “Capacidades produtivas” é um conceito que depende da ideologia social dominante, em que *produção* se refere só à produção de bens de consumo, à informação ou a serviços de apoio; outros tipos de produções, como as culturais, artísticas, intelectuais, de lazer ou de cuidados (de netos ou de doentes, por exemplo), não são investidas nem valorizadas quando realizadas por um idoso. Se na cultura contemporânea não há mais lugar para o papel de transmissor da tradição e dos valores ancestrais, tampouco há local para o velho que quer permanecer ativo”.

O ambiente lidaria com o velho no sentido de torná-lo inábil como sujeito, considerando-o como um embaraço, ou um problema, ou como um beneficiado, que goza de favorecimento e não de direitos (Ibidem).

Rubi, ao falar sobre os 4 filhos, relata “*Os filhos meu, só tenho duas filhas agora, morreu um filho e uma filha minha. Minha filha caçula [...]*”. Sobre o filho ele diz “*Meu filho morreu de repente. Tava sentado no sofá e morreu*”. De acordo com Ametista, o filho de Rubi faleceu de infarto fulminante. A filha caçula do idoso “*morreu de câncer. [...] Faz 3 anos*”; o câncer era na garganta e, segundo a esposa do idoso, esta filha fumava muito e tinha 48 anos quando faleceu. A idade do filho era 60 anos.

Além de confirmar as informações do idoso, Ametista discorre sobre as outras perdas de familiares sofridas por Rubi. Segundo ela: “[...] dentro de um ano e dois meses ele perdeu uma irmã, um irmão, a nora, o filho e a filha”, e continua “*Então pra ele foi um baque muito grande. Isso aí faz o quê, a filha dele vai fazer 3 anos agora ainda. Em janeiro fez 2 anos. O filho vai fazer 4. Então isso foi, diferença, a irmã dele quando ela faleceu, depois de 2 meses faleceu o filho*”. Complementa: “*Aí depois, aí nós ainda foi lá, ele, esse irmão dele ainda conversou com ele. Aí quando faz 4 mês que ele tinha visto o irmão, ele faleceu. Aí a filha dele tava doente, aí era câncer, né. Já tava muito avançado*”.

Sobre a irmã de Rubi, ela explana “*A irmã foi que ela, ela já é mais de idade, né. Porque ela faleceu já tava com 70 e poucos anos. Mas aí ela deu derrame e ficou na cadeira de rodas. Então, e ela tinha muita, tinha diabete e tudo. Aí que foi complicando mais, né*”. A respeito do irmão do idoso, Ametista descreve “[...] também ficou doente assim de repente, ficou internado,

*faleceu*"; quanto à nora: "[...] também morreu com câncer. Na garganta. Ela fumava muito". E finaliza: "Então o que mais abateu ele foi [...] essas perdas sucessíveis, né". Acerca de sua família Rubi comenta "Nós era 13 irmãos. E gente tem 5 irmã viva minha. Os irmão homem, já morreu tudo".

Em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, escrito em 1915, Freud (1996i, p. 300) discorre sobre nossa atitude perante a morte de um ente amado e salienta "nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no túmulo com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente perdido".

O autor compara a conduta do homem primevo ante a própria morte com a do homem civilizado e declara que seu proceder pouco mudou ao longo do tempo, ou seja, para ambos o próprio perecimento seria algo inimaginável e irreal. O comportamento do homem primitivo se transformaria e traria como consequência duas atitudes antagônicas diante da morte, que se abalroam e entram em contenda uma com a outra. Essa mudança sucedeu quando o homem primevo se depara com o falecimento de alguém que ele amava, que podia ser a esposa, o filho ou um amigo. Referente a isso, Freud (1996i, p. 303) destaca: "Então, em sua dor, foi forçado a aprender que cada um de nós pode morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra a admissão desse fato, pois cada um desses antes amado era, afinal de contas, uma parte de seu próprio eu amado".

Essa apreciação do pai da psicanálise de que as pessoas estimadas representam uma posse interna, um componente do próprio Eu, pode ser elucidada se ponderarmos sobre as perdas de familiares sofridas por Rubi. No senso comum, a maioria das pessoas acreditam que os filhos são uma extensão de si, são aqueles que darão continuidade à existência do "nome" da família, ao legado deixado pelos pais; a perda dos dois filhos vivenciadas pelo idoso pode figurar que, com o falecimento deles, uma parte de seu Eu também pereceu, uma vez que eles representavam simbolicamente uma extensão de seu próprio Eu.

A perda dos irmãos teria o mesmo significado; todavia, seria no sentido de desapoderar-se de uma parte de sua própria história, visto que a relação com os pais e irmãos são primordiais na constituição do Eu da pessoa. A supressão progressiva de referências remotas pode afetar a identidade, o autoconceito e a identificação com um grupo de pertença e referência.

Afora isso, essas perdas também fazem com que a pessoa passe pelo luto. No artigo *Luto e melancolia* (1917 [1915]), Freud (1996i) define o luto como uma resposta à uma perda, que pode ser de uma pessoa dileta, de alguma abstração que representava um ente estimado (como o país, a liberdade ou o ideal de outrem, por exemplo), e assim por diante.

O estudioso explica que o luto é um processo lento e gradual e que se efetiva da seguinte forma:

“O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível – é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena” (FREUD, 1996i, p. 250).

Dito de outra forma, quando ocorre uma perda, a ligação ou o investimento precisam ser desfeitos, o que pode ocasionar sofrimento à pessoa que não sabe o que fazer com essa energia livre e dificuldades para efetuar uma substituição.

No luto, é o mundo que se transfigura em pobre e vazio, há um objeto perdido, que não existe mais e o Eu “confrontado, por assim dizer, com a questão de saber se partilhará desse destino é persuadido, pela soma das satisfações narcisistas que deriva de estar vivo, a romper sua ligação com o objeto abolido” (FREUD, 1996i, p. 260).

A história de Rubi que foi exposta até o presente momento nos levar a refletir num processo de luto constante por qual o idoso tem passado. Além da perda de dois filhos, dos irmãos e da nora, ele se depara com a supressão de sua vida produtiva (como trabalhador), de sua condição física e de sua saúde. São muitos investimentos que necessitam ser dissipados e poucas perspectivas de como estruturar essa energia liberada.

A partir deste momento adentraremos na descrição da tentativa de suicídio de Rubi. O relato do evento foi feito por Ametista. Nesta parte da entrevista o idoso permaneceu em silêncio e cabisbaixo, evitando fazer qualquer tipo de contato visual com a pesquisadora.

Ao terminar de retratar as cirurgias a que Rubi foi submetido e que culminaram no uso constante e permanente de uma sonda e interpelada à respeito das repercussões observadas no idoso, Ametista emite: “Ah, ele fica chateado, mas não tem outra coisa pra gente fazer. O que vai fazer? Ele fica chateado. A família inteira fica chateada. Mas, se tirar a sonda, aí ele fica aos gritos. Aí a gente vai fazer o quê? Não tem como”. A esposa assevera que Rubi ficou mais desanimado e “Ele já não é de conversar, já fica mais quieto. Às vezes conversa, outra hora senta aí ou deita lá e fica quieto. Então, tá desse jeito”.

Ao ser inquirida se o esposo era uma pessoa falante, Ametista nega e comunica “ele nunca era assim de conversar, pra dizer que era uma pessoa assim que conversava bastante. Mas conversava, né. Conversava, ria, agora não. Agora isso aí é a coisa mais difícil você ver ele dar uma risada”. Ela confirma que percebeu uma acentuada mudança no marido após a cirurgia no canal da uretra e enuncia “Olha, ele fez aí pra um tempo atrás, ele tentou se suicidar, chegou a

tomar Baygon”. Estimulada a dar maiores esclarecimentos, conta “diz o médico que tava entrando em depressão”.

Segundo ela, o episódio ocorreu há menos de um ano, “depois que ele operou”, num dia em que ela levou Rubi até um posto de saúde para realizar uma ultrassonografia. Ao retornarem, o ancião encontrava-se desassossegado, “aí ele levantava e sentava aqui. Aí deitemo, ele pegou e falou para mim: ‘Você deita no outro quarto, porque eu nem durmo e você vai dormir’. Mas eu não ia dormir, porque [ele] tava desenquieto, não parava nem na cama, nem em canto nenhum”.

A agitação de Rubi chama a atenção da esposa e ela passa a vigiá-lo. Ele insiste para que ela vá se deitar e Ametista se recusa; então “eu falei: ‘Óia, eu vou pegar a minha agenda e vou ligar pro Topázio. Vou levar você lá pra colocar sonda’”. O idoso responde: “Não, espera um pouco. Eu vou tomar uma água e vejo se consigo urinar. Essa sonda me enche o saco”. Ela informa que se dirigiu até o quarto para pegar sua agenda e que “já era 11 horas [...] da noite”; concomitantemente, Ametista separa uma roupa para o esposo vestir e deixa em cima da cama. Ela elucida “aí ele tava aqui, ele tava com o bendito que eu não vi. Ele escondeu, pôs no bolso. [...] Pegou da lata e pôs no vidro e escondia ali. E eu nem percebi”.

Enquanto Rubi entrou no banheiro, Ametista o aguarda na porta; “aí ele veio, com os olhão arregalado, aí eu falei pra ele: ‘Senta lá na cama pra trocar o short, que eu vou chamar o Topázio pra levar você pra colocar a sonda’. Porque nós já tem a sonda comprada. Porque vai no posto, já não tem”. O idoso responde que não é necessário e, ao ser interpelado sobre a razão da negativa, ele replica “não precisa porque eu vou morrer”. Diante do estranhamento da esposa, Rubi declara “eu acabei de beber veneno” e nega que se trate de uma brincadeira. Ao ser perguntado sobre o que ingeriu, ele retruca “eu tomei Baygon e tomei veneno de rato”. Ametista narra “só que eu não tinha veneno de rato aqui em casa. Menina, aquilo me deu um baque na minha cabeça! Eu falei: ‘Meu pai do céu! Meu Jesus, me socorre!’. Aí eu só peguei a chave aqui, eu tenho um filho meu que mora depois dessa casa aqui. Depois daquele pé de manga ali, tem um filho meu, meu filho mais velho mora lá”.

Ametista saí em busca de socorro e encontra o filho que havia retornado da igreja. Ela explica o que aconteceu e “ele com a minha nora, eles chegaram aqui, ele (Rubi) tava na cama”. Ao ser inquirido sobre o motivo que o levou a agir dessa forma, Rubi teria retorquido: “porque eu tô cansado de sofrer, cansado de sofrer essa vida. Eu tô sofrendo muito”. A nora de Ametista telefona para o SAMU e é informada de que não há uma ambulância disponível. Ametista liga para Topázio e é orientada para que se dirija a um pronto socorro e que ele os encontraria lá. Em seguida, um membro do Corpo de Bombeiros entra em contato com a família para informa-los de

que membros da corporação estavam se dirigindo para a residência do casal e solicitando que alguém os aguarde em frente da casa.

Os bombeiros que atenderam o chamado se dirigem até Rubi e um deles pergunta o que estava acontecendo, ao que o idoso responde: “eu operei, fiz essa cirurgia, agora eu não urino direito. E eu quero morrer, tô cansado de viver sofrendo”. De acordo com Ametista, o bombeiro teria refutado “não, mas esse problema do senhor é fácil. A gente leva, passa uma sonda e tal”. O idoso repete para o bombeiro “tomei Baygon e veneno de rato”; e Ametista, ao ser interpelada sobre a posse do veneno, informa “Não, o veneno de rato eu não tenho. Agora o Baygon eu tenho porque eu passo em casa por causa de pernilongo, né”.

O bombeiro pede para que seu companheiro efetue uma busca e o recipiente em que Rubi armazenou o veneno é localizado na lixeira. Este outro membro da corporação, aspira o interior do recipiente e confirma tratar-se de Baygon.

O filho de Ametista questiona novamente Rubi sobre o propósito de ter consumido veneno e comenta que a família do ancião culparia sua mãe pelo ato, ao que Rubi teria alegado “Não, porque eu fiz uma carta. Fiz uma carta”. A esposa explana: “Aí meu guri veio que a carta, tava bem no canto do sofá. Ele fez um canudo assim que nem um charuto e enfiou ali. Aí meu guri chegou, achou a carta. Ele falando pra não me culpar, que eu era muito boa pra ele, que ele tava cansado de viver...”.

A pesquisadora não teve acesso a essa carta escrita por Rubi, pois, conforme Ametista “meu irmão que tá com essa carta [...] Ele tinha escrito tudo. [...] Eu tinha uma cópia, nem sei onde é que tá. Nem sei onde tá”.

Em relação ao socorro prestado a Rubi e acontecimentos posteriores à tentativa de suicídio dele, a esposa descreve: “Aí peguemo ele, levemo aqui no 24 horas aqui do posto [...] Aí lá deram lavagem, encaminharam ele pra Santa Casa, já no balão de oxigênio. Aí levemo ela pra Santa Casa, ele ficou 4 dias. [...] Lá no pronto socorro internado. Aí foi que veio a médica psiquiatra e conversou com ele e passou um remédio. Só que agora tá difícil marcar essa consulta pra esse médico. Eles deram o papel, encaminhamento, inclusive tá com o meu irmão, só que meu irmão já foi lá duas vezes e não consegue. Porque é demorado, porque eles tão atendendo mais o, os que já tem, né. Então tem que agendar e esperar. Então o meu irmão tá pensando assim, de marcar um particular”.

Ametista continua: “porque quando ele tava no pronto socorro veio um médico e uma médica. Atendeu ele lá. Aí depois tem o médico do coração dele, que é particular, que é o Dr. R.

Aí o meu, o Dr. R. que deu esse nome do médico pro meu irmão marcar particular. Como ele ainda tá tomando remédio, porque ele deu a outra consult... deu a outra receita pela aquela que a médica deu, né. Então a gente tá esperando ele ficar mais forte assim, porque ele tá tomando muito remédio já. E esses remédios você sabe que é forte, né. Então o meu irmão tava pensando em dar... Ontem mesmo ele tava comentando comigo que ele vai entrar em contato com a filha dele (Rubi) pra ver o que que ela acha que pode fazer, né. Aí você vai pagar particular, porque se for pelo SUS, pelo amor de Deus. É um Deus me acude!".

Indagada acerca da reação das filhas de Rubi sobre sua tentativa de suicídio, Ametista conta que elas ficaram assustadas e “elas ficaram revoltadas [...]. Só que é que nem eu falei pra elas: ‘Só que vocês não vão me culpar’. Ela falou: ‘Não, nós não vamos te culpar, porque nós sei que você cuida do meu pai. Isso é dele, é da cabeça dele’. Então, graças a Deus essa parte elas não me culparam, né”. De acordo com ela, Topázio tirou uma cópia da carta que Rubi havia escrito e que foi encontrada na noite em que ele atentou contra sua própria vida, e enviou para as filhas do idoso. Topázio guardou esta carta com ele.

Ainda discorrendo a respeito dos acontecimentos subsequentes à tentativa de suicídio do marido, Ametista diz: “Aí, graças a Deus, de lá pra cá ele tá tudo bem, né. Ele não tentou mais não. Mas tá deprimido, né. Aí ele não se conforma, ele tá assim e tal. Eu falei pra ele: ‘Ué, mas é que a gente não se conforma’. Eu falei pra ele: ‘Mas é uma coisa que Deus promete pra você aquilo e vai ser aquilo, né. Não adianta você querer correr’. E tá aí”.

Questionada a respeito de possuir preocupação de que Rubi volte a tentar suicídio, a esposa confirma essa apreensão. Para ela, as questões de saúde e, especialmente, a última operação no canal da uretra, que findaram no uso contínuo e duradouro de sonda, repercutiram negativamente no marido; junto a isso, a perda de familiares num curto espaço de tempo, seriam as motivações que levaram Rubi a atentar contra sua própria vida.

Segundo relato, Rubi foi levado a um posto de saúde no dia de sua tentativa de suicídio e, ao retornar para casa, mostrava-se inquieto. Ele insistia para que a esposa fosse dormir e perambulava pela casa. Sentindo o desconforto do marido, Ametista passa a vigiá-lo e, em determinado momento, comunica ao idoso que entrará em contato com Topázio para que Rubi seja levado para “colocar sonda”. O idoso teria respondido “não, espera um pouco. Eu vou tomar uma água e vejo se consigo urinar. Essa sonda me enche o saco.”

Podemos perceber a importância que a dificuldade de urinar por conta própria e o uso constante de sonda apresenta na história de Rubi, juntamente com sua condição física e de saúde.

Ela diz respeito a um corpo que não funciona mais plenamente e que necessita de cuidados constantes.

A esse respeito, Goldfarb (1988, p. 44) comenta:

“o sofrimento, causado por exemplo por uma doença, vem informar que algo que acreditávamos invulnerável pode ser afetado, que algo que permanecia oculto pode aparecer, provocando também uma reação em que o testemunha; dizemos então que dor e emoção são “relacionais”, pois realizam uma conexão entre o corpo sensorial e um corpo relacional. Mensageiros, porque além de falar das próprias manifestações somáticas possibilitam diferentes leituras das reações dos outros.”

