

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO - CE**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES - PPGCR

IRACILDA CAVALCANTE DE FREITAS GONÇALVES

**AUTÓPSIA ESPIRITUAL: ANÁLISE DE NARRATIVAS PSICOFONADAS DE
ESPÍRITOS SUICIDAS**

JOÃO PESSOA

02 de MAIO DE 2019

IRACILDA CAVALCANTE DE FREITAS GONÇALVES

**AUTÓPSIA ESPIRITUAL: ANÁLISE DE NARRATIVAS PSICOFONADAS DE
ESPÍRITOS SUICIDAS**

Tese apresentada à Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências das Religiões; na área de concentração Ciências Sociais das Religiões, Educação e Saúde; linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde, do programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, sob a orientação do Professor Dr. Fabrício Possebon.

JOÃO PESSOA

02 de MAIO DE 2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G635a Gonçalves, Iracilda Cavalcante de Freitas.
Autópsia espiritual: análise de narrativas psicofonadas
de espíritos suicidas / Iracilda Cavalcante de Freitas
Gonçalves. - João Pessoa, 2019.
331 f. : il.

Orientação: Fabrício Possebon.
Tese (Doutorado) - UFPB/CE.

1. Suicídio. 2. Prevenção. 3. Cuidados. 4. Espiritismo.
5. Espírito suicida. I. Possebon, Fabrício. II. Título.

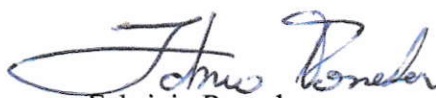
UFPB/BC

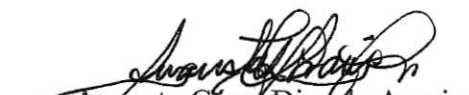
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

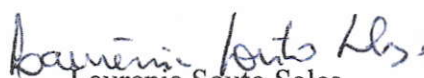
AUTÓPSIA ESPIRITUAL: análise de narrativas psicofonadas de espíritos suicidas

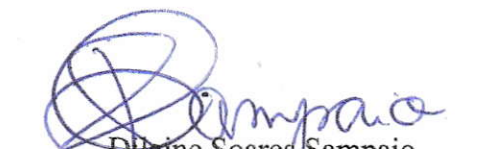
IRACILDA CAVALCANTE DE FREITAS

Tese apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.


Fabricio Possebon
(orientador/PPGCR/UFPB)


Augusto César Dias de Araujo
(membro-externo/IFPB)


Laurenia Souto Sales
(membro-externo/UFPB)


Dhaline Soares Sampaio
(membro-interno/PPGCR/UFPB)


Maria Lúcia Abaurre Gnerre
(membro-interno/PPGCR/UFPB)

Aprovada em 02 de maio de 2019.

Aos Espíritos suicidas que “saíram de cena, antes de o
apagar das luzes e o fechar das cortinas”. Meu respeito e
meus sinceros desejos de vida plena!

Agradeço a Deus por esta existência e por todo o conhecimento que fui capaz de adquirir em todas as experiências de alegrias, de tristezas e de silêncios.

Agradeço a todos os meus familiares e amigos desencarnados que cuidam ativamente de mim, nos silêncios dos dias e das noites; em especial ao meu mentor, meu pai, minha mãe e meu irmão, companheiros desta jornada.

Aos meus entes queridos; de modo muito singular, aos meus filhos Diego, Erinaldo e Ian. Minhas pérolas e eternos amores!

Ao companheiro, Erinaldo, pela oportunidade de crescimento no campo espiritual e material.

À Elisa, pelo companheirismo e pelo apoio fundamental a minha família, na minha presença e na minha ausência;

Aos professores do PPGCR que contribuíram, cada um ao seu modo, com os conhecimentos necessários à construção da minha identidade de pesquisadora no campo das Ciências das Religiões

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões –PPGCR/UFPB pelo acolhimento do projeto e os funcionários, pela competência no atendimento de nossas demandas acadêmicas e pela prontidão e presteza na execução de suas atividades.

Às professoras doutoras Dilaine Soares Sampaio e Maria Lucia Abaurre Gnerre pela primorosa leitura e exímia contribuição, na ocasião do exame de qualificação, e também pela participação como examinadoras na defesa da tese. Satisfação e alegria definem bem o meu sentimento de tê-las como primeiras leitoras do meu texto.

A minha querida amiga e, em muitas ocasiões, companheira de trabalho, Profa. Dra. Laurência Souto Sales. Prazer imenso partilhar este momento, de forma especialíssima. Tê-la como leitora, e analisadora da minha tese, é um evento memorável!

Ao prof. Dr. Augusto César Dias de Araújo, membro da banca examinadora, pela leitura criteriosa da tese e pela vivência de momento singular na minha experiência como pesquisadora.

Ao Núcleo Espírita Mensageiros do Bem – NEMB e aos trabalhadores voluntários, encarnados e desencarnados, por abrir as portas para esta pesquisa; em especial, a Maria José Pinho que acreditou no projeto muito antes de ele tornar-se visível.

As minhas queridas companheiras de atividades, do Núcleo de Estudos de Prevenção e Posvenção do Suicídio NEPPS/NEMB, exímias colaboradoras no processo de coleta de dados (os relatos psicofonados) para esta pesquisa: profa. Luzimar Gonçalves da

Silva Nascimento e à profa. Jaismar de Oliveira. Minha eterna gratidão pela vivência singular de aprendizado que nos foi possível experienciar nesses dias.

A médium responsável por intermediar voluntariamente, com responsabilidade e precisão, a comunicação entre nós e os Espíritos suicidas. Colaboradora de indiscutível importância na sua posição de possibilitar que a “voz” dos Espíritos pudessem ser ouvida e esta pesquisa ganhasse uma substância material.

Aos amigos(as) (não)espíritas que colaboraram com a execução desta pesquisa.

Aos novos amigos, encarnados e desencarnados, que conquistei por ocasião da pesquisa.

Aos Espíritos suicidas que, corajosamente, relataram-nos suas experiências com o suicídio. A aquiescência desses amigos em participar desta pesquisa é um ato de amor que ecoará no coração de cada leitor que pousar os olhos nos seus relatos. Grafadas com sofrimento e amor, - e, acima de tudo, com a certeza que a vida “pulula”, infinitamente, independente da nossa vontade-, suas vozes são cânticos de louvores à vida.

Ao prof. Dr. Fabrício Possebon, meu orientador, pelos estímulos dado à construção da minha posição de pesquisadora no campo das Ciências das Religiões. Todo o meu respeito e admiração pela sua postura como profissional e como pessoa. Você que me acolheu (e me acolhe!) em todos os momentos em que foi solicitado a ouvir as minhas inquietações de pesquisadora.

A minha inquietação de pesquisadora e a minha coragem de tratar de um tema árduo, envolto em tabus. Por amor à vida!!!

Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores, biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Uma melhor detecção na comunidade, o encaminhamento para especialistas e a gestão do comportamento suicida são passos importantes na prevenção do suicídio. O desafio chave de tal prevenção consiste em identificar as pessoas que estão em risco e que a ele são vulneráveis; (...) e estruturar intervenções eficazes.

(Organização Mundial da Saúde –OMS)

É óbvio que a prevenção do suicídio exige também intervenção de fora do sector da saúde e apela a uma abordagem multissetorial inovadora e abrangente, incluindo os setores da saúde e não-saúde, por exemplo, educação, trabalho, polícia, justiça, **religião**, direito, política, a mídia.

(Organização Mundial da Saúde –OMS)

RESUMO

O suicídio é um fenômeno complexo, recentemente apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de saúde pública, passível de prevenção. Pensando em contribuir com esta problemática, decidimos “ouvir” a voz do Espírito suicida. Para tanto, partimos da hipótese de que o discurso do Espírito suicida se constitui em um saber específico acerca do fenômeno do suicídio; um dizer que, por ser passível de escuta, pode ser utilizado como subsídio na produção de ações de prevenção e posvenção do suicídio. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é observar o tratamento dado, pelos Espíritos suicidas, aos objetos discursivos suicídio e suicida. Na pesquisa, onze (11) relatos de Espíritos suicidas foram analisados. As narrativas, produzidos por meio da mediunidade de psicofonia, foram realizadas nas dependências do Núcleo Espírita Mensageiros do Bem (NEMB), durante encontros realizados pelo Núcleo de Estudos, Prevenção e Posvenção do suicídio, NEPPS, no município de João Pessoa. Os referidos relatos versaram sobre as condições de produção do suicídio, o processo de morte (desencarne) e a vivência pós-morte. Como suporte teórico para a análise dos relatos, tomamos como referencial teórico de base, fundamentos da análise de discurso na visão de Michel Foucault. Mobilizamos, dentre outros objetos discursivos, a *retextualização* (MARCUSCHI 2003); a *autópsia psicológica*, (GUEVARA 2001, 2006), a noção de *pessoa* no campo da antropologia (MAUSS, 1974) e do Espiritismo e, ainda, os objetos *saúde*, *cuidado*, *suicídio e suicida* pelas óticas do domínio médico (OMS) e do sistema religioso do Espiritismo. Trata-se, dessa forma, de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada em campo, que utilizou como instrumentos de coleta de dados a observação participante e a *história de vida* (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007) veiculada através dos *relatos autobiográficos*. Como resultados, identificamos que os Espíritos suicidas produzem um discurso por meio do qual veiculam sentidos acerca de objetos discursivos como o sofrimento, o desapontamento, o arrependimento, o remorso, a imortalidade, o resgate do suicida, o tratamento espiritual e a exortação à vida; discurso este que confirmou a hipótese acima referida. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir com respostas para demandas impostas pela problemática do suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Prevenção. Cuidados. Espiritismo. Espírito suicida.

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno complejo, recientemente apuntado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, pasible de prevención. Pensando en contribuir con esta problemática, decidimos oír la voz del Espíritu suicida. Para eso, partimos de la hipótesis de que el discurso del Espíritu suicida se constituye en un saber específico sobre el fenómeno del suicidio; un discurso que, por ser pasible de escucha, puede ser utilizado como subsidio en la producción de acciones de prevención y posvención del suicidio. En ese sentido, el objetivo de esta investigación es observar el tratamiento dado, por Espíritus suicidas, a los objetos discursivos suicidio y suicida. En la investigación, once (11) relatos de Espíritus suicidas fueron analizados. Las narrativas, producidas por medio de la mediumnidad de psicofonía, fueron realizadas en el Núcleo Espírita Mensajeros del Bien (NEMB), durante las citas realizadas por el Núcleo de Estudios, Prevención y Posvención del Suicidio, NEPPS, en el municipio de João Pessoa. Los referidos relatos versan sobre las condiciones de producción de suicidio, el proceso de muerte (desencarnación) y la vivencia *post mortem*. Como soporte teórico para el análisis de los relatos, tomamos como referencial teórico de base, fundamentos del análisis del discurso en la visión de Michael Foucault. Movilizamos, además de otros objetivos discursivos, la *retextualización* (MARCUSCHI, 2003); la *autopsia psicológica*, (GUEVARA, 2001, 2006), la noción de *persona* en el campo de la antropología (MAUSS, 1974) y del Espiritismo y, además, los objetos *salud, cuidado y suicidio y suicida* por las ópticas del dominio médico (OMS) y del sistema religioso del Espiritismo. Se trata, de este modo, de una investigación de naturaleza cualitativa, realizada en campo, que utilizó como instrumentos de coleta de datos la observación participante y la *historia de vida* (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007) propagada por medio de los relatos *autobiográficos*. Como resultados, identificamos que los Espíritus suicidas producen un discurso por medio de lo cual transmiten sentidos sobre objetos discursivos como el sufrimiento, la decepción, el arrepentimiento, el remordimiento, la inmortalidad, el rescate del suicida, el tratamiento espiritual y la exhortación a la vida; discurso que confirmó la hipótesis anteriormente citada. Esperamos que esta investigación pueda contribuir con respuestas para demandas impuestas por la problemática del suicidio.

Palabras clave: Suicidio. Prevención. Cuidados. Espiritismo. Espíritu suicida

SUMMARY

Suicide is a complex phenomenon, recently pointed out by the World Health Organization (WHO) as a public health problem that can be prevented. In order to contribute to the understanding of this problem, we decided to "listen" to the voice of the suicidal spirits.

Therefore, we first assume that the discourse of the suicidal spirit includes a specific knowledge about the phenomenon of suicide; A saying that for its susceptibility to the listening can be used as a subsidy in the production of preventive actions and the postvention as well. In this matter, this research aims to observe the treatment given by the suicidal spirits to the suicide and suicidal discursive objects. In this research, eleven (11) reports of suicidal spirits were analyzed. The narratives, produced through the psychophonia mediumship, took place in the premises of the Núcleo Espírita Mensageiros do Bem (NEMB), during meetings held by the Core of Studies, Prevention and Postvention to Suicide (NEPPS) in the city of João Pessoa. These reports dealt with the conditions of suicide production, the process of death (disincarnation) and the experience after death. For the analysis of the reports, we took the fundamentals of discourse analysis in the vision of Michel Foucault as basic theoretical framework. We mobilized, among other discursive objects, Retextualization (MARCUSCHI 2003); The psychological Autopsy, (GUEVARA 2001, 2006), the notion of person in the field of Anthropology (MAUSS, 1974) and of Spiritism. We also used the objects health, care and the suicide and the suicidal by the optics of the medical domain (WHO) and the religious system of Spiritism as well. Thus, this is a qualitative research carried out in the field that used as data collection instruments the participant observation and the life story (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007) conveyed through autobiographical reports. As result, we identified that the suicidal spirits produce a discourse whereby they convey meanings about discursive objects such as suffering, disappointment, repentance, remorse, immortality, rescue of the suicidal, spiritual treatment and exhortation to life; The speech that confirmed the aforementioned hypothesis. We hope that this research may contribute to responses to demands imposed by the suicide problem.

Keywords: Suicide. Prevention. Care. Spiritism. Suicidal spirit.

Keywords: Suicide. Prevention. Care. Spiritism. Suicidal spirit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS - Centros de Atenção Psicossociais

CID 10 - Classificação Nacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde

CFP Conselho Federal de Psicologia

CFM - Conselho Federal de Medicina

CGDANT - Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CRC - Caminho de Renovação Contínua

CVV - Centro de Valorização da Vida

DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DASIS - Departamento de Análise de Situação de Saúde

DO - Declaração de Óbito

ESF - Estratégia de Saúde da Família FEP - Federação Espírita Paraibana

GASS Grupos de Apoio aos Sobrevivente de Suicídio

HULV - Hospital Universitário Lauro Wanderley

IASP - International Association for Suicide Prevention

LGBT - Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

LGBT - Política Nacional de Saúde LGBT

LSM - Legião dos Servos de Maria

MPPB - Ministério Público da Paraíba

MTCI - Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

NEPPS - Núcleo de Estudos Prevenção e Posvenção do Suicídio

NIPPS - Núcleo Integrado de Prevenção e Posvenção do Suicídio

NEMB - Núcleo Espírita Mensageiros do Bem

NUPES- Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (UFJF)

OCE - Orientação aos Centros Espíritas

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PIC - Práticas Integrativas Complementares

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN NET Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUPRE - Suicide Prevention Program.

SUPRE-MISS - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

UBSs - Unidades Básicas de Saúde

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidente

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Relatório mundial sobre violência e saúde (p. 41).

Fotografia 2 - Estudo de Intervenção Multissite sobre Comportamentos Suicidas (SUPR E-MISS) (p. 47).

Fotografia 3 – Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais (p. 48).

Fotografia 4 – Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia (p. 50).

Fotografia 5 – Prevenção do suicídio: manual para professor e educadores (p.51).

Fotografia 6 – Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária (p. 52).

Fotografia 7 - Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros (p. 54).

Fotografia 8 - Programa de Ação sobre a Lacuna na Saúde Mental da OMS (mhGAP) (p.58).

Fotografia 9 - Guia de Intervenção mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados (p. 59).

Fotografia 10 - Guia de Intervenção mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados (p. 59).

Fotografia 11 - Estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool (2010) (p. 60).

Fotografia 12 - Vigilância de lesões fatais em casas e hospitais: um manual para profissionais (2012) (p. 60).

Fotografia 13 - Ação de Saúde Pública para a Prevenção do Suicídio: Uma Estrutura (2012) (p. 61)

Fotografia 14 - Plano de ação Integral em Saúde Mental 2013 – 2020 (p. 62).

Fotografia 15 - Primeiro relatório da OMS sobre a problemática do suicídio (p. 63).

Fotografia 16 - Atlas da Saúde Mental da OMS 2014 (p. 63).

Fotografia 17 - Atlas da Saúde Mental da OMS 2017 (p. 63).

Fotografia 18 - Manual prático para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autoagressão (2016) (p. 64).

Fotografia19 - Estatísticas Mundiais de Saúde: Monitoramento da saúde para os ODS (2016) (p. 65).

Fotografia 20 – Prevenção do suicídio: um kit de ferramentas de engajamento da comunidade Versão piloto 1.0 (2016) (p. 65).

Fotografia 21 - Prevenção do suicídio: um kit de ferramentas de engajamento da comunidade Versão piloto 1.0 (2018) (p. 65).

Fotografia 22 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (p. 67).

Fotografia 23 - Suicídio Informando para Prevenir (2014) (p. 81).

Fotografia 24 - Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020 (p. 85).

Fotografia 25 - O livro dos Espíritos (p. 108).

Fotografia 27 - O Evangelho segundo o Espiritismo (p. 109).

Fotografia 28 – O céu e o inferno (p. 109).

Fotografia 29 – O que é o Espiritismo (p. 110).

Fotografia 30 – Obras Póstumas (p. 110)

Fotografias nº 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 e 39 – Revista Espírita (pp. 111-112).

Fotografia 40 – Temas da Vida e da Morte (p. 114).

Fotografia 41 – Nos Bastidores da obsessão (p.114).

Fotografia 42 – Memórias de um suicida (p.115).

Fotografia nº 43 - Sublimação (p. 115).

Fotografia 44- Estante da vida (p. 115).

Fotografia 45 -A vida escreve (p. 115).

Fotografia 46 – No mundo maior (p.115)

Fotografia 47 – Marta (116).

Fotografia 48 - Vítimas do preconceito (p.116).

Fotografia 49 Eleonora (p.116).

Fotografia 50 – O problema do ser e da dor (p.117).

Fotografia 51 – Recordações da Mediunidade (p. 117).

Fotografia 52 – O martírio dos suicidas (p. 118).

Fotografia 53 – Suicídio e suas consequências (p.118).

Fotografia 54 – Suicídio: a sombra trilha da ilusão (p.119).

Fotografia 55 – Suicídio: tudo o que precisa saber (p. 119).

Fotografia 56 – Viver é a melhor solução (p.120).

Fotografia 57 – Memórias de um suicida (p. 149).

Fotografia 58 – Dados sobre estupros (p. 232)

Fotografia 59 - Dia Internacional contra a Homofobia e a Transfobia (p. 234).

Fotografia 60 - Bullying Homofóbico (p. 235).

QUADROS

Quadro 1 - Os sujeitos da pesquisa: perfil (p. 210).

Quadro 2 - Categoria 1 – Assunção da autoria (p. 218).

Quadro 3 - Categoria 1 - Assunção da autoria (p. 228).

Quadro 4 - Categoria 2 - A produção do suicídio (p. 229).

Quadro 5 - Categoria 3 - A produção da “morte” (desencarne) dos suicidas (p. 251).

Quadro 6 - Categoria 3 - Produção da morte (desencarne) (p. 262).

Quadro 7 - Categoria 4 - O cuidado espiritual pós suicídio (p. 266).

Quadro 8 - Categoria 4 - O cuidado espiritual pós suicídio (p. 277).

Quadro 9 - A exortação da vida (p. 279).

Quadro 10 - Categoria 6 - O conceito de suicídio e de suicida (p. 283).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
1 NO DISCURSO OFICIAL DA SAÚDE: O CUIDADO DO SUICÍDIO.....	32
1.1 OMS: entornos do conceito de saúde/doença.....	32
1.2 O suicida no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS): autor, vítima ou doente?.....	40
1.3 O suicídio no SUPRE-MISS (OMS): problema de saúde pública Mundial.....	47
1.4 Organização Mundial da Saúde: suicídio e saúde mental.....	67
1.5 Violência autoinfligida: suicídio no CID10.....	71
1.6 Violência autoinfligida no Brasil: o lugar do suicídio no campo da saúde.....	79
1.7 Violência autoinfligida no cenário brasileiro: o cuidado do suicídio.....	87
1.8 Rede estadual: o cuidado do suicídio em João Pessoa.....	89
2 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: O CUIDADO DO SUICÍDIO NO DOMÍNIO DO ESPIRITISMO.....	98
2.1 A noção de pessoa no espiritismo: corpo, perísprito e espírito.....	99
2.2 O conceito de suicídio no Espiritismo.....	107
2.3 O cuidado do suicídio na dimensão terrena: orientações da Federação Espírita Brasileira.....	124
2.3.1 A reunião de estudo e educação da mediunidade e a sessão de desobsessão: o cuidado com o suicida.....	126
2.3.2 A sessão de irradiação: o cuidado com o suicida.....	129
2.3.3 O atendimento fraterno no Centro Espírita.....	133
2.3.4 As palestras: o tratamento coletivo.....	137
2.3.5 O lugar da prece no cuidado com o suicida.....	137
2.3.6 Os grupos de estudos e o cuidado com o suicídio: Núcleo de Estudos, Prevenção e Posvenção do Suicídio (NEPPS).....	142
2.3.7 O cuidado com o suicida: o evangelho no lar.....	147
2.4 O cuidado do suicídio na dimensão da espiritualidade: a Colônia Maria de Nazaré.....	149
2.4.1 A Zona Umbralina: o Vale dos Suicidas.....	153
2.4.2 A Colônia Maria de Nazaré.....	162
2.4.3 Departamento Hospitalar: Hospital Maria de Nazaré.....	165
2.4.4 Departamento de Vigilância: na mira dos Legionários de Maria.....	176
2.4.5 O Departamento de Reencarnação: o “eterno” retorno.....	180
2.4.6 A Cidade Universitária.....	186
2.4.7 Departamento Feminino: atendimento à população feminina.....	194
2.4.8 O trabalho dos Legionários de Maria nos postos da Colônia Maria de Nazaré.....	196
3. AUTOPSIA ESPIRITUAL: O QUE OS SUICIDAS TÊM A NOS DIZER?.....	199
3.1 A anuência dos sujeitos da pesquisa, a feitura e a aprovação do projeto.....	200
3.2 Histórias de vidas: seleção e análise de dados.....	202
3.3 O chamado do campo: ecos do além.....	206
3.4 Os sujeitos da pesquisa: iniciando o diálogo.....	209

3.5 As narrativas psicofonadas dos suicidas: os caracteres extralinguísticos da produção.....	211
3.6 As categorias de análises e a descrição dos dados.....	217
3.6.1 Categoria 1: A produção dos relatos: o processo de assunção da autoria pelo Espírito suicida.....	229
3.6.2 Categoria 2: As condições de produção da violência auto infligida: o suicídio.....	266
3.6.3 Categoria 3: As condições de produção do desencarne: “morte”.....	252
3.6.4 Categoria 4: As condições de produção do cuidado pós suicídio: a “vida”.....	266
3.6.5 Categoria 5: Exortação à vida: o clamor dos Espíritos suicidas.....	279
3.6.6 Categoria 6: Os conceitos de suicídio e de suicida: a ótica dos Espíritos suicidas.....	282
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	289
REFERÊNCIAS.....	296
ANEXOS.....	306
ANEXO A - PARTICIPANTE 1 (P1).....	306
ANEXO B - PARTICIPANTE 2 (P2).....	309
ANEXO C - PARTICIPANTE 3 (P3).....	311
ANEXO D - PARTICIPANTE 4 (P4).....	314
ANEXO E - PARTICIPANTE 5 (P5).....	316
ANEXO F - PARTICIPANTE 6 (P6).....	320
ANEXO G - PARTICIPANTE 7 (P7).....	322
ANEXO H - PARTICIPANTE 8 (P8).....	324
ANEXO I - PARTICIPANTE 9 (P9).....	326
ANEXO J - PARTICIPANTE 10 (P10).....	328
ANEXO L - PARTICIPANTE 11 (P11)	330

INTRODUÇÃO

A vida humana não é sentida como uma breve aparição no Tempo, entre dois Nadas, é precedida de uma pré-existência e prolonga-se numa pós-existência. Muito pouco se conhece acerca desses dois estágios extraterrestres da Vida humana, mas sabe-se pelo menos que eles existem. Para o homem religioso, portanto, a morte não põe fim definitivo à vida: a morte não é mais do que outra modalidade da existência humana.

Eliade (O sagrado e o profano, 1992, p.120)

Este texto registra os resultados da pesquisa de doutorado executada na Pós-Graduação do Curso de Ciências das Religiões, vinculada ao Centro de Educação (CE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A referida pesquisa trata do suicídio enquanto objeto discursivo, para tanto busca ouvir a voz do suicida por meio de relatos psicofonados. Está inserida na área de concentração denominada *Ciências Sociais das Religiões, Educação e Saúde*, e na linha de pesquisa intitulada *Espiritualidade e Saúde*. Como resultado da nossa busca, por meio dos termos ciência(s), religião(ões), suicídio, no painel de informações quantitativas de teses e dissertações, do banco de Teses da Capes, identificamos que não há pesquisas executadas com esta temática no campo da(s) Ciência(s) da(s) Religião(ões). Há em outros domínios, todavia, até onde foi-nos possível observar, as que existem não trazem a questão da relação com a dimensão da religião. Nesse contexto, este é o primeiro estudo que objetiva “ouvir” a voz do próprio suicida, por meio de relatos psicofonados. Portanto, esta pesquisa figura como inovadora trazendo na sua feitura contribuições significativas, tanto de ordem social e acadêmica quanto do ponto de vista do grupo religioso em foco e dos sujeitos alvos da pesquisa.

Início apresentando uma breve descrição das minhas vivências pessoais e profissionais acerca do tema do suicídio, as inquietações e motivações que me impulsionaram a tomá-lo como objeto de observação e análise. Em seguida, apresento temas desenvolvidos por outros pesquisadores e que possuem relação direta com a temática da nossa pesquisa; a problemática que envolve o tema do suicídio e que estimulou e possibilitou a produção desta pesquisa; os objetivos deste estudo; as suas principais contribuições, os resultados e o modo como o conteúdo resultante foi organizado e distribuído em capítulos.

No contexto da minha atuação como pesquisadora, inquietou-me o fato da emergência da vontade de tomar o suicídio como objeto de estudo no campo das Ciências das Religiões.

Em meio a tantas indagações e “olhos de assombros”, revolvi minha memória em busca de respostas para tal estado de inquietação. Senti a necessidade de refletir e produzir respostas para uma pergunta formulada, muitas vezes por mim e por outras pessoas das minhas relações, que justificasse a tomada de decisão. De onde vem meu/seu interesse em estudar o fenômeno do suicídio?

Em meu esforço de rememoração, descobri que o meu desejo de estudo acerca temática do suicídio não é antiga, data dos momentos iniciais do ano de 2012. Via-me, naquela época, com os seguintes livros em mãos: *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*, de autoria de Michel Foucault (2007), *O suicídio*, do autor Émile Durkheim (2005) e *Memórias de um suicida* (2004), de autoria do Espírito Camilo Cândido Botelho e psicografado pela médium autora Yvonne do Amaral Pereira. Surpreendia-me pensando “cá com os meus botões”: um dia eu vou estudar o tema do suicídio! Dessa forma, posso afirmar que estas obras foram a minha inspiração inicial para a observação desta temática. Vale notar que foi no processo de leitura do livro de Foucault, qual me chamava a atenção pelo título e pelos créditos do autor, que tomei conhecimento da informação de que o jovem francês Pierre Rivière, preso pelo crime de ter degolado sua mãe, grávida de seis meses, sua irmã e seu irmão, suicidou-se na prisão.

Pois bem, se a vontade de estudar academicamente o suicídio veio em 2012, todavia, o mesmo não posso afirmar acerca das minhas inquietações em torno do fenômeno. De fato, estas não são recentes e possuem data marcada: há exatamente vinte e dois anos, momento em que se deu a primeira e única tentativa de suicídio de um ente querido, por meio de arma de fogo. Desse acontecimento até os dias atuais, quatro (4) pessoas, do meu quadro de relações, cometeram o suicídio.

No que diz respeito ao ocorrido com a pessoa da minha parentela, a tentativa não produziu a sua morte; no entanto, o silenciamento construído em torno dele foi/é chocante e continua vivo provocando uma dúvida (sentimento muito comum em torno desse fenômeno!): será que ainda fará uma segunda tentativa? Muitos questionamentos, sobre este e outros casos, ficaram/continuarão sem respostas conclusivas. Fatos desta natureza, muitas vezes são “esquecidos”, especialmente quando o ato suicida se concretiza. Tabu, do objeto e do sujeito! (FOUCAULT 2000a).