Ao refletirmos sobre as repercussões ocorridas com o surgimento e estabelecimento da doença de Rubi, temos a impressão de que especialmente a última enfermidade (problemas no canal da uretra) o afetou consideravelmente, a ponto de ser registrada como um dos motivos que o levou a atentar contra a própria vida. Também, temos a percepção de que a dinâmica entre o casal se modificou, pois pelo relato, a impressão que se tem e de que Ametista se porta mais como mãe do que como esposa do idoso; especialmente pelo tom de voz reprimenda que descreve como se sucedeu a tentativa de suicídio de Rubi, o idoso permaneceu quieto, de cabeça baixa, de mãos entrelaçadas sobre as pernas, lembrando uma criança quando está com vergonha por ter feito uma traquinagem e está levando uma bronca.

Continuando a descrição dos fatos sucedidos na noite da tentativa de suicídio do idoso, de acordo com Ametista, Rubi armazenou uma quantidade de veneno (“*Baygon*”) num recipiente de vidro e guardou consigo, “*e eu nem percebi*”. Rubi entra no banheiro e é neste local que ele ingere o veneno que tinha em seu poder enquanto sua esposa o aguardava na porta. Ao sair, ela conta que ele parecia estar assustado e o casal retoma o diálogo a respeito de chamarem Topázio para se dirigirem até um posto de saúde para que Rubi coloque uma sonda. O idoso diz que não será necessário “*porque eu vou morrer. Eu acabei de beber veneno. Eu tomei Baygon e tomei veneno de rato.*”

Podemos inferir que a tentativa de suicídio de Rubi foi planejada, pois ele separou e armazenou o veneno em um receptáculo, transportou escondido junto a si, tentou persuadir a esposa a ir dormir, escreveu uma carta e, não conseguindo despistar Ametista, realiza o ato no banheiro. Ao mesmo tempo, ele conta para sua companheira o que fez e que tipo de substância ingeriu. A esposa esclarece “*só que eu não tinha veneno de rato aqui em casa.*” Não conseguimos esclarecer o porquê de Rubi elencar este outro veneno.

Ametista fica chocada e sai em busca do filho mais velho para pedir socorro. Ela retorna com o filho e encontra Rubi “na cama”. *A justificativa de Rubi para o seu ato é “porque eu tô cansado de sofrer, cansado de sofrer essa vida. Eu tô sofrendo muito.”*

Essa fala do idoso ressalta o sofrimento sentido por ele. Mais uma vez podemos nos reportar ao trabalho de Freud (1996n) *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]) em que ele destaca a tendência do homem de evitar o sofrimento e que o princípio do prazer é uma tendência que tem como missão libertar o aparelho mental de excitações que causam desprazer. Em *Além do princípio de prazer* (1920), o autor aponta que grande parte do desprazer que é vivenciado é um desprazer perceptivo e que ele pode ser uma assimilação de pressão advindas das pulsões desagradáveis, ou ser a percepção exteriorizada do que é aflitivo em si mesmo ou o que excita expectativas insatisfeitas no aparelho mental, ou seja, que ele identifica como uma ameaça.

Neste trabalho, Freud (1996i) dá início a reflexões que culminam na conceituação de pulsão de morte. A expressão extrema da pulsão de morte pode ser identificada por meio da agressividade e da destrutividade. No entanto, quando há limitação dessa agressividade, ela transforma-se em autodestruição. Quanto mais uma pessoa reprime o desejo de dirigir seus impulsos agressivos versus o mundo externo, mais risco ocorre de voltar essa agressividade contra si próprio. Assim podemos explicar o masoquismo moral. Seu risco implica no fato de que se origina da pulsão de morte e que corresponde à parte da pulsão que escapou de ser dirigido para essa fora, como destrutividade. O próprio aniquilamento de si mesmo tem sinônimo de um componente erótico não podendo realizar-se sem uma satisfação libidinal.

Para Freud, esta é a demonstração de uma síntese das pulsões, ou seja, não se pode falar das duas pulsões (de vida e de morte) separadamente, uma da outra, porque estão sempre se confundindo, ambas atuam na vida mental da pessoa. Como se fossem duas linhas condutoras que num movimento espiral em algum momento se fundem.

Ametista relata que o SAMU foi acionado, mas são os bombeiros que prestam socorro. Para os socorristas, Rubi alega que tentou suicídio porque “*eu operei, fiz essa cirurgia, agora não urino direito. E eu quero morrer, tô cansado de viver sofrendo*”, ao que o bombeiro teria respondido: “*não mas esse problema do senhor é fácil. A gente leva, passa uma sonda e tal*”.

Para analisarmos a tentativa de suicídio de Rubi temos que elucidar que a hipótese de uma teoria freudiana do suicídio toma a melancolia como modelo. Em *Luto e melancolia* (1917 [1915]) o autor assevera que o luto é um estado provocado por uma perda real, e na melancolia a perda está atrelada a sentimentos de menos valia e a autorrecriminação, pois ocorreria uma identificação com o objeto perdido. Ou seja, na melancolia, em vez da libido investida no objeto

perdido se destaca para outro, ela é recolhida para o Eu e serve para estabelecer uma identificação com o objeto abandonado. Além disso, a partir dessa identificação, o Eu passa a ser julgado por uma instância crítica, o que explicaria o auto-envilecimento.

Quando Freud (1996i, p.257) afirma,

A análise da melancolia mostra agora que o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, poder tratar a si mesmo como um objeto – se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com os objetos do mundo externo.

Ele quer esclarecer que o Eu incide à autodestruição na proporção em que se identifica a um objeto; e que o Eu que se identifica desta maneira sendo alvo do sadismo que o faz render-se sob a sombra deste objeto.

Ao se relacionar este trabalho de Freud (1996i) com o relato do caso de Rubi, podemos apontar algumas ponderações. Refletindo sobre as perdas reais dos filhos e familiares sofridas por Rubi, podemos aventar a possibilidade de que, por conta do curto espaço de tempo, em que essas perdas ocorreram (em um ano e dois meses, ele perdeu o filho, uma filha, dois irmãos e a nora), e pelo processo de luto, segundo Freud (1996i), ser lento e gradativo, sua situação encontra-se mais próxima ao de um quadro melancólico.

Neste sentido, Rubi não consegue deslocar o investimento de sua libido dos familiares perdidos (objeto amado) para outro objeto; essa libido retornaria ao Eu do idoso, que se identificaria com o objeto perdido. Essa identificação produziria um empobrecimento do Eu de Rubi, onde esse Eu se torna destituído de valor (incapaz) levando a uma autorrecremiação, que pode ser ilustrada quando o idoso afirma que se não fosse suas condições físicas e de saúde, ele ainda trabalhava; ou quando ele relata que sente tonturas, que suas pernas não o sustentam e que ele já caiu no quintal de sua casa.

Posteriormente essa autorrecremiação de Rubi desloca-se ao seu próprio Eu que, julgada por uma instância crítica, torna-se designo do sadismo e submete-se à autodestruição. Essa configuração trabalhada por Freud (1996i) contribui para analisarmos e compreendermos a tentativa de suicídio de Rubi. Podemos correlacionar essa preposição freudiana à respeito da melancolia com a perda do trabalho; da possibilidade de urinar por conta própria, sem o uso de sonda, neste caso seria a perda de um objeto parcial, por tratar-se do equivalente simbólico de uma parte do corpo.

Para entendermos melhor essa similitude, convém destacarmos o termo objeto para a psicanálise. Segundo Laplanche e Pontalis (1992, p. 321):

“A nação de objeto encarada em psicanálise sob os seguintes aspectos principais: (a) enquanto correlativo da pulsão, ele é aquilo em que e por que está procura atingir a sua meta, isto é, um certo tipo de satisfação. Pode tratar-se de uma pessoa ou de um objeto parcial, de um objeto real ou de um objeto fantasístico. (b) enquanto correlativo do amor (ou do ódio), trata-se então da relação da pessoa total, ou da instância do ego, com um objeto visado também como totalidade (pessoa, entidade, ideal, etc.). (o adjetivo correspondente seria “objetal”).”

Ao nos debruçarmos sobre as alegações de Rubi para sua tentativa suicida, percebemos que muito mais que morrer, o idoso deseja por um fim a um sofrimento que para ele, é insuportável.

Kamkhagi (2008, p. 12-13) alerta que:

“No envelhecer o desejo de morrer é algo que deve ser observado com bastante cuidado, pois diferentemente de outras fases da vida, este desejo escapa dos ideais românticos. Ele não surge de um gesto impulsivo, às vezes, ligado à perda de um grande amor. Ele representa o cansaço de um cotidiano, no qual a pessoa não percebe mais a sua real importância. Assim, a morte é a escolha de um outro lugar, já que não existe mais nenhum espaço possível de trânsito”.

Dito isso, não podemos deixar de destacar a resposta do bombeiro para Rubi frente a sua justificativa para o seu ato.

O comentário de Brunhari (2017, p.204) refere-se aos profissionais de saúde, mas acreditamos que sua ponderação estende-se aos socorristas, bombeiros e outros profissionais que deparam-se com o evento. Segundo o autor, o suicídio causa “mal estar [...] entre os profissionais de saúde e a sequela disso é o silenciar, o calar que não tem no direcionamento a outros equipamentos de saúde a garantia de uma implicação subjetiva de qualquer ordem em relação ao ato suicida.”

De acordo com Ametista, ao ser socorrido, Rubi foi levado até um posto de saúde, onde foi submetido a uma lavagem estomacal. Em seguida, ele foi encaminhado para Santa Casa, com balão de oxigênio e ficou internado por 4 dias. Durante sua internação, “*veio a médica psiquiatra e conversou com ele e passou um remédio*”. A esposa disse que ele foi diagnosticado com depressão, e que não conseguiram marcar uma consulta com o médico psiquiatra.

Estudos apontam que em cada três tentativas de suicídio, somente uma é atendida em serviço médico de urgência, por se tratar de uma lesão muito grave; e que existe um contingente muito grande de pessoas que procuram atendimento ambulatorial ou aqueles que nem buscam ou não necessitam de tratamento para suas lesões (MONTEIRO et. al., 2015; PINTO; ASSIS, 2015).

Portanto, de modo geral, os serviços de urgência e emergência constituem porta de entrada daqueles que atentam contra sua própria vida. Brunhari (2017, p. 203) destaca que esses

serviços se caracterizam pelo acolhimento de uma demanda de urgência médica e pela estabilização, tratamento e encaminhamento nos casos de uma lesão provocada intencionalmente e que:

“esta acaba sendo a única forma de abordagem das tentativas de suicídio. Esta tentativa é assim reduzida aos termos de uma lesão, de um traumatismo orgânico, sem que qualquer outra forma de abordagem seja propiciada. Obviamente não se questiona a pertinência da intervenção e conduta médica nestes casos, contudo atentamos para o fato de que é muito comum em serviços de urgência e emergência que estes pacientes recebam apenas este cuidado especializado.”

Um dado relevante da noite em que Rubi atentou contra sua própria vida diz respeito à carta que ele escreveu. Frente ao comentário de que Ametista seria responsabilizada por seus familiares pelo seu ato, o idoso teria argumentado: “*não porque eu fiz uma carta*”; que é encontrada no canto do sofá onde o casal estava sentado, lado a lado, pelo filho de Ametista que diz: “*Ele fez um canudo assim que nem um charuto e enfiou ali*”. Em relação ao conteúdo da carta: “*Ele falando pra não me culpar, que eu era muito boa para ele, que tava cansado de viver*”.

Infelizmente, não tivemos acesso à esta carta, pois Topázio tirou uma cópia, enviou para as filhas de Rubi e guardou o original consigo. Ametista informa que as enteadas reagiram com susto e revolta ante ao ato do pai e garantiram “*nós não vamos te culpar, porque nós [sabemos] que você cuida do meu pai. Isso é dele, é da cabeça dele*”.

As duas filhas de Rubi e cinco irmãs do idoso residem em São Paulo. O contato entre eles é por telefone, “*de vez em quando né*”.

Rubi passa dias sentados, “*ou ali no portão, mas com dificuldade, hoje diz que tava aguando as plantas ali*”. Ele também assiste televisão: “*eu gosto de jornal também. O que gosto mais é de jornal, né. E a novela pra distrair, né. Agora filme, eu não gosto de filme. Eu nem assisto filme, eu não gosto*”.

Quando a pesquisadora pergunta a Rubi se ele participa ou frequenta alguma atividade para terceira idade, Ametista responde; “ele nunca sai”; sobre o motivo, ele declara: “*Porque a gente pra ir nesses lugares tem que ter carro próprio aí o meu irmão tem as ocupações dele, é o único que tem carro né. Mas ele já faz muito, já leva em médico, já tudo né. Então... E outra que ele não aguenta. Ele não aguenta ficar aí. Não aguenta, não adianta. É que nem o médico fala, tem que caminhar, mas ele não aguenta caminhar! Agora vocêvê, essa rua nossa de pedra como tem pedra ai! Vai andar, vai... cai em cima dessas pedras vai ser pior, se machuca, vai ser pior. Ele não aguenta ir até aqui no portão ele não aguenta, esses dias tentou ir eu tive que ajudar ele, ele voltar. As vezes a gente vai com ele no médico, quando chega no portão ali que ele desce, já dá essa tontura e já tem que segurar ele, correr já pegar uma cadeira pra ele sentar ou puxa*

*aquele banco ali e põe, pego o andador, porque ele tem cadeira de rodas e tem o andador e tem a cadeira de tomar banho, quando ele operou ele ficou com dificuldade pra tomar banho então tem que sentar em uma cadeira pra dar banho, né. Então, quando ele tá melhor, é bengala né. Mas quando ele tá com dificuldade tem que pegar o andador”.*

As falas até aqui descritas evidenciam que Rubi vive ou encontra-se em forte isolamento social. Seus familiares residem em outra cidade e os contatos telefônicos são esporádicos; ele passa seus dias em casa, ora sentado, ora assistindo televisão; ele apresenta consideráveis dificuldades de locomoção, mal consegue se dirigir até o portão de casa, que dirá caminhar na rua (de pedra); sua companhia é a esposa e , com relativa frequência , o cunhado; não há menção a amigos, conhecidos e/ou vizinhos; e por fim , suas saídas de casa são somente com o propósito de se dirigir às consultas médicas.

Py e Oliveira (2012, p. 1958) ao ponderar a respeito da solidão que atravessa o processo de envelhecimento de algumas pessoas, afirmam:

“Estamos falando de solidão que não gera impulso de libertação, nem promove encontro, mas que faz o idoso constatar-se ausente do seio familiar, fora do ninho da sociedade. Solidão que expressa os vestígios mais frágeis da humanidade e só se deixa mostrar através dos fragmentos do sofrimento. Solidão vinculada ao sentimento de dolorosa e inútil espessa de coisa alguma: a espera do nada”.

Consideramos essa citação muito pertinente coma descrição da vivência de Rubi, de como ele passa seus dias. A impressão que nos dá é de uma grande falta de perspectiva, “a espera do nada”. Seus compromissos encontram-se restritos à consultas ou tratamentos médicos e, mais uma vez sua condição de saúde é destacada, com ênfase à perda de autonomia; além disso, sua vida social parece inexistente.

Sobre isso, Goldfarb (2006, p. 42) observa:

“O lugar do velho seria quase um não-lugar, pois, embora, a partir dos investimentos das últimas décadas sejam reconhecidos como sujeitos, sendo incluídos no panorama social contemporâneo [...], os velhos são empurrados para as bordas da estrutura social, são reconhecidamente obrigados a uma subjetividade ancorada na passividade, a uma pobreza de trocas simbólicas, e à renúncia ao papel de agentes sociais, são empurrados a uma perda de todo poder, mesmo sobre si mesmos”.

Sua existência não perpassa os signos positivos de inclusão e ele é visto como um produtor de bens relevantes. Ao perder seu valor social, perde seu valor simbólico positivo. Com isso, ele passa a ocupar um lugar marginalizado da existência humana, transformando-se em uma espécie de pessoa em “suspensão”, uma pessoa sem projetos. Sem porvir, será então sujeitado

pelo passado, que na forma de uma recordação repetitiva produzirá um discurso que perderá significação social se ninguém o escutar.

Isso faz com que o idoso seja arremessado numa vida sem significado, sem futuro, numa violenta marginalização do circuito do desejo. Nessa situação ele precisa ser afastado, escondido, para que os mais jovens não tenham que ver neles seu próprio porvir de carências de recursos, de saúde, de força e poder. Passando a simbolizar de forma demasiadamente clara a impotência e a castração, onde os jovens depositam os aspectos mais denegridos e rejeitados de seu próprio eu (*Ibidem*).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O término desta pesquisa suscita alguns pontos para reflexão, pois não há possibilidade de generalizações dos resultados, já que se trata de um estudo de caso, e nem se pretende realizar isto, muito pelo contrário, o que se busca é a abertura para novas proposições. Desejamos então explanar algumas ideias, fazer algumas pontuações que, longe de serem conclusivas, ensejem novas interrogações e possam conduzir a outras pesquisas desta problemática tão crucial para nossa época.