Sobre estes eventos, observo que muitas perguntas ainda carecem de respostas. Por que essas pessoas alimentaram a ideia de sair de cena? Será que elas desejavam de fato se privar da vida e do convívio com os seus entes queridos? De quem (ou do que) elas fugiam? Muitas dúvidas, poucas (ou quase nenhuma!) respostas. Motivos para justificar as tentativas de suicídio

e o suicídio (será que existe algum que convença?!), nem sempre são ditos pelos que sobrevivem e, em sua grande maioria, “morrem” juntamente com o suicida. (Sobre)tudo, reina um silêncio fundante.

As minhas inquietações sobre o tema, também silenciadas, acompanharam-me durante muitos anos e vieram à tona por conta de atividades realizadas como militante espírita na instituição Núcleo Espírita Mensageiros do Bem (NEMB), onde mantenho vinculação, como aprendiz e trabalhadora voluntária, em trabalhos efetuados por esta instituição.

Dentre as tarefas efetuadas, uma delas é o exercício da prática de dialogar com Espíritos através de médiuns; dentre os comunicantes, destaca-se a conversação com Espíritos identificados como suicida. Devido a esta relação de estudo e trabalho e, mais especificamente, a constância dos diálogos com Espíritos que assumem essa posição, surgiu a necessidade de aprofundar os conhecimentos em torno do tema e, desse modo, acelerar a qualificação para o trabalho que fui convocada a assumir no referido Centro. Todo esse contexto resultou na formação de um grupo de estudo e pesquisa sobre o suicídio, o Núcleo de Estudos Prevenção e Posvenção do Suicídio (NEPPS), e na execução desta proposta de pesquisa acadêmica.

Dentre os eventos motivadores que impulsionaram a minha vontade de compreensão do fenômeno do suicídio figuram, com igual importância, as nossas atividades como pesquisadora. Na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no doutorado do Programa de Pós-Graduação do curso de Letras (PPGL), desenvolvemos a pesquisa na *Discursivização de Nosso Lar; as verdades do Espiritismo*, concluída no ano de 2011; no mestrado do Programa de Pós-Graduação do curso de Ciências das Religiões (PPGCR), executamos a pesquisa *Comunicação com os “mortos”: Espiritismo, mediunidade e psicografia*, finalizada no ano de 2010; e, mais recentemente, no programa de Pós-Doutorado do Curso de Ciência das religiões, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), efetivamos a pesquisa *O lugar da autoria nas “novas religiões mediúnicas”, Santo Daime, Barquinha, UDV e Vale do Amanhecer: mediação espírita no campo religioso brasileiro*, encerrada no final do ano de 2014.

As duas primeiras pesquisas foram postas em prática no universo discursivo religioso espírita e seus resultados já circulam também em formato de livro. A última tratou das mediações do campo religioso espírita com os sistemas religiosos: Vale do amanhecer, Santo Daime, Barquinha e União do Vegetal (UDV) e os seus resultados também circulam em formato de livro. Pois bem, é no diálogo das relações do Espiritismo com outras áreas do saber, religiosas ou não, e com os mais diferentes objetos de estudo, que tenho dado vazão às minhas inquietações e aos meus impulsos de pesquisadora. Por este motivo, justifica-se também a escolha deste campo para observar o objeto discursivo suicídio.

Continuando o nosso exercício de rememoração, observamos que a nossa incursão inicial na literatura especializada em torno do fenômeno do suicídio também colaborou, de forma significativa, para acelerar e sedimentar o gosto e a vontade de produzir estudos neste campo. A incursão neste contexto nos permitiu observar que a produção de pesquisas acadêmicas é bastante vasta, no entanto, a circulação de seus resultados está limitada a contextos acadêmicos específicos. Fato que nos surpreendeu, considerando a complexidade do fenômeno e o esperado comprometimento das pesquisas realizadas em torno do tema.

Identificamos que o suicídio, enquanto objeto de estudo, circula e recebe tratamentos nos mais diferentes campos do saber. Até onde nos foi possível produzir leituras, identificamos, nos diferentes modos de fazer, dos estudos realizados, o entrelaçamento e o diálogo do objeto suicídio com diferentes temáticas, e diversos domínios de conhecimento. Dessa forma, elencamos estudos relativos ao aumento e diminuição de taxas de suicídio quanto ao sexo, a idade, etnia, o estado civil; à classificação de métodos letais utilizados; à comparação entre a incidência de uso de métodos suicidas entre homens e mulheres, jovens, adultos e idosos; ao suicídio e as doenças psiquiátricas; à letalidade dos métodos suicidas; ao uso de métodos letais e a sua vinculação à idade e/ou sexo; à ocupação profissional e fatores de risco de suicídio; às profissões e as taxas de suicídio; ao desemprego como um fator de risco de suicídio; às taxas de suicídios e a religião; às taxas de suicídios entre os países; ao suicídio e taxas de mortalidade; ao suicídio na população indígena; ao suicídio e a sua relação com o mês, o dia e o horário de sua efetivação; ao suicídio e aspectos genéticos; às estatísticas das tentativas de suicídio; ao suicídio e a relação familiar; às tentativas de suicídio e a sua relação com custos sociais e econômicos; ao suicídio e políticas públicas de prevenção; ao suicídio e o apoio aos familiares de suicidas; à violência sexual e tentativas de suicídio; ao suicídio e sua relação com o campo jurídico; à conduta espírita e a criminalística; ao suicídio e os meios de comunicação; ao suicídio e o etilismo; ao suicídio e sua relação com a depressão; ao suicídio e os transtornos de ansiedade; ao suicídio e os fatores de riscos durante a vida; ao suicídio e a genética molecular; ao suicídio e o manejo dos sobreviventes; ao suicídio e as contribuições do estudo psicanalítico; ao suicídio e as pesquisas em biologia; às teorias do suicídio; à epidemiologia do suicídio; ao suicídios e os aspectos históricos. Enfim, a lista pareceu-me não ter fim.

Diante da comprovada efervescência de estudos em torno do tema do suicídio, senti-me na “obrigação” de concordar com a assertiva dos médicos e pesquisadores Fernando Madalena Volpe, Humberto Correia e Sérgio Barrero de que o levantamento dos temas em estudo e os resultados apontados ratificam o status atribuído ao suicídio pela Organização Mundial de Saúde (OMS): o suicídio é um problema de saúde pública, portanto, um tema em

plena ebulição que ora tomamos como objeto de estudo no campo das Ciências das Religiões. Estas reflexões estão registradas no artigo *Epidemiologia do Suicídio*, inserido no livro *Suicídio: uma morte evitável* (CORREIA et al, 2006).

A referida movimentação em torno do objeto suicídio, por alguns momentos, inquietou-nos produzindo a sensação de que não haveria mais o que pesquisar. Incorreu-nos também o sentimento de que as informações que seriam necessárias para a resolução da problemática do suicídio, já haviam sido apreendidas, bastava apenas serem aplicadas pelos possíveis cuidadores. No entanto, aprofundando mais as nossas análises, observamos que, apesar da proliferação de estudos, os dados estatísticos apontam um paradoxo, por que não dizer uma contradição, qual seja: o fato de que o suicídio continua existindo e de forma avassaladora.

Em consequência, uma conclusão inquietante: todos os avanços nos estudos, nas técnicas e metodologias de investigação e na aplicação das teorias não foram suficientes para diminuir, de forma satisfatória, o fenômeno do suicídio; nem tampouco minorar os imensuráveis impactos psicológicos, sociais e econômicos resultantes. Conforme os pesquisadores Volpe, Corrêa e Barrero (2006, p. 11), o suicídio se encontra, na maioria dos países, entre as dez principais causas de morte. Os números de mortes superam aquelas provocadas em guerra e são superiores, ou estão no mesmo patamar das mortes violentas provocadas por acidentes de trânsito.

Diante da persistência do fenômeno, e do “grito de socorro” legitimado pela OMS, convocando a sociedade em geral para se debruçar sobre o fenômeno, certificamo-nos de que há ainda muito o que se investigar neste domínio. Existem lacunas a preencher, “buracos negros a serem escavados”. O campo para pesquisa continua, portanto, aberto aos olhares de veteranos e de novos pesquisadores.

Escolhido o suicídio como objeto de pesquisa, resta-nos agora apresentar ao leitor, dentro desse amplo e complexo tema, o recorte que elaboramos com o objetivo de compreender aspectos da existência desse fenômeno e, assim, estabelecer a problemática específica que impulsionou a produção e a execução desta pesquisa.

Em nossa revisão da literatura especializada, como já apontamos na justificativa, identificamos uma gama muito grande de estudos realizados em torno do tema do suicídio. Assim sendo, trataremos brevemente de estudos que, inicialmente, pareceu-nos manter relações com o tema e o problema a ser investigado.

O nosso trabalho bibliográfico possibilitou-nos a identificação de estudos que, ao nosso olhar de não especialista, pareceu-nos curiosos e dignos de nota. Começamos pelo campo do discurso oficial dos cuidados com a saúde. Neste, ao suicídio é atribuído o status de doença e o

que é mais grave: um caso de saúde pública que reclama soluções, não só de especialistas da classe médica como da sociedade de um modo geral. A situação reclama soluções tão urgentes que desde o ano de 2003, como forma de chamar a atenção da população mundial para a solução do problema, a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (International Association for Suicide Prevention – IASP) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituíram o dia 10 de setembro como o dia mundial da prevenção ao suicídio.

Nesse contexto, outros dados que consideramos interessantes foram encontrados no documento produzido pela OMS (2012, p. 20), intitulado *Ação de Saúde Pública pela Prevenção do Suicídio*. Nele, consta a legitimação da religião e da religiosidade como importantes fatores de prevenção do suicídio e, em consequência, dos “líderes espirituais e religiosos e curadores espirituais” como integrantes da lista dos “guardiões chaves” no combate ao ideário suicida.

A ideação suicida, conforme, Werlang, Borges & Fensterseifer (2005, p. 27), diz respeito à emergência de ideias, de desejos e de manifestações da intenção de desistir de viver, produzidas tanto esporadicamente como de forma frequente e sistemática. Inicialmente, elas podem surgir apenas como um propósito de autodestruição, resultante de estados emocionais gerados pela não solução de conflitos considerados insolúveis e, posteriormente, agravar-se para ameaças claramente expressas do desejo de morrer, para um possível planejamento, todavia sem concretizar o ato suicida.

Neste sentido, conforme o documento, os referidos indivíduos, embora alocados fora do campo da saúde, “podem ser treinados para reconhecer os fatores de risco para suicídio” e atuar em ações de prevenção. Vale notar, porém, que, embora alçados a posição de guardiões, estes colaboradores também são passíveis de experienciar o fenômeno do suicídio como autores de ato suicida; como podemos apreciar no relato de um dos Espíritos suicidas colaboradores desta pesquisa, disposto no capítulo III, o qual se identifica como sendo um líder religioso do campo do Catolicismo, que atuou na posição de padre.

Outro estudo que mantém uma relação com a temática do suicídio que merece registro é o inventário bibliográfico realizado pela pesquisadora Mariana Bteshe, em colaboração com outros pesquisadores, intitulado *Suicídio na literatura religiosa: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada* (2010, p. 37). Os resultados da pesquisa apontaram que a literatura espírita sobre o suicídio, em especial a mediúnica, supera a de outras religiões. As narrativas psicografadas atribuídas aos suicidas, a exemplo o livro *Memórias de um Suicida*, ganham relevo quando comparadas àquelas produzidas por outros sistemas religiosos. O estudo,

assinala, ainda, que a produção bibliográfica nesta área apresenta um “especial destaque a prevenção”.

Conforme a citada autora, como argumento para ratificar a importância atribuída pela OMS à religião, no contexto da prevenção do suicídio, o estudo demonstra que, no inquérito populacional SUPRE-MISS, documento que integra o Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE), lançado em 2000 pela OMS, o fator religiosidade consta como um dos principais “índices socioculturais” a serem observados no comportamento suicida. A título de informação, a sigla SUPRE é a junção dos vocábulos suicídio e prevenção.

Um trabalho sobre mediunidade desenvolvido no campo acadêmico, digno de nota, é o da pesquisa implementada por Alexander Moreira-Almeida, Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES) da Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF, publicado no periódico científico PLOS ONE. A pesquisa intitulada *Neuroimagem durante o estado de transe: uma contribuição ao estudo da dissociação* foi realizada em 2012, em parceria com pesquisadores de outras instituições do Brasil e dos Estados Unidos, a exemplo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade da Pensilvânia e da Universidade Thomas Jefferson. Nela, atividades cerebrais de dez médiuns psicógrafos brasileiros (voluntários) em transe foram observadas por meio de equipamentos de alta tecnologia e técnicas modernas específicas. Para a seleção dos voluntários, foi levado em consideração a inexistência de transtorno mental, uso de medicações psiquiátricas e o modo de escrita canhota. Resultados apontaram que durante a escrita psicográfica foi constatado menor atividade na área frontal do cérebro.

Esta pesquisa é importante para o contexto do nosso estudo porque trata sobre o estado de transe (mediunidade) assumido pelo médium em situação de produção de discursos por meio da escrita psicográfica. Por associação, afirmamos que na produção de discursos mediúnicos pela psicofonia, modalidade oral por meio da qual foram produzidos os relatos que formam o *corpus* desta pesquisa, o processo é o mesmo. O dado a ser observado é o pré-requisito dos voluntários participantes da pesquisa. Neste caso, interessa-nos notar o fato da inexistência de transtorno mental e de uso de medicação psiquiátrica. Condições que sinalizam para o fato de que os sujeitos da pesquisa são mentalmente saudáveis.

A referida pesquisa, de fato, vem contribuir com o estudo da dissociação, categorizados na CID 10 como *F44 transtornos dissociativos (ou de conversão)*, mais especificamente, os transtornos dissociativos denominados de *Estados de transe e de possessão*, classificado sob o código F44.3. Tratam-se de transtornos mentais identificados pelos seguintes sintomas: “perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da

consciência do meio ambiente”. Todavia, eles só podem ser considerados como transtorno dissociativo quando os sujeitos forem acometidos por estados de “trances involuntários e não desejados”. Neste contexto, estão excluídos os trances que ocorrem em “situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito”. Desta forma, o documento define que, dentro do contexto religioso e/ou cultural do sujeito, o transe e a possessão não se configuram como doença mental. Podemos inferir que a justificativa é, neste caso, que eles sejam *voluntários e desejados*.

Com a pesquisa acima descrita, é interessante notar que os estados de transe e possessão podem ser considerados como estados mentais saudáveis, também fora do ambiente religioso, uma vez que ocorreram de forma “voluntária e desejada”, em situação de pesquisa desenvolvida em ambiente acadêmico.

Compreendemos que o transe e a possessão não são considerados, no contexto da CID 10, constitutivamente como um problema mental, o que o define como doente ou saudável é a questão de como o sujeito se comporta durante o processo de transe e possessão. Dessa forma, se ele deseja e se permite entrar voluntariamente nestes estados não pode ser considerado um doente mental, acometido de um dado transtorno dissociativo.

No campo religioso do Espiritismo, transe e possessão também não são considerados doenças nem tampouco o médium é visto como um doente. Tratam-se de modos de comunicação denominados de mediunidade, modalidade de produção de discursos que está fundamentada pelo princípio de que o fazer comunicativo é constitutivo do Espírito; desta forma, o Espírito está capacitado para a comunicação esteja na condição de encarnado (vivo) ou de desencarnado (“morto”). Todavia, a semelhança do discurso que circula no CID 10, o modo como se vivencia: com ou sem o domínio da prática -dizendo de outra forma, de forma consciente ou inconsciente; ou ainda “voluntária e desejada”- pode gerar, no sujeito alvo do processo, no caso, o médium, transtornos mentais que requerem tratamentos, inclusive medicamentosos.

Consideramos um avanço, do campo da saúde, a inserção dos transtornos dissociativos, *estados de transe e de possessão*, como sendo práticas saudáveis, desde que realizadas dentro do ambiente religioso, de forma desejada e voluntária. Isto porque, ao longo da história de constituição deste domínio, muitos sujeitos foram diagnosticados como portadores de transtornos mentais e confinados em manicômios como loucos.

Todavia, é necessário notar que o conceito de transtorno dissociativo, presente no CID 10, carece de ampliação de sentidos. Neste caso, não só porque ficou comprovado que o transe consciente e voluntário, como vimos na pesquisa acadêmica realizada na UFJF, é também

passível de ocorrer em ambiente acadêmico - e ousamos dizer: em qualquer ambiente considerado profano!- todavia, porque para definir o que é saudável ou doentio, no domínio da dissociação, é necessário que o estudioso, como afirma o pesquisador Ioan M. Lewis, se não quiser prejudicar os envolvidos fazendo análises superficiais, parta da “exploração da significação do êxtase e da possessão em culturas estranhas nos seus próprios cenários” (LEWIS, 1997, p. 222). Conforme explica o autor, esta inserção no campo concorreria para que a possessão [e o transe!] fosse atribuída às pessoas psicologicamente normais; como, por exemplo, é o caso dos “xamã possuído por espírito”, que no contexto social onde está inserido é considerado normal, e na ótica da sociedade ocidental é “apresentado como uma personalidade conflitada que deveria ser classificado ou como neurótica ou mesmo psicótica” (LEWIS, 1997, p. 223). Este é também o caso do transe e da possessão no domínio das religiões afro-brasileiras; nelas, o transe e a possessão se dão de forma bastante diferenciada, o que não significa que as pessoas que estejam em estado de transe e/ou possessão não sejam pessoas saudáveis capazes de assumir com eficiência, na vida cotidiana e nos mais diversos setores, as suas diferentes posições de sujeito.

Neste sentido, no capítulo III, apreciamos trechos do depoimento da médium que produziu o relato psicofônico dos espíritos suicidas, a qual se enquadra no conceito de transe e possessão de caráter dissociativo considerado saudável, formulados pela CID 10, uma vez que foram produzidos de forma “voluntária e desejada”, com total controle do médium sobre o processo de transe vivenciado.

Outro campo da literatura especializada, o qual fizemos menção é o campo jurídico. No Código Penal Brasileiro, conforme o artigo 122, é criminalizado e punido com penas severas apenas a pessoa que por ventura tenha induzido outro a cometer o suicídio¹. Considerado como um ato cometido devido ao acometimento de doença mental geralmente grave, ganha igualmente relevância no Direito civil, por exemplo, o tema da (não)validade de testamentos de suicidas.

Dentre os inúmeros aspectos que dificultam a compreensão do suicídio neste domínio, chamou-nos a atenção a problemática apontada pelos pesquisadores, seja na classificação do suicídio dentre as mortes reconhecidas como violentas, seja na identificação das causas, dos fatores de riscos e os modos de prevenção. Para os estudiosos, toda a dificuldade gira em torno de um elemento central, a ausência do objeto em estudo, no caso, o suicida. Com a sua morte,

¹ Sobre o suicídio no campo jurídico, indicamos a leitura do artigo intitulado *Aspectos legais e prevenção do suicídio*, de autoria da advogada e professora Mestra Érica Ludmila Cruz Barros, texto inserido no volume II da *Série Suicídio: Prevenção, Posvenção e direito à vida* (2017).

morre também a possibilidade de poder o interrogar sobre qual foi (ou quais foram!) a motivação para provocar a própria morte.

Dessa forma, considerando-se a motivação juntamente com a escolha do método como os pontos centrais para a definição do modo de morte como sendo um suicídio, resta ao responsável por categorizá-lo, no caso, o médico legista, traçar o perfil do suicida por meio do jogo de vozes dos entrevistados e da “voz” do suicida, materializados em textos/documentos escritos ou verbais produzidos antes do ato, a exemplo de cartas, bilhetes, recados, vídeos e gravações (VOLPE, CORRÊIA, BARRERO, 2006, p.30).

Ainda nesse campo, decidimos apresentar o registro feito pela pesquisadora, psicóloga clínica e doutora em Ciências Médicas na área de saúde mental, Blanca Susana Guevara Werlang ²(2006), sobre a criação do método da Autópsia psicológica ocorrido no ano de 1950. Conforme a autora, na época, o médico forense norte-americano Theodore J. Curphey, em seu trabalho de elaboração de registros de certificado de óbito, sentiu dificuldades em classificar, com precisão, as mortes consideradas violentas no âmbito da medicina legal, o homicídio, o acidente e o suicídio.

Muitas vezes, ocorreu que o legista, durante o processo de inspeção de cadáveres, mesmo utilizando técnicas específicas para coletas de dados, identificou que estes possibilitavam apenas a identificação da causa da morte, ficando, pois, em aberto a informação sobre o modo de morte. Para solucionar o problema, o médico solicitou a assistência especializada de técnicos do Centro de Prevenção do Suicídio (CPS), situado em Los Angeles. O pedido foi atendido e, assim, três membros integrantes da instituição, Shneidman, Farberow e Litman, colaboraram com a criação do método denominado Autópsia Psicológica.

Produzida para ser utilizada durante o processo de uma investigação de morte, a estratégia da Autópsia Psicológica visa construir a biografia do morto, por meio da avaliação retrospectiva de sua vida. Para tanto, entrevistas a informantes vinculados, de alguma forma, ao morto são realizadas; a exemplo de cônjuge, filhos, pais, professores, médicos etc. Ações complementares como a análise de documentos pessoais, policiais, acadêmicos, hospitalares e, ainda, documentos como bilhetes, cartas, gravações, vídeos e etc., deixados pelo morto são também realizadas com o objetivo de solucionar a problemática. Nos limites desta pesquisa, não cabe aqui tratar sobre o lugar que as redes sociais assumem no contexto da produção da

² No seu doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas, defendido em fevereiro de 2001, a doutora Blanca Susana Guevara Werlang apresentou uma proposta de entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica, em casos de suicídio, uma contribuição significativa para o campo dos estudos neste domínio.

Autópsia Psicológica, embora consideremos importante, na atualidade, pensar no ambiente virtual como fonte documental passível de ser incorporado nesta prática.

A aplicação do método da autópsia psicológica tem contribuído, portanto, em vários aspectos. Do ponto de vista legal, auxilia nos trabalhos dos médicos legistas quanto à identificação do modo de morte e na aposição do tipo de morte no registro de óbito. Por sua vez, o preenchimento correto deste documento auxilia as pesquisas realizadas no campo da estatística quando o objetivo é identificar as taxas de suicídio, contribuindo com a questão da diminuição da subnotificação e, conseqüentemente, com o falseamento dos dados estatísticos. Conforme a médica e perita judicial Naray Jesimar Aparecida Paulino (2006. p. 210), muitas vezes, as declarações de óbitos são indevidamente preenchidas, seja devido à dificuldade na classificação do modo de morte seja pelo falseamento voluntário dos dados postos no documento. Outro aspecto que contribui para a subnotificação é a alteração dos dados a pedido da família do morto, muitas vezes por se sentirem constrangidos em exhibir diante da sociedade e dos familiares um atestado de óbito nestas condições ou, até mesmo, por questões religiosas.

O aspecto da subnotificação dos casos de suicídio já havia sido apontado por Émile Durkheim em resultados de estudo publicado, em 1897, no seu livro *O suicídio: estudo sociológico*. Estes procedimentos tanto têm alterado os dados estatísticos sobre as taxas de suicídios que, por este motivo, são maiores do que apontam as pesquisas, quanto afetam o cofre das empresas seguradoras, uma vez que, em casos de não confirmação da morte por suicídio, elas serão obrigadas a efetuar o pagamento de prêmios de seguros para beneficiários de suicidas.

No contexto brasileiro, um dado digno de nota é que a indicação do modo de morte também definirá a forma como o morto será enterrado. Assim, a morte violenta, a exemplo do suicídio, pode ser um impedimento para a cremação do corpo. A regulação do processo de cremação³ é feita pela lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Conforme a referida lei, a cremação de cadáver, nestas circunstâncias, só poderá ser realizada com a apresentação de documentos específicos; dentre eles, a autorização judicial do delegado de polícia responsável pelo inquérito e do IML alegando que não se opõem à cremação, o atestado de óbito assinado por um médico legista e Boletim de Ocorrência. Isto porque, com a cremação, é impossível a indicação da causa da morte em um possível inquérito policial.

A autópsia psicológica também colabora com o campo médico no que diz respeito à identificação de fatores de riscos, criação de procedimentos e programas de prevenção e

³ Além da referida lei, informações básicas sobre o processo de cremação podem ser lidas no site disponível em: <https://cemiteriosemmisterio.com.br/documentos-necessarios-para-ser-cremado/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

também no fornecimento de dados para pesquisas no campo. Do ponto de vista clínico, pode colaborar com a produção de efeitos terapêuticos para os informantes, no caso, os sobreviventes enlutados. O instrumento também possibilita esclarecer, retrospectivamente, qual a “capacidade da pessoa já falecida para reger-se a si mesma, administrar os seus bens e para tomar decisões como assinar documentos legais (testamentos, seguros de vida, certidões de casamento, renúncia de propriedades etc.” (BOTEGA, et al, 2006, p. 194); resultados que auxiliam a resolução de problemas relativos ao campo do direito civil. Pelo atendimento dessas e de outras necessidades, aqui, não elencadas, o método firmou-se como um procedimento indispensável para o desenvolvimento dos estudos da suicidologia.

Estudos realizados sobre as tentativas de suicídio também têm sido frequentes. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número estimado de tentativas de suicídio é muito superior ao número de mortes, segundo estudos, há uma tentativa de morte a cada três segundos. Este é um problema que provoca consequências econômicas de grande monta. Em sua decorrência, muitas pessoas são consideradas oficialmente incapazes para o trabalho e a convivência social, necessitando serem amparadas pela previdência social (VOLPE, CORRÊA, BARRERO, 2006, p. 11).

No caso das famílias enlutadas, por exemplo, muitos dos membros desenvolvem problemas psíquicos precisando recorrer à atenção de profissionais do campo da medicina psiquiátrica. Outra questão é o número de atendimento hospitalar que, tem sido numeroso, muito maior do que apontam as pesquisas, isto porque nos registros de atendimento, muitas vezes, não constam os referidos dados, seja por falha no instrumento, seja pela impossibilidade de diagnóstico ou, até mesmo, por omissão do paciente sobre a verdadeira causa do atendimento; procedimento que impede que o paciente receba a atenção devida, persistindo, assim, o problema das tentativas. Todos esses acontecimentos são motivos que afetam os cofres públicos, que são obrigados a reverter grandes somas para melhorar o atendimento e acelerar a produção de programas de prevenção.

O método da autópsia psicológica tem sido bastante utilizado em caso de mortes duvidosas e, conforme explica a pesquisadora Blanca Susana Guevara Werlang (2006, 187-195), sua exequibilidade e eficácia têm contribuído de forma satisfatória para solucionar problemáticas relativas ao campo e, especialmente, identificar com precisão a morte por suicídio. Para os estudiosos do campo, a existência e a aplicação do método da Autópsia psicológica estão justificadas pela necessidade de suprir (ou tentar!) a ausência do elemento central nas investigações em casos de modos duvidosos de morte: o suicida, e, em

consequência, a possibilidade de compreender “a intenção do morto em relação a sua própria morte” (WERLANG, 2006, p.187).

Não podemos deixar de notar que a leitura sobre o método de autópsia psicológica foi um grande achado que reforçou o nosso desejo de empreender este estudo. Foi inspirada nele que também produzimos o título desta pesquisa. Dessa forma, cientes da importância e da necessidade do depoimento do suicida para a dissolução de questões geradas em torno do fenômeno do suicídio, decidimos resgatar a “voz” do sujeito suicida por meio de um modo de produção de discursos, legitimado pela doutrina espírita: a mediunidade de psicofonia. Trata-se de um modo de existência de produção de autoria discursiva cujo funcionamento mobiliza a ação de dois sujeitos, um Espírito e um médium. O primeiro é o autor espiritual e o segundo é o médium autor psicofônico. No contexto do Espiritismo, o conjunto de textos gerados por meio do processo mediúnico de produção discursiva recebe o nome de literatura mediúnica. Tratamos sobre este tema no capítulo III.

Nosso desejo era “ouvir” o que o Espírito suicida tem a dizer sobre o fenômeno do suicídio no momento presente e, assim, buscar compreender como o tema vem sendo tratado na contemporaneidade pela ótica do próprio suicida; desse modo, por associação ao método da autópsia psicológica, denominamos a escuta mediúnica dos suicidas de “autópsia espiritual”. Por meio dessa forma de escuta, formamos o corpus, objeto de análise nesta pesquisa, constituído por onze textos. Tratam-se de relatos autobiográficos produzidos pelo processo mediúnico psicofônico e, posteriormente, transcrito pela pesquisadora, cuja autoria é atribuída a Espíritos suicidas. As narrativas são caracterizadas como inéditas, uma vez que não passaram por processo de análise anterior e foram produzidos, especificamente, para compor o corpus desta pesquisa.

O móvel que impulsionou a produção e a execução desta pesquisa é a hipótese de que o discurso do Espírito suicida se constitui em um saber específico acerca do fenômeno do suicídio; um dizer que, por ser passível de escuta, pode ser utilizado como subsídio na produção de ações de prevenção e posvenção do suicídio. Nesse sentido, observar como o Espírito suicida trata os objetos discursivos *suicídio e suicida* é o objetivo geral desta pesquisa.

Para dar conta deste propósito, elegemos os seguintes objetivos específicos: descrever os procedimentos utilizados na organização e execução da pesquisa a ser executada; observar o tratamento dado às categorias suicídio/suicida e cuidado no discurso oficial da saúde, no cenário mundial, no contexto brasileiro, mais precisamente no município de João Pessoa-PB; compreender o tratamento dado às categorias suicídio/suicida e cuidado no discurso do sistema

religioso do Espiritismo; observar o tratamento dado aos termos suicídio/suicida no discurso mediúnico psicofonado de Espíritos suicidas.

Como suporte teórico para a análise dos relatos do Espíritos suicidas colaboradores da pesquisa, tomamos como referencial teórico de base, fundamentos da Análise de Discurso de linha Francesa (AD) - mais precisamente na perspectiva de Michel Foucault em seus estudos sobre o discurso. Mobilizamos, dentro outros objetos discursivos, a *retextualização*, na abordagem produzida pelo linguista Luiz Antônio Marcuschi (2003); a *autópsia psicológica*, na visão da psicóloga Blanca Susana Guevara (2001, 2006), a noção de *pessoa* no campo da antropologia (MAUSS, 1974) e da doutrina Espírita e, ainda, os objetos *saúde, cuidado e suicídio e suicida* pelas óticas do domínio médico (OMS) e do sistema religioso do Espiritismo. Trata-se, dessa forma, de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada em campo, que utilizou como instrumentos de coleta de dados a observação participante e a *história de vida* (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007) veiculada através de *relatos autobiográficos*.

O conteúdo resultante da pesquisa está distribuído e organizado em três capítulos⁴. No primeiro, observamos o tratamento dado ao objeto suicídio na área da medicina oficial, tomando como referência o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a Classificação Nacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID 10) e o SUPRA-MISS; no contexto brasileiro, o Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Psiquiatria e, no contexto do município de João Pessoa, as ações de prevenção; no segundo capítulo, registramos reflexões acerca do Suicídio no campo do Espiritismo na dimensão terrena, pela ótica da Federação Espírita Brasileira, e no domínio espiritual pela perspectiva do autor Espiritual Camilo Cândido Botelho; no terceiro capítulo, dissertamos sobre a metodologia utilizada na pesquisa, apresentamos os discursos produzidos pelos Espíritos suicidas e observamos como os conceitos de suicídio/suicida foram tratados pelos referidos sujeitos.

O texto, assim configurado, representou o resultado da vontade da pesquisadora de se debruçar sobre a temática do suicídio, um tema envolto em tabus, de forma mais aprofundada, organizada e inovadora, e, dessa forma, contribuir com mais uma pesquisa em torno do fenômeno do suicídio. Nesta pesquisa, refletir sobre a morte, mais especificamente por suicídio, configurou-se em um gesto de leitura não só sobre a morte, mais especialmente sobre morfologias de vida.

⁴ Embora, segundo as normas da ABNT acerca da estruturação de trabalhos acadêmicos, a seção da introdução deva ser considerada e enumerada como capítulo, decidimos não considerá-la como tal por entender que o conteúdo assim disposto não é passível de produzir problemas à leitura dos resultados da pesquisa.

1 NO DISCURSO OFICIAL DA SAÚDE: O CUIDADO DO SUICÍDIO

Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Uma melhor detecção na comunidade, o encaminhamento para especialistas e a gestão do comportamento suicida são passos importantes na prevenção do suicídio. O desafio chave de tal prevenção consiste em identificar as pessoas que estão em risco e que a ele são vulneráveis; entender as circunstâncias que influenciam o seu comportamento autodestrutivo; e estruturar intervenções eficazes. (OMS- Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros.

O que é o Suicídio? O suicídio é uma doença? O suicida é um doente? Se estamos tratando de uma espécie de doença e um tipo de doente, quem é o responsável por cuidar desta doença e deste doente? Qual é o lugar atribuído ao suicídio no campo da saúde? Estes questionamentos moveram a construção deste capítulo. Aqui, registamos os resultados de nossa incursão em dois campos: o cenário mundial, o contexto brasileiro, mais especificamente, o cenário do município de João Pessoa a partir de ações de prevenção realizadas.

Inicialmente, fizemos a “escuta” do primeiro domínio, tomamos como referencial a Organização Mundial da Saúde. Nosso objetivo foi fazer uma leitura do lugar atribuído por esta instituição à problemática do suicídio, observando como o objeto suicídio está inserido neste universo discursivo, a partir da “escuta” de três fontes documentais: o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID10) e o SUPRE-MISS, como foi citado na introdução, um estudo de intervenção sobre comportamentos suicidas. Em seguida, “ouvimos” o cenário brasileiro, a partir de três lugares distintos do discurso: o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Psiquiatria, e o Conselho Federal de Medicina.

1.1 OMS: entornos do conceito de saúde/doença

A OMS⁵ é a instituição responsável por melhorar a qualidade da saúde em nível mundial. Figura, portanto, como a principal instituição responsável pela coordenação dos trabalhos neste domínio. Foi criada em 7 de abril de 1948, data em que se celebra anualmente o Dia Mundial da Saúde. Sua sede está instalada em Genebra, na Suíça. Atualmente, a sua equipe está constituída por 194 Estados Membros; o Brasil é um dos seus integrantes. Sua

⁵ <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>

principal função é dirigir e coordenar internacionalmente o trabalho no campo da saúde. Suas principais áreas de atuação são a saúde; os sistemas de saúde; as doenças não transmissíveis e transmissíveis; a preparação, vigilância e respostas em saúde e serviços corporativos em saúde. Para tanto, executa suas atividades por meio de parcerias com os países membros, o sistema das Nações Unidas, organizações internacionais, sociedade civil, fundações, instituições acadêmicas e instituições de pesquisa. Começamos observando o tratamento dado as categorias saúde/doença por esta instituição.

A OMS definiu o termo saúde como sendo o “estado de *completo* bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” [grifos nossos] (OMS, 1946). Esta definição, largamente citada no campo da saúde, causou-nos um certo estranhamento que encontrou ecos em outras vozes. Verificada a literatura sobre o tema, observamos que o referido conceito, apesar de ter sido considerado um avanço, tem inquietado estudiosos do tema e recebido críticas. Dentre elas, o fato de considerar a saúde como uma condição utópica. Assertiva com a qual concordamos.

Debruçamos sobre o conceito e observamos que o sentido de condição utópica para a saúde pode ser possibilitado pelo uso dos vocábulos *estado e completo*. A palavra *estado* remete-nos a ideia de uma (im)permanência nos modos de ser e de existir, ou seja, nós “estamos” e não “somos” de um determinado modo. Há, pois, uma significativa diferença de sentidos em afirmarmos “eu *estou* saudável” e “eu *sou* saudável”. Desse modo, para a OMS a saúde é uma espécie de modo de se “estar sendo” e não de “ser” sadio, representado por uma busca continuada. Por sua vez, o tratamento dado ao termo se complica com o uso da palavra *completo*. Neste contexto, o estado de saúde está constituído por três aspectos, físico, mental e social, os quais devem estar associados a um “bem-estar” em seu maior grau de excelência, ou seja, “completo”. Em contrapartida estar doente é conjugar, em maior ou menor grau, todos estes fatores.

Da forma como é conceituada pela OMS, a saúde é um *estado* de ser, um modo de existir, inatingível. Primeiro, porque, nesta perspectiva, a saúde é um estado e não uma condição constitutiva do ser; dessa forma, só podemos de fato “estar”, e não ser, saudáveis. Segundo, porque a saúde, para que exista de fato, depende de uma inteireza. Como pode um ser humano, enquanto ser constitutivamente social, envolto em circunstância diárias pela busca da sua sobrevivência -e daqueles que estão sob a sua responsabilidade-, vivenciar um estado de *completo* bem-estar físico, mental e social?

Nesta ótica, seremos eternos doentes, em busca contínua por um estado de saúde difícil de ser alcançado. Um questionamento complicado que demanda esforço na busca por respostas

(se é que elas existam!); especialmente quando, algumas vezes, observamos existir pessoas envoltas em problemas físicos, mentais e sociais e que, mesmo assim, demonstram ser saudáveis; outras vezes, atualmente com menos raridade, temos conhecimentos de indivíduos que apresentam condições físicas, mentais e sociais saudáveis, ou seja, um estado de completo “bem-estar”, mas que nos surpreendem cometendo o suicídio.

Paradoxalmente, o tratamento dado ao conceito de saúde pela OMS representa avanços. Vale notar que a sua construção está pautada em uma noção de pessoa como sendo um ser social, constituído de corpo e de mente. Modo de conceituar que possibilita o deslocamento do foco de atenção dos cuidados, simultaneamente, para um “corpo físico pensante” (o doente), e não simplesmente para um corpo doente (a doença), e ainda para importância do contexto social enquanto fator constitutivo da saúde/doença desse sujeito integral.

Com a proposta deste “novo” conceito de saúde, a OMS demarca, portanto, a passagem de uma visão de atendimento pautada no modelo biomédico -o qual prioriza o tratamento de patologias-, para o modelo biopsicossocial, no qual a pessoa, em sua totalidade, corpo e mente, é o foco dos cuidados a serem dispensados

Observamos um avanço e ao mesmo tempo um complicador nesta conceituação de pessoa integral no campo da saúde oficial, no que diz respeito ao cuidado a ser dispensado ao atendido. Nesta “nova” perspectiva proposta pela OMS quem é o profissional responsável pela produção e manutenção permanente deste estado de saúde?

No nosso entendimento, a OMS ao oficializar o referido conceito, atribui esta responsabilidade a todo profissional que atua na área da saúde. No caso específico dos cuidados no campo do suicídio, concordamos com a assertiva do psiquiatra Roberto Mendes dos Santos; segundo o autor, a “avaliação da intencionalidade suicida deve fazer parte da prática de qualquer equipe de saúde” (SANTOS, p. 164, 2017).

Todavia, passados longos anos desde a adoção deste conceito, é necessário notar que há dificuldades em identificar quais profissionais já realizam as suas práticas diárias de cuidados, pautados nos fundamentos do modelo biopsicossocial. É sabido, e sentido, que muitos profissionais da saúde, ainda conduzem suas práticas no modelo biomédico. Circunstância fácil de ser observada por qualquer leigo que se submeta as consultas médicas, quase sempre realizadas numa carga horária média, e variável, de até mais ou menos trinta minutos, geralmente para bem menos; especialmente nas consultas realizadas em instituições públicas ou em parceria com agências privadas de saúde. Isto significa que a maioria das pessoas continuam sem assistência para a aquisição do seu “estado de *completo* bem-estar físico, mental e social”.

Devido ao vácuo deixado por muitos profissionais da saúde, na excelência do cumprimento das demandas que emergem pela adoção de um conceito de saúde voltado para uma noção de sujeito integral, começa a ganhar força, e crédito, o atendimento Psiquiátrico e, mais modernamente, o atendimento psicológico⁶ e também o psicanalítico. Atualmente, para estes profissionais, têm sido atribuídos a função mais específica de cuidar do indivíduo, contemplando os seus aspectos corporal, mental e social, tanto pela classe médica e outros profissionais da saúde, como também por leigos e usuários desses serviços.

Todavia, ainda revestidos de tabus, a eficácia desses campos de atuação e a competência de seus profissionais na produção, prevenção e manutenção da saúde, ainda não se naturalizou, pois ainda é (re)corrente a ideia de que submeter-se aos cuidados de um psicólogo pode se constituir, para muitos usuários, como uma demonstração de sentidos depreciativos de impotência, de fragilidade, fraqueza e covardia; e ao tratamento psiquiátrico, uma assunção de um possível estado de perda da razão, de loucura, enfim! Quem já não ouviu as afirmações de que se submeter a sessões de análises é para incompetentes, fracos, indecisos e ainda, que buscar o psiquiatra é coisa para loucos? Nesse contexto, receber uma orientação de encaminhamento para o Psicólogo e/ou para o Psiquiatra ainda pode ser considerado uma ofensa, tanto para muitos usuários quanto para os seus familiares.

Vale notar que a resistência é mais notória quanto é referida ao Psiquiatra. Uma justificativa para este modo de consideração pode ser atribuída, por exemplo, além do estigma da loucura, aos moldes de cuidados executados por estes profissionais, uma vez que muitos ainda apresentam, uma certa resistência, em adotar o modelo biopsicossocial em seus atendimentos. Outra justificativa para a recusa deste campo, seria porque o mesmo está associado a administração de medicamentos de uso controlado e contínuo; indesejáveis para muitos pacientes.

Entretanto, há sinais de que existe um trabalho de (re)orientação, embora tímida, de ressignificação desta especialidade e do seu profissional como aquele que não só está responsável pela administração medicamentosa, atribuição negada aos psicólogos-, como também enquanto profissional que adota, de forma efetiva, uma prática clínica pautada no modelo biopsicossocial⁷. No que diz respeito ao atendimento a pessoas que produzem ideário

⁶ Para aprofundamento no campo do atendimento psicológico e aspectos sociais sobre cuidados, especialmente na temática do suicídio, encaminho o leitor para a leitura dos artigos produzidos pelos autores Emerson Do Bú, Maria Edna Silva de Alexandre, Elisa Pinto Siminotti e Ednalva Maciel Neves; todos inseridos na Série GONÇALVES, Iracilda Cavalcante de Freitas (Org.). Suicídio: Prevenção, Posvenção e Direito à vida. Volume 2, 1. ed João Pessoa, CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017

⁷ Para uma leitura nesta perspectiva do cuidado com o sujeito integral e a Psiquiatria encaminho o leitor para a leitura dos artigos produzidos pelos psiquiatras Roberto Mendes dos Santos, Estácio amaro da Silva Júnior e

suicida e/ou tentam o suicídio, por exemplo, Roberto Santos explica que o profissional da área da saúde que está “educado quanto ao cuidado de situações de emergência pode ser capaz de fornecer escuta qualificada e desnuda de preconceitos ou estigmas, e conseguirá avaliar de maneira eficaz os fatores de risco mais notáveis para o indivíduo a ser avaliado” (SANTOS, 2017, p. 178). Nesta mesma linha de posicionamento, trazemos para o diálogo a psiquiatra Raquel Mendes Cordeiro Rangel de Andrade, que afirma já ser possível ter conhecimento de profissionais que atuam no campo da psiquiatria a partir de um modelo biopsicossocioespíritual de cuidados: “Atualmente, já vimos diversas técnicas psicoterapêuticas e muitos médicos psiquiatras praticando religiosidade como forma de alcançar o bem-estar emocional e consequentemente o sentido de vida e, assim, evitando mortes por suicídios” afirma a autora. (ANDRADE, p. 160, 2017).

De um modo geral, há, por outro lado, preconceitos produzidos acerca das pessoas atendidas nestes campos, inclusive por parte de muitos profissionais. O desconhecimento sobre o que seja a problemática dos transtornos mentais, levanta suspeitas acerca da capacidade e da estabilidade das pessoas acometidas, por exemplo, por Transtorno de Humor Bipolar ou Síndrome de Borderline, transtornos passíveis de serem diagnosticados e tratados. As causas exatas dos distúrbios não são conhecidas e a orientação mais recorrente é pela busca de um médico psiquiatra. Para colaborar com a inserção desta população no convívio social foi criado o termo psicofobia⁸ o qual diz respeito ao preconceito sofrido por quem é diagnosticado com algum tipo de transtorno mental.

Isto explica porque muitas pessoas diagnosticadas com estes transtornos tenham vergonha de se tratar, e o que é mais grave, escondam seus transtornos para não serem discriminadas, terminando por produzir ideias suicidas e, até mesmo, tentar o suicídio. Sobre o atendimento deste público específico, Neves, Seminotti e Silva lançam o seguinte questionamento: “Que profissional será capaz de proporcionar cuidados ao problema físico (médico?), emocional (psicólogo?) e dificuldades nas relações sociais (?) se o estigma sobre o suicídio ronda todas as realidades sociais que circundam os indivíduos?” (NEVES; SEMINOTTI; SILVA, p. 45, 2017). Compactuados com os autores, compreendemos que as pessoas portadoras de transtornos mentais e, acometidos de ideário suicida, devem ser respeitadas e cuidadas por meio de um atendimento médico ampliado e um acompanhamento

Raquel Mendes Cordeiro Rangel de Andrade, autores de artigos sobre psiquiatria e suicídio inseridos na Série GONÇALVES, Iracilda Cavalcante de Freitas (Org.). Suicídio: Prevenção, Posvenção e Direito à vida. Volume 2, 1. ed João Pessoa, CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017.

⁸ https://www.huffpostbrasil.com/2018/01/26/psicofobia-o-preconceito-com-transtornos-mentais-que-afasta-pessoas-do-convivio-social_a_23344542/?utm_hp_ref=br-homepage. Acesso em: 03 de março de 2018.

de casos que levem em consideração um sujeito dotado de algo mais do que simplesmente um corpo físico.

A mesma rejeição é atribuída a atuação do psicólogo, embora em menor grau de resistência. Isto porque parece estar se naturalizando o princípio de que este profissional atua pautado mais especificamente no modelo biopsicossocial de atendimento. A campanha *Janeiro Branco*, lançada com sucesso, em 2013 na cidade de Uberlândia, pelo psicólogo mineiro Leonardo Abrahão, com o objetivo de sedimentar a ideia da necessidade de uma cultura do cuidado com a saúde mental e emocional nestes moldes, é um acontecimento que sinaliza para a observação do fato de que, embora o nível de aceitação da eficácia dessa especialidade no campo da saúde esteja em ascendência, ela não foi ainda consagrada, necessitando de movimentação em torno de sua naturalização. Um fato impulsionador desta aceitação popular deve-se também a recente incorporação obrigatória desta especialidade pelos planos de saúde, embora em disponibilidade reduzida de números de atendimentos, uma vez que a lida com a questão mental é prolongada, exigindo inúmeras sessões, fato que onera os cofres destas agências de saúde.

O conceito de saúde proposto pela OMS, em 1948, como sendo um “estado de *completo* bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, calcado no modelo biopsicossocial, ganha *novos contornos*, em setembro de 1978 com a realização da *Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde* (ALMA ATA, Rússia, 1978). Na ocasião, surgem as primeiras recomendações para a implantação e difusão das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) em todo o mundo.

A partir deste acontecimento, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando o estímulo a formulação de políticas públicas que contemplassem os conhecimentos tradicionais em saúde. Por meio de comunicados e resoluções, firmou o compromisso de incentivar os Estados-membros a produzirem políticas públicas, visando o uso das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como o incentivo ao desenvolvimento de estudos científicos neste campo. Posteriormente, o documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" surge com o objetivo de reafirmar os princípios de Alma Ata.

Apesar de o conceito de saúde permanecer inalterado pela OMS, compreendemos que a inserção das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas -para além do reforço da necessidade de adoção do modelo biopsicossocial de atendimento a pessoa-, acrescenta -e legítima-, outro elemento à referida categoria: o aspecto da espiritualidade, marcando assim a passagem de um modelo biopsiquicossocial para um modelo

biopsiquicossocioespiritual. Um conceito de saúde que leva em consideração um ser humano social e integral constituído não de corpo e mente, mas de corpo e espírito (alma). Estamos falando, aqui, do resgate do Espírito como dimensão constitutiva do ser humano, uma categoria suposta mas forçosa e estrategicamente recusada, devido ao seu caráter subjetivo; embora o corpo teime em lhe possibilitar visibilidade(s), por meio de múltiplas linguagens: o corpo “fala”.

No Brasil esse movimento foi impulsionado a partir da *Oitava Conferência Nacional de Saúde* (1986), e desde então somente se expandiu. Nos últimos anos, uma das recomendações da OMS, aos seus Estados-membros, tem sido a valorização e integração dos mais diferentes recursos terapêuticos aos Sistemas Oficiais de Saúde. Atendendo as prerrogativas da OMS, o Ministério da Saúde (MS), no dia 03 de maio de 2006⁹, aprovou, por meio da portaria de nº 971, a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (PNPIC). O documento registra e inaugura a institucionalização das seguintes Práticas Integrativas Complementares (PIC): Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais/Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia.

O processo de legitimação avançou e, atualmente, já são vinte e nove práticas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS): acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia, termalismo, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturoterapia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, ioga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Em torno das terapias já oficializadas pelo MS, outras gravitam e aguardam o reconhecimento de suas eficácias.

A iniciativa de oficialização das PICs pelo Ministério da Saúde atualizou uma velha controvérsia entre o campo da medicina oficial e medicina alternativa, tema trabalhado pelo antropólogo Emerson Giumbelli no livro *O Cuidado dos mortos: Uma História da Condenação e Legitimação do Espiritismo* (1997)¹⁰. Todavia, a arena de vozes ganhou dimensões inimagináveis, uma vez que do início do século XX para os dias atuais o quadro de lugares de saber alternativos instituídos foi consideravelmente ampliado com a inserção das vinte e nove práticas integrativas.

⁹Endereço de depósito da portaria http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf. Acesso em: 05 de janeiro de 2017. Acesso em: 20 de maio de 2018.

¹⁰ Neste livro, o leitor poderá apreciar, com riqueza de detalhes, a interdiscursividade entre os discursos jurídico, médico e espírita na produção de uma legitimação de práticas espíritas alternativas de cura.

Refletindo sobre o poder e os micros poderes, Foucault argumenta que onde há poder há resistência. O poder está em toda parte porque advém de diferentes lugares e se distribuem de forma pulverizada, podendo produzir o levante de grupos e indivíduos. Aplicando este princípio às circunstâncias acima exposta, compreendemos que o encontro entre a cultura oriental e ocidental já foi oficializado pelo Ministério da Saúde por meio da legitimação das PICs e ganha reforço pelas próprias forças de relações de poder que foram mobilizadas para produzir a sua inserção nesta arena de vozes.

Foucault enfatiza que “a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência”, todavia para que ela funcione é necessário que ela seja como o poder “Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele”, e “que, como ele, venha de ‘baixo’ e se distribua estrategicamente”. Toda mudança depende, apenas de uma questão de produção de estratégias e de tempo para executá-las: “Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação”, todavia, “em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa”, explica Foucault. (FOUCAULT, 2000b, p. 24).

Pautados nestes princípios, inferimos que, assim como no início do século XX, conforme Giumbelli, o aparato médico e o aparato jurídico, paradoxalmente, colaboraram na legitimação de práticas alternativas, curandeirismo, à medida que exigiram uma oficialização de sistemas religiosos especializados no oferecimento destas práticas, é possível que mudanças significativas sejam novamente efetivadas a partir do aparelho institucional representado pelo Ministério da Saúde.

Compondo esse cenário de mudanças, no que diz respeito a necessidade de considerar e naturalizar um modo biopsiquicossocioespiritual do conceito de saúde, registramos aqui a contribuição da Profa. Dra. Elisa Gonsalves Possebon¹¹ ao introduzir, no campo da Educação, a necessidade de considerar o componente das emoções como elemento inerente ao ser humano, fazendo-nos considerar o seu legado como um reforço à naturalização do “novo” conceito de saúde.

Concluída as nossas reflexões acerca do conceito de saúde, passemos a observar o conceito de suicídio no campo discursivo da OMS.

¹¹ A profa. Dra. Elisa Gonsalves Possebon coordena o Núcleo de Educação Emocional do Centro de Educação da UFPB e o Grupo de Pesquisa Educação Emocional UFPB/CNPq. Atua também no referido Núcleo o prof. Dr. Fabrício Possebon. Maiores detalhes sobre o trabalho de ambos no campo da educação emocional e ainda acerca das atividades apresentadas pelo referido núcleo é possível de ser apreciados no seguinte endereço: <http://www.ce.ufpb.br/neemoc/contents/menu/equipe-integrante-1/docentes/docentes>.

1.2. O suicida no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS): autor, vítima ou doente?

A OMS atribuiu ao suicídio o status de problema de saúde pública mundial. Segundo Costa (2006)¹², a caracterização de um grave problema neste campo deverá observar os seguintes critérios: “a prevalência da condição, o impacto da condição no nível individual, seu impacto na sociedade (do ponto de vista econômico) e se a condição pode ser prevenida ou se existe um tratamento efetivo disponível”. De fato, o suicídio, como veremos adiante, enquadra-se em todos os critérios acima referidos.

No nosso entendimento, o suicídio começa a figurar oficialmente como problema de saúde pública mundial em dois momentos específicos. Primeiro, em 1996, com a produção da Resolução WHA49.25¹³; em seguida, em 1999, por ocasião do lançamento do SUPRE-MISS. Vejamos o primeiro marco.

Preocupados com os índices mundiais de violência, em 1996, os representantes da OMS, por ocasião da quadragésima Nona Assembleia Mundial de Saúde, realizada entre os dias 20 e 25 de maio de 1996, decidiram atribuir a categoria violência o status de problema de saúde mundial. A decisão ficou registrada na Resolução WHA49.25, intitulada *Prevenção da violência: uma prioridade pública*. O referido documento apresentou a preocupação dos Estados integrantes da OMS com as consequências da violência para os indivíduos e a sociedade e com a atuação do setor de serviços de saúde.

A resolução registra a inserção da violência no campo da saúde, objeto compreendido como sendo constitutivo do campo jurídico, mais especificamente do domínio do sistema de justiça penal.

Na resolução, à OMS, enquanto principal agência coordenadora do trabalho internacional em saúde pública, é atribuída a responsabilidade de orientar os Estados Membros na produção e execução de “programas de *violência auto infligida* e violência contra outros” (WHO, p. 1, 1996)¹⁴. Neste ponto do texto, identificamos o registro da inserção do suicídio no quadro geral das violências. Em cumprimento as decisões veiculadas neste documento, a OMS

¹² COSTA JSD, VICTORA CG. **O que é "um problema de saúde pública"?** Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(1): 144-6.

¹³ Esta resolução pode ser apreciada no documento na Relatório Mundial sobre a violência, aqui referido: KRUG, G. Etienne, DAHLDERG, L. Linda, NERCY, A. James, ZWI, P. Antony, LOZANO, Rafael. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**- OMS. Genebra:2002. Disponível em: https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf&prev=search. Acesso em 22 de março de 2018.

¹⁴ Id. Nota 9.

solicitou aos Estados membros que considerassem a urgência de soluções reclamadas pelo problema, e deu início a organização de campanhas de prevenção.

Em resposta as prerrogativas da referida resolução, Gero Harlem Brundtland, na ocasião, diretora Geral da OMS autorizou, seis anos após a publicação da resolução (2002), a elaboração e publicação do documento intitulado *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*¹⁵, dirigido a todos os possíveis interessados na temática e, mais especificamente, aos profissionais da área da saúde.

Fotografia 1 - Relatório mundial sobre violência e saúde



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

O texto foi elaborado com a contribuição de especialistas em prevenção à violência e assegura o marco de ser o primeiro resumo sobre a problemática da violência em escala global, atendendo assim a demanda acerca de uma resposta global à violência. O relatório apresenta descrições e orientações de como produzir e executar ações de prevenção em nível local, nacional e internacional.

No referido texto, o termo violência foi definido de forma ampliada como sendo o uso intencional, “real ou em forma de ameaça”, da “força física ou poder” que resulte ou possa provocar “lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”, seja contra uma pessoa, grupo ou comunidade seja contra a si próprio. A título de exemplificação, pela ótica da OMS, a “maioria das lesões de trânsito e queimaduras acidentais” são eventos que

¹⁵ KRUG, G. Etienne, DAHLDERG, L. Linda, NERCY, A. James, ZWI, P. Antony, LOZANO, Rafael. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde- OMS. Genebra:2002.

não se enquadram na categoria violência, por serem considerados eventos não intencionais. (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002, p.5) [grifo nosso].

Na conceituação dos eventos acidentais o texto utiliza o termo “maioria”, uma vez que neste campo, muitas vezes inexistente a possibilidade de afirmar, de forma categórica, se algumas lesões ou mortes, resultantes de colisão de automóvel, ou queimadura no corpo sejam eventos que tenham sido produzidos sem intencionalidade de provocar a própria morte ou a morte de outrem.

Podemos perceber que no discurso da OMS, o principal traço que identifica a violência, e a distingue de acontecimentos nomeados de acidentes, é a intencionalidade na produção dos eventos. Esta categoria é complexa, uma vez que nem sempre, a existência de uma intenção de uso de força representa uma intenção de causar danos. Segundo a OMS, é possível haver “uma grande disparidade entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida” (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002, p.2002, p. 5). Como exemplo, cita o fato de alguém que ferir a cabeça de outro em uma briga, lesionando gravemente, sem, no entanto, haver a intenção de provocar esse resultado.

É interessante também notar que o tratamento dado pela OMS ao termo violência não leva em consideração certos conceitos culturais que costumam difundir a violência como prática educativa, no trato relacional entre sujeitos, pois está centrado acima de tudo na noção de “saúde ou bem-estar das pessoas” (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002, p.2002, p. 5). Assim, práticas culturais fundamentadas nos usos do “poder” e da “força física” são consideradas como atos de violências, uma vez que se enquadram no conceito amplo de violência adotado no referido documento.