A ciência encompridou os anos de vida, mas a sociedade pouco se estruturou para lhe facultar a qualidade necessária. Não existem programas sociais ou comunitários que abarquem inteiramente essa abundante e crescente massa de pessoas idosas.

Na atualidade, a maioria das culturas conhecidas dispõem de uma formidável bagagem de condutas negativas em relação aos idosos, bastante delas efetuadas de maneira inconsciente, e muitas outras abertamente explicitadas.

Os padrões de produção e consumo também instalaram a velhice numa condição marginalizada, investida de valores simbólicos desfavoráveis e em contraposição aos da juventude, que personificam os princípios positivos, especialmente atrelados a força, beleza, capacidade de trabalho, reprodução e geração de bens. Desse modo, o velho deixaria de ser um patrimônio e se converteria em um encargo social.

No Brasil, o processo de envelhecimento não é acompanhado de melhorias no atendimento no sistema de saúde, há o contexto de desigualdade social, a falta de estruturas para responder de maneira adequada às demandas do idoso e a precariedade de políticas públicas que levem em consideração as pessoas em situação de vulnerabilidade e fragilidade.

A questão do envelhecimento parcamente interessou para Freud. Sua visão sobre esta fase da vida é marcadamente negativa e que se trata de uma etapa de decrepitude paulatina, que traz consigo a proximidade da finitude. No entanto, as menções do autor sobre a temática possibilitaram que se organizasse um diminuto painel de uma teoria psicanalítica freudiana sobre o envelhecimento.

Ao longo da organização e apresentação dos textos de Freud a respeito da velhice e envelhecimento, podemos notar que o estudioso enfatiza o envelhecimento como um período de resistência e, finalmente, de sujeição as novas limitações que se impõem à satisfação da libido objetal. Ocorre um progressivo abandono do investimento de objeto. A vida se exaure, a base

biológica da libido definha e ocorre um enfraquecimento da disposição para novos investimentos e vínculos afetivos.

Como observado no decorrer deste trabalho, o tema do suicídio e suas tentativas em idosos se constitui num assunto que tem engendrado diversos tipos de investigações e se mostra como um tópico de saúde de suma importância. Vale destacar que as tentativas costumam ser tratadas em sobreposição aos estudos do suicídio. Concomitantemente, pudemos acompanhar o percurso de Freud no desenvolvimento de um referencial psicanalítico a respeito da temática do suicídio, presenciando como este evento pode ser abordado de acordo com certos referentes conceituais.

A melancolia proporciona um fundamento ao enigma do suicídio ao possibilitar a compreensão de que o Eu somente sujeita-se à autodestruição na medida em que se identifica a um objeto. A conceituação da pulsão de morte como constituinte e como algo inominável sistematiza a reflexão de Freud acerca da clínica e tem reverberações significativas sobre a questão do ato suicida, principalmente pela via do retorno do sadismo sobre o Eu.

Cabe frisar que a tentativa de suicídio tem uma constituição que não deixa de aludir a um certo insuportável e, por conseguinte, tal ato não pode ser entendido como sendo um simples movimento.

As narrativas do caso de Rubi encontram-se fortemente vinculadas à uma visão pessimista da velhice, onde o declínio físico, a ocorrência e agravamento de enfermidades, o isolamento social e os sentimentos de sofrimento são bem marcantes.

A questão de sua debilitação física, com o agravamento de seu estado de saúde, especialmente o relacionado aos problemas no canal da uretra, que culminam em uso constante e permanente de uma sonda, se destacam no relato e é nomeado como principal responsável por seu padecimento. Sofrimento esse que é declarado como causa de sua tentativa de suicídio.

A carência de habitabilidade no mundo, a falência do reconhecimento social, o encolhimento da família, a piora de sua condição de saúde e o enfraquecimento físico acarretam em Rubi um sofrimento excessivo que insere o Eu numa condição de desamparo, deixando-o preso a uma situação da qual parece não haver escapatória exceto por meio de um retorno ao estado anorgânico.

Estas ponderações comprovam que o estudo sobre o suicídio e suas tentativas engloba fatores biológicos, psicológicos, médicos, sociais, culturais e ambientais da vida humana e que a

teoria psicanalítica freudiana é um referencial teórico que traz parâmetros significativos para contribuir para a sua compreensão.

Convém ressaltar que nenhuma teoria consegue explicar o evento isoladamente, por isso este trabalho não esgota estas questões, mas abre possibilidades para desmistificar e refletir sobre a temática, especialmente se levarmos em conta a relevância de um deste tipo com os idosos no Mato Grosso do Sul.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. **O deus selvagem: um estudo do suicídio.** SP: Companhia das Letras, 1999.
- ARAÚJO, L.; SÁ, E. C. N.; AMARAL, E. B. **Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 31, n. 3, p. 468-481, 2011.
- BEAUVIOR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEZERRA FILHO, J.G. et. al. **Estudo ecológico sobre possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no estado do RJ, Brasil (1998-2002).** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p.833-844, mai. 2012.
- BOTTEGA, N.J.; ***Crise suicida: avaliação e manejo.*** Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRUNHARI, M. V. **Suicídio um enigma para a psicanálise.** Curitiba: Juruá, 2017.
- BRUNHARI, M. V.; MORETTO, M.L.T. **O suicídio amoroso: uma proposição metapsicológica.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.21, n. 1, p.108-125, abr. 2015.
- CALDAS, C. P.; THOMAZ, A. F. **A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75-89, nov. 2010.
- CALIL, R.C.C.; ARRUDA, S.L.S. **Discussão da Pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico.** In. GRUBRITS. S.; NOGUEIRA, J.A.V. (Orgs.) *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campo de aplicação.* São Paulo: Vetor, 2004, p.173-213.
- CASTRO, D.V. **El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis.** Revista Affectio Societatis, Medellin, v. 7, n.12, junho 2010.
- CAVALCANTE, F. G. et. al. **Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1667-1680, jun.2015.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. **Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, ago. 2012.
- \_\_\_\_\_. **Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1655-1666, jun. 2015.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas sociais.** Petrópolis: Vozes, 2011.

- CONWELL, Y. Desafios para a prevenção de suicídios na idade avançada.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p.1652, jun. 2015.
- CONWELL, Y.; ORDEN, K. V.; CAINE, E. D. Suicide in older adults.** Psychiatric Clinics of North America, v. 34, n. 2, p. 451-468, june. 2011.
- CRESWELL, J.W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DIAS, M. A. F.; PAÚL, C.; WATANABE, H. A. W. Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 125-143, mar. 2014.
- EIZIRIK, C. L. Psicanálise e pesquisa.** Editorias Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 28, n. 3. 2006, p. 171-172. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30741/000591073.pdf?sequence=1>> Acesso em: 30/01/2018
- FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos.** Saúde e sociedade, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 771-783, out.-dez. 2010.
- FIGUEIREDO, A. E. B.; MINAYO, M. C. S. Abordagens teórico – metodológicas das pesquisas sobre ideação e tentativas de suicídio.** In: MINAYO, M. C. S; FIGUEIREDO, A. E. B.; SILVA, R.M. (Orgs.). *Comportamento Suicida de Idosos*, Fortaleza: Edições UFC, 2016, p. 77-92.
- FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo.** Jornal de Psicanálise, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 257-278, jun. 2006.
- FLICK, U. Desenho da Pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010.
- FREUD, S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916).** In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996i, v. 14, Artigos utilizados sobre o narcisismo: uma introdução (1914), p. 77-108; Luto e Melancolia (1917 [1915]) p. 243-266; Reflexões para os tempos de guerra e morte. (1915), p. 281-312; sobre a transitoriedade (1916[1915]), p. 281-312.

\_\_\_\_\_. **A interpretação dos sonhos (I)** (1900). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996d, v. 4, Artigo utilizado O material e as fontes dos sonhos (1900), p. 195-302.

\_\_\_\_\_. **Cinco lições de psicanálise** (1910 [1909]). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996f, v. 11, Artigos utilizados Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância (1910), p. 69-141; Contribuições para uma discussão acerca do suicídio (1910), p. 243-244.

\_\_\_\_\_. **Estudos sobre a histeria** (1893-1895). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, v. 2, Artigo utilizado Casos clínicos – (1) Srta. Anna O. (1893), p. 57-81.

\_\_\_\_\_. **História de uma neurose infantil e outros trabalhos** (1917-1919). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996j, v. 17, Artigo utilizado O estranho (1919), p. 235-273.

\_\_\_\_\_. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos** (1911-1913). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996g, v. 12, Artigo utilizado: Os sonhos no folclore. (1957[1911]), p. 191-220.

\_\_\_\_\_. **O ego e o id e outros trabalhos** (1923-1925). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996m, v. 19, Artigos utilizados O ego e o id (1923), p. 15-80; O problema econômico do masoquismo (1924), p. 175-188.

\_\_\_\_\_. **O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos** (1927-1931). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996n, v. 21, Artigos utilizados O futuro de uma ilusão (1927), p. 13-63; O mal-estar na civilização (1930 [1929]), p. 67-148.

\_\_\_\_\_. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana** (1901). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996e, v. 6, Artigo utilizado Equívocos na ação (1901), p. 167-192.

\_\_\_\_\_. **Totem e tabu e outros trabalhos** (1913-1914). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996h, v. 13, Artigo utilizado O interesse científico da psicanálise (1913), p. 167-192.

- \_\_\_\_\_. **Além do princípio de prazer** (1920). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996k, v.18, Artigo utilizado Além do princípio de prazer (1920), p. 12-75.
- \_\_\_\_\_. **Primeiras publicações psicanalíticas** (1893-1899). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996c, v.3, Artigo utilizado: sobre os fundamentos para destacar neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia (1895 [1894]), p. 91-115.
- \_\_\_\_\_. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos** (1886-1899). In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, v.1, Artigos utilizados Observações de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico (1886), p. 59-72; Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (1950 [1892-1899]), p. 233-234; Rascunho N, p. 304-305.
- GOETHE, J.W. **Os sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Nova Cultura, 2002.
- GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Demências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JR, L. B. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional**. Nova Economia, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 218-316, mai.-ago. 2011.
- GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. **Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, set. 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiências**. Rio de Janeiro, 2012.
- KAMKHAGI, D. **Psicanálise e velhice: sobre a clínica do envelhecer**. São Paulo: Via Lettera, 2008.
- KÜCHEMANN, B.A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Revista Sociedade e Estado, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, jan-abr. 2012.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

LIMA, D. **Freud e o suicídio: contribuições para um estudo psicanalítico do suicídio.** In: CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. (edit). Suicídio: uma morte evitável, São Paulo: Atheneu, 2006, p.51-56.

LOVISI, G.M. et. al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 31, p.586-593, out. 2009. Suplemento 2.

MAFFIOLETTI, V.L.R. **Velhice e família: reflexões clínicas.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 25, n. 3, p.336-351, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. (Coord.). **É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde.** Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ, 2010. Projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública.** Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ, 2013. Projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002-2013).** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1751-1762, jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura.** Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 750-757, ago. 2010

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S.H.; CAVALCANTE, F. G. **Suicídio de homens idosos no Brasil.** Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n. 10, p. 2665-2674, out. 2012.

MINAYO, M. C. S.; PINTO, L. W. et al. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006.** Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 300-309, abr. 2012.

MINOIS, G. **História da velhice no ocidente.** Lisboa: Teorema, 1999.

MONTEIRO, R.A. et al. **Hospitalizações relacionadas a lesões provocadas intencionalmente. Brasil, 2002 – 2013.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 689-699, mar. 2015.

MOREIRA, J.O. **Imaginário sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n.4, p.541-550, dez.2011.

MOTTA, A. B. **Envelhecimento e sentimento do corpo.** In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004, p. 37-50.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. **Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população brasileira, 2000-2014.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1682-1692, jun. 2015.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. **Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, ago. 2012.

PINTO, L. W.; PIRES, T. O. et al. **Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1973-1981, ago. 2012.

PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. et al. **Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2003-2009, ago. 2012.

PY, L.; OLIVEIRA, J. F. P. A. **À espera do nada.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1957-1959, ago. 2012.

REYES, V. C. R. et al. **Suicidio en el adulto mayor.** Revista Habanera de Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, v. 11, supl. 5, p. 699-708, 2012.

RIOS, M. A. et al. **Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 131-138, abr.-jun. 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 (recurso eletrônico).

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. **Envelhecimento: um processo multifatorial.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan. - Mar. 2009.

SILVA, C. M.; MACEDO, M. M. K. **O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v.36, n. 3, p. 520-533, jul.-set. 2016.

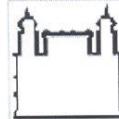
SILVA, R.M. et. al. **Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1703-1710, jun.2015.

- SIQUEIRA, R.L.; BOTELHO, M.I.V.; COELHO, F. M. G. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.899-905, abr. 2002.
- SOUSA, G. S. et al. **Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 49, abr.-jun. 2014.
- SUAREZ, J. M. V. **Suicidio en el anciano.** Revista Colombiana de Psiquiatria, Colombia, v. 43, supl. 1, p. 80-84, 2013.
- TURATO, E. R. **A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária.** In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Org.). Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Votor, 2004, p. 17-52.
- UCHÔA, E.; FIRMO, J. O.; LIMA-COSTA, M. F. F. **Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural.** In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004, p. 25-35.
- VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai. - jun. 2009.
- VIEIRA, L. P.; SANTANA, V.T.P.; SUCHARA, E. A. **Caracterização de tentativas por substâncias exógenas.** Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 118-123, abr.-jun. (2015).
- WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil.** Brasília: FLACSO Brasil; Secretaria Geral da Presidência da República; Secretaria Nacional de Juventude; Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2014.
- WERLANG, B.S.G; MACEDO, M.M.K.; KRÜGER, L.L. **Perspectiva psicológica,** In: WERLANG, B.S.G.; BOTTEGA, N.J. (Orgs.). Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.75-91.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide:** a global imperative. Geneva: WHO, 2014.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## 7 ANEXOS

### 7.1 Parecer consubstanciado do CEP - FIOCRUZ

	<b>ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<p><b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b></p> <p><b>Título da Pesquisa:</b> Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública</p> <p><b>Pesquisador:</b> Maria Cecília de Souza Minayo</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 2</p> <p><b>CAAE:</b> 16283613.4.0000.5240</p> <p><b>Instituição Proponente:</b> FUNDACAO OSWALDO CRUZ</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO</p>		
<p><b>DADOS DO PARECER</b></p> <p><b>Número do Parecer:</b> 403.513</p> <p><b>Data da Relatoria:</b> 20/09/2013</p> <p><b>Apresentação do Projeto:</b> Descrito no parecer anterior.</p> <p><b>Objetivo da Pesquisa:</b> Descrito no parecer anterior.</p> <p><b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Descrito no parecer anterior.</p> <p><b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Descrito no parecer anterior.</p> <p><b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> Descrito no parecer anterior.</p> <p><b>Recomendações:</b></p> <p>1) Não há necessidade de rubricar a página do TCLE que será assinada.</p> <p>2) Corrigir, no TCLE, o seguinte erro de digitação: onde consta brhttp://www.ensp.fiocruz.br/eticac) corrigir para: http://www.ensp.fiocruz.br/etica</p> <p><b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> O CEP considera atendidas todas as pendências.</p>		
<p><b>Endereço:</b> Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo      <b>CEP:</b> 21.041-210</p> <p><b>Bairro:</b> Manguinhos      <b>Município:</b> RIO DE JANEIRO</p> <p><b>UF:</b> RJ      <b>Telefone:</b> (21)2598-2863      <b>Fax:</b> (21)2598-2863      <b>E-mail:</b> cep@ensp.fiocruz.br</p>		



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 403.513

Ressalta apenas que rubricar todas as páginas do TCLE que não forem assinadas é uma exigência recente da CONEP. Por este motivo, o CEP/ENSP tem se preocupado em chamar a atenção dos pesquisadores. Por certo, tal exigência só poderá ser atendida na realização da pesquisa, o que acontecerá após a aprovação do CEP e, por isso, foi descrita como um lembrete (Cabe lembrar que a(s) página(s) que não for(em) assinada(s) deve(m) ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo entrevistador).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ao finalizar a pesquisa apresentar relatório ao CEP/ENSP (incluir como "notificação"). Modelo disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)

RIO DE JANEIRO, 23 de Setembro de 2013

Assinador por:  
Ángela Fernandes Esher Moritz  
(Coordenador)

Profa. Ángela Esher  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP

Endereço:	Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP:	21.041-210
Bairro:	Manguinhos		
UF:	RJ	Município:	RIO DE JANEIRO
Telefone:	(21)2598-2863	Fax:	(21)2598-2863
		E-mail:	<a href="mailto:cep@ensp.fiocruz.br">cep@ensp.fiocruz.br</a>

## 7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli**

Para o Idoso Entrevistado

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (ou a Sra) \_\_\_\_\_,

está sendo convidado(a) para participar da pesquisa sobre **ESTUDO SOBRE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM IDOSOS SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA**, por ser idosos com 60 anos ou mais de 60 anos, e porque sua participação é importante para que, nós pesquisadores, possamos entender um pouco sobre o que acontece na vida do idoso que leva esse idoso a tentar suicídio. E também sua fala sobre o assunto é importante para sabermos como podemos ajudar esses idosos.