Na constituição do conceito de violência pela OMS, é possível notar que o tratamento dado ao tema transcende as questões meramente corporais, pois não só o corpo orgânico do usuário é considerado como objeto de observação, mas todo o seu entorno. Assim, do lado das violências provocadas pelo uso da força física - comumente a mais notada - está a violência provocada pelos diferentes usos do poder, em suas mais variadas formas, seja de modo visível, “real”, ou velado “ameaça”. Dessa forma, a OMS atribui visibilidades às violências do tipo psicológicas, as quais apesar de serem muito utilizadas, nem sempre são identificadas e, na maioria das vezes, ignoradas e silenciadas. Muitas ocorrem dentro do contexto familiar e são efetivadas por pessoas que declinam do seu papel de proteção para assumir o de violentador, a exemplo dos casos de assédio sexual e ameaças perpetradas em criança por parentes próximos.

Este múltiplo olhar sobre a violência se justifica uma vez que para a OMS, como já foi colocado, a saúde não é tratada apenas como ausência de enfermidades, mas como “um estado

de completo bem-estar físico, mental e social”¹⁶. A concepção assumida pela instituição se distancia dos princípios adotados pela paradigma biomédico, ainda vigente, para o qual o foco central está no tratamento da doença por meio de práticas tecnicistas, uma atenção que se fundamenta apenas no aspecto biológico do corpo¹⁷.

No nosso entendimento, é possível afirmar que, na perspectiva adotada, o corpo é também visto como um lugar de inscrição, de historicidade, por isso passível de visibilidades e de leituras, como aponta Merleau Ponty. Para o autor, o homem possui um corpo situado sócio historicamente, nada pode acontecer, na existência concreta, fora dele, ele é o lugar da experiência, do vivido; o corpo é o lugar onde “tudo permanece; do fazer ver e da fala e onde tudo se mostra” (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para contribuir com ações voltadas à prevenção da problemática da violência, a OMS, em atenção à solicitação prevista na resolução acima referida, desenvolve um quadro tipológico dos tipos de violência. Tomando como referência o autor do ato violento, a tipologia distribuiu os tipos de violência em três categorias: interpessoal, coletiva e dirigida a si mesmo. (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002, p.6).

A categoria violência interpessoal foi dividida em duas subcategorias: violência entre familiares e parceiros íntimos - ocorridas mais especificamente no espaço dos lares, a exemplo do abuso contra crianças: físico, sexual, psicológico e abandono; violência entre parceiros, maus-tratos a idosos e abandonos em instituições -; e a violência entre pessoas da comunidade, conhecidas ou não, as quais, de formas variadas, ocorrem geralmente em ambientes externos ao lar como estupro, ataques à pessoas em locais de trabalho, em escolas, asilos, violência sexual em locais de trabalho dentre outros, brigas entre adolescentes, etc.

A violência coletiva, por sua vez, diz respeito a atos cometidos por grandes grupos ou países e abarcam três subcategorias: o campo social, político e econômico. Na primeira, estão incluídos atos criminais praticados por grupos organizados e atos terroristas e violência de bandos; na segunda, estão violências como guerras e conflitos violentos com elas relacionados, violência estadual e atos similares; na terceira, atos motivados por lucros econômicos, ataques com o objetivo de desintegrar de atividade econômica que criam impedimentos de acessos a serviços essenciais ou divisão e fragmentação econômica.

¹⁶ Para um aprofundamento da noção de saúde: SEGRE, M.; FERRAZ, F. **O conceito de saúde.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5. 1997.

¹⁷ BERNARDES, Anita Guazelli. **Potências no campo da saúde:** o cuidado como experiência ética, política e estética. *Barbaroi* [online]. 2012, n.36 [citado 2016-06-15], pp. 175-190. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782012000100011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-6578. Acesso em: 10 de junho de 2016.

E, por fim, a terceira categoria, a violência autoinfligida, ou autoprovocada, que foi subdividida em duas espécies: o comportamento suicida e as tentativas de suicídio - também nomeado, em alguns países, de ‘parassuicídio’, ‘autolesão deliberada’, e suicídios propriamente ditos - e o autoabuso, também nomeado de automutilação.¹⁸

Nesse ponto do texto, identificamos que o ato de produzir eventos com o intento de ferir intencionalmente o próprio corpo, por meio de algum instrumento ou outros meios, com o objetivo de causar-lhe a morte, popularmente conhecido pelo termo suicídio; e, por sua vez, a ação intencional, todavia, não exitosa, de eliminar o corpo, denominada de tentativa de suicídio, foram enquadradas como uma tipologia de violência intitulada *violência autoinfligida*.

A automutilação, é tratada pela OMS (KRUG, DAHLDERG e NERCY) como sendo também eventos de violência realizados intencionalmente, todavia, destituídos da intenção de provocar a própria morte, apenas a mutilação de partes integrantes do corpo. O relatório apresenta três categorias consideradas mais comuns: a automutilação grave, a exemplo do atos que causem a cegueira e a amputação de dedos, mãos, braços, membros, pés ou genitália; a automutilação estereotipada que abarca atos como morder-se, bater a cabeça, cortar olhos ou garganta, bater-se ou arrancar cabelos; e, por fim, a automutilação superficial que abrange atos como produzir cortes, arranhões ou queimaduras na pele, enfiar agulhas na pele ou arrancar compulsivamente cabelos.

A automutilação, apesar de estar enquadrada como um subtipo de violência autoprovocada e ser um fenômeno que merece atenção e estudo, não será discutida neste momento, pois nosso propósito é observar atos de violência realizados com a intenção de provocar a morte do corpo e não apenas de mutilá-lo; embora, na maioria das vezes, os atos autoinfligidos acabem resultando em morbidades¹⁹ diversas, inclusive na morte prematura.

No relatório elaborado pela OMS, a violência autoprovocada, assim como as outras categorias de violência, foi tratada em capítulo específico. No entanto, observamos que na apresentação da distribuição do conteúdo a ser tratado e apresentado pelo documento, a temática do suicídio foi a única a receber uma justificativa quanto a sua inserção em um dado capítulo. Vejamos: “Este capítulo foi incluído no relatório porque o comportamento suicida é uma das *causas externas de lesões às pessoas e, quase sempre, é produto dos mesmos fatores sociais,*

¹⁸ Para uma revisão extensa a respeito da automutilação, consultar: CORDEIRO, A. M. & VENÂNCIO, A. (2004). **Automutilação: para lá do sintoma**. Psiquiatria Clínica, 25 (3), 173-184.

GIUSTI, Jackeline Suzie. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. São Paulo, 2013. Tese (doutorado) Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

¹⁹ Estamos considerando morbidades como eventos que afetam a saúde, mas não causam a morte.

psicológicos e circunstanciais encontrados em outros tipos de violência. (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002, p. 21) [grifos nossos].

A justificativa apresentada - no nosso entendimento, constituída de vagueza - apenas para a categoria violência autoinfligida provocou-nos um estranhamento; fez-nos pensar sobre o fato da necessidade de produção de uma argumentação para justificar a categorização de um problema que a própria OMS, no papel atualmente a ela atribuído de nomear, conceituar e tipificar as doenças e eventos que trazem problemas à saúde, já havia classificado como violência. Além do mais, essa tipologia é capaz de abrigar os diferentes efeitos resultantes de eventos tipificados como violência apontados pela OMS: lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Porque então sua inserção no relatório precisou ser justificada?

No nosso entendimento a inclusão da justificativa denuncia complexidade que envolve o tema da categorização da violência e a dificuldade “aparente” de enquadramento das lesões autoinfligidas nessa categoria, no contexto específico do campo da saúde, por parte de muitos profissionais, e no cotidiano, por leigos. No entanto, o dado mais interessante, que ao nosso ver aponta para os possíveis motivos de uma ilusão de um “não-lugar” para as lesões autoprovocadas, dentro do contexto das violências, é a tomada do *autor dos eventos* violentos como referência para a produção do conceito de violência.

Observemos que nos atos de violências infligidos a outrem, seja pela força física seja pelo poder, de forma “real” ou de “ameaça”, aquele que pratica a ação é investido da posição de autor do ato violento e àquele que sofre a ação, é atribuído o lugar de vítima do corpo lesionado. Nesse contexto, a tipologia violência auto infligida se singulariza por ser aquela em que um mesmo sujeito assume simultaneamente as duas posições acima citadas: ele é autor da lesão provocada e o próprio corpo lesionado. Então o que diferencia o sujeito que sofre a ação por violência interpessoal ou coletiva daquele que sofre a ação autoinfligida?

A nossa hipótese é que, embora ambos sejam acometidos de atos categorizados como violências, aos primeiros é possível atribuir claramente, e de forma imediata, a posição de vítima da ação externa impetrada por outrem. Todavia, ele é considerado vítima, mas não é tomado como doente, pois a causa externa que deu origem a lesão não é considerada como doença; nesse caso ele é apenas vítima e, mais precisamente de ferimentos porque comumente são os efeitos da violência física que costuma “saltar aos olhos”. Dessa forma, que posição, de fato, é então atribuída ao autor da violência autoinfligida, a de doente, a de vítima ou nenhuma delas? A de doente, a princípio ele não poderia, pois, um corpo lesionado por violência, no campo da saúde, não é visto como um corpo acometido por doença. E a posição de vítima?

Vítima de quem se o ato foi realizado por ele? Vítima de si mesmo? Surge, portanto, um impasse, pois se ele não pode ser considerado vítima, os eventos de lesões autoinfligidas também não podem ser enquadradas como violência. Estas inquietações, levou-nos a pensar sobre o conceito de doença/doente/vítima no âmbito da violência, e mais especificamente das violências autoprovocadas.

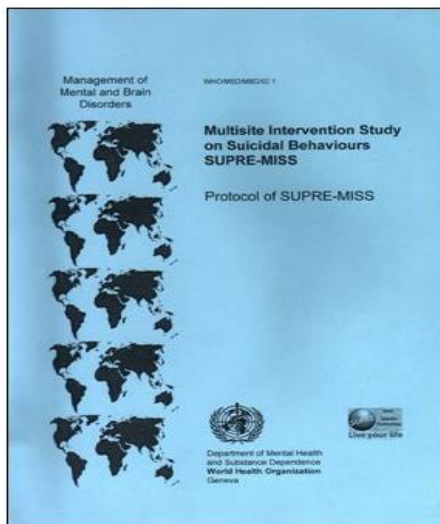
Segundo a OMS (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002), o comportamento suicida, assim como os acidentes e as violências são classificadas como sendo uma das *causas externas de lesões* às pessoas. Todavia, há que se fazer uma distinção entre a pessoa que sofre a violência impetrada por outrem e a pessoa que inflige uma lesão em si mesmo. Neste caso, entendemos que trazer para a discussão a definição de violência, no sentido mais amplo apregoadado pela OMS, e do comportamento suicida como sendo resultante de causas externas -identificados como “atos reais” ou “em forma de ameaças”; advindos de “*fatores* sociais, psicológicos e circunstanciais” também “encontrados em outros tipos de violência”-, parece ser a solução para justificar o enquadramento de atos autoinfligidos como violência, e do autor de ações autoinfligidas como vítima, e possivelmente como um indivíduo acometido de doença.

Este entendimento coloca as ações autoprovocadas não como uma questão de “escolha” individual, mas na categoria de resultantes de possíveis violências “invisíveis”, ou seja, o suicídio, e as tentativas de suicídio, como resultantes de causas de transtornos e desequilíbrios emocionais - uma vez que estes são considerados pela OMS (KRUG, DAHLDERG e NERCY, 2002) como fatores de risco de suicídio-, e, mais especificamente de fatores sociais diversos. Nesse sentido, a ótica da OMS sinaliza relações com estudos sobre o suicídio realizados pioneiramente pelo sociólogo francês Émile Durkheim (2005). Para o autor, as causas aparentemente individuais que acarretam o comportamento suicida, estão alocadas na sociedade; por isso defende o princípio de que “cada sociedade tem, pois, em determinado momento de sua história, uma aptidão definida para o suicídio” (DURKHEIM, p. 10).

Passemos, a seguir, ao segundo marco da atribuição do status de problema de saúde pública à categoria suicídio, com a publicação do SUPRE-MISS.

1.3 O suicídio no SUPRE-MISS (OMS): problema de saúde pública mundial.

Fotografia 2 - Estudo de Intervenção Multissite sobre Comportamentos Suicidas (SUPRE-MISS)



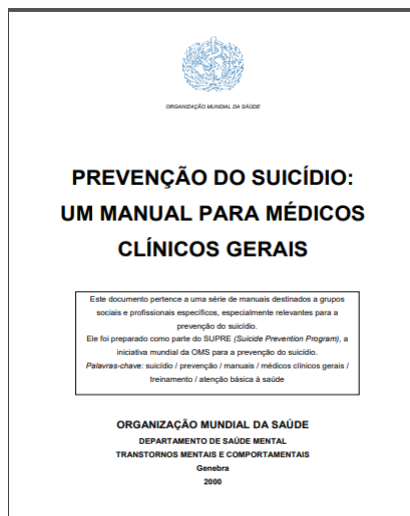
Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde considera, pela segunda vez, o suicídio como um problema de saúde pública, ao promover a iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Trata-se de uma ação denominada Estudo de Intervenção Multissite sobre Comportamentos Suicidas, popularmente conhecido como SUPRE-MISS. Foi considerada a primeira ação mundial voltada especialmente para a prevenção do suicídio; a primeira, como já colocamos, foi em 1996, por ocasião da produção da Resolução WHA49.25.

Como ação resultante do programa de prevenção do suicídio (SUPRE-MISS) a OMS produziu e veiculou uma série de documentos. Trata-se de uma série de “livretos”, em formato de manual dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos. Os textos foram produzidos com o objetivo de instrumentalizar os Estados Membros na produção e execução de ações no campo da prevenção do suicídio. Todas as versões, atualizadas e anteriores, destes documentos estão disponíveis ao leitor no portal da OMS. O conjunto de textos, também denominado de recursos, formam a série intitulada *Prevenindo Suicídio: uma série de recursos*.

Cinco deles, foram publicados em 2000. Vejamos: *Prevenindo o suicídio: um recurso para médicos Clínicos Gerais*.

Fotografia 03 – Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Este material foi produzido pelos responsáveis pelo setor de Transtornos Mentais e Comportamentais do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde. O objetivo deste manual é apresentar aos médicos generalistas os principais distúrbios e fatores associados ao suicídio e oferecer informações para a identificação e o manejo de pacientes com ideário suicida.

O documento orienta que ao identificar ausência de transtorno psiquiátrico grave ou intenção suicida, o médico generalista deve, de acordo com a demanda individual, estruturar e iniciar um tratamento farmacológico com antidepressivos, e psicológico com a terapia cognitivo-comportamental. Todavia, se o paciente apresentar transtorno psiquiátrico; histórico de tentativa(s) de suicídio; histórico familiar de suicídio, alcoolismo e transtorno psiquiátrico; má saúde física e ainda ausência de suporte social, o médico deverá encaminhá-lo a um especialista, no caso o psiquiatra.

No livreto há o registro da informação de que o suicídio não é doença, nem tampouco, necessariamente, a manifestação de uma doença; todavia há a consideração de que a existência de transtornos mentais pode resultar em suicídio. Este entendimento está pautado nos resultados de estudos realizados em países desenvolvidos que revelam a prevalência geral de transtornos mentais em 80 a 100% dos casos de suicídio (OMS, 2000, p. 04).

De fato, o suicídio não é uma doença e conseqüentemente, também não é a manifestação de uma doença é uma modalidade de morte. Todavia, a prática da ação suicida aponta para a questão de um sujeito que está envolto com problemas -nem sempre de transtorno mental-,

passível de ser resolvido - e, por este motivo, de ser prevenido - desde que haja a cessação da causa geradora da tentativa; seja ela de ordem mental, por meio de um tratamento específico disponível, seja de ordem social: situações problemáticas, muitas vezes momentâneas, as quais o sujeito considera insolúveis; neste caso buscando resolvê-la por meio da morte prematura.

Da leitura realizada, é possível notar que, para a OMS, a tarefa de prevenção do suicídio dever ser atribuída ao profissional da saúde mental, no caso o psiquiatra. Todavia, devido à pouca oferta de serviços neste campo, é o clínico geral que deve assumir a responsabilidade pelo cuidado com este público alvo, fazendo, sempre que necessário e possível, o encaminhamento do paciente ao psiquiatra.

A partir dessas informações, começamos a compreender porque a problemática do suicídio foi instalada no campo da saúde mental, apesar de ter sido conceituado pela OMS como um transtorno de caráter multidimensional, resultante de uma interação complexa entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos e ambientais. Estudos apresentados pela OMS informam que comportamentos suicidas e o suicídio ocorrem com mais frequência em pacientes psiquiátricos e que a maioria das pessoas que cometem o suicídio possui um transtorno mental diagnosticável e curável. Por isso, o investimento do campo da saúde mental na prevenção do suicídio.

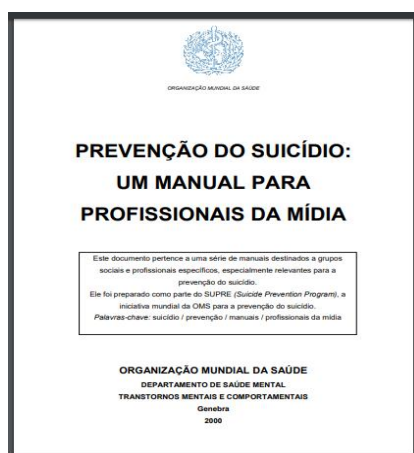
Também compreendemos a necessidade da produção de um manual dirigido especificamente a médicos clínicos gerais, uma vez que segundo a OMS, pesquisas mostram que entre 40% e 60% das pessoas que se suicidam consultaram um médico no mês anterior ao suicídio. Deste percentual, a procura de pessoas, em crise suicida, por um clínico geral foi bem maior do que por um psiquiatra. Isto porque, estudos apontam que ainda há pouca oferta de serviços no campo da saúde mental. E acrescenta que um número “substancial de pessoas que cometem suicídio morre sem ter visto um profissional de saúde mental”.

No nosso entendimento, o médico, de um modo geral, ocupa um lugar crucial na prevenção do suicídio. Todos devem estar preparados para identificar, avaliar e manejar casos de pessoas com ideários suicida. Todavia, como o primeiro contato com o cliente é, muitas vezes, com o Clínico Geral, justifica-se a necessidade da produção de um manual específico para esta categoria. Material que inclusive serve de recurso instrucional para profissionais de outras áreas. Entretanto, não compreendemos a ausência no manual de uma orientação de encaminhamentos para o acompanhamento com o psicólogo, profissional cuja lida é especificamente no campo da saúde mental.

No campo da prevenção do suicídio, consideramos que mais importante do que cuidar dos transtornos mentais, é buscar investigar quais problemas sociais são passíveis de gerá-lo,

com o objetivo de evitar que, em consequência deles, tentativas de suicídio, ou suicídio propriamente dito, sejam efetivadas. A prevenção das tentativas de suicídio, quando o transtorno mental já está instalado, evidentemente é da alçada do profissional oficialmente legitimado como responsável pela saúde mental, no caso o psicólogo e o psiquiatra; entretanto, a prevenção de problemas sociais geradores do ideário suicida abrange uma rede mais complexa de relações humanas que podem iniciar no próprio lar do indivíduo - espaço onde a princípio ele deveria/poderia sentir-se protegido e acolhido- e, chegar até ao consultório de um clínico geral ou de qualquer outro profissional da área de saúde ou não. Prevenção do suicídio é, portanto, uma tarefa de todos! Passemos ao segundo manual.

Fotografia 4 – Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia.



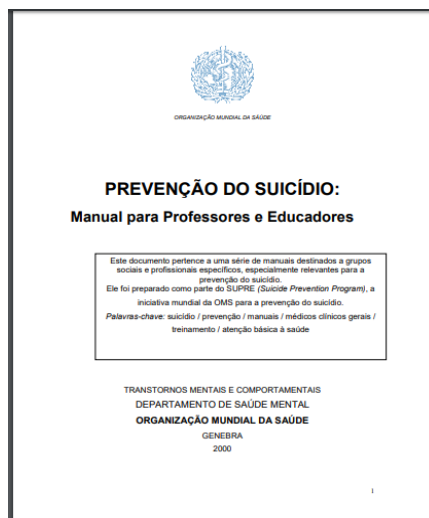
Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Denominado *Prevenindo o Suicídio: um recurso para profissionais da mídia*, este manual passou por duas atualizações, uma em 2008 e a mais recente em setembro de 2017. A produção do folheto foi realizada pela OMS e a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP). A sua elaboração tem como justificativa o entendimento de que a mídia desempenha um papel de grande relevância na problemática do suicídio, uma vez que resultados de estudos apontam que as reportagens sobre o suicídio são veiculadas pela mídia, a depender do modo como são produzidas, tanto podem prejudicar ou potencializar as ações de prevenção do suicídio. Deste modo, o livreto oferece um conjunto de orientações de como os jornalistas devem produzir reportagens responsáveis sobre o suicídio²⁰.

²⁰ Sobre a temática da mídia e do suicídio indicamos a leitura do artigo Suicídio: a pauta proibida, de autoria da jornalista Cláudia Maria de Carvalho, inserido no volume I da série: suicídio: Prevenção, Posvenção e Direito à Vida, organizado pela pesquisadora Iracilda Cavalcante de Freitas Gonçalves.

O terceiro livreto intitulado *Prevenindo o suicídio: um recurso para professores e outros funcionários da escola*.

Fotografia 5 – Prevenção do suicídio: manual para professor e educadores.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

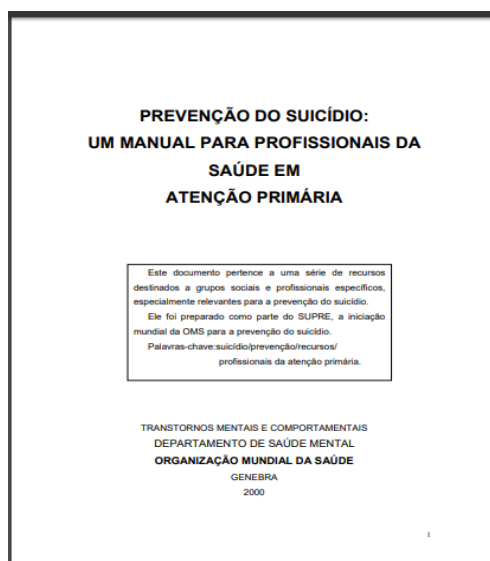
Produzido pelo Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde tem como objetivo orientar, mais especificamente, professores e funcionários da escola, como psicólogos, membro de conselhos e outros. A preocupação na formulação de um material de orientação está fundamentado na informação de que o suicídio está entre as cinco principais causas de mortalidade no grupo etário de 15 e 19 anos, embora possa ocorrer com mais frequência a partir dos 12 anos de idade. Como a maioria das pessoas dessa faixa etária frequenta a escola, entende-se que a escola é um lugar propício para que os profissionais, que nele atua, possam desenvolver ações de prevenção para este público alvo. O livreto instrui sobre a dimensão do comportamento suicida na adolescência o orienta acerca da identificação e gerenciamento de indivíduos em risco e também de como proceder quando o evento ocorre no próprio ambiente escolar.

Consideramos interessante esta publicação dirigida a funcionários da escola, uma vez que nossa experiência como professora de público nesta faixa etária, permite-nos afirmar que o acompanhamento dos alunos, quando feito com responsabilidade e comprometimento, é possível de facilitar a identificação de possíveis estudantes com sofrimentos que possa conduzi-los à produção de ideário suicida e, dessa forma, providenciar o seu encaminhamento para o atendimento psicológico dentro ou fora do ambiente escolar. Muitas vezes, durante a nossa lida

neste campo, necessitamos fazer intervenções neste sentido, sempre bem-sucedidas. Lamentavelmente, em abril de 2018, uma criança de 12 anos, aluno vinculado à escola onde atuei, tentou o suicídio por duas vezes, sem consumação.

Prevenindo o suicídio: um recurso para profissionais da atenção primária à saúde.
Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde em 2000, Genebra.

Fotografia 6 – Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

A atenção básica ou atenção primária é o atendimento inicial recebido pelos usuários nos sistemas de saúde. No campo da saúde, é conhecido como sendo a “porta de entrada” aos serviços de saúde para os que deles necessitarem. No Brasil, segundo a Fundação Oswaldo Cruz²¹, há diversos programas governamentais relacionados com este segmento, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atua por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs); as Equipes de Consultórios de Rua, o Programa Melhor em Casa, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A preocupação em formular um material de orientação para profissionais da atenção primária está fundamentada, portanto, no modo como este segmento lida com sua prática diária. De um modo geral, é a equipe de atenção primária que produz e mantém o diálogo com entre a comunidade e o sistema de saúde. Dependendo da localidade de atuação, são eles são a principal

²¹ Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 10 de janeiro de 2019. Informações detalhadas sobre onde encontrar as UBSs estão disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e também nos sites das Secretarias Municipais de Saúde.

fonte de cuidados de saúde de um modo geral, inclusive a saúde mental. Pois, como já foi dito, além dos serviços de saúde mental serem escassos, há também uma resistência em buscar um profissional da saúde mental. Eles conseguem um contato mais aproximado com a família e oficialmente, são o ponto de entrada para o acolhimento do paciente nos serviços de saúde.

Conforme o manual acima referido, a atuação dos profissionais de saúde da atenção primária é importante para a prevenção do suicídio, pois, devido a disponibilidade e a acessibilidade às comunidades, poderão atuar com eficácia -quando bem treinados-, na identificação, abordagem, avaliação, manejo e encaminhamento de pessoas com ideários suicidas aos profissionais competentes.

*Prevenindo o suicídio em cadeias e Prisões*²². Este recurso foi produzido pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde e a Associação Internacional para a prevenção do suicídio, em 2000, e atualizado em 2007. O objetivo deste manual é oferecer subsídios para a prevenção de tentativas e suicídio em ambiente presidial. Conforme a OMS, ambientes prisionais agrupam pessoas tradicionalmente consideradas vulneráveis, com maiores riscos de cometer o suicídio. Esta é, frequentemente, a causa mais comum de morte nestes ambientes. Socialmente desprivilegiados e isolados, muitos detentos estão acometidos de transtornos mentais, carregam problemas resultantes do uso de substâncias e apresentam antecedentes de tentativas de suicídios. O impacto psicológico causado pela experiência de prisão e encarceramento, pequenas ou longas e os estresses associados a vida prisional podem desencadear nos detentos a produção de ideários suicidas, tentativas de suicídios e suicídios. Dessa forma, as taxas de suicídios em ambientes correccionais são vultuosas, sendo mais altas que em outra população, tanto dentro quanto fora, quando libertos.

No entendimento de que é necessário promover a saúde e a segurança da população reclusa, que os eventos de suicídio são acontecimentos causadores de transtornos, muitas vezes irreversíveis, para as pessoas que convivem e trabalham nestes locais, e ainda de que é possível prevenir o suicídio de internos, o manual é dirigido aos administradores correccionais, aos agentes penitenciários e aos responsáveis pela segurança e custódia dos detentos.

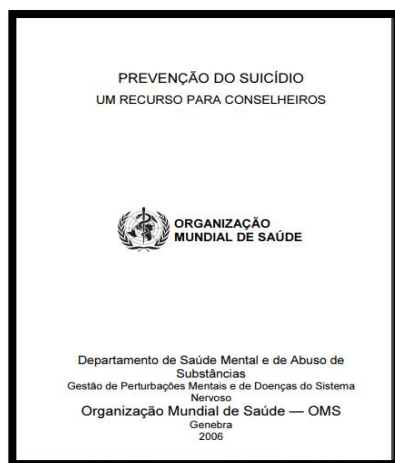
Prevenindo o suicídio: como iniciar um Grupo de Sobreviventes. Produzido pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde e a Associação Internacional para a prevenção do suicídio em 2000 e atualizado em 2008. O material defende a importância dos grupos de autoajuda como apoio para a minimização do

²² Não foi possível colocar a foto da capa deste Manual, nem de outros descritos a seguir, pois não estavam disponíveis na página da OMS.

sofrimento de pessoas envolvidas com problemas em torno do suicídio, comumente chamados de “sobreviventes” do suicídio. Os grupos são geralmente constituídos e posto em funcionamento por pessoas diretamente afetadas por eventos de suicídios. Segundo a OMS a prática de formação de grupos de apoio para o suicídio é muito eficaz no processo de cura de luto de amigos, parentes e familiares do suicida. O manual oferece orientação sobre a formação e funcionamentos de grupos de apoio neste domínio.

Prevenindo o suicídio: um recurso no trabalho, elaborado pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias Gestão de Transtornos Mentais e Cerebrais da Organização Mundial da Saúde, em 2006, Genebra. Este manual foi produzido com o objetivo de orientar empregadores, dirigentes sindicais, programadores de assistência ao empregado, diretores de pessoal e trabalhadores responsáveis pela criação de um ambiente saudável para os trabalhadores, no que diz mais especificamente a sua saúde mental. Segundo a OMS, estudos apontam que os empregadores podem contribuir com a produção de programas de saúde e segurança passíveis de promover a redução dos números de suicídios do trabalhador e principalmente colaborar com a promoção de uma força de trabalho saudável, identificando os que estão apresentando problemas de saúde e promover os cuidados necessários para a manutenção da sua saúde, de modo que ele possa sentir-se seguro quanto à preservação do emprego e do progresso na carreira que abraçou.

Fotografia 7 - Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros (2006), elaborado pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias Gestão de Transtornos Mentais e Cerebrais da Organização Mundial da Saúde. Este material foi produzido com o objetivo de

capacitar conselheiros²³ para lidar com a identificação do risco e a prevenção do suicídio. Trata-se de profissionais que trabalham com a prática do aconselhamento profissional, no desenvolvimento de iniciativas comunitárias para a prevenção e no gerenciamento de comportamento suicida. Conforme a OMS eles podem atuar orientando os indivíduos quanto à relação entre uso/abuso de substâncias com transtornos de humor, pensamentos e comportamentos suicida e suicídio. Colaboram ainda com o planejamento de ações de prevenção, de apoio social e de encaminhamentos para profissionais do campo da saúde mental. São profissionais que lidam diretamente com a comunidade, mantendo uma relação de aproximação que colabora eficazmente com ações de prevenção.

Depois de 2006, outros manuais foram produzidos. O primeiro deles foi *prevenindo o suicídio: um recurso para policiais, bombeiros e outros socorristas de primeira linha*, produzido pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde, em 2009. O material tem como foco os policiais, os bombeiros e outros profissionais que são considerados como recursos humanos de primeira linha no atendimento de pessoas que estão passando por um momento emergencial, a exemplo de crise acentuada com risco de suicídio. A produção do material tem o objetivo de oferecer informações para o treinamento desses profissionais no atendimento de pessoas que apresentam comportamento suicida. Dentre suas funções está a de averiguar e assegurar o atendimento no campo da saúde mental as pessoas atendidas, remover acesso a meios letais, e saber identificar o potencial suicida e indivíduos em situações críticas. São profissionais importantes na determinação do curso do resultado de crises suicidas, pois trabalham intervindo em situações de crise; por este motivo devem receber treinamentos adequados para colaborar na redução das tentativas de suicídio e suicídios em suas comunidades.

Prevenindo o suicídio: um recurso para o registro de casos de suicídio, elaborado pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde em 2011. A prática de registro para suicídio é importante no sentido de oferecer a possibilidade de quantificação dos números de casos por idade, sexo, método e outras variáveis fundamentais para o desenvolvimento de pesquisas e estratégias de prevenção do suicídio. Por este motivo, esta publicação visa fornecer recursos sobre como produzir, instituir e/ou melhorar a qualidade dos sistemas de registros de mortalidade por suicídio, uma vez que nem sempre é possível

²³ Não encontramos no referido documento uma definição clara de quais profissionais poderiam efetivamente assumir esta posição. O texto informa que possuem formação e educação em nível superior e “trabalham em escolas, institutos superiores e universidades, serviços de orientação da carreira, centros de tratamento da toxicodependência, clínicas e hospitais” (p. 01).

diferenciá-la, de forma clara, de uma morte por homicídio ou acidente. As mortes por suicídios podem estar mascaradas, demandando uma averiguação eficaz em torno das circunstâncias de morte.

Prevenindo o suicídio: um recurso para registro de casos de suicídio não fatal, elaborado pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde em 2014. Para a OMS, registrar, coletar e processar informações relacionadas a mortes por suicídio são práticas extremamente necessárias. Todavia, os registros de tentativas de suicídio são igualmente ou até mais importantes, pois é um preditor do suicídio que permite avaliar as dimensões de posteriores casos de suicídios. Além de sinalizar para casos ulteriores de suicídio, estes registros podem apontar o número de casos de morbidades resultantes de tentativas não fatais, que inviabilizam o trabalhador para o trabalho e causam problemas de sustento financeiro para o Estado e famílias envolvidas. Com esta publicação, a OMS, objetiva despertar para a importância imprescindível desses registros.

Concordamos com a OMS sobre a importância da notificação dos casos de tentativas de suicídio. Lamentavelmente, este trabalho é negligenciado. Entendemos que ele é a porta de entrada para o arquivamento de dados necessários para a elaboração de trabalho efetivos no campo da prevenção do suicídio. Este é um ponto crucial a ser observado.

Com a organização e publicação desta série de recursos, entre 2000 e 2014, compreendemos que a OMS define os campos de atuação e os respectivos profissionais responsáveis pelo cuidado da prevenção no campo do suicídio: os médicos Clínicos Gerais, os profissionais da atenção primária, professores e profissionais de escolas, policiais, bombeiros e outros socorristas de primeiros socorros, a mídia e os conselheiros. Elege também a ação de notificação de casos, tanto de tentativa de suicídio quanto de suicídio, como atividade importante na busca de soluções para esta problemática.

Observamos que todos os manuais, brevemente descritos acima, foram produzidos por integrantes do Departamento de Saúde Mental da OMS. Dessa forma, compreendemos que ao campo da saúde mental dessa instituição recai a atribuição do papel principal do cuidado com o suicídio no campo da saúde. Assim sendo, resolvemos explorar o ambiente virtual da OMS para verificarmos a inserção do suicídio neste campo específico da saúde.

1.4. Organização Mundial da Saúde: suicídio e saúde mental

Explorando o ambiente virtual da OMS, localizamos um espaço intitulado *Tópicos de Saúde*. Dentre os inúmeros tópicos apresentados, está a aba disponibilizada para o sub-tópico

Saúde Mental. Neste, por sua vez, está alojado, dentre outros assuntos, o tema *Prevenção do Suicídio*. Clicando na aba *Prevenção do Suicídio* encontramos o título *Saúde Mental* e o subtópico *Publicações sobre Prevenção do Suicídio*, e logo abaixo, uma lista de títulos de publicações realizadas pelo departamento de saúde mental da OMS sobre o tema.

Sobre a disposição dos documentos, ao invés de simplesmente listá-los e informarmos o site onde estão hospedados, consideramos interessante apresentar brevemente ao leitor, o nosso gesto de leitura sobre os documentos identificados na página virtual²⁴ da referida instituição global. Iremos elencá-los seguindo uma ordem cronológica que se inicia com as primeiras publicações e finaliza com as mais recentes. Esse método de exposição constitui uma necessidade da própria pesquisadora que necessita, para melhor entendimento, acompanhar o processo de investigação desta temática utilizando-se de uma disposição linear.

Iniciemos com as publicações intituladas *Diretrizes para a prevenção primária de distúrbios mentais, neurológicos e psicossociais* (1993) e *Prevenção primária de distúrbios mentais, neurológicos e psicossociais* (1998). Ambas, publicadas em datas diferentes, disponibilizam um capítulo sobre a temática do suicídio. Todavia, não será possível apresentar maiores detalhes sobre elas, uma vez que, por problemas técnicos, não tivemos acesso aos textos; todavia fica aqui o registro da existência dos referidos documentos. É necessário notar, entretanto, que, a partir destes documentos, dá-se a inclusão oficial, pela OMS, da temática do suicídio, e de sua prevenção, no campo da saúde mental²⁵; integrando, dessa forma, o conjunto de distúrbios neurológicos e psicossociais apresentados nos documentos como sinaliza os títulos das obras.

Compondo o conjunto de publicações da OMS sobre o suicídio no campo da saúde mental, encontramos o registro da publicação de um livro intitulado *Suicídio e Prevenção ao Suicídio na Ásia* (2008), assinado pela OMS. Segundo a instituição, em muitos países asiáticos o suicídio figura como uma das principais causas de morte entre jovens. Dessa forma, a publicação faz parte do trabalho de prevenção e da implementação de estratégias de redução da morbimortalidade relacionadas com comportamentos suicidas.

²⁴ As publicações no campo da saúde mental, assim como a de outros campos, podem ser baixadas por meio dos links ou solicitadas por meio da livraria da OMS. https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/&prev=search. Informamos que, muitas vezes, problemas técnicos surgem como impedimento de acesso a alguns arquivos.

²⁵ Sobre o tema do suicídio, loucura e doença mental ver o referencial: FOUCAULT, Michel. ***Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão***: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault; tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro. Edições Graal. 2007.

Fotografia 8 - Programa de Ação sobre a Lacuna na Saúde Mental da OMS (mhGAP).

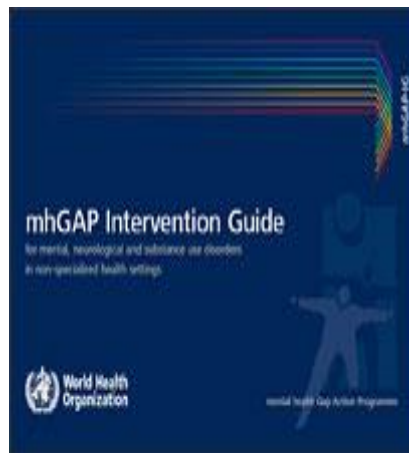


Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Em 2008 é publicado o documento Programa de Ação sobre a Lacuna na Saúde Mental da OMS (mhGAP). Trata-se de um plano de ação que objetiva ampliar os serviços para o cuidado com transtornos mentais, neurológicos e resultantes de uso de substâncias em países de baixa e média renda, no período entre 2013-2020. Problemas como depressão, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, suicídio, autoflagelação, epilepsia, demência, transtornos decorrentes do uso de álcool, transtornos decorrentes do uso de drogas ilícitas e transtornos mentais em crianças e adolescentes, e queixas emocionais ainda inexplicáveis, constituem as prioridades do referido plano para as ações de intervenção na prevenção e na gestão destas problemáticas. Segundo a OMS, 14% da carga global das doenças são atribuídas a esses transtornos, e o agravante é que além de prevalentes são onerosos por isso a maioria das pessoas afetadas em países de baixa renda (75%) não possui acesso ao tratamento adequado. A criação do programa está fundamentada na informação de que, apesar da escassez dos recursos, o tratamento da depressão, da esquizofrenia e da epilepsia é possível desde que cuidados, assistência psicossocial e medicação adequados sejam dispensadas as pessoas.

Reconhecendo a necessidade de ação para a redução do ônus e o aumento da capacidade dos Estados Membros para responder a esta urgência em saúde pública, a OMS entende que a ampliação proposta, para ser exitosa, deverá envolver conjuntamente governos, profissionais de saúde, sociedade civil, comunidades e famílias, e apoio da comunidade internacional. Como resultado, muitas pessoas deixariam de cometer suicídios e começariam a ter uma melhor qualidade de vida.

Fotografia 9 - Guia de Intervenção mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Para colaborar na implementação do referido plano, é publicado pela primeira vez em 2010, uma ferramenta técnica disponibilizada no documento intitulado Guia de Intervenção mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados, agora também disponível em português no site da OMS. São modelos de protocolos desenvolvidos para serem adaptados ao contexto de utilização e usados por profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, bem como planejadores e gerentes de saúde que lidam em ambientes de cuidados de saúde não especializados.

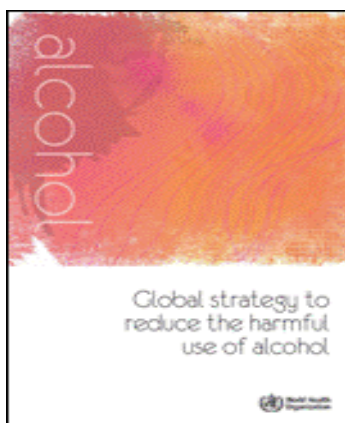
Fotografia 10 - Guia de Intervenção mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

O referido guia recebeu uma segunda versão (2.0) em 2016. Segundo a OMS, Ferramenta muito útil na ampliação dos serviços acima referidos. Neste contexto de ação do Programa de Ação para a Lacuna na Saúde Mental da OMS (mhGAP), a automutilação e o suicídio são questões consideradas prioritárias. Entendemos que se deve ao fato de que esses problemas são questões que tem afetados o poder de autogestão dos indivíduos.

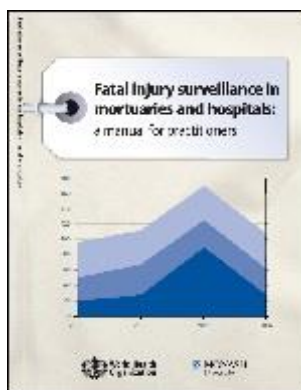
Fotografia nº 11 - Estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool (2010).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Outra publicação é a *Estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool*, publicada em 2010. Esta ação foi iniciada em 2008. A importância deste documento está no fato de que o uso nocivo do álcool é um problema de saúde que afeta indivíduos mundialmente. Segundo a OMS o consumo do álcool está dentre os principais fatores de risco para a saúde; no que diz respeito as tentativas de suicídio e o suicídio, o uso do álcool figura dentre os principais fatores de risco.

Fotografia 12 - Vigilância de lesões fatais em casas e hospitais: um manual para profissionais (2012).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

No que diz respeito a vigilância de lesões, encontra-se um manual para profissionais com o objetivo de instrumentalizá-los para o trabalho intitulado *Vigilância de lesões fatais em casas e hospitais: um manual para profissionais* (2012). Isto porque a OMS considera que as lesões e a violência estão entre as principais causas de morte, e diante deste contexto poucos países possuem um eficiente sistema para coletar cotidianamente informações sobre mortes resultantes de lesões fatais, cujos dados sejam posteriormente utilizados para produzir estratégias de prevenção de lesões e violência. O manual é dirigido mais especificamente para profissionais que trabalham em instituições responsáveis pela coleta, compilação e uso de dados de mortalidade para ações de saúde pública. No manual o usuário encontra informações necessárias para a eficiente coleta e armazenamento dos dados e a implementação de bancos de dados.

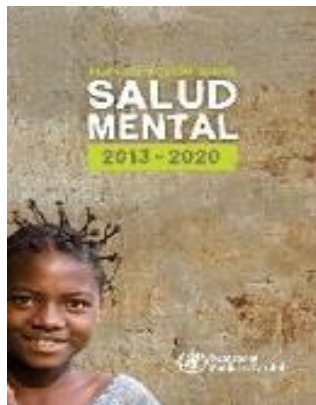
Fotografia 13 - Ação de Saúde Pública para a Prevenção do Suicídio: Uma Estrutura (2012).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Encontramos também o livreto *Ação de Saúde Pública para a Prevenção do Suicídio: Uma Estrutura* (2012), organizado, com o objetivo de apresentar recursos para o desenvolvimento e implementação de estratégias para a prevenção do suicídio. A sua produção toma como base dados apresentados pelas experiências acumuladas desde a publicação das diretrizes para orientar o desenvolvimento de uma estratégia nacional de prevenção do suicídio. Para OMS, a prevenção do suicídio deve ser resultante de ações coletivas, iniciadas pelos governos e pela sociedade civil em todo o território nacional.

Fotografia 14 - Plano de ação Integral em Saúde Mental 2013 – 2020



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Mais um documento de importância relevante no campo da prevenção do suicídio é o livreto intitulado *Plano de ação Integral em Saúde Mental 2013 – 2020*, produzido em maio de 2013. O documento traz na capa a imagem de uma criança de raça negra. Ação que aponta para a associação entre a raça negra, a doença mental e o suicídio²⁶, por ser a população negra, dentre outras, classificada em condição de vulnerabilidade.

O referido plano de ação traz o registro do reconhecimento da função da saúde mental na preservação da saúde do indivíduo. Importante para a prevenção do suicídio, uma vez que os problemas de ordem mental são considerados como os principais fatores de risco nesse campo. O texto apresenta os fundamentos para o estabelecimento de cuidado de caráter integral. Neste plano, a meta é a redução das taxas de suicídio em 10% até 2020. Neste contexto, estratégias nacionais ou planos de ação reconhecem o suicídio como um problema de saúde pública e sinalizam o compromisso dos governos na resolução do problema.

Registramos em 2014 o lançamento do documento intitulado *Prevenindo o suicídio: um imperativo global*.

²⁶ Para uma apreciação acerca da associação entre cor, raça e doença mental ler o artigo *Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática* (2016), produzido pelas autoras Jenny Rose Smolen e Edna Maria de Araújo. Sobre população negra e suicídio, ler o documento *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*, produzido pelo Ministério da Saúde. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Fotografia 15 - Primeiro relatório da OMS sobre a problemática do suicídio.

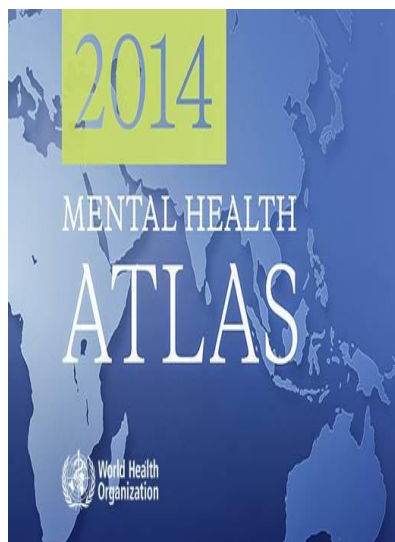


Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Trata-se do primeiro relatório da OMS sobre a problemática do suicídio. O objetivo da publicação é sedimentar a ideia da necessidade de tornar a prevenção do suicídio uma prioridade na agenda global de saúde pública e fortalecer a necessidade de criação de estratégias com base em abordagem multisetorial.

Ainda no campo da Saúde Mental é lançado o Atlas de Saúde mental 2014, publicado pela OMS em 2015 e, posteriormente, nova edição em 2018.

Fotografia 16 - Atlas da Saúde Mental da OMS 2014.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Fotografia 17 - Atlas da Saúde Mental da OMS 2017.



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

Trata-se de uma série intitulada *Atlas da Saúde Mental da OMS* cujo objetivo é oferecer informações aos Estados Membros sobre a situação global de saúde mental, as quais permitem fazer a avaliação dos avanços dos objetivos e metas propostas pelo plano de Ação Integral de Saúde Mental para 2013-2020.

Outro manual foi formulado no sentido de registrar os casos de tentativas de suicídio e autoagressão.

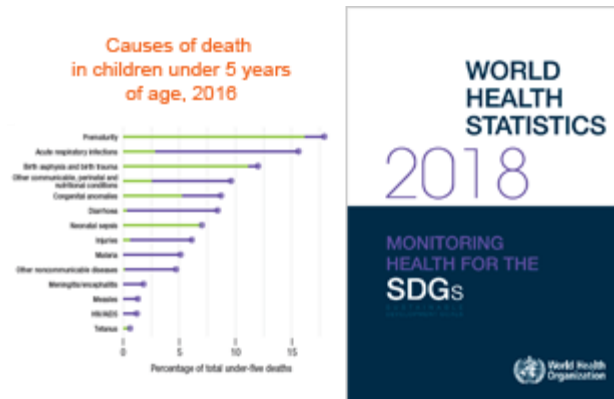
Fotografia nº 18 - Manual prático para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autoagressão (2016).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

O livreto, intitulado *Manual prático para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autoagressão* (2016), tem como objetivo oferecer ferramentas para a criação de sistemas de vigilância de saúde pública para notificar casos de ocorrências de tentativas de suicídio e automutilação em hospitais com base em registros médicos. Atos de tentativa de suicídio ou autoagressão são considerados preditores importantes de morte por suicídio, por isto, a vigilância e monitoramento de tentativas de suicídio e autoflagelação é central para a prevenção do suicídio, no fornecimento de dados na organização de estratégias de prevenção do suicídio.

Fotografia 19 - Estatísticas Mundiais de Saúde: Monitoramento da saúde para os ODS (2016).

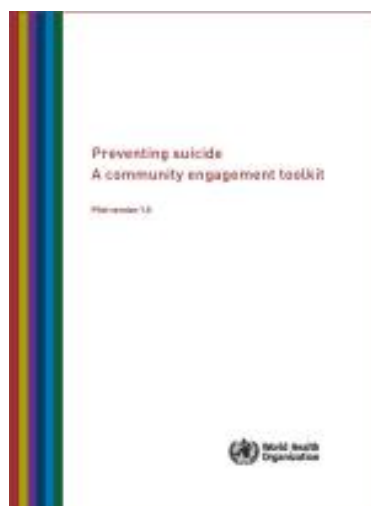


Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

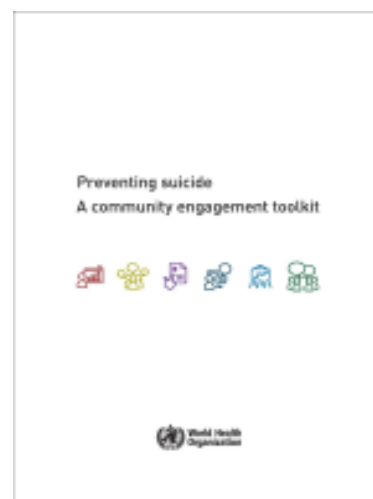
Um relatório contendo as Estatísticas Mundiais de Saúde, por meio de indicadores propostos pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O documento intitulado *Estatísticas Mundiais de Saúde 2016: Monitoramento da saúde para os ODS*, publicado em 2016 pela OMS com o objetivo de apresentar as estatísticas anuais de saúde para os Estados Membros, ou seja, uma avaliação geral da situação de saúde e de apresentação de metas para o desenvolvimento de expectativas saudáveis de vida. Com publicação atualizada em 2018. A série de Estatísticas da Saúde Mundial é um resumo publicado anualmente pela OMS sobre o estado da saúde mundial.

Fotografia 20 – Prevenção do suicídio: um kit de ferramentas de engajamento da comunidade Versão piloto 1.0 (2016).

Fotografia 21 - Prevenção do suicídio: um kit de ferramentas de engajamento da comunidade Versão piloto 1.0 (2018).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

O livro *Prevenção do suicídio: um kit de ferramentas de engajamento da comunidade Versão piloto 1.0*, organizado e publicado pela OMS, em 2016 e, posteriormente, em 2018, representam a importância que esta organização atribui às comunidades enquanto facilitadora do processo de prevenção do suicídio.

Trata-se de guias de como pode se dar a assunção dessas comunidades neste domínio. A orientação quanto ao seu uso é que ele seja adaptado para diferentes contextos dos diferentes países.

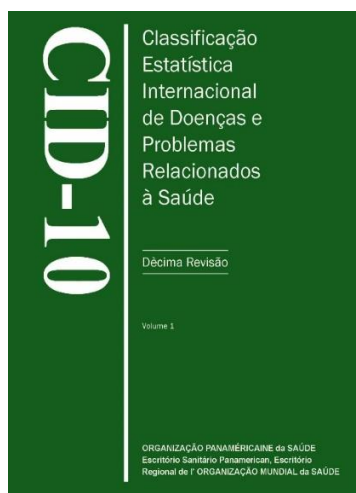
Outras publicações versam sobre a restrição do acesso aos meios da prática do suicídio, mais especificamente por pesticidas. De um modo geral, a restrição ao acesso de meios como pesticidas, armas de fogo, alturas, vias férreas, venenos, medicamentos, fontes de monóxido de carbono, como escapamentos de carros ou carvão, colabora com a prevenção do suicídio no sentido de apalpar a vontade de cometer o ato, especialmente, em pessoas dotadas de sentimento de impulsividade e pela própria ambivalência constitutiva do ato suicida. Dessa forma, a restrição pode favorecer no sentido de que durante a crise suicida, o indivíduo seja favorecido pela dificuldade em encontrar o meio e nesse ínterim, reconsidere a sua decisão e desista de cometer o ato. Segundo a OMS, a morbimortalidade resultante da ingestão (não)intencional de pesticidas tem aumentado, resultando numa proporção assustadora de suicídios por ingestão intencional de pesticidas.

Observamos que dentre as publicações da OMS sobre o suicídio, parte trata especificamente sobre a prevenção do suicídio; outras, produzidas no campo da saúde mental, a elas estão relacionadas por tratarem de fatores de risco do suicídio. Todavia, todas estão alocadas na aba *Publicações sobre saúde mental*, demarcando o lugar do suicídio no campo oficial da saúde.

Continuando a nossa busca de produção de sentidos para a questão do cuidado do suicídio no domínio da saúde, trazemos para a discussão a categoria Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID).

1.5 Violência autoinfligida: suicídio no CID10

Fotografia 22 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).



Fonte: <https://www.who.int/> (2019).

A definição e classificação das doenças e de problemas relacionados à saúde estão registradas em um documento intitulado Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na prática, conhecido como CID-10. O número dez faz alusão a décima revisão efetuada no documento, realizada em 2008. O CID11²⁷ já está em vigor e foi publicado em 18 de junho de 2018.

Antes da última revisão o texto era denominado “Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde”. Desde à sexta revisão, a competência para revisá-lo, definir e classificar novos eventos como doença e problemas relacionados a saúde é atribuída a OMS. A instituição conta com nove Centros colaboradores que, além de colaborar com a classificação de doenças, prestam assistência aos países-membros no uso da CID. (CID10, 2008)

Conforme a instituição, o trabalho de produzir a revisão da classificação e da inserção de novas doenças, e problemas relativos a saúde é efetuado por um grupo de “indivíduos e especialistas nacionais e internacionais, integrantes dos países membros.”²⁸

²⁷ Reservamos a leitura do CID11 para uma outra oportunidade de estudo, uma vez que durante o processo de execução da pesquisa era a versão anterior que estava em vigor.

²⁸ Para uma revisão dos antecedentes históricos da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - (CID), e de todas as revisões realizadas, consultar o volume 2 do CID. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. > Acesso em: 10 de junho de 2016.

O conteúdo do documento está distribuído em três volumes. O primeiro contém uma lista de documentos que apresenta o Relatório da *Conferência Internacional para a Décima Revisão*, a Classificação propriamente dita nos níveis de três e quatro caracteres, a classificação da morfologia de neoplasias, listas especiais de tabulação para mortalidade e para morbidade, as definições e os regulamentos da nomenclatura. O segundo, configura-se como um manual de instruções que apresenta as notas sobre a certificação médica e sobre a classificação. Contém informações e material de instrução e orientações sobre o uso do Volume 1, sobre as tabulações e sobre o planejamento para o uso da CID10. Inclui também a parte histórica sobre a classificação. O volume três contém o índice alfabético, apresenta o índice propriamente dito com uma introdução e maior quantidade de instruções sobre o seu uso.

Neste documento as *lesões resultantes de causas externas* são classificadas como agravos decorrentes de acidentes não intencionais, e agravos decorrentes de lesões provocadas, intencionalmente, por um sujeito em outra pessoa - as quais podem provocar a morte por homicídio, ou morbidades-, e por um sujeito em seu próprio corpo, as quais podem resultar em morte por suicídio, além de grande número de morbidades.

No CID10, a violência autoinfligida não figura categorizado, pois como doença, mas como causa externa que gera problemas relacionados a saúde. Nele, a temática da violência efetuada contra si mesmo é também nomeada de autodirigida e pode ser observada em dois capítulos do documento. No capítulo XIX intitulado “lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” as lesões autoinfligidas são apresentadas em meio a outros tipos de lesões causadas no corpo, seja por acidentes, seja por violências a exemplo de traumatismos, queimaduras e corrosões, lesões por instrumentos estranhos e intoxicações por meio de substâncias especificadas (diuréticos, drogas, medicamentos, substâncias biológicas) e não especificadas.

O capítulo XX intitulado “Causas externas de morbidade e de mortalidade”, como o próprio nome sinaliza, trata de apresentar as causas que resultaram nas lesões referidas no capítulo XIX. Este capítulo agrupa causas atribuídas a lesões resultantes de variados eventos, seja de acidentes seja de violência. Neste capítulo, há um espaço destinado especificamente para a classificação de lesões autoprovocadas intencionalmente, que contempla tanto a tentativa de suicídio quanto o próprio suicídio. Todas registradas com a letra X seguida de uma numeração que vai do número sessenta ao sessenta e quatro, assim exemplificada: “X60

Autointoxicação por exposição, intencional, à analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos”. Consta ainda uma lista, enumeradas também por códigos, de possíveis locais onde a ocorrência do evento da causa externa pode ser enquadrada como por exemplo residência, habitação coletiva, escolas dentre outros.

Chamou-nos a atenção o fato de existir códigos para lesões causadas por eventos cuja intenção não pode ser determinada. Informação que aponta para o fato de que a causa da violência autoinfligida nem sempre pode ser de identificada, nem tampouco quantificada de forma a mostrar a real dimensão do problema. Dado que denuncia a possibilidade e existência de subnotificação de casos de suicídios e, em consequência, a dificuldade em se propor políticas públicas de prevenção²⁹ que contemple certos casos, que por estarem na invisibilidade não signifique que não exista. Assim, uma causa como a apontada no código “Y32 Impacto de um veículo a motor, intenção indeterminada” poderá ser identificada ora como acidente: ora como violência autoinfligida a exemplo do código “X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de veículo a motor”. Na impossibilidade de identificação da intencionalidade da causa da violência, cabe ao profissional apenas identificar e codificar a natureza da lesão como nos exemplos dos seguintes códigos: T90 Sequelas de traumatismo da cabeça e T91 Sequelas de traumatismos do pescoço e do tronco.

A questão da subnotificação, já observada pela OMS, foi apontada pela instituição como um sério problema a ser resolvido, pois provoca defasagens de informação, dificulta a quantificação da magnitude do fenômeno, prejudica a realização de pesquisas e, em consequência, o desenvolvimento de intervenções. (OMS - Relatório sobre violência, p.246).