Pretendemos com essa pesquisa:

**Objetivo geral:** Realizar um estudo quantitativo sobre tentativas de suicídio no país, e qualitativo em 10 municípios brasileiros onde o fenômeno é relevante e que serão oportunamente selecionados.

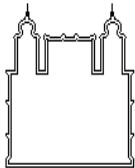
.**Objetivos específicos:** (1) Realizar estudos sobre a magnitude das tentativas de suicídio de idosos no país. (2) Realizar entrevistas com os idosos de 10 municípios brasileiros com elevadas taxas de tentativas de suicídio para conhecer as circunstâncias que cercam suas ideações suicidas ou os levam a tentar se matar. (3) Realizar uma reflexão sobre as condições em que vivem quanto a: relações com a família, relações com os outros internos; relações institucionais e com os profissionais; rotinas de vida; trabalho; lazer; estado de saúde, apoio social e expectativas para o futuro.

Sua forma de participar dessa pesquisa é nos autorizando a entrevistá-lo, ou seja, conversar com o senhor(a) uma ou mais vezes e gravar nossa conversa. Essa entrevista vai nos ajudar a entender em que momento a tentativa de suicídio ocorreu e quais os motivos dessa tentativa. O senhor(a) pode responder ou não a qualquer pergunta que nós lhe fizermos. A gravação da nossa conversa (entrevista) só poderá ser ouvida por nós pesquisadores.

Você poderá não querer mais participar da entrevista a qualquer momento. Basta nos dizer que não quer mais, sem nenhum prejuízo para o senhor(a). Seu nome e dados pessoais serão mantidos sob sigilo (segredo).

Se durante a nossa conversa (entrevista) o senhor (a) se sentir constrangido, incomodado, sentir medo de se expor ou de expor a sua família, se sentir emocionado por relembrar alguma coisa relacionada à tentativa de suicídio, ou se ainda ficar com receio de algum dano moral caso esta pesquisa viesse a divulgar algo que prejudicasse a imagem de sua família, nós pesquisadores da Fiocruz estaremos atentos para evitar tais riscos, mantendo com o senhor(a) uma conversa franca, explicando sobre a importância do senhor(a) não sentir culpa pelo seu ato, lhe garantido

cuidados de proteção à sua imagem, e combinando previamente, onde e quando vamos lhe entrevistar.



**Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli**

Informamos as senhor(a) que esta pesquisa poderá trazer benefícios aos idosos, pois, após sua realização vamos propor medidas que previnam as tentativas de suicídio para os serviços de saúde. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (documento que neste momento está sendo apresentado ao senhor(a)) foi redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o senhor(a) e a outra ficará conosco, pesquisadores.

Estou suficientemente esclarecido e dou consentimento para participar das entrevistas da pesquisa

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Estou suficientemente esclarecido e dou consentimento para que as entrevistas da pesquisa sejam gravadas.

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Estou suficientemente esclarecido e dou consentimento para que seja realizada pelos pesquisadores/pesquisador da pesquisa a consulta aos meus registros institucionais.

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: Tel e Fax (0XX (21) 25982863; Email:cep@ensp.fiocruz.br; brhttp://www.ensp.fiocruz.br/eticac)

Endereço do CEP/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Andar térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP. 21041-210

Caso queira também o senhor(a) poderá falar, com a pesquisadora, que coordena esta pesquisa a Srª Maria Cecília de Souza Minayo no CLAVES-RJ, pelo telefone (21) 3882-9153, ou pessoalmente no seguinte endereço: Av. Brasil , 4036. Sala 700. Manguinhos.



### 7.3 Ficha 1: Identificação

Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Naturalidade:	Etnia:
Religião:	Grau de Instrução:	Ocupação:
Endereço:		
Atividade (s) que exerce atualmente		
<b>Família constituída</b>		
Cônjugue (atual):	Idade:	
Filhos (idade):		
Outras uniões, casamentos e filhos:		
<b>Preencher ao final</b>		
<b>Tentativa de Suicídio*</b>		
Meio utilizado:		
Gravidade:		
Local:	Data:	Dia da semana: Hora:
Tentativas anteriores – Quantidade:	Gravidade:	
Observações relevantes:		
Algum familiar respondeu à entrevista? [ ] Sim [ ] Não	Parentesco: Idade:	

\*As informações devem ser sobre todas as tentativas

## 7.4 Ficha 2 - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

<b>Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico</b>
<b>I) Contato Inicial</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contato inicial: Esclarecer sobre a pesquisa, assegurar um consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar sigilo da identidade pessoal e familiar.</li> <li>2. Leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento</li> <li>2. Preenchimento dos Dados de Identificação</li> <li>4. Público-alvo: Pessoa maior de 60 anos.</li> </ol>
<b>II) Caracterização Social</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fale da profissão que exerceu ou ainda exerce (importância).</li> <li>2. Fale sobre as atividades que desenvolve atualmente. O que significam para você?</li> <li>3. Qual a profissão e grau de instrução de seu cônjuge e dos filhos?</li> <li>4. Qual é a sua renda e as fontes de rendimento familiar? Com seu ordenado, você ajuda sua família, seus filhos? Ou não ganha nada e eles é que o sustentam.</li> <li>5. A casa em que você mora é sua?</li> <li>6. Se a casa é sua, você continua a ocupar nela o mesmo espaço de sempre? Mudou-se para algum outro cômodo para deixar espaço para os filhos? Você gosta do lugar que ocupa na casa, ele está respondendo a suas necessidades?</li> <li>7. Se estiver na casa de algum parente, como se sente aí? Sente-se acolhido? Isolado? Participante? Sem função?</li> </ol>
<b>III) Retrato e Modo de Vida</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como você vem se sentindo nos últimos tempos? (aposentadoria e envelhecimento)</li> <li>2. Como você reage a situações difíceis? Há alguma coisa que o chateie?</li> <li>3. Você se sente triste com frequência? Isolado? Inútil? (sem função na família ou onde vive)</li> <li>4. Você já lidou com situações de perdas que o afetaram muito? (filhos, cônjuge, irmãos, amigos, emprego, patrimônio)</li> <li>5. Atualmente, existem problemas de relacionamento com seus familiares? Com os amigos?</li> <li>6. Você sofreu situações de violência durante a vida, no trabalho ou depois que envelheceu? (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial).</li> <li>7. Quando você precisa, com quem encontra apoio?</li> <li>8. Você é religioso praticante? Participa de algum grupo religioso? Isso lhe ajuda a levar melhor a vida?</li> <li>9. Como você ocupa o seu tempo? (cuidando de casa, tomando conta de netos, visitando amigos, participando de atividades associativas)</li> <li>10. Para você hoje, o que é mais importante na vida? Você se esforça para conseguir isso?</li> <li>11. Você sofre alguma doença que o preocupe? Tem alguma deficiência? Sente muitas dores? Tem doença dos nervos?</li> <li>12. Você se sente deprimido? Toma remédio para depressão? Faz acompanhamento psicológico?</li> </ol>

13. Tem alguém da família que lhe dispensa maior cuidado e carinho? Quem é? Você o considera importante neste momento da vida ?
14. Você tem um cuidador profissional?
15. Neste momento de sua vida, o que você gostaria de mudar? Como você vê seu futuro?

### **Segunda parte – Atmosfera e impacto da tentativa de suicídio**

#### **IV) Avaliação da Atmosfera da Tentativa de Suicídio\***

1. Como foi a sua tentativa de suicídio? Você pensava muito nisso antes?
2. Você planejou? Você avisou a alguém sobre sua intenção?
3. Onde e quando ocorreu a tentativa de suicídio? (data, dia da semana e hora)?
4. Você se lembra do tempo decorrido entre a tentativa e o auxílio de alguém para atendê-lo? Quem o encontrou e em que circunstâncias?
5. Você foi levado para o Pronto socorro? Quem o acompanhou?
6. Como foi o seu atendimento no hospital e/ou serviço de saúde? Você gostou do serviço que recebeu?
7. Que motivos você tinha para tentar?
8. Você já havia tentado o suicídio outras vezes? Como foram esses atos?
9. Na sua família, ou na sua vizinhança, já houve pessoas que se suicidaram ou que já tentaram se matar? Caso a resposta seja positiva, isso o havia impressionado?

*\*No caso de várias tentativas, conversar sobre cada uma, sobretudo se, desde a primeira os meios utilizados foram sendo agravados.*

**Verificar os seguintes indicadores:** a gravidade da tentativa de suicídio, a letalidade do método empregado e sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

**Critérios de alta gravidade:** métodos violentos; sexo masculino; tentativa feita pela pessoa quando estava sozinha; ameaças prévias de suicídio; premeditação.

**Avaliação do risco de suicídio:** “(a) inexistente – sem ideação suicida ou planos: (b) leve – ideação suicida sem plano específico: (c) moderado – ideação suicida e um plano geral: (d) severo – ideação suicida frequente e intensa, um plano específico, letal, disponível; algumas poucas fontes de ajuda; autocontrole questionável, mas a intenção parece ausente; muitos fatores de risco: (e) extremo – pessoa expressa uma clara intenção de cometer o suicídio quando houver oportunidade; muitos fatores de risco” (Sommers-Flanagan, 1995, p.10).

#### **V) Estado mental que antecedeu a tentativa de suicídio (se puder responder)**

1. Como você se sentia mentalmente antes da tentativa de suicídio?
2. Você costuma ter sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?
3. Você se sentiu deprimido, inquieto ou agitado?

4. Você se sentiu confuso ou os seus pensamentos pareciam alterados?
5. Você ouviu vozes e/ou teve visões?
6. Você recebeu atendimento num espaço que presta ajuda a idosos ou num espaço religioso? Há quanto tempo? Que recomendações lhe foram dadas?
7. Você já foi atendido por psiquiatra ou psicólogo? Há quanto tempo? Que recomendações lhe foram dadas?
8. Você usa alguma medicação? Quantas? Quais?
9. Você já foi atendido pelo CAPS de seu município? Gostou do atendimento?

#### **VI) Impacto na Saúde e na Família**

1. Esse acontecimento trouxe consequências para você? Quais? (físicas, psicológicas, orgânicas, funcionais ou sociais)
2. Qual foi a reação da sua família quando você tentou suicídio? Qual foi a reação da família com a pessoa que cuidava de você (caso houvesse um cuidador)?
3. Esse acontecimento criou algum tipo de conflito entre as pessoas da sua família? Houve alguma mudança no modo das pessoas lhe tratarem?
4. Depois do acontecido você tem recebido algum tipo de apoio ou cuidado especial da família?
5. E sua família, você acha que ela precisa ser ajudada a lidar com os problemas que tem? Como? Dê um exemplo.

**Verificar os seguintes indicadores – caso seja possível - na fala da pessoa idosa, lembrando que a família não é objeto de investigação:**

Tipo de comunicação (aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem);

Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;

Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;

Forma de formular e estabelecer regras – a explicitação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar

#### **Avaliando o momento da Tentativa de Suicídio**

(1º) **Crise suicidária aguda** (período de alta letalidade) – Intervalo de curta duração, em algumas horas ou dias, com descarga rápida de emoção e ataque autodestrutivo;

(2º) **Ambivalência** está presente em maior ou menor grau. De certa forma as pessoas que tentam o suicídio querem e não querem morrer;

(3º) **A existência de um aspecto relacional**, ou seja, de um “*elemento significativo*” que transforma o gesto autodestrutivo num comportamento e numa comunicação

(4º) **Avaliar o correto risco co ponto de vista médico** – saber se foi grave ou não

## 7.5 Transcrição da entrevista

Pesquisadora: Seo Rubi, como que é o seu nome completo?

Rubi: *Rubi.*

Pesquisadora: Rubi. Qual a sua idade?

Rubi: *Noventa ano.*

Pesquisadora: Nossa, que coisa boa.

Rubi: *Eu já tenho noventa.*

Pesquisadora: É?

Rubi: *Vou fazer noventa e um agora.*

Pesquisadora: Quando o senhor faz aniversário?

Rubi: *Dia 23 de agosto.*

Pesquisadora: Vinte e três de ago.... Está chegando, já! [a entrevistadora repete a frase mais alto]. Está chegando seu aniversário, já!

Rubi: *É.*

Pesquisadora: O senhor é casado?!

Rubi: *Sou.*

Pesquisadora: Há quanto tempo?

Rubi: [o entrevista faz pausa para reflexão]. *Casei com... a segunda vez, eu fui casado com essa mulher. Casei em oitenta e cinco.*

Pesquisadora: Oitenta e cinco... Vão fazer quase trinta anos, já

Rubi: *É.*

Pesquisadora: E a sua primeira esposa? O senhor tinha quanto anos quando casou a primeira vez?

Rubi: *A primeira vez, eu casei... em quarenta e oito, ela morreu – setenta e dois, cinquenta. Vinte e quatro ano.*

Pesquisadora: O senhor casou novo, né!

Rubi: *É.*

Pesquisadora: [Risos] O senhor tem filhos?

Rubi: *Ah??* [expressão que define o não entendimento da pergunta]

Pesquisadora: [A entrevistadora pergunta novamente, em voz alta]. O senhor tem filhos?

Rubi: *Tenho quatro.*

Pesquisadora: Quatro Filhos?! Todos com essa segunda esposa?

Rubi: *Não! Com essa aqui eu não tenho nenhum.*

Pesquisadora: Tudo do primeiro casamento?

Rubi: *É, tudo do primeiro casamento.*

Pesquisadora: E... Qual a idade de seus filhos?

Rubi: *A idade?*

Pesquisadora: Ou... É... Ou o senhor não lembra?

Rubi: [O entrevistado gagueja]. *Pra falar a idade deles, a idade deles eu não sei não.*

Pesquisadora: Mas são tudo... tudo homem ou tudo mulher?

Rubi: *Só tinha um homem, mas já morreu, né.*

Pesquisadora: Aham!

Rubi: *E, tem três muié...*

Pesquisadora: Três mulheres? E, são todas casadas?

Rubi: *Todas casadas.*

Pesquisadora: E o senhor tem netos?

Rubi: *Tem.*

Pesquisadora: Quantos?

Rubi: *Agora tenho que contar a minha netanhada danada.*

Pesquisadora: Bastante assim?!

Rubi: *É [risos]. Dois... três... sete netos.*

Pesquisadora: Nossa! É bastante! A família é grande então?!

Rubi: *É.*

Pesquisadora: Eles moram todos aqui em Campo Grande?

Rubi: *Não, moram em São Paulo.*

Pesquisadora: Todos eles em São Paulo?

Rubi: *Eu também morava em São Paulo.*

Pesquisadora: Ah, é? Quando que, quando que o senhor mudou pra cá, pra Campo Grande?

Rubi: *Aqui faz trinta anos.*

Pesquisadora: Trinta anos?!

Rubi: *Depois que eu me aposentei eu vim pra cá. Mas eu fui nascido lá em São Paulo, criado.*

Pesquisadora: Na capital?

Rubi: *Eu fui... Não, eu fui nascido no interior*

Pesquisadora: Que cidade?

Rubi: *B.*

Pesquisadora: *B.?*

Rubi: *Divisa com o estado do Rio.*

Pesquisadora: Hum. E aí o senhor vivia...

Rubi: *Aí eu vim pra São Paulo, trabalhei em São Paulo quarenta anos, aposentei, aí eu vim prá cá.*

Pesquisadora: E o senhor trabalhava do que, seu Rubi?

Rubi: *Metalúrgico.*

Pesquisadora: É? Lá em São Bernardo?

Rubi: *Não, em São Paulo mesmo.*

Pesquisadora: São Paulo mesmo?

Rubi: *É.*

Pesquisadora: Ah, tá. É que eu sou de lá, também. [a entrevistadora fala mais alto]. Eu sou lá de São Paulo, também.

Rubi: *É?*

Pesquisadora: Aham, eu sou lá de São Paulo, também.

Rubi: *Da capital?*

Pesquisadora: Capital. Então o senhor trabalhou quarenta anos na metalúrgica.

Rubi: *Quarenta anos.*

Pesquisadora: Aposentou e veio para cá.

Rubi: *E vim pra cá.*

Pesquisadora: E porque que o senhor veio para cá? [a entrevistadora fala mais alto]  
Porque o senhor veio para cá?

Rubi: Ah, *porque São Paulo é uma cidade muito agitada, né.*

Pesquisadora: É verdade.

Rubi: *A gente que é aposentado, que fica, que só fica em casa. É perigoso, tem que ficar com os portões trancados e tudo. Aqui é mais livre, né. E depois tem família minha, a família dela morou tudo aqui. É que ela tem quatro filho homem aqui, e tem os irmãos dela que mora aqui em Campo Grande. Agora eu aqui não tem ninguém, só tem ela mesmo. Os filhos meu, só tenho duas filhas agora, morreu um filho e uma filha, minha, minha filha caçula morreu, também.*

Pesquisadora: Faz muito tempo?

Rubi: *Faz três anos.*

Pesquisadora: Três anos! Ah, é por... Foi recente, né? Faz pouco tempo.

Rubi: *Morreu ela, morreu o filho, meu. Meu filho morreu de repente. Tava sentado no sofá e morreu. Agora ela morreu de câncer.*

[A mulher do entrevistado chega na residência, há uma pausa na entrevista devido o diálogo com a esposa de Rubi]

Pesquisadora: Então o senhor veio...O senhor trabalhava com o que na metalúrgica?

Rubi: *Eu fazia negócio de móveis de aço... armário de aço, eu fazia tudo quanto é coisa, né.*

[A entrevista é pausada novamente. A entrevistada se apresenta com mais detalhes para a esposa de Rubi, neste diálogo descobre que o casal está junto, na verdade, há 32 anos]

Pesquisadora: Eu expliquei para o senhor Rubi que eu sou lá da Universidade Católica Dom Bosco, né...sou psicóloga, e lá, estamos fazendo uma pesquisa com idosos, né. Para saber um pouquinho sobre a história de vida dele, trabalho, essas coisas. E a ACS me falou do Seu Rubi,

aí eu conversei com ele, ele falou que pode conversar, mas assim, é, tem aquela questão do sigilo, não sai nome nem nada, tá, Dona Ametista, né – risadas – E ele está me contando um pouco da história dele, que ele veio de São Paulo, trabalhou na metalúrgica, já fazem trinta anos que está casado com a senhora?!

Ametista: *Trinta e dois.*

Pesquisadora: Trinta e dois anos.

[a esposa do entrevistado sai do local e as perguntas se redirecionam ao senhor Rubi]

Pesquisadora: E sua família toda era de B.?

Rubi: *Eu nasci lá, depois eu fui pra São Paulo em quarenta e cinco. Eu vim pra São Paulo, eu fiquei em São Paulo até agora quando em vim pra cá.. Trabalhei lá quase quarenta nos, me aposentei e vim pra cá em Campo Grande que a família dela mora tudo aqui, né.*

Pesquisadora: E como que o senhor conheceu a dona Ametista? Estava lá e ela aqui. A senhora é daqui ou de lá, também?

Rubi: *Eu conheci ela lá em Miranda...Eu tava pescando lá, foi com uma amiga dela lá. E eu conheci ela lá.*

Ametista: *Eu nasci no Nordeste.*

Pesquisadora: O senhor conheceu *ela*, lá em Miranda. O senhor foi pescar aqui no estado [risos], aí já ficou, não foi mais embora.

ACS: Pescou um peixão!

Pesquisadora: [risos]. É verdade!

Rubi: *É, ela foi para São Paulo, ficou um ano, lá, mas não gostou de lá.*

Pesquisadora: Não gostou.

Ametista: *São Paulo é muito agitado!*

Pesquisadora: É muita gente, né.

Ametista: *E aquela época não era tanto, agora tá pior.*

Pesquisadora: É verdade

Ametista: *Há trinta anos atrás, não era o absurdo que tá, lá. Agora, pelo amor de Deus. Não vou falar que não moro lá, que dessa água não bebo, desse pão eu não como, né. Mas que eu tenho vontade, eu não tenho não.*

Pesquisadora: [risos]

Rubi: *Você, de que lugar da capital, você era lá?*

Pesquisadora: Eu, bom, primeiro meus avós tinha uma apart.... a gente morava na Liberdade, né, que era um bairro de imigrantes, né. Depois, eu morei, uma época, na vila Mariana...

Rubi: *Vila Mariana, lugar bom, hem.*

Pesquisadora: É. E depois que eu vim para cá. Mas já fazem...

Rubi: *Você é nascida lá em São Paulo?*

Pesquisadora: Aham, nascida lá.

Ametista: *Mas você se acostumou bem com o calor daqui?*

Rubi: São Paulo não é um lugar bom para se viver, é pra quem trabalha, né.

Pesquisadora: Ah, mas mesmo hoje em dia, depois que eu me formei, eu voltei pra lá, pra estudar, né. E eu fiquei dois anos, lá, fazendo uma pós. É muita loucura, aquele trânsito caótico, minha família inteira mora lá, ainda.

Rubi: O trânsito, lá, que é ruim.

Pesquisadora: Só que a gente vai visitar a família e tudo, só que a gente não quer voltar pra lá. Aqui é melhor, realmente. Apesar do calor. O senhor acostumou com o calor daqui?

Rubi: Até hoje, eu não acostumei ainda não.

[risos]

Pesquisadora: Muito quente, né.

Rubi: Quente demais.

Ametista: Mas em São Paulo, tá esquentando quase que como aqui. Esse dias lá deu quase 37 graus... [Ela pronuncia o nome de algum familiar, inaudível]. Ainda falou que tava um calor lá, insuportável.

ACS: E ela tem vindo, visitar o Seu Rubi?

Ametista: Não, ela veio quando ele operou. Ele também tem problema de saúde, meu Deus do céu, a vida dela é complicada também, tem uma filha que é casada, mas a guria tem problema de saúde, tem, entrou em depressão e é aquele rolo. Aí, tem que estar lá, ela tem duas crianças, aí quando entra em depressão, tem que socorrer ela.

Pesquisadora: E... Áí o senhor veio *pra cá*. O senhor tinha quantos irmãos? Sua família era grande?

Rubi: *A minha família era.*

Pesquisadora: Era?! E quantos irmãos o senhor tinha?

Rubi: *Nós era treze irmãos.*

Pesquisadora: Nossa era grande mesmo

Rubi: *E gente tem cinco irmã viva minha. Os irmão homem, já morreu tudo.*

Pesquisadora: E o senhor ainda tem contato com eles?

Rubi: *Ah?*

Pesquisadora: O senhor ainda tem contatos, ainda fala com essas irmãs?

Ametista: *Com as irmãs sim, quase sempre, tem contato, elas telefonam.*

Rubi: *De vez em quando, né.*

Pesquisadora: Elas moram todas, lá em São Paulo, também.

Rubi: *Moram.*

Ametista: *Tem uma que mora lá na praia.*

[risos]

Ametista: *É, tem uma irmã dele que mora lá na praia, agora as outras moram em São Paulo.*

Pesquisadora: E o senhor falou que fez essa cirurgia, na... para tirar pedra, né.

Rubi: *É.*

Pesquisadora: Quando que foi essa cirurgia, Seu Rubi?

Rubi: *Foi dia 2 de maio.*

Pesquisadora: Dois de maio, de que ano?

Rubi: *Desse ano, agora, ano passado.*

Pesquisadora: Agora? Nossa?!

Rubi: *Não, ano passado.*

ACS: Vai fazer um ano. Tá com 10 meses.

Ametista: *Exatamente, agora em maio vai fazer um ano.*

Rubi: *Depois eu fiz cirurgia de marca passo, no mês de junho.*

Pesquisadora: Do ano passado, também?

Rubi: Ano passado.

Pesquisadora: Nossa, tudo recente!

Rubi: Aí depois, eu fiz a cirurgia do canal da bexiga.

ACS: Pra corrigir, né?

Rubi: Eu fiz três cirurgias, dentro de 8 meses.

Pesquisadora: Nossa! Bastante, né?

Ametista: É, porque ele teve que trocar o marca passo, dele, que fazia oito anos, que ele tava com marca passo, aí, inclusive, ele teve dois infarto, aí o médico falou que já tava na época de trocar, mas como ele teve o infarto, então o marca passo ficou mais fraco, aí o coração dele enfraqueceu mais, aí primeiro teve que fazer a cirurgia da bexiga, que era com urgência.

Pesquisadora: Era mais urgente, né?

Ametista: Depois trocar o marca passo.

Pesquisadora: Aí depois teve que fazer outra... Não na bexiga, na uretra.

Ametista: Isso, aí pra fazer o alargamento, porque ela estava estreitando, fechando, aí eles fizeram o processamento três meses, pelo canal, aí não deu resultado nenhum, A primeira vez, ele ainda ficou dois dias com dificuldade pra urina, mas urinava, aí depois com mais trinta dias, teve que fazer o outro, aí fez e, ele trancou de uma vez. Aí trancou de uma vez e precisou ponha sonda, ficou com mais trinta dias e fez outra, aí ficou pior, aí não, ele falou, tem que fazer essa outra, pra abrir o canal e vê se melhora e foi que aconteceu isso aí. Agora tira a sonda dele e ele tranca a urina, aí ele operou, quinta-feira deram aula sábado, não, sexta, eles deram alta pra ele, mandou tirar a sonda na terça-feira, aí meu irmão veio aqui, pegamos ele e levemos, tirou a sonda, aí, quando foi meia noite, ele trancou a urina aí e começou a gritar aí, tive que ligar pro meu irmão pra pegar ele e levar de novo, aí meu irmão até ligou pro médico e foi marcar um retorno na Santa Casa e não conseguiu, porque pelo SUS, você já viu, aí teve que pagar uma consulta particular, com o Drº G., e falou, infelizmente a gente não pode fazer, essa foi a última tentativa que a gente fez, aí conversamos com ele, conversamos com o doutor Felipe, foi o que operou ele, foi com o doutor R., doutor F. e doutor G., que tava cuidando dele, os três, quando

não tinha um tava o outro, né, aí esse dia levemo ele na santa casa, mandou levar lá, aí passemos ele lá, que já tava com a, quando o outro médico, que ele passou ruim que eu levei ele, que chegando no pronto socorro que o médico, levei ele primeiro no posto, que era pra colocar sonda, aqui do G., vinte e quatro hora, chegamos lá, não conseguiram, três sondas, conseguiram colocar a sonda, não passava. Aí a enfermeira chamou o médico, o médico falou infelizmente tem que levar ele pra santa casa, aí encaminhou ele pra Santa Casa, aí cheguemo lá, uma e meia da madrugada, aí eu entrei com ele, meu irmão ficou lá fora, aí ele começou a encher a bexiga dele de novo, porque ele já tinha tirado o xixi aqui, né, pôs aquela sonda provisória de alívio, aí ele começou a se rebolando de novo, de dor, aí eu peguei e falei pra enfermeira, escuta, o que que vocês podem fazer, Ah, nos não pode fazer nada, porque os médicos só amanhã sete horas, falei: mas ele não vai aguentar até às sete horas da manhã, falei, eram dez pras duas, Eu falei é dez pras duas da manhã, eu falei, ele vai ficar nessa situação, falei, vocês dão um jeito. Ela ficou com a carinha meia torcida, mas aí depois falou, aí leva ele lá pra mesa dele, aí levemos ele, passou a sonda de novo, de alívio, aí fomos esperar esse bendito médico, pra chegar no outro dia dez horas, aí ele já estava começado a encher a bexiga, aí era nova horas, nove e meia, o meu irmão chegou lá na frente do pronto socorro aí, perguntou por ele, perguntou por mim, mandou a enfermeira lá me chamar, aí ela chegou, falou pra mim, eu cheguei lá e falei pra ele, e ele falou e daí, eu falei, tá a mesma coisa, ué, mas que absurdo é esse? Aí eu voltei, cheguei e falei pra ela, falei: escuta, não vão resolver nada, ele vai ficar nessa situação, era sete hora, já é nove e meia, ah, mas o médico já tá aqui na sala, tinha uma médica lá, nem vi, nem sei se era médica. Tava lá, eu tava por aqui já, aí ela falou: ah, o médico tá aí vendo as fichas dos pacientes. Aí eu fiquei quieta, aí depois o médico chegou e mandou ele apoiar pra lá e tava entupido o canal e enfiaram aquele ferro de novo, pra desentupi e pode passar a sonda, aí ficou aí, nessa situação.

ACS: Agora ele tem que ficar com sonda pra sempre?

Ametista: *Falou que sim. Falou que ele tem que ficar com essa sonda ou fazer aquele procedimento que fura a barriga e põe direto na bexiga. Por ele falou que a sonda é perigoso a infecção.*

ACS: Infecção, por isso que eu tava perguntando pra ele se não deu nenhuma infecção, aí ele falou que tá tomando remédio pra infecção.

Ametista: *Aí, eu não sei o que é que vão resolver, tá aí nessa situação.*

ACS: Porque fica muito contaminado, por causa da urina, né?

Ametista: *Exatamente!!*

ACS: E tem que estar direto tomando remédio pra infecção. Mas no outro também, hem dona Ametista. Se colocar aqui, pra fazer direto, aqui do ladinho assim, também dá infecção. Olha aí se ele não tá sentindo dor.

Ametista: *Então, ele não sente dor, mas ai também eles falam que o perigo é a infecção.*

ACS: Mas por aqui também dá infecção.

Ametista: *Ele falou que é menos a infecção que dá. Ele falou que ela assim, que ela dá é mais a infecção do que, do que...*

ACS: Do que direto na bexiga...

Ametista: *Aí falou que até ele poder ficar assim tem que ficar assim. Agora você vê, uma pessoa vai ficar o resto da vida nessa situação dessa. Seja o que Deus quiser. Porque ele falou que a bexiga dele tá muito fraca por causa da idade dele e ele fez uma cirurgia da próstata e ele fez 25 radioterapia. Que ele tava com...*

ACS: Vinte e cinco radioterapias...

Pesquisadora: Estava com algum nódulozinho, alguma coisa assim?

Ametista: *Isso, isso. Aí eles teve que fazer a terapia, vinte e cinco sessão ele fez. Ai tá o médico falou que aquela terapia ela, ela prejudicou a bexiga.*

Pesquisadora: Quer dizer, cura uma coisa e prejudica outra.

Ametista: *E prejudica outra... Aí ele falou que prejudicou.*

Pesquisadora: A rádio, né?

Ametista: A radioterapia...

ACS: A radio e a quimioterapia destrói as células. Tanto as ruins quanto as boas.

Ametista: Exatamente. Porque ele fez ela assim, mas aqui o bumbum dele aqui, menina, ficou dessa cor dessa calça tua. Preta, preta, preta que nem um carvão. Ele virou aquele cascão. Ai depois ele operou, ficou numa ferida só.

ACS: Essa cirurgia da próstata tem quanto tempo dona Ametista?

Ametista: Tem uns quinze ano, né bem? Né, bem? Psiu! Tem uns quinze anos que você fez a cirurgia da próstata?

Rubi: Quando?

Ametista: Uns quinze anos que tem?

Rubi: Foi em 2001.

Esposa: Foi em 2001?

Pesquisadora: Treze anos. Hoje é 2014, é, treze anos, por aí. Mas o senhor tá forte em Seu Rubi!: Tá, o senhor tá forte, hem?!

Ametista: Ele come bem.

Pesquisadora: Passou por três cirurgias assim do ano passado pra esse tá... o senhor tá hem!

Rubi: A cirurgia toda que eu fiz, já fiz doze cirurgia.

Pesquisadora: Doze cirurgias? (risadas). Mas que tanta cirurgia o senhor fez?

Rubi: Fiz duas cirurgias da coluna, fiz duas da vista e fiz três cirurgias de marca passo. Fiz uma cirurgia da próstata, fiz cirurgia do joelho e uma cirurgia aqui do peito, um caroço que tinha aqui. E contando tudo dá doze.

Pesquisadora: Mais essa da bexiga agora.

Ametista: O que mais prejudicou ela foi isso aí.

Pesquisadora: Mas tirando esse, esse... Agora esse problema que ele tem, ele não tem nada né? Porque ele falou que tá com a pressão baixa...

Ametista: É, ele tá com a pressão baixa e ele tá com muita tontura, mas essa tontura dele é da pressão.

Rubi: Eu sinto muita tontura, eu. Não pode nem andar quase.

ACS: E essa medicação que ele toma pro coração, não abaixa a pressão?

Rubi: Eu tô sentado não sinto tontura, mas se eu levanto sobe aquele negócio do peito pra cabeça assim, minha vista escurece tudo, eu cai no quintal aqui.

Pesquisadora: Ah é?

Rubi: É, já cai três vezes eu. Machuquei tudo no cimento aí. Porque quando dá essa tontura “ni mim”, meu nervo todo da perna, do braço pula assim. E eu não seguro o corpo, eu caio mesmo.

Ametista: Sábado agora vai fazer quinze dias, porque ele fica aí, mas aí eu tenho que cuidar das minhas coisas né. E como ele tava sentado lá, eu tô lá na cozinha, aí depois eu acabei de lavar louça e peguei e fui arrumar uma roupa. Peguei um short pra um guri e fui arrumar.

Quando eu sento, eu cuido dele, mas aí ele levanta e eu não vi a hora que ele levantou. Aí levantou, quando eu escutei foi o grito. Quando olhei ele tava no chão. Por Deus que ele não bateu a cabeça nessa mureta.

Pesquisadora: Nessa muretinha...

Ametista: É, faltou um tanto assim ó. Ele caiu, com esse braço aqui, mas caiu com tudo! Aí relou o joelho, relou o braço. Assim, quando ele levanta, tem que tá cuidando dele. Uma vez quando eu tô precisando ir no sacolão ali, rápido eu já falo pra ele “pelo amor de Deus, você vai ficar sentado ai? Se você vai levantar então você já deita e fica deitado” porque eu fico mais tranquila. Aí eu pego o telefone, ponho do lado dele e tem a extensão lá, né. Aí eu ponho em cima da cama, pego uma garrafa d’água ali, deixo lá, já pra ele não levantar.

ACS: Aí vai rapidão...