Observamos que o olhar da OMS para a classificação das doenças e dos problemas causados a saúde é abrangente, pois leva em consideração a necessidade de instruir os profissionais não só para a compreensão da identificação da natureza das lesões que afetaram os corpos, como também da possível intencionalidade das causas e circunstâncias do evento que provocou as referidas lesões. Um olhar necessário, uma vez que é conhecendo as causas

²⁹ Sobre a problemáticas da produção de políticas no campo do suicídio ver os autores BANDO, D. H. **Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática.** Revista Gestão & Políticas Públicas, São Paulo, vol. 4(2), p. 334-356, 2014. 113 PETERS, B. Guy. (1986) American Public Policy: promise and performance. Califórnia: CQ Press. 2013.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. de. **As políticas públicas para prevenção de suicídios.** Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v. 2, p. 161-172, 2015.

Sobre o Plano Nacional de prevenção do suicídio ver: BOTEGA, Neury José. **Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 29(1), p. 7-8. 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Disponível em: Acesso em 12 de junho de 2017.

que geraram os efeitos danosos no corpo que é possível pensar em produzir estratégias de prevenção. Todavia, também aponta para a complexidade do problema, pois apesar do “olhar ampliado” fica evidente a dificuldade de identificação de muitas causas de lesões corporais, quicá das violências “invisíveis” geradoras de tais efeitos.

A abrangência do conceito implica a necessidade de produzir práticas de atendimento que visem não só a produção do procedimento, como também a produção do cuidado³⁰. Focar o tratamento apenas do corpo lesionado é centrar a prática médica no corpo, apenas, enquanto receptáculo de possíveis danos. O corpo lesionado, uma vez recuperado por procedimentos técnicos, muitas vezes pode produzir o efeito, ou a ilusão, de que o sujeito foi curado. Cuidar do corpo observando as causas e as circunstâncias provocadoras das lesões, requer produção de práticas de cuidados que vão além do corpo biológico. Estas poderão produzir resultados capazes de transformar a realidade, uma vez que pode oferecer dados para a produção de políticas que tenham como objetivo extinguir as causas e os seus possíveis efeitos. Isto porque estamos considerando, de conformidade com Merleau Ponty a “carne como um elemento do ser”, assim “temos não um corpo e sim uma carne que sofre quando ferida”, e o ser humano como sujeito possuidor de um corpo que “comporta um lado inacessível, acessível apenas ao seu titular”; um corpo que “envolve uma filosofia da carne como visibilidade do invisível” (MERLEAU PONTY, 1984. p.200).

O nosso gesto de leitura acerca do tratamento dado a OMS para a violência e, mais especificamente para a violência autoinfligida nos documentos selecionados para análise, permitiu-nos inferir que as violências geradas a outrem por meio da “força física” podem produzir vítimas, no exato instante da feitura da lesão; estas a depender dos tratamentos recebidos, poderão gerar doenças e doentes. Todavia muitos violentados, antes de se constituírem em vítimas de lesões corporais, já são vítimas de violências produzidas por meio de atos de “força” ou “poder”. Nesses casos, a posição de vítima é construída por meio de atos que não deixam marcas corporais aparentes, no entanto, por afigurar-se “invisíveis” não significa que não existam.

Neste contexto, enquadra-se mais especificamente, a violência autoinfligida. Nela, as posições de vítima, quase sempre são construídas por meio de processos longos e silenciosos de vitimização. Estes por não serem “identificáveis” ou notados, muitas vezes podem

³⁰ Para um aprofundamento da concepção de “produção de procedimentos e “produção de cuidados” ver POLAK, Ymiracy N. de Souza. **A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem**. Florianópolis, 1996. 135p. (Tese Doutorado em Enfermagem), e MATUMOTO, Silvia et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Botucatu, v.9, n16, p. 9-24.

surpreender familiares “desavisados”, que só percebem a gravidade da situação quando a marca no corpo lhe dá visibilidade. No caso da violência autoinfligida ocorre, portanto, o inverso: o autor do evento já assumiu a posição de vítima como resultante de outros tipos de violências e, por este motivo, é capaz de gerar em si mesmo: lesões, morte, deficiência de desenvolvimento, privação; além de agravar danos psicológicos causadores da violência a si mesmo, de serem a causa de violências psicológicas a serem geradas, posteriormente, em membros da família onde está inserido. Estudos já apontaram que em casos de suicídio, a produção de violentados muito intensa; essas vítimas são categorizadas com o termo “sobreviventes”.³¹

Na nossa breve reflexão sobre a categoria violência e, mais precisamente, a violência autoinfligida, compreendemos que ambas, e mais especificamente a segunda, independentes de serem produzidas por meio de “força física ou poder”, de modo “real” ou em forma de “ameaça”, são passíveis de produzir corpos cujas lesões sinalizam que foram vitimados por sofrimentos, advindos de outros tipos de violências, produzidos e alocados em outros lugares e espaços temporais. Nestes casos, o tratamento dado ao corpo lesionado por procedimentos técnicos, configura-se apenas como uma fase do processo de cura, pois a cura efetiva demanda que sejam criados procedimentos de cuidados que possam tomar as marcas produzidas como acontecimentos que reverberam sofrimentos indescritíveis, muitas vezes invisíveis até para os olhares mais atentos. Não é sem propósito que segundo Gro Harlem Brundtland, Diretora Geral Organização Mundial da Saúde, tratar sobre violência implica forçosamente “ir além das nossas noções do que é aceitável e confortável, a desafiar noções de que atos de violência são simplesmente questões de privacidade familiar, escolhas individuais ou facetas inevitáveis da vida”. (OMS - Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, 2002, p. 11).

1.6 Violência autoinfligida no Brasil: o lugar do suicídio no campo da saúde

No Brasil, o cuidado da violência, no campo da saúde, tem sido coordenado por pelo Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Análise de Situação de Saúde; dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a elaboração desse cuidado, o MS, além de mobilizar diferentes áreas técnicas da estrutura interna, gestões estaduais e municipais do SUS, tem incentivado o diálogo com

³¹ Para um estudo mais específico e ampliado sobre a questão dos sobreviventes do suicídio ver MIRANDA, Tatiane Gouveia de. *Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda*. 2014. 159 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014, e SOUZA, Nei Ricardo de. *Sobrevivendo ao suicídio: Estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Sociologia, Universidade Federal do Paraná, 2005.

diferentes órgãos governamentais, instituições acadêmicas e organizações não-governamentais. Isto porque, a concepção ampliada da noção de cuidado tem considerado que o enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas de violência seja necessariamente tratado, tendo também por base a perspectiva intersetorial.

Como já foi colocado, em 1996, a OMS declarou, por meio da Resolução WHA49.25, a prevenção da violência como uma prioridade pública. Na época, um apelo foi lançado aos Estados Membros para que o cuidado com a violência fosse considerado, em caráter emergencial. Entretanto, seis anos antes deste acontecimento, a preocupação com a violência no Brasil já pode ser observada com a sanção da lei de nº 8.069 de 13 de julho de 1990 pelo Presidente da República, a qual dispõe sobre o *Estatuto da Criança e do Adolescente* e expõe as regras de proteção integral à criança e ao adolescente. No texto desta lei a questão da violência está disseminada em todo o texto, mais claramente no art. 5º, o qual afirma que nenhuma criança ou adolescente poderá ser alvo de qualquer tipo de violência.

O texto fala da violência de um modo geral, todavia em nenhum momento faz referência a violência autoinfligida. A iniciativa é importante no sentido de que ao dispor sobre a proteção da criança quanto à violência, indiretamente ela também a protege, e também ao adulto, no sentido da prevenção do suicídio, uma vez que o ato suicida pode ser realizado como resultado de um conjunto de violências sofridas pelo sujeito ao longo da sua vida. Especialmente se esta violência tenha partido de um ente querido, a exemplo de assédio sexual sofrida por uma criança cujo autor é um parente muito próximo, muitas vezes, por exemplo, o próprio pai. Situação traumática que ao não ser superada pode atuar como um fator predisponente de risco para o suicídio.³²

Podemos afirmar que o alerta da OMS em 1996 veio impulsionar as ações do Brasil neste campo. Assim, 5 anos depois; no dia 08 de março de 2001, por meio da Resolução nº 309, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite aprova a proposta do Ministério da Saúde de criação de uma *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Assim sendo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001³³ aprova a referida política. A ação representou um marco institucional no campo das políticas públicas de saúde no Brasil neste domínio, no período em questão.

³² Fatores predisponentes são aqueles que produzem um contexto propício para a instalação de um processo suicida.

³³ PORTARIA nº 737, de 16 de maio de 2001.

http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf

As ações autoinfligidas, apesar de estarem inseridas no quadro das violências por causa externa, no contexto desta Política, há apenas duas referências a esta tipologia. A mais extensa faz referência ao suicídio e as tentativas de suicídio como atos menos frequente em relação aos outros tipos de violência, todavia importantes; uma vez que, apesar do problema da subnotificação, foi identificado um aumento de caso, entre 1979 e 1997, mais especificamente na população masculina jovem entre 20 e 24, grupo mais suscetível a este tipo de violência.

Como reflexo do chamamento da OMS em 1996 e da implantação da política *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* em 2001, a preocupação com a violência à criança e ao adolescente ganha reforços com publicação da portaria de nº 1968 de 25 de outubro de 2001 pelo Ministério da Saúde. O documento dispõe acerca da notificação obrigatória, nas entidades do Sistema Único de Saúde, de casos suspeitos ou de confirmação de maus tratos efetivados contra crianças e adolescentes atendidas.

O cuidado com a violência no Brasil também se estende aos idosos desde o ano de 2003, com publicação da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, sancionada pelo presidente da República que dispõe sobre *Estatuto do Idoso*. A questão da violência está registrada no art. 4, o qual afirma que nenhum idoso pode ser alvo de violência; no art. 19, o qual versa sobre a notificação compulsória, de casos de suspeita ou confirmação de violência realizada contra idosos, pelos serviços de saúde pública e privados à autoridade sanitária ou os seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso. O referido estatuto apresenta também, no 1º parágrafo do art. 19, o conceito de violência a ser adotado pelo Estatuto. Compreende-se por violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada contra o idoso que venha lhe causar “morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. O texto não faz referência a violência autoinfligida, todavia figura como ação de prevenção do suicídio, uma vez que adota o conceito ampliado de violência, adotado pela OMS.

Como segundo a OMS, o público idoso está inserido na população de risco do suicídio, compreendemos a realização desta ação como uma ação estratégica também para violência autoinfligida. Segundo a OMS, Suicídio ocorre em todo o mundo e pode ocorrer em quase qualquer idade. Globalmente, as taxas de suicídio são mais altas em pessoas com 70 anos ou mais. Nos países de renda baixa e média, as mulheres idosas têm taxas mais altas de suicídio do que seus pares nos países de alta renda. Mulheres com mais de 70 anos têm duas vezes mais probabilidade de morrer por suicídio do que mulheres entre 15 e 29 anos.

Como reforço ao cuidado no campo das violências, o Ministério da Saúde, instituiu a *Política Nacional de Atenção às Urgências*, por meio da Portaria nº 1.863, de 29 de setembro

de 2003, com o objetivo de melhorar a qualidade e a ampliação de atendimentos pré, intra, e pós-hospitalares de vítimas acometidas pela violência. No contexto dessa política, o suicídio é contemplado no art. 2º por ser considerado uma urgência relacionada às causas externas, para cujo atendimento deve ser garantido a universalidade, a equidade e a integralidade.

No que diz respeito ao planejamento da operação dos sistemas de atenção às urgências, o suicídio é colocado, nesta política, dentre os sete núcleos prioritários de promoção da qualidade de vida e saúde a serem considerados em todos os âmbitos de gestão, federal, estadual e municipal. O principal componente pré-hospitalar deste sistema é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Sobre os profissionais capacitados para atuarem no atendimento às Urgências e Emergências neste campo, a referida política apresenta exigências mínimas de estabelecimento de currículos básicos para a sua habilitação e sua certificação. Dessa forma, regula a propositura de temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem ministrados na certificação inicial desses profissionais, cuja atuação no atendimento às urgência e emergências, poderá ser no setor público ou privado. No que diz respeito ao tema do suicídio, os profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel, oriundos da área de saúde, no caso o enfermeiro; profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo e Hospitalar, no caso, o médico; profissionais das Unidades Não-Hospitalares e Hospitalares de atendimento às urgências, no caso enfermeiros Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, todos, para atuarem neste campo deverão ter conhecimento acerca da temática da tentativa de suicídio.

Continuando o processo de desenvolvimento de ações neste domínio, o Ministério da saúde, em 19 de maio de 2004, considerando a necessidade de estabelecer diretrizes para a promoção da saúde e a prevenção de agravos externos resolve, por meio da Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004³⁴, aprovar a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Apesar desta portaria dispor sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência, o suicídio, mesmo tendo sido enquadrado no contexto das violências por causa externa, não foi citado em nenhuma parte do texto.

Em setembro de 2005, outro avanço é realizado no campo da violência; durante a realização do I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e Promoção da Saúde foi provada, com a aquiescência de secretarias estaduais e municipais de

³⁴ PORTARIA Nº 936, DE 19 DE MAIO DE 2004 - Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 20 de março de 2017.

saúde, a *Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências*³⁵ – período 2005/2007. Com a criação da agenda, foi contemplado, nos três níveis de gestão, o aprimoramento, a consolidação e a expansão da vigilância e do sistema de informação sobre violências no Brasil.

O documento apresenta quatro eixos de atuação: I – Implantação da Vigilância e do Sistema de Informação de Acidentes e Violências; II – Gestão; III – Intervenção; e IV – Avaliação e apoio à pesquisa. O tema do suicídio é contemplado no primeiro eixo, o qual versa sobre os critérios de Implantação do *Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências* nos municípios. O suicídio está no “ranking da violência” índice de mortalidade a ser considerado para a implantação do referido sistema de vigilância. O suicídio é também citado no segundo eixo, Gestão, que trata sobre a Expansão da implementação da *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* e Implantação da *Política Nacional de Promoção da Saúde* no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, no que diz respeito à Articulação de serviços que prestem atendimento a pessoas que tentam o suicídio.

Para compor o conjunto de ações de promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS, entra em cena a *Política Nacional de Promoção da Saúde*, instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006³⁶. No contexto desta política, o tema do suicídio não é tocado de forma específica, fica subtendida pelo termo violência, quando no campo das ações a serem realizadas a prevenção da violência é elencada dentre as ações a serem realizadas.

Esse conjunto de ações, atuando de forma articulada no enfrentamento do problema dos acidentes e violências, tornou possível a produção de uma ação de monitoramento de dados e informações sobre mortalidade e morbidade. Esta estratégia veio colaborar de forma significativa com a produção de um processo de vigilância epidemiológica concretamente eficaz, uma vez que todos os dados coletados, poderão posteriormente ser analisados e utilizados no planejamento de ações de intervenção de cuidados.

Nessa época, bases de dados, comumente utilizada para arquivar informações epidemiológicas e sociodemográficas sobre óbitos e hospitalizações, começaram a ser utilizadas como ferramentas de vigilância epidemiológica em casos de violência por causa

³⁵ Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100006. Acesso em: 20 janeiro de 2018.

³⁶ Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 21 de janeiro de 2018.

externa. Trata-se do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O SIM foi criado em 1975 para a captação de dados de mortalidade no País de forma abrangente. Foi criado com o objetivo de subsidiar as diferentes esferas de gestão na saúde pública. O referido sistema de captação de dados proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e de indicadores de saúde. A análise desses dados permite estudos do ponto de vista estatístico, epidemiológico e sociodemográfico. A Declaração de Óbito (DO) é o documento utilizado para a obtenção dos dados de mortalidade. Este documento é fornecido pelo Ministério da Saúde e distribuído pelas Secretarias Municipais de Saúde. São três vias, pré-numeradas sequencialmente, cujo preenchimento e emissão é de responsabilidade do médico, o qual deve preenchê-la observando todas as variáveis.

A partir dos dados armazenados no SIM é possível produzir indicadores epidemiológicos que possibilitarão a análise da situação de saúde vigente e subsidiarão estratégias de prevenção. Para o armazenamento dos dados no SIM³⁷ é utilizado a plataforma da Web, modo de funcionamento que agiliza o processo de transferência de dados da esfera municipal para a federal, os quais podem ter divulgação imediata após a conclusão do ano de referência.

No que diz respeito ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o SIHSUS, este foi criado em agosto de 1981, em Curitiba, em substituição ao sistema Guia de Internação Hospitalar GIH, popularmente conhecido “Sistema AIH”. Foi o primeiro sistema do DATASUS a usar captação por meio de microcomputadores. A finalidade desse sistema é registrar os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS. A partir desses dados são gerados relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. De posse dos dados a esfera Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores cabíveis a cada ação realizada.

Apesar da eficácia dos dois sistemas de captação e arquivamento de dados acima referidos, ambos permitem o armazenamento de dados apenas sobre casos graves que resultam em internação e/ou morte. Dessa forma, casos de “menor gravidade” como os de vítimas de

³⁷ Os dados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde através da página <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/indice.htm>, para download de arquivos e na página <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.

violências e acidentes, que são recebidos em hospitais de urgências e emergências e serviços especializados de atendimento, não são captados e arquivados pelo SIM e SIH/ SUS.

Para solucionar o problema da invisibilidade da ocorrência dos eventos de violência e da produção de diagnósticos concretos sobre essas situações, não reconhecidos e não incorporados ao SIM e ao SIH, o Ministério da Saúde implantou ainda em março de 2006, o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*. Ação desenvolvida pelos responsáveis da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, setor pertencente a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), a qual está vinculada ao Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

O VIVA entra em cena com o objetivo de suprir a insuficiência de informações sobre violências resultantes de causas externas no Brasil, impossíveis de ser fornecidas pelo SIM e SIH, devido a forma como está estruturado. Com este sistema, é possível fornecer descrições sucintas dos acidentes e violências, uma vez que armazenam informações detalhadas sobre o perfil da vítima e do provável agressor em eventos de violência. Todo este aparato colabora com a ampliação de medidas concretas, no que diz respeito a produção de ações de prevenção e controle de casos de vítimas de violência; especialmente sobre eventos de violência doméstica e sexual, geralmente difícil de ser captadas porque sobre elas reinam silêncios, medos, tabus e preconceitos.

Atendendo a determinação da legislação vigente neste campo de atuação, o VIVA foi estruturado para atuar através por dois diferentes modos de vigilância, intituladas *vigilância contínua* (VIVA Contínuo) e *vigilância sentinela por inquérito* (VIVA Sentinela). Ambas as modalidades possuem sistemas de informação próprios e fichas específicas para a coleta e análise dos dados obtidos. O *VIVA contínuo* lida com a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; o *VIVA Sentinela* utiliza a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência.

A análise dos dados armazenados no modo de vigilância *VIVA Sentinela* é realizado bianualmente, com a colaboração das secretarias estaduais e municipais de saúde, pautado em informações coletadas durante um mês, nos hospitais de urgência e emergência que acolheram o projeto.

Quanto ao modo *VIVA contínuo*, por funcionar em solução de continuidade, este precisou atender aos dispositivos legais que instituiu e regulam as ações de notificação compulsória de violências; e também a necessidade de garantir a articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências. Dessa forma, em janeiro de 2009, foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), sistema consolidado e sustentável de abrangência nacional.

O componente de vigilância contínua do VIVA foi incorporado ao SINAN NET, adequando-se às suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados. No entanto, o processo de implantação do módulo de Violências no SINAN NET no âmbito nacional está sendo gradual e realizado em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Com esta iniciativa, espera-se que as atividades de vigilância e prevenção de violências e acidentes, uma vez consolidadas no SUS, possa contribuir de forma eficaz para a redução de morbimortalidade por violências por causas externas, grave problema de saúde pública.

No campo das violências, as mulheres também são objetos de dispositivos legais elaborados com o objetivo de produzir cuidados de prevenção de violências. No Brasil, o maior marco desta iniciativa deu-se com a aprovação da Lei de nº 11.340, de 7 de agosto de 2006³⁸, conhecida como *Lei Maria da Penha*. O nome foi atribuído com o objetivo de homenagear à farmacêutica cearense Maria da Penha Maia Fernandes, vítima de violência doméstica por parte do marido, o qual atentou contra a sua vida por duas vezes; a primeira com um tiro, evento que a deixou paraplégica; a segunda por eletrocussão. Sobrevivente dos eventos, Maria da Penha buscou, na justiça, a punição do marido. Condenação de 10 anos de prisão que veio ocorrer 19 anos após os eventos. A referida lei não discorre sobre violência autoinfligida, todavia, segundo dados apresentados pela OMS, as tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres. No Brasil, resultados de pesquisas identificaram que a maioria das tentativas de suicídio por mulheres está relacionada à violência doméstica, mais especificamente praticadas pelos parceiros.

³⁸ Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/spmrn/DOC/DOC000000000076385.PDF>. Acesso em: 25 de janeiro de 2018.

Outra ação do Ministério da Saúde foi a criação de uma política específica para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), considerada pela OMS como um grupo de risco para o suicídio. Conforme os seus idealizadores, a *Política Nacional de Saúde LGBT*³⁹, é também considerada, para o campo das políticas públicas no Brasil, um divisor de águas e um marco histórico que representa uma resposta para o reconhecimento das demandas desta população em posição de vulnerabilidade. As diretrizes da Política LGBT visam implantar ações que objetivam garantir o atendimento à saúde que leve em consideração “as especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais” e também evitar a discriminação da população LGBT nos ambientes de atendimento dos serviços públicos de saúde. (Brasil, p. 2013).

As ações acima referidas, embora não estejam situadas no campo específico da violência autoinfligida, mais especificamente do suicídio, foram aqui registradas porque as consideramos como fazendo parte integrante da movimentação em torno da prevenção do suicídio, uma vez que são ações produzidas com o objetivo de atender a demandas de populações, cujos estudos realizados pela OMS as apontam como grupos vulneráveis passíveis de ser afetados com a problemática do suicídio. A seguir, passemos a tratar especificamente da violência autoinfligida, o suicídio, no cenário brasileiro.

1.7 Violência autoinfligida no cenário brasileiro: o cuidado do suicídio

O Brasil, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, é o oitavo país, no ranking da OMS, sobre a questão do suicídio. Ações voltadas especificamente para esta problemática começaram a ser produzidas, no cenário brasileiro, após seis anos da apresentação da recomendação da OMS (1999) para que os Estados-Membros desenvolvessem diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio.

O marco desta iniciativa se deu com a formação de um Grupo de Trabalho -instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005⁴⁰-, com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Como resultado dos trabalhos realizados pelo referido grupo, o Ministério da Saúde, por meio da

³⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão o Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p. Acesso em 11 de junho de 2018. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

⁴⁰ Portaria Nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005 - disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html. Acesso em: 12 de junho de 2018.

Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006⁴¹ instituiu as *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*, com o objetivo de implantá-las nas unidades federadas, de acordo com as competências atribuídas às três esferas de gestão. As referidas diretrizes norteiam os principais objetivos a serem observados na produção de um *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*.

Em 2006, no momento em que a OMS seleciona a Prevenção do Suicídio como tema a ser focado no dia 10 de outubro, dia Mundial da Saúde Mental, uma ação digna de nota foi a elaboração e veiculação do manual⁴² dirigido aos profissionais da saúde mental intitulado *Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido aos Profissionais das Equipes de Saúde Mental*. O manual é um recurso, resultante da cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Conforme explica os responsáveis pela sua produção, o manual constitui uma ação de Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Trata-se de orientações dirigidas, mais especificamente, às equipes dos *Centros de Atenção Psicossociais* (CAPS), na produção de ações de como reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos a eles associados.

A principal finalidade do manual é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e também a apresentação de medidas de prevenção.

Nova ação neste campo, surge em 2009 com a produção do manual denominado *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*, dirigido a profissionais da imprensa. Trata-se de um texto em formato de cartilha, elaborada e lançada pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP. Em 2017, o referido texto recebe a primeira revisão e atualização de dados sobre o suicídio no mundo e no Brasil, com base nas informações apresentadas pela OMS e o Ministério da Saúde.

⁴¹ Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em:

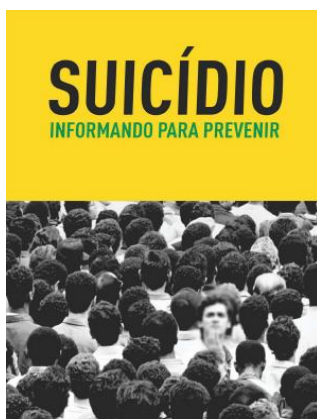
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em 13 de junho de 2018.

⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: [s.n.], 2006. 76p. p

Cabe aqui também registrar um material produzido pelo Conselho Federal de Psicologia⁴³ em 2013 (CFP). Trata-se de um livro, versão impressa dos primeiros debates online acerca da temática do suicídio, intitulados *Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica* e *Suicídio: o luto dos sobreviventes*; ambos realizados pelo Conselho Federal de Psicologia, o primeiro em 24 de julho, e o segundo em 21 de agosto de 2013.

O intuito foi chamar atenção da população para a possibilidade de prevenção do suicídio, por meio do apoio psicológico, tanto para os que atentam contra a própria vida quanto para aqueles que vivenciam o luto da perda. Na ocasião, o despertar pela temática pode ser constatado pelo número de acessos ao evento. Segundo o CFP, durante o ato ocorreu o maior número de acessos já realizados em debates pelo Conselho e também no número de participação com perguntas enviadas aos participantes, as quais atingiram o número de 350.

Fotografia 23 - Suicídio Informando para Prevenir (2014).



Fonte: <https://www.abp.org.br/cartilha-combate-suicidio> (2019)

Em 2014, a ABP, em parceria com o Conselho Federal de Medicina elabora e lança o documento *Suicídio Informando para Prevenir*. Trata-se de uma cartilha, disponível em PDF, produzida com o objetivo de orientar os profissionais da área da saúde, com a finalidade de orientá-los sobre as temáticas da ideação suicida, dos fatores de risco, da avaliação, da abordagem, do atendimento e do tratamento de pessoas com risco de cometerem o suicídio. A produção deste material marca o diálogo do campo da saúde mental com o campo midiático e

⁴³ Conselho Federal de Psicologia *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia* / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 152p.

dialoga também com o discurso da OMS que considera a mídia como um importante instrumento na prevenção do suicídio.

No Brasil, a campanha mundial sobre prevenção do suicídio ganha força em 2014 com introdução da campanha *Setembro Amarelo*. Durante o acontecimento, são realizadas atividades de prevenção e movimentos de sensibilização da sociedade que incluem caminhadas, veiculação de materiais da campanha por figuras públicas e a decoração e iluminação de prédios públicos, praças e monumentos com luzes amarelos. O evento ocorre anualmente com o objetivo de informar a população sobre a prevenção do suicídio. Estudos apontam que a maior parte das mortes por suicídio são resultantes de um transtorno psiquiátrico. A partir destes resultados, a campanha toma como foco a orientação a população sobre a identificação e tratamento das doenças mentais.

A produção brasileira do *Setembro Amarelo* é uma iniciativa da Associação Brasileira de Psiquiatria⁴⁴. Ela é, portanto, a principal agência promotora da campanha, a representante oficial da campanha Setembro Amarelo em nosso país. Seu principal parceiro é o Conselho Federal de Medicina. Desde então, durante a campanha do Setembro amarelo, uma série de ações com o objetivo de informar, não só a profissionais, mas a população de um modo geral a como lidar com a prevenção do suicídio; dentre elas, destaca-se a transmissão, em seus veículos de comunicação: jornal, site e boletim, de informações em torno do tema do suicídio. Estas ações têm sido desenvolvidas em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A mobilização acontece durante o mês inteiro e envolve os Conselhos Regionais de Medicina CRMs, as federadas e a ABP, médicos em geral e toda a sociedade. As ações têm sido realizadas, por meio colaboração com a imprensa e outras entidades, de caminhadas, simpósios, palestras. No ano de 2017, como diferencial, além das publicações em redes sociais, foi disponibilizado para download, o material produzido pela ABP para os participantes da campanha. No site, é possível observar a referência que o CFM faz à ABP como sendo a principal agência promotora da campanha.

A importância atribuída pela ABP para esta ação pode ser verificada pela disposição do conteúdo da campanha no seu portal. No site o tema aparece como um dos principais serviços prestados pela instituição. Há um espaço específico e permanente para a campanha que está situada na página principal do portal. Nela, o internauta tem acesso a todos os materiais da campanha, inclusive aos manuais produzidas pela ABP e pelo CFM: *Comportamento suicida:*

⁴⁴ Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/setembro-amarelo/>. Acesso em 26 de junho de 2018.

conhecer para prevenir e Suicídio: *informando para prevenir*, voltada aos profissionais da área de saúde.

Desde 2016, a campanha foi avançando e ganhou espaços na imprensa, firmou parcerias e muitos monumentos, a exemplo do Cristo Redentor, o castelo de Manguinhos, pontos turísticos, espaços públicos e privados no país inteiro receberão iluminação amarela por ocasião do evento. Neste ano, a ABP preparou uma página especificamente para a campanha e disponibilizou material para toda a população, especialmente, aqueles que desejam participar ativamente da nossa campanha.