Ametista: Aí eu só sossego a hora que eu chego aqui, que eu abro essa porta, que eu vejo que ele tá deitado, ou quando ele tá sentado aqui.

Pesquisadora: Só mora vocês dois aqui?

Ametista: Só.

ACS: Mas seu filho tá direto aqui, né?

Ametista: Não, ele vem direto, mas aí ele trabalha, ele trabalha a noite.

Rubi: Mora longe.

ACS: Mora... mora ali! Na rua aí ele mora.

Ametista: Não, mas dai ele trabalha a noite o resto do dia ele tem que dormir, né. Essa noite ele tava de folga, mas hoje ele ia tá de serviço à noite.

Pesquisadora: E ele toma muita medicação?

Ametista: Toma.

Pesquisadora: O que ele toma, dona Ametista?

Ametista: Ixe. Eu tô te falando que é o mesmo que não te falar nada, é uma sacola que tem aí. O meu irmão chega, eu já falo pra ele “pelo amor de Deus, manda esse remédio aí”. Eu falo “num guento”.

ACS: E a senhora, dona Ametista, tá com a memória boa?

Ametista: Graças a Deus tô, porque senão...

ACS: Não ia nem saber dar os remédios, né?

Ametista: Aí, ia virar o quê? (risadas)

ACS : Eu acompanho um idosinho que tem tantos remédios que toma, porque é hipertenso e diabético junto, tinha um senhorzinho lá que tava até tomado medicação que tava vencida, porque ele não tomava certo, sobrava medicação sempre e ai acabou que a medicação venceu e ai ele continuou tomando.

Ametista: Daí meu irmão põe tudo, ele não... Esse ele toma que é ferro, né. Que é pra anemia, ele tá com anemia muito profunda. Defolic, é esse também é pra anemia. Ferronil, esse é pra urinar. Ele toma três por dia, dois cedo e um à tarde. Esse é a noite, esse também...

ACS: Nossa, quantos hem?!

Pesquisadora: Isso aqui tudo é pra bexiga dele?

Ametista: É, pois é. Isso aí, isso aqui não... O meu irmão já compra pra...

ACS: Tem uns que é do coração, né?

Ametista: É, tem uns que é.

Pesquisadora: Posso anotar o nome desses remédios, dona Ametista?

Ametista: Pode.

Pesquisadora: Porque eu também não sei, eu não guardo muito.

ACS: Eocin, Bastatina. É esse aqui, colesterol.

Ametista: Acho que é tudo junto aí, fica essa montoeira de remédio...

ACS: Esse Furozemida é pra retenção de líquido, ele... Furozemida, ele libera a urina.

Ametista: E esse aqui também.

ACS: Sulfato Ferroso. Ó, Melato de Enalapril é pra pressão, pro coração. É, pro coração. Esse aqui é o mesmo, Melato de Enalapril.

Ametista: É, isso. Porque ele “ponho” na receita se não acha esse aí pode comprar esse.

ACS: Isso. Esse Simbastatina também. Simbastatina. Esse é da anemia...

Ametista: É, esse é do ferro.

ACS: É, ácido fólico, sulfato ferroso é pra anemia.

Ametista: Pra anemia.

ACS: Ácido fólico e sulfato ferroso.

Pesquisadora: Está com anemia seu Rubi?

Rubi: Tô com anemia, mas muito forte.

Ametista: Os exames dele tá com meu irmão, porque é meu irmão que pega, então é ele que marca os médico, tudo. Compra remédio, então ele que fica com a receita, né. Mas ele fez os exames, o último que ele fez agora ele... eu acho que, se meu irmão pegou foi ontem, porque ele veio aqui “não me comentou”.

ACS: E você tá fazendo a maioria tudo no particular, né dona Ametista?

Ametista: É, porque se for esperar pelo SUS minha filha, pelo amor de Deus... Morre todo mundo à mingua. Esse aqui eu tô tomando, desse aqui eu tô tomando.

ACS: A senhora tá tomando também?

Ametista: Tô.

ACS: A senhora tá com o colesterol alto?

Ametista: Infelizmente tô.

Rubi: Diz que a prefei... a presidente vai exporta tudo os brasileiros, os médicos. Vai trazer tudo do exterior pra cá.

Ametista: Infelizmente.

ACS: Os cubanos agora, por quê?

Rubi: *Os brasileiros vão tudo pro estrangeiro.*

Ametista: *Mas quem que falou isso? É doido é?* (risadas)

Rubi: *É, vai vir tudo os cubanos pra cá.*

Ametista: *Ah, meu Deus!*

Pesquisadora: Ela não é nem louca de fazer isso.

Ametista: *Eu não sou louco!*

Rubi: *Até agente de saúde também.*

[Risadas]

ACS: Eu quero andar de avião!

Ametista: *É pra te encher o saco. Ele tá te enchendo o saco!*

Rubi: *Tudo os cubanos!*

Ametista: *Que criança você não pode descuidar, né?*

ACS: É, ela tá ali. Eu deixei o carro aberto ali.

Ametista: *Ah, tá.* (risadas)

ACS: Eu vou levar ela no médico agora.

Pesquisadora: Se você quiser, eu agradeço a sua, por ter me trazido aqui...

ACS: É? Então, tá. Porque eu vou... ela tossiu muito, eu vou levar ela. Eu só vim mesmo porque eu já tinha combinado com a pesquisadora.

Ametista: *Ah, tá.*

ACS: Mas agora você já tá em casa, já tá apresentada, conversando.

Pesquisadora: Esse monte de remédio o senhor que toma?

Ametista: *Só ele que toma.*

[chiados]

Ametista: *É remédio pra não acabar mais!*

ACS: Onze comprimidos?

Ametista: *Aí o meu irmão pra não acabar, aí ele já compra e já deixa aí. Aí vai acabando, ele já fica “E o remédio do Luiz, como é que tá?”. Aí tá com a receita, aí eu falo “Tá acabando”, aí ele vai lá compra e já...*

Rubi: *Diz que não vale nada esses remédios aí, não muda, a mesma coisa...*

Ametista: *Ah meu Deus...*

ACS: Mas é porque tá estabilizado o seu quadro, seu Rubi. Se parar de tomar, ai piora!

Ametista: *Isso que eu falei pra ele.*

ACS: É, assim que é.

Ametista: *Eu falei pra ele “você tá parecendo tão jovem de vinte anos, vinte e cinco anos. Tá com noventa ano”...*

Pesquisadora: Mas tá forte, não parece que tem.

ACS: Então seu Rubi, deixa eu ir lá. Tudo de bom pro senhor!

Rubi: *Ah, é?*

ACS: Eu já vou, ela vai ficar conversando mais um pouco com o senhor, tá?

Rubi: *Ah, tá.*

ACS: Tudo de bom!

Pesquisadora: Obrigada!

ACS: Fica com Deus, aí depois eu passo com mais tempo pra nós conversar. A questão aqui dá, que eu tenho que anotar, tá? Tchau, tchau.

Pesquisadora: Tchau!

Ametista: *Tchau!*

Pesquisadora: Mas o senhor tá forte, seu Rubi. Não parece que tem noventa anos.

Rubi: *Obrigado. Fiz noventa anos. É ano pra caramba. Eu, se não fosse essa dor, que eu já tive infarto também né, tive dois infartos. Por causa que minha perna não segura direito. Mas se não fosse essa tontura que eu tenho, ainda trabalhava e tudo. Porque meu corpo eu sinto bom, mas agora essa tontura minha que mata eu.*

Pesquisadora: E o que o senhor faz... qual que é suas atividades agora, durante o dia? Ele fica mais sentado?

Ametista: *Sentado. Ou ali no portão mas com dificuldade, hoje diz que tava aguardando as plantas ali. Eu tava carpindo o quintal...* (risadas)

Pesquisadora: Gosta de assistir televisão ou não?

Ametista: *Assiste. Assiste jornal ou as vezes uma novela.*

Pesquisadora: O senhor é noveleiro, seu Rubi?

Rubi: *Hem?*

Pesquisadora: O senhor gosta de novela?

Ametista: *Se você gosta de novela...*

Rubi: *Eu gosto.*

Pesquisadora: O que mais que o senhor gosta de assistir na televisão?

Rubi: *É... eu gosto de jornal também. O que eu gosto mais é jornal, né. E a novela pra distrair né.*

Pesquisadora: Distrair, é verdade.

Rubi: *Agora filme, eu não gosto de filme.*

Pesquisadora: Não? Nenhum tipo de filme?

Rubi: *Eu nem assisto filme, eu não gosto.*

Pesquisadora: E o senhor frequenta algum... tem agora essas atividades pra terceira idade...

Ametista: *Ele nunca sai.*

Pesquisadora: Não gosta? Não sai?

Esposa: *Porque a gente pra ir nesses lugares tem que ter carro próprio aí o meu irmão tem as ocupações dele, é o único que tem carro né. Mas ele já faz muito, já leva em médico, já tudo né. Então... E outra que ele não aguenta. Ele não aguenta ficar aí. Não aguenta, não adianta. É que nem o médico fala, tem que caminhar, mas ele não aguenta caminhar! Agora você vê, essa rua nossa de pedra como tem pedra ai! Vai andar, vai... cai em cima dessas pedras vai ser pior, se machuca, vai ser pior. Ele não aguenta ir até aqui no portão ele não aguenta, esses dias tentou ir eu tive que ajudar ele, ele voltar. As vezes a gente vai com ele no médico, quando chega no portão ali que ele desce, já dá essa tontura e já tem que segurar ele, correr já pegar uma cadeira pra ele sentar ou puxa aquele banco ali e põe, pego o andador, porque ele tem cadeira de rodas e tem o andador e tem a cadeira de tomar banho, quando ele operou ele ficou com dificuldade pra tomar banho então tem que sentar em uma cadeira pra dar banho, né. Então, quando ele tá melhor, é bengala né. Mas quando ele tá com dificuldade tem que pegar o andador.*

Pesquisadora: Ah, mas as vezes eles falam assim “ah, tem que caminhar” tudo, mas é difícil.

Ametista: *Não adianta você querer, você tem vontade de andar, mas como que você vai? O corpo, o organismo não tá aguentando mais. Agora uma pessoa com noventa anos, já tá com esses problemas de saúde vai aguentar ficar andando, fazendo caminhada? Claro que não vai! É que nem o médico falou pra mim “a senhora tem que fazer caminhada” tudo bem, eu posso fazer caminhada mas eu falei pra ele “doutor, eu não posso fazer caminhada, como eu vou fazer caminhada se eu tenho uma pessoa, o meu esposo de noventa anos e ele não pode ficar em casa sozinho” então não tem condição de andar, fazer caminhada. “Ah, então a senhora tem que fazer alguma alimentação balanceada”, mas eu não como carne gorda, carne gorda pra mim eu não como, outra coisa que eu não gosto é de peixe, não precisa nem mandar comer peixe que eu não gosto. (risadas) Dia que tem que tomar leite eu sofria de leite, eu tomo leite como que eu tô tomando remédio cedo em jejum, aqueles copinho de leite assim daqueles de massa de tomate,*

*eu ponho leite, aquilo é uma dificuldade, mas consigo tomar né. Todo dia cedo em jejum eu tomo um copo de leite daquele, mas também só é cedo, no decorrer do dia não tomo.*

Pesquisadora: E o seu Rubi, gosta de leite?

Ametista: *Vixe maria, esse aí toma leite o dia inteiro!*

Pesquisadora: É?

Ametista: *Nossa! Eu tenho que comprar, eu compro três caixas de leite por mês.*

Pesquisadora: Nossa! Ele toma leite.

Ametista: *Toma, vixe! Leite é com ele mesmo! Direto!*

Pesquisadora: E come bem?

Ametista: *Come. Comida ele come normal, porque ele nunca foi de comer bastante, né. Então ele come... Ele se alimenta bem. A não ser quando ele fica sem comer, teve uma... quando ele operou ai no início ele ficou um pouco sem comer, mas acho que era os remédios muito forte, tudo, depois voltou ao normal.*

Pesquisadora: É que as vezes esses remédios muito fortes atacam o estômago, né.

Ametista: *É, ataca o estômago mesmo. Então, mas graças a Deus ele se alimenta bem. Agora se eu tava falando “se leite não dá osteoporose então ele não dá porque mais leite do que toma”.*

(risadas)

Pesquisadora: Bastante cálcio. Cálcio não falta pro seu Rubi, né seu Rubi?

(tempo)

Pesquisadora: E fora... O senhor só trabalhou na metalúrgica a vida inteira? O senhor estudou?

Rubi: *Estudei até o terceiro ano só.*

Pesquisadora: Do ensino fundamental ou do ensino médio?

Rubi: *Do ensino fundamental.*

Pesquisadora: Fundamental.

Pesquisadora: E aí foi trabalhar. Começou a trabalhar com que idade seu Rubi?

Rubi: *Bom, eu trabalhava desde a idade de dez anos eu trabalhava com meu pai na roça né. Depois eu fui pra escola, fiquei três anos na escola ai saí, fui trabalhar fora. Era... Tinha quatorze anos, quinze mais ou menos.*

Pesquisadora: Arram. E começou cedo então, né?

Rubi: *É, eu fui trabalhar fora pra... Eles estavam fazendo uma estrada lá na onde eu morava lá, eu fui trabalhar na estrada, cavoucar terra, tirar terra com a pá na carroça aí depois eu vim pra cá pro estado de São Paulo em 45. Aí eu entrei em firma né. Fui trabalhar em firma. Aí trabalhei até aposentar.*

Pesquisadora: Ficou na mesma firma?

Rubi: *Não. Eu trabalhei numas quatro firmas. A ultima firma eu trabalhei vinte e um anos. Foi aonde eu aposentei. Metalúrgico.*

Pesquisadora: Arram. Mas e aonde foram as outras firmas que o senhor trabalhou?

Rubi: *Hem?*

Pesquisadora: Quais foram as outras firmas que o senhor trabalhou?

Rubi: *Eu trabalhei no Alumínio Furgô, trabalhei na, numa metalúrgica que tinha completado acho que a Tinco, trabalhei na... a última firma que eu trabalhei agora foi na Tecno Geral. Era firma de móveis de aço, né. Fazia tudo quanto é tipo de móveis de aço. Eu trabalhei lá.*

Ametista: *Assecont que chamava?*

Rubi: *Hem?*

Ametista: *Assecont. Era Tecno Geral o nome da firma , mas o apelido é Assecont*

Pesquisadora: E o senhor morava em que bairro lá em São Paulo?

Rubi: *Sapopemba.*

Pesquisadora: Ah é? Lá em Sapopemba?

Rubi: *Eu tenho casa lá em Sapopemba.*

Ametista: *Ele vem pra Sapopemba, mas é o Grimaldi ali né, eles são apegado Sapopemba com o Grimaldi. A casa dele é lá no Grimaldi.*

Rubi: *Primeiro eu morava na Água Rasa. Ai depois eu comprei terreno lá em Sapopemba que fiz casa e mudei pra lá. Hoje em dia ta um lugar bom danado. Movimentado.*

Pesquisadora: Não, Sapopemba cresceu bastante lá...

Rubi: *Eu tenho uma casinha lá.*

Pesquisadora: E essa casa é de vocês também? E vocês vivem da aposentadoria?

Ametista: *É, só vivemos da aposentadoria dele.*

Pesquisadora: A senhora também nunca trabalhou?

Ametista: Tsc Tsc (som confirmando que não.). *É, assim, pra dizer que eu trabalhava eu trabalhei já de doméstica assim, mas nunca fui registrada.*

Pesquisadora: Não, mas eu digo assim fora, né. Porque trabalhar em casa é um trabalhão também, né dona Ametista?

Ametista: *Trabalhava de doméstica assim, mas depois que eu casei trabalhava muito pouco ai é serviço de casa.*

Pesquisadora: Arram.

Ametista: *No tempo que eu era criança trabalhava na roça, até a idade quando tinha essas crianças minha era na roça. Porque nós somos casados segunda vez, ele era viúvo, eu também. Então, casados segunda vez. Então meus meninos era com primeiro meu marido, com ele, quando eu fui morar com ele, que eu casei com ele, aí já era operada. Então os quatro filhos meus era com o meu marido. Eu trabalhei muito na roça, vixe, demais.*

Pesquisadora: E... E como a senhora tava falando, então, tudo que envolve essas questões médicas o seu Rubi, tudo vocês acabam indo no particular porque o SUS não...

Ametista: *É porque vai... o problema dele que ele começou com o problema da bexiga, quando ele começou a sentir dor e começou a privar a urina e tudo e aí começou levar no médico no SUS só que era o seguinte, começaram mandar a fazer os exames, eu comecei a fazer os exames e aí começou a demorar, aí pra encurtar a história, aí teve que abrir processo pros médicos pra atender ele. Pra poder fazer essa cirurgia.*

Pesquisadora: Por quê?

Ametista: *Porque não tinha vaga na Santa Casa. Era uma brincadeira. Aí esse meu irmão, ele é defensor público né, ele já tá aposentando, só que nessa época ele não morava aqui. Ele morava em Cuiabá. Que ele... o serviço dele era lá em Cuiabá. E essa época aí o meu irmão teve que fazer uma cirurgia, ele tava em São Paulo. E ele a cada dia pior, e eu correndo atrás de médico com ele, aí fazia os exames, ia no médico não tem vaga, aguarda vaga aí o meu irmão*

*tava em São Paulo, ai me ligou “Como é que tá o Rubi?” falei “Tá a mesma coisa, levo no médico falou que não tem vaga” e o problema dele cada vez se agravando e já foi colocar a sonda, né, porque ele não urinava. Aí meu irmão pegou, ligou pra um amigo dele, um defensor público que mora aqui, aí ele entrou em contato comigo, mandou eu levar todos os papéis, aí eu fui, aí ele entrou na justiça. Eu acho. Ai quando passou uns dois dias, ele pegou, me ligou aqui que tinha marcado já uma consulta pra ele. Era aqui na Rosa. Que era pra levar ele lá. Aí eu peguei, levei. Quando chego lá médico falou pra mim “Ah, mas esse aqui o pedido dele é da Santa Casa, então vocês tem que procurar o médico da Santa Casa, porque eu não posso resolver nada”. Aí nisso as filhas dele tinha vindo de São Paulo, aí elas que foram atrás lá pra Santa Casa quando chegou lá, viraram mexeram não resolveram nada aí era só a consulta, só a consulta. Daí que aí o meu irmão pegou, me ligou da Santa Casa e já deu... já conversou com a assistente social e já conversou com o diretor da Santa Casa e falou “como é que vai ficar essa situação?” “mas não tem vaga” aí falou “ó, semana que vem então eu vou tá aí” ele vinha de mudança né, aí o meu irmão veio, foi lá e fez um revolto danado lá e aí marcaram a cirurgia. Aí ficou quase sete meses com essa sonda. Que a gente acha, que eu acho que mais que prejudicou ele foi essa sonda aí usando ela direto. Sem tirar a pedra. Eu tô achando que foi isso aí. Eles falam que não, né. Mas pode ter sido.*

Pesquisadora: Essa demora... sete meses?

Ametista: *Então, aí foi quando operou tirou as pedras, mas aí começou com esse problema. Começou a ter esse problema. Tirava a sonda, privava a urina. Aí trancava urina tinha que colocar outra sonda aí foi quando começava a ter que fazer esse processamento que eu tô falando pra você. Aí não resolveu, teve que fazer outra cirurgia pra abrir o canal, era a última tentativa ele ainda falou “é a última tentativa que nós vai fazer” aí foi quando fizeram e continuou a mesma coisa. Tá nessa vida aí.*

Pesquisadora: E como é que ele ficou nesse processo? Porque tem gente que não gosta de usar sonda. Tem gente que, assim, a maioria das pessoas, assim, você usar sonda temporário é uma coisa agora o médico falou que ele vai ter que fica assim.

Ametista: *É, vai ter usar o resto...*

Pesquisadora: E como é que ele ficou?

Ametista: *Ah, ele fica chateado, mas não tem outra coisa pra gente fazer, o que vai fazer? Ele fica chateado. A família inteira fica chateada. Mas, se tirar a sonda aí ele fica aos gritos. Aí a gente vai fazer o quê? Não tem como.*

Pesquisadora: A senhora acha que depois que ele colocou a sonda ele ficou mais desanimado assim...?

Ametista: *Ele ficou.*

Pesquisadora: Ele ficou?

Ametista: *Ficou. Ele já não é de conversar já fica mais quieto, às vezes conversa, outra hora senta ai ou deita lá e fica quieto, então, tá desse jeito.*

Pesquisadora: Ele era bem falante?

Ametista: *Não, ele nunca era assim de conversar pra dizer que era uma pessoa assim que conversava bastante, mas conversava né, conversava, ria, agora não. Agora isso aí é a coisa mais difícil você ver ele dar uma risada.*

Pesquisadora: É? Mudou.

Ametista: *É. Mudou completamente.*

Pesquisadora: Depois dessa cirurgia.

Ametista: *Exatamente.*

Pesquisadora: E o que mais que a senhora percebeu de mudança nele depois dessa cirurgia?

Ametista: *Olha, ele fez ai pra um tempo atrás ele tentou se suicidar, chegou a tomar Baygon.*

Pesquisadora: Como é que foi isso, dona Ametista?

Ametista: *Uai, ele ficou... Diz o médico, que tava entrando em depressão.*

Pesquisadora: Tá. Ele chegou a passar por um psiquiatra, alguma coisa assim?

Ametista: *Olha, isso aí que ele tá, passou assim, quando ele tomou um porcaria do veneno teve que levar pro pronto socorro, do posto.*

Pesquisadora: Tá. É intoxicação, né?

Ametista: *É. Chamemo o SAMU, ai o SAMU não veio, veio o Corpo de Bombeiro. Porque não tinha a viatura do SAMU, ai veio o corpo de bombeiro. Ai peguemo ele, levemo aqui no 24 horas aqui do posto de... aqui da C., ai lá deram lavagem, encaminharam ele pra Santa Casa já no balão de oxigênio, ai levemo ele pra Santa Casa, ele ficou quatro dias.*

Pesquisadora: Internado.

Ametista: *Lá no pronto socorro internado. Aí foi que veio a médica psiquiatra e conversou com ele e passou um remédio, só que agora tá difícil marcar essa consulta pra esse médico. Eles deram o papel, encaminhamento, inclusive tá com o meu irmão, só que meu irmão já foi lá duas vezes e não consegue. Porque é demorado, porque eles tão atendendo mais o, os que já tem né. Então tem que agendar e esperar, então o meu irmão tá pensando assim, de marcar um particular.*

Pesquisadora: Então, porque olha só, porque a gente tá fazendo essa pesquisa aqui e em Dourados e lá tem alguns casos assim que, alguns não, vários casos de idosos que as vezes ficam muito isolados tal, né, e acabam passando por um diagnóstico de depressão. E aí, o que eu fiquei sabendo na cidade lá é que só tinha uma psiquiatra pra rede pública inteira de Dourados. Independente da idade, entendeu? E eu fiquei pensando, é muita gente, eles não dão conta de atender. Não sei ainda como é que é aqui em Campo Grande, quantos que tem na rede pública.

Ametista: *Olha, eu não sei, porque quando ele tava no pronto socorro veio um médico e uma médica. Atendeu ele lá. Ai depois tem o médico do coração dele que é particular que é o Dr. R. Que atende pra cima do shopping ali na chácara cachoeira. Ai o meu, o Dr. R. que deu esse nome do médico pro meu irmão marcar particular. Como ele ainda tá tomando remédio, porque ele deu a outra consulta... deu a outra receita pela aquela que a médica deu, né, então a gente tá esperando ele ficar mais forte assim porque ele tá tomando muito remédio já. E esses remédios você sabe que é forte né, então o meu irmão tava pensando em dar... ontem mesmo ele tava comentando comigo, que ele vai entrar em contato com a filha dele pra ver o que que ela acha que pode fazer, né. Aí você vai pagar particular porque se for pelo SUS, pelo amor de Deus. É um Deus me acude.*

Pesquisadora: E quando ele fez isso, dona Ametista?

Ametista: *Olha, eu não tô bem lembrada, mas acho que tem... Foi depois que ele operou.*

Pesquisadora: Então não tem um ano?

Ametista: *Não! Tsc tsc. Depois que ele operou. Lá levou, eu levei ele pra tirar o ultrassom né. Inclusive tá nesse posto aqui da...*

Pesquisadora: Do J.?

Ametista: Do J. Que o médico acompanhava ele aí. Tinha uma médica que veio do Rio de Janeiro aí ela foi embora, né. Aí f... Aí ficou a P. que vinha aqui só conversar, né. Ai depois entrou o Dr. G., aí o Dr. G. acho que veio umas duas vezes. Quem acompanhava ele aqui era o Dr. G. Mas agora o Dr. G. já saiu, né. Aí ele... tremo, levemo ele, tiremo a sonda, aí o meu irmão

deixou nós aqui e falou “qualquer coisa você me liga” que ele mora ali na A. perto da prefeitura. Aí ele falou “qualquer coisa você me liga, pode ser a hora que for, sei lá, ou no fixo” aí deu... Aí ele levantava e sentava aqui. Aí deitemo, ele pegou e falou pra mim “você deita no outro quarto porque eu nem durmo e você vai dormir” mas eu não ia dormir, porque tava desenquieto, não parava nem na cama, nem em canto nenhum.

Pesquisadora: Ele estava inquieto esse dia?

Ametista: Aí ele levantava e eu ficava cuidando. Aí ele veio uma hora ele veio e sentou aqui. Aqui pegou e falou pra mim assim... aí eu vi, fiquei ali. Ali ele falou pra mim assim “você não tá dormindo?”, falei “não”, aí ele falou “vai deitar”. Eu falei “não vou deitar, como que eu vou deitar?”. Aí eu falei pra ele, eu falei “óia, eu vou pegar minha agenda e vou ligar pro Topázio, vou levar você lá pra colocar sonda”. Ele falou “não, espera um pouco, eu vou tomar uma água e vejo se consigo urinar, essa sonda me enche o saco”. Aí eu peguei e entrei pro quarto, peguei minha bolsa, peguei a agenda, aí nesse intervalo, já era onze horas.

Pesquisadora: Da manhã?

Ametista: Não, da noite!

Pesquisadora: Da noite.

Ametista: Aí eu entrei, peguei a, a minha agenda tava na bolsa. Aí falei pra ele “bem, você vem trocar esse short? Que eu já ponhei o short em cima da cama e você vem pra trocar, eu vou chamar o Topázio”. Aí ele tava aqui, ele tava com o bendito que eu não vi. Ele escondeu, pôs no bolso. Aí eu peguei...

Pesquisadora: Era um vidro? Um comprimido?

Ametista: Pegou da lata e pôs no vidro e escondia ali. E eu nem percebi. Aí ele pegou, entrou no banheiro. Aí eu fui no quarto, peguei a bermuda dele, deixei na cama e fiquei esperando ele vir, fiquei em pé na porta. Aí ele veio, com os olhão arregalado. Aí eu falei pra ele “senta lá na cama pra trocar o short que eu vou chamar o Topázio pra levar você pra colocar sonda”. Porque nós já tem a sonda comprada, porque vai no posto, já não tem. Aí ele falou pra mim assim “não, não precisa chamar o Topázio”. Eu falei “uê, por quê?”. “Não precisa porque eu vou morrer”. Aí eu estranhei né, falei “uê, por quê?”. “Eu acabei de beber veneno”. Aí eu “o quê? O que que você tá falando?”. Eu falei “você tá brincando comigo?”. Ele falou “não”. Eu falei “o que que você tomou?”. Aí ele falou “eu tomei baygon e tomei veneno de rato”. Só que eu não tinha o veneno de rato aqui em casa, menina, aquilo me deu um baque na minha cabeça, eu falei “meu pai do céu, meu Jesus, me socorre”. Aí eu só peguei a chave aqui, eu tenho um filho meu que

mora depois dessa casa aqui, depois daquele pé de manga ali, tem um filho meu, meu filho mais velho mora lá. Aí eu peguei a chave, abri o portão e corri pra casa do guri, eu cheguei lá, ele tinha acabado de chegar da igreja, que ele é evangélico, ele acabou de chegar da igreja eu cheguei na porta, bati e chamei ele “C.” “Que foi, mãe?”. Eu falei “me socorre pelo amor de Deus”. “O que que tá acontecendo?”. Eu falei “seu tio tomou veneno”, ele falou “o que que a senhora tá falando?”, eu falei “tomou”. Aí ele falou “tá brincando?!”, aí correu, ele com a minha nora, eles chegaram aqui, ele tava na cama. Ele falou “tio, porque o senhor fez isso?”, ele falou “porque eu tô cansado de sofrer. Cansado de sofrer essa vida, eu tô sofrendo muito”. Aí a minha nora ligou pro Corpo de Bombeiros, ligou pro Corpo falou “não tem viatura”. Ligou pro Corpo de Bombeiros: “não tem viatura”. Aí eu liguei pro meu irmão, ele falou “pega, chama um táxi rápido e traz no 24 horas aqui que eu encontro vocês aqui”. Aí nisso o Corpo de Bombeiros ligou em seguida, “tem uma viatura, tá indo, vocês fica uma pessoa na frente da casa”. Aí o meu guri ficou lá, aí chegou, perguntou pra ele e pegou, tinha jogado um vidro que eu nem tinha visto, tava tão nervosa que eu nem tinha visto, eu tava que eu não me segurava. Meu guri falou “mãe, pelo amor de Deus a senhora se controla porque vai dar um troço na senhora agora mesmo”. Aí o Corpo de Bombeiros chegou, perguntou o que que tava acontecendo, ele explicou. Ele entrou lá, perguntou pra ele, aí ele falou “uê, o que que tá acontecendo?”. Ele falou “eu operei, fiz essa cirurgia agora eu não urinei direito e eu quero morrer, tô cansado de viver sofrendo”. Ele falou “não, mas esse problema do senhor é fácil, a gente leva, passa uma sonda e tal, tal”. Aí perguntou pra ele “o que que o senhor tomou?”. Ele falou “tomei veneno”. “Que veneno?”. “Tomei baygon e veneno de rato”. Aí o bombeiro virou pra mim: “a senhora tem esse veneno aqui?”. Eu falei “não, o veneno de rato eu não tenho. Agora o baygon eu tenho porque eu passo em casa por causa do pernilongo, né”. Aí ele falou pro outro “vai lá ver”, aí o rapaz veio, olhou, aí ele viu que tava na lixeira aqui, o vidro. Aí o rapaz cheirou e falou “é baygon”. Ai o meu guri falou “tio, porque o senhor fez isso, tio? Agora a família do senhor vai culpar a mãe”. Ele falou “não, porque eu fiz uma carta, fiz uma carta”. “Mas essa carta tá aonde?”. Aí meu guri veio, que a carta tava bem no canto do sofá. Ele fez um canudo assim que nem um charuto e enfiou ali, aí meu guri chegou, achou a carta. Ele falando pra não me culpar, que eu era muito boa pra ele, que ele tava cansado de viver... (silêncio)

Pesquisadora: Aí conseguiram correr com ele? Prestaram socorro? Ele ficou...

Ametista: É. Aí, graças a Deus, de lá pra cá ele tá tudo bem, né. Ele não tentou mais não. Mas tá deprimido né, ai ele não se conforma, ele tá assim e tal. Eu falei pra ele “uê, mas é que a gente não se conforma”, eu falei pra ele “mas é uma coisa que Deus promete pra você aquilo e vai ser aquilo né, não adianta você querer correr” e tá aí.

Pesquisadora: E antes de... Logo que... Ele sempre... Apesar dele ter aposentado ele sempre teve uma atividade, ficava aqui, fazia as coisas, era uma pessoa...?

Ametista: Não. Essa casa foi ele que fez.

Pesquisadora: Ah, olha que legal.

Ametista: Só que ele fez desde o \*\*\* ele fez sozinho. Aí nós compramo o terreno, meu irmão morava, essa época o meu irmão morava aqui, depois que ele fez um curso e passou que ele foi morar em Cuiabá, antes ele morava aqui. Então ele trabalhava de servente de pedreiro, ele trabalhava de pintor, ele pintava, as casa nossa toda a vida foi ele que pintou, né. Então quando o meu irmão comprou essa aqui nós morava em Miranda, quando nós veio de São Paulo, nós veio direto pra Miranda, nós morou 5 anos em Miranda. Daí, lá nós compremos uma quitinete da COHAB, né. Só que era uma quitinete pequena, aí ele aumentou um quarto, aumentou uma cozinha. Ele fez uma cozinha grande, uma varanda e arrumou a casa, ficou tudo arrumadinho. Aí como eu comecei a ter problema de saúde, negócio de ouvido, de tudo. Aí tinha que a cada quinze dias eu tinha que tá aqui no médico né, aí o meu irmão pegou e falou “por que vocês não muda pra cá porque vocês tem que tá direto pra cá”. Aí eu falei “ah, mas nós não tem condição de comprar um terreno aqui”, ele falou “não, eu vou comprar o terreno pra vocês”. Aí meu irmão pegou comprou esse terreno aqui, né. Aí comprou o terreno, comprou o material, aí... E ele nunca tinha feito casa, né. Primeira que ele fez foi um, essa cozinha lá em Miranda, ele nunca tinha trabalhado de pedreiro, mas como a aposentadoria é pouca, né. E o rapaz, ele chamou o pedreiro, o pedreiro veio, pediu um preço que nem a aposentadoria dele dava pra pagar, né. Aí ele falou “não, eu não posso pagar um preço desse pra você e depois eu vou comer o quê? Então eu mesmo vou fazer”. Aí ele até brigou com ele “mas o senhor já trabalhou de pedreiro alguma vez?”. Ele falou “não, mas ninguém nasceu aprendido, então eu vou fazer pela primeira vez”. Aí ele fez a cozinha, tudo, fez a varanda, fez o piso, ai quando ele comprou esse terreno, meu irmão comprou esse terreno, ai falou “vou chamar um pedreiro”. Aí falou “não, não chama o pedreiro não porque eu vou fazer a casa”. Aí meu irmão falou “você vai fazer?”. Ele falou “vou”, aí ele falou, ele gosta de chamar ele de Bichinho do Norte “Bichinho do Norte nunca trabalhou de pedreiro, como você vai fazer a casa?” ele falou “Pois eu vou fazer” ai ele começou, ele fez um quarto e a cozinha.