Na ocasião, a ABP apresenta aos brasileiros as diretrizes para a divulgação do referido evento. Trata-se de um texto informativo, constituído de cinco páginas, produzido em forma de cartilha. Para a efetivação e bom êxito da campanha todo o material lançado na campanha fica disponível para download: as diretrizes para a divulgação e participação dos interessados, o logo da Campanha Setembro Amarelo, o vetor para download com o modelo de estampa para camisa, material para redes sociais, panfletos, outdoor e banner. Sua parceira oficial é o Conselho Federal de Medicina. Todavia, é dela a função de realizar as parcerias institucionais e públicas, organizar as informações sobre as ações em todo o País e convocar a sociedade ao debate e participação em eventos e imprensa.

Como responsável pela campanha, a ABP coloca à disposição durante o mês da campanha todos os seus meios de comunicação: publicações, TV e site. São atribuições suas: indicar representantes seus para a participação em entrevistas, eventos públicos, privados e de federadas. Produzir e informar as regras de utilização dos logos da ABP e CFM na campanha, criar e oferecer material para compartilhamento. Quanto à utilização dos logos, poderão utilizá-las para divulgação de atividades nesta campanha, apenas, federadas e instituições públicas. Neste caso, o logo deve ser solicitado ao Departamento de comunicação e recebido em até 48 horas.

As federadas participam da campanha contribuindo com as seguintes funções: solicitação de iluminação para a sua região, na cor amarela, para locais públicos e privados; pedidos de audiências públicas com o fim de debates sobre os temas do Suicídio e de doenças Psiquiátricas, organização de palestras e seminários em universidades, locais públicos e privados; realização de caminhadas, corridas, shows, passeatas e outras ações públicas, transmissão de informações sobre prevenção do suicídio; compartilhamento de materiais online criados pela ABP com a sua logo; impressão e distribuição de materiais com a sua logo, a da ABP e do CFM; fechamento de parcerias públicas e privadas; pedir aprovação a ABP para uso da sua logo e do CFM por outros parceiros e repassar as regras de utilização das mesmas; pedir

a ABP, em até no mínimo 15 dias, para fazer a divulgação de eventos e o convite para as pessoas em eventos criados por elas.

Quanto ao associado, este pode contribuir com a Campanha do Setembro Amarelo das seguintes formas: solicitar à sua federada a organização de eventos em sua região com o tema da prevenção do suicídio e doenças psiquiátricas; participar dos eventos e ações criadas, orientar-se pela “Cartilha Suicídio: Informando para prevenir” (criada pela ABP e pelo CFM) para a produção de palestras ou entrevistas em nome da ABP; encaminhar à ABP dados atualizados sobre suicídio visando às futuras atualizações da Cartilha.

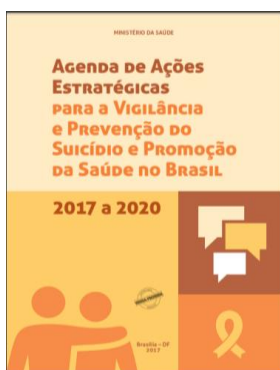
A ABP considera o envolvimento da sociedade, para tanto propõe que qualquer pessoa pode participar da *Campanha Setembro Amarelo* organizando eventos e utilizando o logotipo desde que siga as orientações de uso; participando dos eventos organizados pelas federadas; organizando mobilizações na comunidade.

Neste contexto de colaboradores, insere-se também as empresas privadas. Estas podem participar apoiando a Campanha Setembro Amarelo, todavia devem seguir a orientação de uso dos logos; organizando mobilização com funcionários e colaboradores.

Parcerias com a ABP podem ser realizadas com instituições públicas e privadas, todavia apenas membros da diretoria da ABP ou associados podem fazê-las, depois que necessariamente tenha informado a referida instituição. Quanto à participação de empresas como parceiras patrocinadoras nesta campanha, a junto a ABP e a CFM, só poderão participar aquelas que não apresentem conflitos de interesses com o tema foco da campanha. A Campanha Setembro Amarelo cresceu e hoje conquistou o Brasil inteiro.

No dia 21 de setembro de 2017, por ocasião das atividades relativas ao setembro Amarelo, o Ministério da Saúde divulgou o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil. A ação inédita, resultou em um diagnóstico que vai orientar a expansão e qualificação da assistência em saúde mental no país.

Fotografia 24 - Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020.



Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf> (2019).

Tomando como referência os dados veiculados neste boletim, o MS lançou a *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020*. Trata-se de produzir dentre outras providências, a capacitação de profissionais, a orientação da população e da mídia, a expansão da rede de assistência nas áreas de maior risco, no campo da saúde mental, o monitoramento do caos e a produção de um *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*.

O foco da agenda de ações recai sobre os serviços de assistência psicossocial; estes surgem com um papel fundamental na prevenção do suicídio. Conforme informações veiculadas no Boletim, nos locais onde há Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), foi comprovado uma redução de até 14% no risco de suicídio. Segundo o documento, há no país, “2.463 CAPS e, no último ano, foram habilitadas 146 unidades, com custeio anual de R\$ 69,5 milhões do Ministério da Saúde”. Esta informação justifica a proposta de expansão destas unidades nas regiões de maior risco.

Compondo o conjunto de ações estratégicas o MS lança vários manuais⁴⁵. Para orientação dos meios de comunicação, o ministério lançou um folheto informativo para os jornalistas, com sugestões sobre como abordar o tema. Para informar a população foi produzido um folder com foco na identificação de sinais de alerta, como o que fazer e o que não fazer diante de uma pessoa com risco de suicídio. Para profissionais de saúde, foi feito um documento sobre a importância da notificação compulsória da tentativa de suicídio em até 24h e que traz informações técnicas sobre acolhimento na rede do SUS.

⁴⁵ Todos os documentos estão disponíveis para download no Portal da Saúde www.saude.gov.br.

A educação permanente dos profissionais de saúde no campo da prevenção do suicídio também faz parte das ações do Ministério da Saúde. Desde 2014, é oferecido em parceria curso à distância sobre Crise e Urgência em Saúde mental. Capacitações neste campo estão previstas para 2018, dentre elas, Oficina Nacional de Qualificação das Ações de prevenção suicídio para a população indígena, prevista para novembro. Outra proposta de ação para 2018, é a implantação das linhas de cuidados de prevenção do suicídio e capacitação e formação de jovens indígenas para atuarem como multiplicadores de estratégias de valorização da vida em regiões que apresentem maior incidência de suicídio.

Em 18 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde, continuando sua agenda de ações em torno da prevenção do suicídio resolve, por meio da Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017⁴⁶, institui o Comitê do *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil*. Aos representantes do Comitê foi atribuído a responsabilidade de coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil; elaborar a proposta do *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil*, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde; articular a implementação e a implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, e realizar o seu monitoramento e avaliação.

Nesta mesma data, o Ministério da saúde, por meio da portaria de nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017⁴⁷ instituiu o incentivo financeiro para o desenvolvimento de “projetos de promoção da saúde, vigilância, e atenção integral relacionados à prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O referido incentivo é destinado aos entes federados que se proponham desenvolver projetos relacionados à prevenção do suicídio, em consonância com as *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*, e com a *Agenda de Ações Estratégicas para Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil*. A seguir, registramos ações de prevenção do suicídio, em nível local, na cidade de João Pessoa. Município onde a pesquisa foi executada.

⁴⁶ Portaria Nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3479.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

⁴⁷ Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017 - disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3491.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2017

1.8 Rede estadual: o cuidado do suicídio em João pessoa

Compondo o quadro de agentes de ações entorno da prevenção do suicídio em João Pessoa está o Centro de Valorização da Vida (CVV)⁴⁸ é uma associação civil, sem fins lucrativos, fundada no Brasil, em São Paulo, no ano de 1962. Reconhecida como de Utilidade Pública, desde 1973, a instituição tem como objetivo prestar serviço de apoio emocional e prevenção do suicídio, por meio da ação voluntário e atendimento gratuito, a pessoas que passam por sofrimentos e necessitam dialogar. O CVV é associado a Befrienders Worldwide, organização que congrega entidades de Prevenção do Suicídio em 40 países.

Além da colaboração com o MS na elaboração da *Política Nacional de Prevenção do Suicídio*, O CVV mantém uma parceria com o MS. Dessa forma, desde o mês de junho de 2018, uma linha nacional e gratuita para a prevenção do suicídio foi implantada pela Anatel e as ligações passaram a ser gratuita em todos os estados do país e no distrito Federal. A parceria faz parte do cumprimento do MS com a expansão da atividade, ação prevista na agenda estratégica criada em setembro de 2017 para a prevenção do suicídio.

O contato do público com a instituição pode ser realizado por telefone, atualmente pelo números 188, durante 24h, através dos 89 postos de atendimentos espalhados pelos estados brasileiros; ou ainda pelas seguintes vias: site www.cvv.org.br, chat e e-mail. Estudos do CVV apontam que são realizados mais de 2 milhões de atendimentos anuais nos referidos postos a partir do trabalho voluntário de um número que totaliza aproximadamente 2.400 voluntários. Simultaneamente aos atendimentos, o CVV mantém o Hospital Francisca Julia -situado em São José dos Campos-SP-, especializado no atendimento de pessoas acometidas de transtornos mentais e dependência química; e desenvolve atividades de apoio emocional, por meio de convivência grupal presencial, atividade denominada *CVV comunidade*.

Trata-se de um programa de apoio presencial, mantido pelo CVV cujo objetivo é colaborar no apoio de pessoas, situadas em locais de risco, e que apresentem necessidade de apoio emocional. Além de oferecer apoio no campo emocional, possibilita que os integrantes do grupo que reestabeçam o seu equilíbrio emocional, possam se assim desejarem, serem capacitados para contribuírem como voluntárias, na expansão do projeto.

⁴⁸ <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Para conhecer com maiores detalhes o trabalho do CVV, encaminhamos o leitor para o endereço virtual na página <https://www.facebook.com/CVV-Comunidade-Brasil>. Orientamos também a leitura do artigo intitulado *CVV: uma história de amor pela valorização da vida, identificada com a prevenção do suicídio*, inserido no volume I da série *Suicídio: Prevenção e posvenção do suicídio*, organizado pela prof. Dra. Iracilda Cavalcante de Freitas Gonçalves.

O CVV Comunidade funciona disponibilizando diferentes atividades: Grupos de Apoio aos Sobreviventes de Suicídio (GASS), criado com o objetivo de acolher, tanto pessoas que estão vivenciando experiências de eventos com suicídios, ou com tentativas de suicídios, quanto àquelas que tentaram o suicídio; grupos de apoio denominados Caminho de Renovação Contínua (CRC), exibição de filmes através do Cine-SER CVV; palestras, o evento *Semana de Valorização da Vida*; diferentes formatos de cursos: Curso Caminho de Valorização da Vida, Curso de Escutatória, que visa aprimorar as habilidades em ver, ouvir, falar e compreender e outros eventos no campo da valorização da vida e prevenção do suicídio.

O CVV, a partir do ano de 2011 começou a realizar o Simpósio Internacional de Prevenção do Suicídio. As duas primeiras edições ocorreram no estado de São Paulo respectivamente nos municípios de Guarulhos e São Paulo. Com o objetivo de ampliar o debate para outros estados, o terceiro foi promovido em Florianópolis, o quarto em Brasília, o quinto no Rio de Janeiro, o sexto em Fortaleza e o sétimo em Porto Alegre. São eventos de participação gratuita e aberta ao público interessado no tema.

Identificamos a existência do *Projeto Sentinelas da Vida*⁴⁹, projeto desenvolvido por Alcides Neto em 2012 e é executado com a colaboração de estudantes de diversos campos de atuação, mais especificamente da área da saúde. O foco central do projeto é a prevenção, dessa forma, o foco está na identificação de pessoas com ideário suicida e sobreviventes de tentativas de suicídio. O projeto tem um espaço físico para atendimento informal, com jovens em Mandacaru e precisa da colaboração para se manter ativo, afirmou o fundador do projeto. O *Projeto Sentinelas da Vida* Sentinelas, desde 09 de novembro de 2012, possui uma página no facebook⁵⁰ onde divulga matérias e eventos sobre a temática do suicídio.

Registramos a existência do Núcleo de Estudos, Prevenção e Posvenção do Suicídio⁵¹. O núcleo funciona, desde a sua fundação, no dia 03 de junho de 2015, no Centro Espírita Mensageiros do Bem, situado em João Pessoa, no bairro Ipês. Ele foi por nós organizado, com a aquiescência da dirigente do NEMB, Maria José Pinho. O núcleo funciona, desde a sua implantação, com a colaboração das voluntárias, Profa. Especialista Luzimar Gonçalves da Silva Nascimento e da Profa. Jaismar de Oliveira. O núcleo foi pensado com o objetivo de colaborar na prevenção do suicídio, por meio do acompanhamento de pessoas que produzem

⁴⁹ Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/jornal-a-uniao/2017/janeiro/a-uniao-29-01-2017>. Acesso em: 29 de junho de 2018.

⁵⁰ Disponível em: https://www.facebook.com/pg/SentinelasDaVida/posts/?ref=page_internal. Acesso em: 29 de junho de 2018.

⁵¹ O núcleo é tema central do artigo Núcleo de Estudo, Prevenção e Posvenção do Suicídio – NEPPS, inserido no volume II da série Suicídio: Prevenção, Posvenção e Direito à Vida. Coletânea constituída de artigos de autores de campos de atuação diversa, organizado pela Profa. Dra. Iracilda Cavalcante de Freitas Gonçalves.

ideário suicida e também na posvenção do suicídio, que é o trabalho com os familiares, os chamados “sobreviventes” do suicídio.

No contexto mundial do trabalho com a prevenção do suicídio, o NEPPS atende ao chamamento da OMS, a qual defende o envolvimento de toda a sociedade na problemática do suicídio. No contexto religioso no qual está inserido, ele integra as ações da campanha da Federação Espírita Brasileira intitulada *Em Defesa da Vida*. Ação de abrangência nacional, lançada por esta instituição no dia 05 de setembro de 1993. O NEPPS funciona semanalmente, às quartas-feiras, no horário das 18h. A participação é gratuita e o acesso ao núcleo está aberto aos interessados e necessitados de educação emocional, independentemente de estar ou não vinculado a um seguimento religioso específico.

Um trabalho mais intenso em torno do problema do suicídio pode ser registrado em João Pessoa, a partir ano de 2016, como efeito do estímulo produzido nacionalmente pela campanha Setembro Amarelo posta em funcionamento, como vimos, em setembro de 2014. Nesse ano, em agosto de 2016, a Escola Técnica de Saúde da UFPB sedia encontro do Movimento Social de Prevenção do Suicídio, coordenado por Nelsina Dias, a proposta do evento foi falar abertamente sobre o suicídio. Contou com a participação da psicanalista Teresa Crispim (Espaço Psicanalítico).

Ainda em 2016, por ocasião do *setembro Amarelo*, a Faculdade Maurício de Nassau tornou pública, discussões em torno da problemática do suicídio por meio do I *Simpósio Sobre Suicídio e Psicologia*. Este evento foi organizado pela turma do 7º período do curso de Psicologia.

Em 2017, a movimentação em torno do Setembro Amarelo cresceu, a Faculdade Maurício de Nassau, por meio da iniciativa da turma de Psicologia do 9º Período, pensa em estratégias de enfrentamento para o suicídio com a promoção do II *Simpósio Sobre Suicídio e Psicologia*. Os eventos foram abertos ao público e as inscrições foram realizada com doação de alimentos, destinados a abrigo de idosos. O evento foi realizado através de palestras, vivências, exposição fílmica, minicursos e debates.

Por ocasião das ações relativas ao Setembro Amarelo do ano de 2017, o Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) também promove, por meio do curso de psicologia, o primeiro encontro para discutir acerca da Prevenção do Suicídio. O evento, intitulado *Setembro Amarelo: um Olhar Acerca do Suicídio*, ocorreu nos turnos da tarde e da noite; teve inscrição condicionada a doação de um kit de higiene pessoal e contou com a participação exclusiva dos alunos da instituição.

Neste mesmo ano, a Universidade Federal da Paraíba também entra na referida campanha, promovendo a *I Jornada sobre Saúde Mental e Suicídio*, no Auditório Milton Paiva, no prédio da reitoria. O evento foi promovido pela equipe do projeto de extensão Equilíbrio - Saúde Mental em Destaque, com o apoio da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários (PRAC), do Centro de Valorização da Vida (CVV), da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (Progep) e do Centro de Referência em Atenção à Saúde (CRAS). O evento teve as inscrições gratuitas e foi realizado por meio de palestras, mesas-redondas e apresentações culturais.

Ainda na UFPB, no dia 13 de setembro, por ocasião da campanha, ocorreu uma atividade de conscientização sobre a prevenção ao suicídio, promovida por alunos do Ramo do *Institute of Electrical and Electronics Engineers* (IEEE). O evento foi realizado no Centro de Tecnologia (CT), no campus I. O encontro foi intitulado *Não ao suicídio, sim à vida! A vida é para ser vivida e não interrompida*. A programação, dirigida à comunidade universitária, ocorreu por meio de palestras, relatos e debate em torno da temática. O evento veio atender a demanda dos alunos dos cursos de engenharias devido a pressão diária sofrida por esta população durante o processo de graduação.

Na Campanha do Setembro Amarelo de 2017, a Assembleia Legislativa também coloca na sua agenda o apoio a prevenção do suicídio, por meio da realização de uma Sessão Especial, no dia 28 de setembro. A Sessão surgiu de uma proposta apresentada pelo presidente da Casa, deputado Gervásio Maia, em conjunto com os deputados Artur Cunha Lima e Raniery Paulino. Participaram como convidados José Brasileiro, presidente da Associação de Psiquiatria da Paraíba, psiquiatra e a profa. Dra. Iracilda Cavalcante de Freitas Gonçalves, Aparecida Melo, representante do Centro de Valorização da Vida (CVV).

Registramos aqui a produção da série intitulada *Suicídio: Prevenção, Posvenção e direito à Vida*, por mim organizada. Já foram publicados, o primeiro e o segundo volumes, em 2017, o terceiro em 2018 e outros estão em fase de produção. Trata-se de coletâneas de artigos de profissionais que atuam em diversas áreas do conhecimento com o objetivo de despertar e esclarecer a sociedade a problemática do suicídio e, mais especificamente, apontar caminhos para contribuir com a diminuição dos números de casos de suicídios e de tentativas de suicídio. Os autores produzem os seus textos fazendo dialogar a cientificidade e a emotividade no trato do tema. Desta forma, pretende também colaborar com a quebra dos tabus e mitos que envolvem a temática e a coloca em silenciamentos. A série propõe, mais do que tratar do morrer, destacar a importância da busca do viver de forma plena.

Na edição do Jornal Correio da Paraíba⁵², do dia 28 de Janeiro de 2018, encontramos um artigo, assinado pelo jornalista Beto Pessoa. Intitulado *Pressão e Depressão nas Universidades*, o texto registra a narrativa de criação de um grupo, no WhatsApp, constituído por 20 universitários, por um estudante de 23 anos, graduando do oitavo período de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O grupo está composto por jovens que se uniram por vivenciarem dificuldades em lidarem com as demandas advindas da academia; circunstância que resultaram no desenvolvimento de transtornos mentais.

Denominado “Um Novo Começo”, a criação do grupo pelo universitário foi motivada porque, segunda informação, o estudante não conseguia atendimento psicológico dentro do Campus I da UFPB. Conforme relata o idealizador do grupo ao autor do artigo, na UFPB há espaços para tratamentos a exemplo da Clínica Escola de Psicologia, a Assistência e Promoção ao Estudante (PRAPE), todavia esses serviços não conseguem dar conta da demanda existente. Além destes, há um atendimento psiquiátrico do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULV), voltado especificamente para estudantes da UFPB, todavia apesar do atendimento exclusivo, o processo de tratamento sofre descontinuidade pela falta de recursos para a compra dos medicamentos prescritos.

Outra ação para a prevenção do suicídio é o Plano Municipal de Prevenção do Suicídio que foi proposto pelo vereador Damásio Franca (PP), em 19 de abril de 2018, o qual Tramita na Câmara Municipal de João Pessoa (CMJP). O objetivo do plano é identificar os casos de pessoas que apresente ideário suicida e prover os meios para acompanhá-los com o objetivo de evitar que cometam o suicídio. Segundo a redação do portal do Correio⁵³, o parlamentar afirma que o Poder Público Municipal possui um papel relevante neste campo.

Registramos também a criação da associação *Vida Nova* de Estudo e Apoio Mútuo para Bipolares ou Deprimido e Familiares, fundada e coordenada pela Jornalista Renata Maia, em 2015, com o objetivo de promover encontros de apoio e estudos sobre depressão e Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). O grupo funciona diariamente pelo WhatsApp e por encontros mensais gratuitos que ocorrem na Universidade Federal da Paraíba. Segundo a fundadora, no grupo são desenvolvidas atividades de psicoeducação e integração social. A coordenadora explica que a associação tem se constituído como instrumento de desconstrução da psicofobia e de desmistificação dos tabus em torno da problemática do suicídio. A jornalista é autora do livro

⁵² Disponível em: <http://correiodaparaiba.com.br/cidades/estudantes-de-medicina-e-deprimidos/>. Acesso em: 29 de junho de 2018.

⁵³ Disponível em: <https://portalcorreio.com.br/joao-pessoa-pode-ganhar-um-plano-municipal-de-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 30 de junho de 2018.

Minhas Asas Entre Letras, publicado em 2016. Nele, relata as suas vivências pessoais com a problemática do suicídio.

Registramos também a criação do Núcleo Integrado de Prevenção e Posvenção do Suicídio (NIPPS). O slogan do núcleo é: *Viver: um direito de todos*. Trata-se de um projeto de trabalho, organizado pela pesquisadora Iracilda Cavalcante de Freitas, em março de 2017 que objetiva oferecer serviços de profissionais do campo da saúde: psicologia, psiquiatria e Práticas Integrativas Complementares e de outros campos de atuação que possam dialogar com a temática do suicídio. Cada profissional voluntário, associado ao NIPPS poderá propor atividades na sua área de atuação. É um projeto sem fins lucrativos que pretende funcionar em nível nacional, uma vez que cada colaborador atua em seu local de residência. Podem se associar ao NIPPS qualquer pessoa que deseje colaborar com as ações do projeto. Inicialmente, o NIPPS oferece possibilidades de colaboração no projeto. Vejamos pode colaborar com o oferecimento de um serviço no campo da saúde; com a sessão de um espaço físico para quem deseje prestar um serviço como palestras, sessões terapêuticas, minicursos, vivências, mas não possui um espaço físico disponível; colaborando com um valor monetário de forma temporária ou contínua. A base de sustentação do NIPPS são as doações de seus colaboradores, a venda de livros da série Suicídio: Prevenção, Posvenção e direito à Vida e produtos da marca NIPPS ou de outros títulos doados por autores ao NIPPS. O quadro de voluntário do NIPPS está, ainda, em fase de construção.

Em 2018, a movimentação em torno do Setembro Amarelo começou a tomar maiores proporções. Registramos ações realizadas por instituições, as quais nos foi possível tomar conhecimento por ocasião da pesquisa. Iniciemos com o Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba (CBMPB) que aderiu à campanha do Setembro Amarelo de 2018. Com o slogan ‘Suicídio: conhecer para prevenir’, a corporação promoveu palestras sobre o assunto. As primeiras delas ocorreu no dia 13 de setembro às 8h, no Quartel do Comando Geral do CBMPB, em Marés, na Capital e contou com os palestrantes, o psicólogo e tenente coronel Erik Francisco de Oliveira e o psicólogo e sargento Sebastião Alves Rabay que abordaram os temas acerca da prevenção para bombeiros militares e também conhecimentos técnicos sobre abordagem, envolvendo especificamente tentativas de suicídio. Em entrevista ao Portal Correio⁵⁴ no dia 12 de setembro, o tenente coronel Erik fez as seguintes considerações: “A forma como nós, bombeiros,

⁵⁴ Portal Correio. Disponível em: <https://portalcorreio.com.br/corpo-de-bombeiros-adere-a-campanha-de-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

intervimos em ocorrências de tentativa de suicídio pode fazer toda a diferença entre a vontade da vítima em viver ou deixar de viver”.

O Ministério Público da Paraíba (MPPB)⁵⁵, na sua atuação em defesa do direito fundamental a saúde, tem a função de corrigir irregularidades no atendimento oferecido pelo Sistema único de Saúde. Dentre outras ações promovidas pelo MPPB é digno de nota o trabalho de fomento à produção de política de prevenção do suicídio e formação de grupos de apoio, iniciada em 15 de fevereiro de 2018; evento que culminou, em abril, na criação de um Grupo de Trabalho (GT); iniciativa proposta pela 2ª promotora da Saúde da Capital, Jovana Maria Tabosa. O objetivo do grupo é promover estudos, pesquisas e campanhas acerca da prevenção do suicídio. Em audiência do dia 02 de abril, a proposta foi apresentada e aprovada pelos participantes, os quais confirmaram sua adesão ao grupo. Participaram da audiência o vice-presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Alfredo Minervino; o presidente da Associação Paraibana de Psiquiatria, José Brasileiro Dourado Júnior; o coordenador do Centro de Valorização da Vida em João Pessoa, André Luís Fagundes da Silva; a vice-coordenadora do Centro de Valorização da Vida em João Pessoa, Aparecida Melo; a psicóloga Mônica Moraes de Andrade; o assessor jurídico da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, Roberto Batista Júnior; e a coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Shirlene Queiroz. Na ocasião, aderiu ao projeto de trabalho, o Ministério público do Trabalho, por meio da procuradora do Trabalho Andressa Alves Lucena Ribeiro Coutinho. O primeiro encontro do grupo ocorreu no dia 30 de abril de 2018, na Sala de Sessões dos Colegiados. O tema central desta reunião foi a subnotificação das tentativas de suicídio nas unidades hospitalares de João Pessoa, por este motivo estavam presentes na ocasião, os diretores de hospitais de João Pessoa, a Polícia Militar, a gerência do SAMU regional de João Pessoa e o Corpo de Bombeiros da Paraíba.

As ações do grupo estão respaldadas pelo Procedimento Administrativo nº 268/2018 que foi instaurado pelo Promotoria da Saúde, com o objetivo de fazer o acompanhamento dos números de suicídios registrados no município de João Pessoa e a fiscalização da implantação e implementação da Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, a qual, como vimos, institui incentivo financeiro para custear o desenvolvimento de projetos de promoção, vigilância e atenção integral à saúde, na área de prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵⁵ Disponível em <http://www.mppb.mp.br/index.php/30-noticias/saude/19652-promotoria-da-saude-de-joao-pessoa-tera-gt-de-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 30 de junho de 2018.

O Ministério Público da Paraíba, em 2018, engajou-se no *Setembro Amarelo*, por meio de uma campanha internacional para conscientização e prevenção do suicídio. Nesse contexto, o Núcleo de Políticas Públicas do MPPB e a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de João Pessoa lançaram a campanha intitulada *Vamos falar da Vida*, no dia 28 de agosto, às 13h30, no auditório da Procuradoria-Geral de Justiça. Conforme entrevista ao Paraíba on line⁵⁶, o procurador de Justiça, Valberto Cosme de Lira, coordenador do Núcleo de Políticas Públicas do MPPB, explicou que por iniciativa da promotora de Justiça e Súde Jovana Tabosa a atuação se dará em duas frentes na adesão à campanha de conscientização e na criação de um fórum interinstitucional e intersetorial com objetivo de pensar e promover ações e projetos de prevenção ao suicídio durante todo ano.

O evento de lançamento da campanha, aberto ao público, contou com a colaboração de representantes do MPPB e de órgãos parceiros como o Tribunal de Justiça da Paraíba, o Ministério Público Federal, secretarias de Saúde do Município de João Pessoa e do Estado da Paraíba, o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Psicologia e Corpo de Bombeiros, que já integram o grupo de trabalho sobre o suicídio, instalado no âmbito do Núcleo de Políticas Públicas.

Na ocasião foi realizado um painel com os seguintes participantes: os médicos Alfredo Minervino, vice-Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, José Brasileiro Dourado Júnior, presidente da Associação Paraibana de Psiquiatria; a procuradora do Trabalho Andressa Coutinho e o coordenador do Centro de Valorização da Vida (CVV-JP), André Fagundes.