Pesquisadora: Nossa, seu Rubi!!

Ametista: Com 25 dias ele deu pronto! O quarto nosso e a cozinha, porque era só essa parte ali, né. Aí fez, cobriu. Nós tinha vendido o direito da COHAB lá e ele deu prazo de 30 dias pro homem, porque tinha comprado. Aí quando foi com 25 dias, nós foi lá pegar a mudança pra trazer pra cá. Aí aqui não tinha água encanada, de primeiro, aí tivemos que furar poço, chamar o

poceiro e furar poço, né. Aí mandemo. Ele fez toda a casa, cobriu e ponho toda madeira sozinho. Ele ponhava uma escada aí, erguia a viga nas costas. Quando tirava até eu ajudava, ele jogava em cima, arrumou tudo, cobriu numa boa. Aí depois que ele fez essa varanda.

Rubi: Fiz tudo isso aqui sozinho, sem ajudante, sem nada. Essa casa aqui, essa casa ali, tudo eu fiz sozinho.

Ametista: O quarto nosso aqui, ponhou essa grade, mas essa aqui tudo foi ele, aqui o muro, essa...

Pesquisadora: O quartinho dele.

Ametista: Esse quartinho, aquele outro lá. Que essa aqui e o lado de lá é nosso, os dois.

Pesquisadora: Tá de parabéns, hem seu Rubi!

Rubi: É...

Ametista: Então, é ele que fez. Então é isso que ele não se conforma! Só que essa época ele tinha o quê? 70, 72 anos.

Pesquisadora: Poxa...

Ametista: É. Aí quando morava em Miranda nós ia pescar, né. A vida era à beira do rio, pescava. A gente ia pra beira do rio.

Pesquisadora: Por isso que a senhora não quer saber de peixe, dona Ametista? (risadas)

Ametista: Não, porque eu nunca gostei de peixe. Eu gosto de pescar, mas de comer peixe não. Então nós saía 4:30h da manhã e ia pra beira do rio. Aí nós pescava até cinco horas da tarde, nós levava até almoço pra beira do rio, nós ficava o dia inteiro lá na beira do rio. Ai depois nós vinha embora, quando era lá por 04h30min, 5 horas nós vinha embora. Aí tomava banho, tava numa boa lá. Aí depois que nós mudou pra cá. Ele quando tinha um compadre nosso que morava aqui, ele ia sempre lá em Miranda, sempre eles ia pescar junto com esse compadre nosso de carro, né. Aí depois esse compadre nosso mudou pro, saiu das terra lá pro INCRA, ele mudou pra lá e ele ficou aí sem saber, sem pescar, porque fica tudo longe, né pra ir pescar. Não é perto. Então tá aí. Aí ele fala pra mim que ele não se conforma. Você aceita café ou você não toma?

Pesquisadora: Não, obrigada, obrigada. É difícil, né?

Ametista: Sei, que situação. Aí, que mais? Aí depois que mais ele ficou assim foi depois que ele perdeu os filhos dele. Porque você vê, dentro de um ano e dois meses ele perdeu uma irmã, um irmão, a nora, o filho e a filha.

Pesquisadora: É, ele falou dos filhos. A caçula e um filho, né?

Ametista: É, só que isso foi o homem, três filhas mulher e o filho homem. E a caçula que faleceu. Então pra ele foi um baque muito grande. Isso aí faz o quê, a filha dele vai fazer três anos agora ainda. Em janeiro fez dois anos.

Pesquisadora: Ele falou.

Ametista: O filho vai fazer quatro. Então isso foi, diferença, a irmã dele quando ela faleceu, depois de dois meses faleceu o filho.

Pesquisadora: Nossa, foi próximo assim?

Ametista: *Foi. Aí depois, aí nós ainda foi lá. Ele, esse irmão dele ainda conversou com ele, aí quando faz quatro mês que ele tinha visto o irmão, ele faleceu. Aí a filha dele tava doente, aí era câncer, né, já tava muito avançado, então.*

Pesquisadora: Esse filho faleceu do quê?

Ametista: *O filho dele faleceu de infarto.*

Pesquisadora: Infarto?

Ametista: *Fulminante.*

Pesquisadora: A irmã?

Ametista: *A irmã foi que ela, ela já é mais de idade, né. Porque ela já faleceu já tava com 70 e poucos anos, mas aí ela deu derrame e ficou na cadeira de rodas*

Pesquisadora: Entendi.

Ametista: *Então, e ela tinha muita, tinha diabete. E tudo aí que foi complicando mais, né.*

Pesquisadora: E o irmão?

Ametista: *O irmão dele... também ficou doente assim de repente, ficou internado, faleceu.*

Pesquisadora: E aí a nora?

Ametista: *Aí a nora também morreu com câncer. A nora dele.*

Pesquisadora: Câncer aonde?

Ametista: *Na garganta.*

Pesquisadora: Ah, na garganta.

Ametista: *Ela fumava muito. A filha dele também fumava muito.*

Pesquisadora: Também foi câncer na garganta?

Ametista: *Foi.*

Pesquisadora: Quantos anos tinha a filha dele?

Ametista: *Ela tava com 48 anos. E o filho tinha feito 60.*

Pesquisadora: E ai ele ficou...

Ametista: *Então o que mais abateu ele foi essa, esse...*

Pesquisadora: Começou aí?

Ametista: *É, começou.*

Pesquisadora: Esse, essas, vamos dizer assim, essas perdas sucessivas, né?

Ametista: *Isso.*

Pesquisadora: Difícil, né? Aí a senhora acha que a cirurgia, ficar nessas coisas, foi o que culminou esse ato dele?

Ametista: *É. Aí foi o que mais foi prejudicando mais, né. Porque aí ele já não tava mais, teve uma época que não queria comer tudo. Vixe, de vez em quando era um trabalho aí pra ele comer. Teve uma, uns, uma época aí que a comida dele era só mingau de leite. Tinha que comprar maisena e fazer um mingau igual tava fazendo pra criança, era o alimento dele. Não queria saber de nada, de comida nenhuma. Nem fazer porque não queria.*

Pesquisadora: E o mingau ele aceitava.

Ametista: *Aceitava. Mingau ele comia bem. Era a única coisa que ele comia. Agora não, agora ele voltou normal. Agora ele* (interferência pelo som do avião).

Pesquisadora: E depois dessa, desse susto, a senhora teve que fazer algumas adaptações, ficou mais preocupada dele voltar a tentar?

Ametista: *É. Exatamente. Aí a minha preocupação foi mais, né. Aí a anemia dele atacou mais. Agora o médico falou pra ele, que ele tá com problema sério de rim, né. Falou que ele tá com problema sério, o problema dele de rim é crônico. Falam que ele tem... Pode Deus abençoar que não, mas se for do jeito que tá é perigoso até ele voltar a fazer a hemodiálise.*

Pesquisadora: Hemodiálise?

Ametista: *Que dá vez que ele ficou ruim, que ele ficou lá, que ele teve infarto, eles tiveram que fazer a hemodiálise. Quer dizer, o rim dele não queria funcionar. Começou a querer parar, né. Aí eles tiveram que fazer. Teve um dia que eles fez. Infelizmente. Graças a Deus, ele foi aquele dia só. Aí tá aí. Aí ele sempre é assim quieto, não é de conversar, só responder se você procurar alguma coisa.*

Pesquisadora: Mas ele é forte dona Ametista. Ele é forte, né?

Ametista: *É. Mas é como o médico falou, que ele é uma pessoa muito forte. Que o medo do médico que foi fazer a cirurgia da bexiga, o médico ficou muito preocupado.*

Pesquisadora: Já tinha problema no coração, tudo né?

Ametista: *É. Porque o marca passo dele já faz uns nove anos que ele tá usando, que começou com problema, ai vai levar no médico, ai o médico falou “não, o coração dele tá muito fraco. Falou “ele não entupimento na veia, a veia dele tá normal”. Só que por causa da idade o coração dele tá fraco, então tem que ter um marca passo pra ajudar a bater. O médico que falou pra mim, ele falou o seguinte, falou que o coração dele tem que jogar 300 miligrama de sangue, né. Então ele bomba, só que ele não tem força pra jogar, ele vai jogar 150, 100. Era onde dava... Ele ficava cansado. Ele sufocava, ficava cansado, ele perde o controle das perna, ele não aguentava andar. Aí teve que levar ele, o médico encaminhou pra Santa Casa, aí já teve que operar, ele já pôr o marca passo. Só que ele falou que entupimento de veia ele não tem. Mas só por causa da idade ele tá com o estado, o coração dele tá muito fraco. Ele falou que a batificação do coração dele tá muito lenta. Inclusive segunda-feira tá marcado pra é, regular o marca passo porque ele a cada seis meses. Que era pra ele ter regulado agora segunda-feira só que quando foi pra ele fazer essa cirurgia, teve que levar ele pra regular o marca passo por causa da cirurgia. Aí o médico regulou, falou “ó, a hora que ele fizer a cirurgia não precisa trazer ele ruim assim que não consiga andar. Deixa ele ficar mais forte a senhora, vem, liga, e marca pra regular o marca passo dele de novo”. Só que eles marcaram na carteirinha e eu não olhei e esqueci de mandar alguém olhar, quando foi segunda-feira que levou ele, o dia pra trocar a sonda, eu tava lá no posto, aí a menina ligou, a secretária dele ligou “Olha, tem trazer o seu Rubi, hoje tá marcado pra regular o marca-passos”. Falei “minha filha, agora eu não posso porque eu tô aqui no posto que ele tem que trocar a sonda”. Aí ela marcou pra segunda-feira. Aí segunda-feira ele tem o médico pra regular o marca-passos, dia 1º ele tem o médico do coração que ele tem que passar, aí dia 2 ele vai no posto que ele tem que passar no dentista. Então a nossa sorte ainda é esse meu irmão. Que dependia tudo era táxi. Que não tem condição mais de andar de ônibus, ele não aguenta mais. E começo eu tinha que levar ele de ônibus. Eu fazia o seguinte, pegava o*

*ônibus aqui, aí chegava na B., pegava o outro até a praça. Aí da praça pegava o táxi. Então, mas era uma dificuldade pra ele subir no ônibus, era uma dificuldade pra ele descer. As vezes chegava dentro do ônibus, não tinha um filho de Deus que desse o banco pra ele sentar. Tava todo mundo sentado lá, não tava nem aí. Aí você pedia, fingia que tava dormindo pra não dar o lugar. E isso é porque tá marcado, né. Imagina se não tivesse.*

Pesquisadora: Aqueles assentos, né?

Ametista: *Isso. Mas não tava nem aí. Aí quando foi um dia eu vi um estudante dentro do ônibus, que eu fiquei abismada com aquilo. Eu olhei bem pra ele e fiquei quieta, né. “Eu não dou banco pra ninguém”. Licença da palavra que ele usou que eu vou te falar: “esses filho dum puta desses véio devia morrer todo mundo, do que enchendo o saco dentro do ônibus, tirando o sossego dos outros”.*

Rubi: *E ele não vai ficar velho, né.*

Pesquisadora: É.

Ametista: *Desse jeito. Eu só olhei nele assim, falei “meu Deus do céu”.*

Rubi: *Ele não vai ficar velho, vai ficar novinho pra sempre.*

Ametista: *Não dava. Um dia o motorista ainda falou assim “sai do banco pra eles, pro senhor sentar”. A moça tava sentada assim, ela fez assim ó, fingiu que ela tava dormindo, tava nem aí com ela. Aí eu falei “não, deixa pra lá”.*

Pesquisadora: Mas aqueles assentos são reservados, gente, não tem nada que sentar ali.

Ametista: *Pra deficiente, idoso, gestante, né. Quero ver. Menina, a hora que aqueles estudantes entra, parece que eles tá tudo cansado. Hoje tá pior que a gente que é de idade. Eles vão entrar, já entra igual uns, já pra sentar, sentou ali, acabou. Eles não tá nem aí. Ainda bem que agora tudo é meu irmão que leva. Leva nós, busca.*

Pesquisadora: Ele dá esse apoio pra vocês, né?

Ametista: *Graças a Deus. Aí inclusive quando ele morava em Cuiabá, que ele já tava com dificuldade pra tomar o ônibus, aí mandava o dinheiro do táxi. Ele pegava mandava o dinheiro.*

Pesquisadora: A sua família é grande também dona Ametista? Igual ele falou que tinha 13 irmãos.

Ametista: A minha, os nossos irmãos foi bastante. Nós era em 19 irmãos. Era 9 homens e 10 mulher. Aí morreu quatro pequeno e se criou cinco. Ai já faleceu dois, mais velho, né. Faleceu esses tempo agora, faz uns dois anos. Faleceu um aqui em Campo Grande, o outro tava lá pro norte do Mato Grosso. Aí só se resta agora três, na minha conta é três, mas se eu souber porque tem um que tá isolado, sumiu que ninguém tem notícia. Esses tempos comentaram com o meu irmão que ele tinha falecido, agora nós não tá sabendo. Porque meu irmão falou “vou entrar em contato com minha outra irmã que mora em Rondônia pra ver se é verdade”. Só que ele não tem notícia não. Então, que a gente sabe mesmo tem dois que é esse que mora aqui e o outro em Cuiabá, né. E esse que tá \*\*\*\* se ele tiver vivo, então tem três homens que tá vivo, né. As muié também já morreu bastante, minhas irmãs também, minhas irmãs já morreu duas, três, quatro, três, quatro. Quatro irmã faleceu.

Pesquisadora: E a senhora tem que idade?

Ametista: Eu tô com 65 anos.

Rubi: Menininha nova, né?!

Pesquisadora: Ah, mas a senhora tá ativa, né?

Ametista: Não. Graças a Deus, né. A gente sente, mas isso aí é uma coisa normal que a gente vai ficando jovem já sente mesmo. Então não tem pra onde correr, porque a gente foi trabalhar, trabalhou muito na roça, foi muito judiado na roça. Eu, coitada, com seis anos já tava trabalhando. Esses povo nortista você já viu, né. O meu pai foi aquele tipo de homem que os filhos tava com a enxada, a gente ia pra roça.

Pesquisadora: Dava pra andar, já tinha que fazer alguma coisa.

Ametista: É, já tinha que fazer alguma coisa. Então, eu com idade de seis anos já tava na roça trabalhando, pra trabalhar na roça. Então a gente foi pessoa muito judiada e estudo que é bom ele não deu pras filhas mulher dele não, só os homem dele podia estudar, as filha mulher não. As filha mulher não era pra pegar nem no lápis. Então eu fui criada desse jeito.

Pesquisadora: E aí então, e as filhas dele que estão em São Paulo ainda, elas tem que idade dona Ametista?

Ametista: Ah, essa do meio tem a minha idade. Ela fez 65 anos. A outra se não me engano tá com 68. Se não me engano acho que é 68 que ela fez.

Pesquisadora: E como que elas reagiram com o que o seu Luiz fez?

Ametista: Ah, elas...

Pesquisadora: Elas assustaram, claro, né?

Ametista: *É, elas ficaram revoltadas o seguinte. Só que é que nem eu falei pra elas, só que vocês não vão me culpar. Ela falou “não, nós não vamos te culpar, porque nós sei que você cuida do meu pai, isso é dele, é da cabeça dele”. Então, graças a Deus, essa parte elas não me culparam, né.*

Pesquisadora: Mas não tinha nem como, né?

Ametista: *Então, ainda tirou meu irmão, que meu irmão que t' com essa carta, que meu irmão tirou cópia e passou pra ela, né. Ele tinha escrevido tudo.*

Pesquisadora: Seu irmão guardou a carta?

Ametista: *Guardou. Eu tinha uma cópia nem sei onde é que tá. Nem sei onde tá.*

Rubi: *É hora do comprimido das 9 hora.*

Esposa: *Ah é.*

Pesquisadora: Olha, cabeça boa do senhor, hem. Lembrando até a hora que vai tomar remédio. (risadas)

Rubi: *É. Nove hora tem que tomar o comprimido. Eu graças a Deus minha cabeça tá boa.*

Pesquisadora: É, né.

Rubi: *Pela idade que eu tenho eu sinto a cabeça boa mesmo.*

Pesquisadora: Não, e o senhor tá forte também, o senhor é forte.

Rubi: *Arram.*

Pesquisadora: É verdade!

Rubi: *É, esse mundo é assim mesmo. Eu nunca esperava ficar numa situação que nem tô eu, hem.*

Pesquisadora: Que situação? Como... que que o senhor acha? Como o senhor está? Conta pra mim, seu Rubi.

Rubi: *É esse negócio de ficar com essa sonda aí, sem urinar. Tirar a sonda fora, não urino, prende a urina. É a vida dura, né?*

Pesquisadora: O senhor não gosta de ficar com a sonda, né?

Rubi: *É, incomoda a gente, né. Fazer o quê.*