A Universidade Federal da Paraíba⁵⁷, através da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) e Coordenação de Qualidade de Vida, Saúde e Segurança no Trabalho (CQVSST), também promoveu atividade alusiva ao mês do Setembro Amarelo com a campanha Setembro Amarelo: Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. As atividades foram voltadas para a comunidade universitária: alunos, professores e técnicos administrativos. Foram realizadas atividades com equipe multiprofissional: escuta psicológica, escuta psiquiátrica e atendimento de enfermagem na avaliação de estresse. No dia 27 de setembro foram realizadas, no auditório da Superintendência de Tecnologia da Informação (STI), palestras e mesa redonda, com inscrições e emissão de certificado. Participaram do evento o Prof. Dr. Tiago Antônio Avellar de Aquino, o psiquiatra Dr. Silas Duarte de Melo, a Coordenadora de Psicologia do HEETSHL

⁵⁶ Paraíba on line. Disponível em: <https://paraibaonline.com.br/2018/08/mppb-lanca-campanha-de-conscientizacao-para-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

⁵⁷ Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <http://www.progep.ufpb.br/progep/contents/noticias/campanha-do-setembro-amarelo-promocao-da-vida-e-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

e HTOP, Dra. Anne Michelle Paiva, idealizadora e coordenadora do Projeto Resignificando Vidas, Maria Aparecida Silva de Melo, representante do Centro de Valorização da Vida (CVV) em João Pessoa; Dra. Alessandra Gomes da Cruz, Coordenadora de Saúde Mental do Município de João Pessoa e a jornalista, escritora e fundadora da Associação Vida Nova de Estudo e Apoio a Familiares, Amigos e Pessoas com Transtorno Bipolar ou Depressão, Renata Corrêa Maia.

A UNINASSAU João Pessoa⁵⁸ realizou o III Simpósio Sobre Suicídio; neste ano de 2018 com o slogan *O autor é você e a frase é a sua vida*. O evento ocorreu durante toda a segunda-feira do dia 24 de setembro. Como regra, a atividade foi aberta ao público por meio de inscrições e o acesso vinculado a doação de um quilo de alimento ou material de higiene e limpeza a serem doados em ações posteriores. Conforme explicou, o coordenador do curso de Psicologia, Sócrates Pereira, o evento marcou a culminância das ações, externas e internas, promovidas pela Instituição em alusão ao Setembro Amarelo: o “simpósio é, historicamente, voltado para a área de psicologia, mas este ano abrimos para todas as áreas”, informou o psicólogo na entrevista feita por Eduardo Henrique (2018). Estiveram presentes ao evento o Centro de Valorização da Vida (CVV), o Conselho Regional de Psicologia (CRP) e a Associação Vida Nova. Na ocasião, foram realizados minicursos, palestras e um concerto, além de outras ações.

O tema do suicídio também volta a ser tema de estudo no Centro Universitário de João Pessoa – Unipê⁵⁹, por meio de mesa-redonda realizada por professores da instituição, no dia 13 de setembro de 2018. O evento ocorreu das 8h às 22h, com inscrições prévias e contou como Atividade Complementar, com carga horária de 2h. Não identificamos a informação de que o evento foi aberto ao público, inferimos que ocorreu internamente, aos moldes do evento realizado em 2017.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS)⁶⁰ também aderiu à campanha do Setembro Amarelo, abrindo oficialmente o evento na Unidade de Saúde da Família (USF), na Ilha do Bispo, com uma roda de conversa, coordenada pelo médico de saúde da família, André Sarce, que contou com a presença da promotora de Defesa da Saúde do Ministério Público da Paraíba,

⁵⁸ UNINASSAU. Disponível em: <https://www.uninassau.edu.br/noticias/uninassau-realiza-simposio-sobre-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

⁵⁹ UNIPÊ. Disponível em: <https://unipe.edu.br/2018/09/06/mesa-redonda-discute-o-suicidio-para-estudantes-de-saude-do-unipe/>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

⁶⁰ Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria-municipal-de-saude-inicia-campanha-de-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

Jovana Tabosa, de profissionais de saúde, de estudantes da rede pública de ensino e da comunidade em geral.

Segundo a jornalista, Aline Martins, do Correio da Paraíba⁶¹ (2018), ao longo do mês da campanha intitulada, *Vamos quebrar o silêncio*, cada distrito sanitário da rede municipal de Saúde promoveu um Dia D de atividades com programação que incluiu rodas de conversa com usuários e profissionais, Práticas Integrativas e Complementares e atendimento psicológico com encaminhamentos para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). Outras atividades foram desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Por fim, queremos fazer o registro do primeiro grande evento (e primeira grande ação!) a ser realizado no dia 01 de setembro de 2019, no Espaço Cultural - Praça do Povo, pelo Núcleo Integrado de Prevenção e Pósvenção do Suicídio (NIPPS), associação sem fins lucrativos criada com objetivo de promover ações de promoção de saúde e prevenção e pósvenção do suicídio. O objetivo do NIPPS com este evento é fazer proporcionar a primeira grande integração de profissionais em ações de prevenção e posvenção do suicídio, as quais deverão ser realizadas de forma continuada, para além da campanha do Setembro Amarelo.

Neste capítulo, nosso objetivo foi registrar os resultados da nossa pesquisa acerca do discurso oficial da saúde em torno dos cuidados produzidos e oferecidos como forma de minimizar os problemas gerados pelo fenômeno do suicídio, alçado pela OMS, desde 1996, como um problema de saúde pública mundial. Nossa movimentação de leituras nesta seção girou, portanto, em torno de três temas principais saúde, suicídio e cuidado.

Fazer a inserção do suicídio no campo da saúde como sendo um problema de saúde pública é atribuir-lhe o status de doença e ao suicida o epíteto de doente. São estas as posições atribuídas, no campo da saúde, ao suicídio e a pessoa que possui ideário suicida. Trata-se, pois de um sujeito que está, na perspectiva deste domínio, com a saúde comprometida, precisando de cuidados de profissionais de áreas específicas, no caso, o psiquiatra e o psicólogo.

Observamos que todo o cuidado dispensado as pessoas acometidas de ideário suicida neste campo, movimenta-se em torno do conceito de saúde. Neste, a saúde é conceituada, como sendo o “estado de *completo* bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

⁶¹ Correio da Paraíba. Disponível em: <https://correiodaparaiba.com.br/cidades/setembro-amarelo-tem-programacao-contrasuicidio/>. Acesso em: 20 de junho de 2019.

Em nossa leituras e análises, como veremos no terceiro capítulo, o suicídio foi estimulado, mais especificamente, por problemas de ordem mental. Mental não no sentido de ser resultantes de transtornos mentais, configurados como doenças, mas de desequilíbrios de ordem emocional resultantes de conflitos e sofrimentos de ordem moral e social, gerados por circunstâncias como abandonos, violência sexual, questão de homossexualidade, vício, incompetência para gerir conflitos de ordem econômica e interpessoais. Acontecimentos que demandam cuidados disponibilizados por profissionais do campo da psicologia e da psiquiatria, mas necessariamente uma educação emocional que capacite o indivíduo a lidar com conflitos diários causados, na maioria das vezes, pelo seu despreparo em lidar com problemas produzidos por eles e por outrens.

Consideramos que a possibilidade de aquisição da saúde enquanto estado completo bem-estar é quase impossível de ser vislumbrado. Neste contexto, compreendemos o suicídio como um problema que envolve questões que contemplam, além de doenças, questões de ordem física, social e mental, e mais precisamente, inquietações de ordem emocional. Desse modo, percebemos que há muito a ser feito, mas precisamente no campo da educação emocional do que no campo da medicina oficial que, apesar dos avanços apontados, insiste em tratar o sujeito “olhando” para o seu corpo físico, ao invés de cuidar da sua “alma”, ou seja, das questões relativas a “mente”.

O breve mapeamento das atividades realizadas em torno do fenômeno do suicídio aponta que muito já foi feito, todavia muitas ações ainda serão necessárias uma vez que a taxa de suicídios vem crescendo a cada dia, circunstâncias que apontam para o fato de que o suicídio é um “inimigo” que precisa ser vencido com práticas de cuidados mais “refinadas”, que se preocupem cada vez menos com o corpo e se ocupem cada vez mais da educação emocional do sujeito.

2 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: O CUIDADO DO SUICÍDIO NO DOMÍNIO DO ESPIRITISMO

Prevenção do suicídio uma tarefa para todos. (...) É claro que a prevenção do suicídio requer intervenção também de fora do setor de saúde e exige uma abordagem multissetorial inovadora e abrangente, incluindo setores de saúde e não-saúde, por exemplo, educação, trabalho, polícia, justiça, **religião**, direito, política, a mídia.

SUPRE-MISS (OMS)

O Além-túmulo acha-se longe de ser a abstração que na Terra se supõe, ou as regiões paradisíacas fáceis de conquistar com algumas poucas fórmulas inexpressivas. Ele é, antes, simplesmente a Vida Real, e o que encontramos ao penetrar suas regiões é Vida! Vida intensa a se desdobrar em modalidades infinitas de expressão, sabiamente dividida em continentes e falanges como a Terra o é em nações e raças; dispondo de organizações sociais e educativas modelares, a servirem de padrão para o progresso da Humanidade.

(CAMILO CÂNDIDO BOTELHO, Memórias de um suicida)

Este capítulo tem como objetivo registrar nosso gesto de leitura acerca do discurso do cuidado com o suicídio no campo do discurso e da atividade humana denominado de Espiritismo. Este domínio oferece um leque ampliado de práticas, todavia, para esta pesquisa, o nosso foco esteve voltado, apenas, para atividades que atuam na problemática do suicídio. A partir das nossas leituras dos princípios doutrinários espíritas e da experiência pessoal neste campo, ratificamos as informações apresentadas pela médium autora, pesquisadora e expositora espírita Suely Caldas Schubert, em seu livro *Dimensões Espirituais do Centro Espírita* (2007). Segunda afirma a escritora, em todo trabalho disponibilizado pela casa espírita existe uma dimensão espiritual a ele associado. Assim sendo, todo trabalho realizado no Centro Espírita é, necessariamente, uma atividade de cunho espiritual, pois ocorre em duas dimensões, no mundo dos Espíritos e no mundo terreno.

Distribuímos o conteúdo, resultante desta seção, em subitens que contemplaram aspectos que lidam com o cuidado com o suicídio na dimensão terrena, mais especificamente, no Centro Espírita; e cuidados do suicídio na dimensão da espiritualidade, neste aspecto tomamos como foco a Colônia Maria de Nazaré, instituição espiritual especializada no cuidado do suicídio.

O leitor poderá apreciar o fato de que embora as práticas postas em funcionamento nos espaços, acima referidos, sejam diferentes, o diálogo entre os habitantes do mundo Espiritual e

do mundo material é mantido, pois, como afirma o Espiritismo por meio da “voz” autoral de Camilo Cândido Botelho, na epígrafe, o além-túmulo é Vida-Real e não abstração. Assim sendo, toda a movimentação, em torno de organizações sociais na espiritualidade, é realizada com o objetivo de servir de “padrão para o progresso da Humanidade”; para os objetivos desta pesquisa, mais especificamente, a todo o conjunto de práticas de cuidados relativo as consequências resultantes do ato suicida.

2.1 A noção de pessoa no espiritismo: corpo, perísprito e espírito

Conforme os princípios da Análise de discurso de linha francesa (AD), a assertiva de que há definições diferentes sobre um objeto discursivo é um princípio consensual. No campo da antropologia, esta assertiva circula também como status de consensualidade. Neste domínio do saber, esse objeto ocupa um lugar central, uma vez que é sobre essa ‘categoria do espírito humano’, ou seja, entorno do indivíduo e suas representações de si, do outro e do mundo, que ele se debruça. Dessa forma, as diferentes definições sobre a categoria de pessoa, ocorre porque cada sociedade dela se apropria e produz concepções particularizadas (MAUSS, 1974; GOLDMAN, 1984; 1985;1999).

Assim sendo, como qualquer outro vocábulo, o termo pessoa carrega tantos significados quantos forem as culturas que a acolherem como objeto. A multiplicidade de sentidos, neste caso, ocorre porque cada sociedade dela se apropria e para ela produz concepções singularizadas. Estes conceitos se transformam com o passar do tempo, devidos a fatores sócio-históricos.

É necessário também notar que, conforme a AD os modos de investigação de um dado objeto são diferentes, pois a forma como cada pesquisador se curva na observação do seu objeto, e o lugar de fala pelo qual responde, pode interferir nos resultados do seu gesto de leitura sobre o objeto a ser observado, descrito e analisado. Assim é que o tratamento dado a categoria *pessoa*, por exemplo, sofre diferenciações, inclusive dentro do próprio campo no qual está inserido. Resulta desse entendimento a ideia de que para darmos conta dos modos de apropriação e circulação do referido termo em diferentes culturas é necessário que nos debrucemos de forma particularizada sobre cada uma delas.

Fundamentados nesses princípios, produziremos um gesto de leitura acerca da *noção de pessoa* enquanto objeto que constitui o universo discursivo do Espiritismo. Qual o tratamento dado pelo sistema religioso espírita a categoria de pessoa? É, portanto, a movimentação na produção de sentidos em torno deste termo que nos interessa observar.

Tentaremos construir uma leitura de como a noção de pessoa é tratada no Espiritismo a partir de uma “técnica de si”, um modo de fazer leitura, que possa permitir ouvir “o dito” que emerge por meio do jogo de “vozes”, instituído pelas obras básicas que constituem o Espiritismo⁶², postas em circulação a partir de 1857, por Allan Kardec, autor considerado pelos adeptos da doutrina espírita como o codificador do Espiritismo.

Compreendemos que a observação do tratamento dado à categoria *pessoa* pelo Espiritismo é necessária para que possamos nos movimentar na produção de respostas à pergunta que possibilitou a emergência desta pesquisa: como o Espírito suicida constrói um saber sobre o suicídio? No nosso entendimento, a noção de pessoa é um objeto discursivo que funciona como uma chave de leitura para a compreensão das narrativas mediúnicas, produzidas por Espíritos suicidas para comporem o *corpus* desta pesquisa.

A categoria *pessoa* é central para o campo discursivo do Espiritismo, diríamos que esse termo e os sentidos a ela atribuídos assumem um caráter fundante, uma vez que a pessoa humana é o foco de onde emerge as demais temáticas tratadas neste domínio.

A doutrina espírita apresenta o princípio de que a formação do ser humano deve ser observada por meio de um duplo princípio, o corporal e o espiritual. Sobre o primeiro, afirma que foram grandes os avanços da Ciência, pois o corpo carnal já foi descrito com exatidão por muitos estudiosos. Acerca do segundo, informa que o mesmo não tem sido tomado como objeto de investigações e a sua descrição só poderá ser realizada se forem tomados como fundamentos, conhecimentos advindos de saberes que regem as questões acerca do Espírito.

Nessa perspectiva, todo o ser humano ao nascer está constituído necessariamente por três elementos: um corpo de matéria densa, o corpo de carne; um corpo de matéria etérea, o Espírito; e um corpo de constituição mais ou menos etérea, “semimaterial”, o perispírito. Dessa forma, o corpo carnal representa simultaneamente a fragmentação e a unidade do indivíduo. Passemos a apresentar a descrição dada pela doutrina para cada uma dessas categorias. Iniciemos, pois, com o corpo de matéria carnal. (KARDEC, 2000a p. 31)

Para o Espiritismo, o corpo é considerado como sendo constituído por diferentes elementos químicos, a exemplo das moléculas orgânicas de oxigênio, de hidrogênio, de azoto e de carbono. Devido a sua natureza exclusivamente material, o corpo, depois de funcionar por um período de tempo, desorganiza-se e se decompõe, fenômeno convencionalmente chamado

⁶² O Livro dos Espíritos (1857), O Livro dos Médiuns (1861), O Evangelho segundo o Espiritismo (1864), O Céu e o Inferno (1865) e A Gênese (1868). Estes livros são também chamados de Pentateuco da doutrina.

de morte. Assim sendo, se por algum motivo o corpo se desorganiza, a união do Espírito com o corpo fica impossibilitada e o processo de acoplamento se desfaz: o Espírito despreende-se “molécula a molécula” e o Espírito se liberta. Portanto, não é o Espírito que causa a morte do corpo de carne, a desagregação deste é que possibilita a saída do Espírito. Por meio desse processo o corpo carnal se desintegra, todavia, o Espírito preserva a sua integridade. (KARDEC 2000e, p. 190).

A doutrina, de conformidade com as pesquisas científicas sobre o tema, concorda com a impossibilidade de que uma vez dispersos e recombinaados, os referidos elementos possam posteriormente se reunir e constituir o mesmo corpo de outrora. Com a adoção deste princípio, o Espiritismo considera que “põe por terra” o princípio da ressurreição da carne no fim dos tempos - como preconiza a doutrina cristã professada, por exemplo, pela Igreja católica-, admitindo a ressurreição da carne, apenas como “figura simbólica do fenômeno da reencarnação” a qual, segundo explica, ocorre todos os dias. (KARDEC 2000a p. 65).

No sistema doutrinário espírita o corpo é considerado apenas como uma matéria a ser utilizada pelo Espírito como meio de promover o desenvolvimento das suas potencialidades. Para tanto, ele foi organizado com a capacidade de receber todas as “impulsões da sua vontade e de se prestarem a todos os movimentos” (KARDEC 2000e, p. 186); inclusive àqueles considerados instintivos, ou seja, sem a participação da vontade do Espírito que o habita, a exemplo das funções digestivas e circulatórias (KARDEC 2000a, p. 362). Criado para atender aos Espíritos em suas necessidades de aquisição e desenvolvimento de aptidões diversas, ele funciona, para o Espiritismo, simultaneamente como envoltório e instrumento de ascensão para o Espírito.

Na condição de corpo produzido com o objetivo de receber Espírito; depois de utilizado acaba, portanto, a sua serventia. Com a morte, o Espírito deixa o corpo “como se deixa uma casa em ruínas, ou uma roupa imprestável.” (KARDEC 2000e, p. 375). Assim, considerado como objeto necessário, todavia descartável, não é a categoria *corpo* quem sustenta a ideia da pessoa enquanto um ser individualizado, mas a noção de Espírito, Ser que dele se utiliza.

É necessário notar que apesar de estar fadado a morte, segundo o Espiritismo, o corpo, enquanto obra divina criada por Deus para atender as necessidades de adiantamento do Espírito, deve ser mantido pelo Espírito encarnado em bom estado de conservação. O Espírito é, pois, o responsável pelo cuidado com o corpo carnal (KARDEC 2000c, p.242). Aquele que o maltrate ou dele queira livrar-se, antes de que todas as necessidades, de uma dada existência reencarnatória, sejam atendidas, cometem o fenômeno chamado de suicídio - indireto, no primeiro caso, e direto no segundo- e sofrerão as sanções advindas de tal prática. Trataremos

sobre a categoria suicídio mais adiante. Os efeitos do desmazelo com o corpo serão sofridos por Espírito infrator das leis divinas, tanto na presente existência quanto em futuras encarnações; ocasião que terá que utilizar corpos mais ou menos desorganizados de conformidade com os prejuízos causados no corpo anteriormente utilizado.

Passemos a descrição do segundo elemento constituinte da *pessoa*, a categoria Espírito. Os espíritos, conforme a doutrina Espírita, são seres espirituais criados por Deus. Eles são formados de uma espécie de matéria quintessenciada e etérea diferente de tudo o que o homem conhece como sendo matéria; por isso, associações com outros tipos de matéria não é possível de ser feita. (KARDEC 2000a, p. 111)

Sobre a sua formação, a doutrina explica que há dois elementos gerais no universo: o elemento inteligente e o elemento material; os Espíritos são considerados individualizações do princípio inteligente, enquanto que os corpos são individualizações do princípio material. (KARDEC 2000a, p. 82; 84; 110, 113). Nessa perspectiva, o corpo espiritual possui uma forma indefinida e abstrata - uma espécie de “chama ou um clarão” - e poder viver ora em um corpo de carne ora fora dele.

O Espírito ao nascer é revestido por um corpo de carne, por meio do processo chamado de encarnação; nesse estado, ele é denominado de Espírito encarnado. Por outro lado, ao deixar o corpo, ou seja, quando “morre” ela passa pelo processo nomeado de desencarnação; nessas circunstâncias, é denominado de Espírito desencarnado.

Quando encarnados, os Espíritos constituem os habitantes da Terra e outras esferas habitáveis do universo. No estado de desencarnados, formam os habitantes do mundo espiritual e vivem em diferentes espaços da erraticidade⁶³ (KARDEC 2000d, p. 34). O Espiritismo explica que, devido à natureza etérea dos elementos que os constituem, Os Espíritos mantêm contato com as pessoas, seja quando envolto em um corpo de carne seja depois que este se desagrega. Todavia, na condição de desencarnado, o contato é facilitado uma vez que o corpo material dificulta a sua movimentação. (KARDEC 2000a, p.256)

Dos três elementos constitutivos da pessoa, o Espírito é, para o Espiritismo, o principal elemento: é individual, preexiste antes da formação do corpo e sobrevive depois da sua desagregação. Ao contrário do corpo que se extingue por ocasião da “morte”, o Espírito é eterno porque os elementos que o constituem não se prestam a desagregação e nem a dispersão, assim como ocorre com os elementos que formam o corpo material de carne. É dessa forma que o Espiritismo fundamenta o princípio da imortalidade do Espírito. (KARDEC 2000a, p.375)

⁶³ Kardec denominou de erraticidade o estado transitório que é vivenciado pelo Espírito desencarnado no intervalo entre as reencarnações (O Céu e o Inferno, p. 300; O livro dos Médiuns p. 575; A Gênese, p. 198).

A doutrina informa que o processo de criação de Espíritos é permanente - Deus criou e continua criando - no entanto, quanto à sua origem, a informação dada é que esse é ainda um mistério que não é possível desvendar, devido as limitações de conhecimentos que os Espíritos possuem: “Há muitas coisas que não compreendeis, porque *tendes limitada a inteligência*” (KARDEC 2000a p. 112), explica Kardec e ainda complementa: “Nós outros somos verdadeiros cegos com relação à essência dos seres sobre-humanos. Não os podemos definir senão por meio de comparações sempre imperfeitas, ou por um esforço da imaginação” (KARDEC. 2000a p. 111). No Livro dos Espíritos é bastante regular a veiculação da ideia de que há mistérios em torno desse e de outros temas que os Espíritos não podem/sabem revelar e, ainda que não há, neste momento, nenhuma utilidade em deter a atenção nessa questão (KARDEC, 2000a, p.375).

Para a doutrina, os Espíritos saem das mãos do Criador imperfeitos, ou seja, desprovidos de quaisquer conhecimentos e o seu destino é atingir o estado de Espíritos puros e, em decorrência, a felicidade plena. Todos são criados, portanto, da mesma forma e recebem iguais condições para atender às necessidades de aquisição de conhecimentos. Desde que foram criados, dá-se início a um processo de aprendizagem que não tem data prevista para acabar, uma vez que é um processo que depende do “ritmo” evolutivo impresso por cada Espírito. (KARDEC 2000a, p. 128; 2000c, p. 76)

Há no Espiritismo uma lei da unidade da criação. Segundo ela, não existem seres privilegiados ou isentos de obrigações, todos adquirem suas posições por mérito próprio, por meio de inúmeras reencarnações. (KARDEC 2000d, p. 93;109;120). Assim, a aquisição de estado de Espírito puro se dá por meio do trabalho de burilamento moral; o tempo para atingi-lo depende da vontade de cada um, o livre arbítrio, e dos esforços empreendidos. Para conseguir êxito, é necessário que siga a norma de conduta ditada pela divindade e repassadas pelos mensageiros divinos, a exemplo de Jesus.

O Espírito é, portanto, livre para observar ou infringir as normas divinas, por isso é comum ouvir dos espíritas que a pessoa é o artífice do seu próprio destino. Partindo dessa lógica, ao homem é atribuído a criação das más ações, pois a boa advém da observância das leis divinas. Juntamente com a concepção de pessoa, sustentada pelo Espiritismo, a noção de reencarnação ocupa um lugar privilegiado, diríamos um lugar de complementaridade, uma vez que é por meio deste processo que o Espírito, o elemento central da noção de *pessoa*, poderá atingir a posição de maior hierarquia, o estado de pureza.

Pelo processo de encarnação, o Espírito se revestirá de um corpo carnal quantas vezes forem necessárias para atingir o estado de Espírito puro (KARDEC 2000b, p. 76). Extinguindo

a necessidade de experiências no corpo de carne, o Espírito passa a viver exclusivamente como Espírito, na “pátria” espiritual. (KARDEC 2000a, p.346; 355; KARDEC 2000d, p.215; p.325). Lá, continua a progredir, noutros sentidos e por diferentes meios, unicamente por meio da vivência como Espírito até chegar no último estágio. Atingido esse estado, ele passa a atuar na posição de colaboradores da divindade na organização e “governos” de outros mundos e de outros Espíritos.

Por meio da encarnação, o Espírito, por mais experiências que haja vivido, passa a compor sempre uma nova pessoa. A união do Espírito com a matéria, a encarnação, é necessária porque proporciona meios de usar e desenvolver as faculdades. A encarnação é transitória, no entanto, nela o Espírito pode utilizar os conhecimentos apreendidos noutras existências corporal e também nas suas existências como espírito desencarnado. É assim que, tanto as experiências terrenas quanto as espirituais representam passos atingidos em torno do seu aprimoramento.

O Espírito imperfeito sofre no mundo corporal e/ou no mundo espiritual o resultado de toda infração às leis divinas. Toda falta cometida em uma dada encarnação é uma dívida contraída que deverá ser paga na existência presente ou em outras posteriores. Deste modo, o Espírito é sempre o árbitro do seu próprio destino, podendo prolongar ou suavizar o seu sofrimento durante o processo de evolução.

A expiação das referidas infrações varia segundo a gravidade e a natureza da falta cometida. Quanto à duração do castigo pela falta cometida não se pode precisar, uma vez que esta depende do avanço efetuado pelo Espírito. Sabe-se ainda que pela lei do progresso defendida pelo Espiritismo, não existe uma prescrição de uma condenação eterna. O princípio geral é que toda falta será punida, e todo ato, realizado de conformidade com as leis divinas, será recompensado. (KARDEC 2000d, p. 77-80).

No momento da encarnação o Espírito se liga ao corpo, desde a concepção, por meio de um laço fluídico formado da expansão de um corpo semimaterial chamado perispírito. A medida que o corpo carnal se desenvolve, o “laço” se encurta e o perispírito a ele “se une molécula a molécula”. Quando o corpo está completamente formado e pronto para nascer é o sinal de que a união foi completada. (KARDEC 2000d, p.189). Nessas circunstâncias, devido ao caráter indefinido e abstrato do Espírito, é o perispírito que entra em ação.

Como já foi colocado, a doutrina Espírita aponta o perispírito como sendo um dos elementos constitutivos do ser humano. É, pois, sobre essa categoria constitutiva da noção de pessoa que passamos a deter nossa atenção.

Conforme a doutrina, o perispírito é uma espécie de corpo de matéria sutil, etérea, que reveste o Espírito, possibilitando que se torne um ser “concreto, definido, apreensível pelo

pensamento” (KARDEC 2000d, p. 189). O perispírito é um elemento inseparável do Espírito, pois sobrevive ao fenômeno da morte, juntamente com o corpo espiritual. Ele funciona como uma espécie de veículo da vontade do Espírito, esteja ele encarnado ou desencarnado.

Quando encarnado, o Espírito por meio do perispírito transmite movimentos aos diferentes órgãos que constituem o corpo; quando desencarnado continua a manter as relações comunicativas com Espíritos encarnados; todavia como não possuem os órgãos que constitui o corpo carnal, quando deseja se comunicar pela fala ou pela escrita, utiliza-se do corpo de um Espírito encarnado, o qual é denominado de médium. (KARDEC, 2000d, p. 233; 371). Nesse caso, é o perispírito que permite que a relação entre Espíritos, encarnados ou desencarnados, possa ser mantida, pois é por meio dele que o Espírito se liga ao corpo de carne (KARDEC, 200d, p. 32).

De acordo com os ensinamentos da doutrina, o corpo perispiritual e o corpo carnal se originam do mesmo elemento primitivo; o fluído cósmico. O segundo é o resultado da condensação desses fluídos em matéria tangível, mais ou menos quintessenciada, e o primeiro é a condensação desse mesmo fluido em matéria ponderada, etérea. Ambos representam, portanto, diferentes estados de condensação de um mesmo produto. O perispírito apresenta constituição variada de conformidade com o grau de evolução moral do Espírito a que esteja ligado, e do mundo o qual ele habita. (KARDEC 2000a, p. 31;138;141; 210).

Segundo o Espiritismo são as camadas heterogêneas de fluídos espirituais que circundam a Terra que fornecem os elementos para a formação dos perispíritos. Durante este processo, os elementos base de formação perispiritual sofrem alterações ao entrar em contato com o fluido material peculiar ao mundo onde o Espírito irá encarnar. Dessa forma, as moléculas que formam a base desses corpos serão “mais ou menos alteradas”. Como resultado, tem-se perispíritos constitutivamente heterogêneos que por serem formados de partes mais puras ou mais grosseiras, pertencentes ao fluido próprio do mundo em que encarnará, vão produzir efeitos diferentes de acordo com a maior ou menor soma dos elementos básicos, puros, neles contidos. Maior número de elementos puros, formação de corpos perispirituais com maior possibilidade de percepção; menor número de elementos básicos, constituição de corpos com menor poder de percepção. (KARDEC 2000e, p. 248).

O perispírito é diferente do corpo de carne, pois este é sempre formado pelos mesmos elementos e produz os mesmos efeitos, qualquer que seja o grau de superioridade ou inferioridade do Espírito que o habita. Na formação do perispírito é o grau de moralidade, o princípio que rege a sua constituição como corpos mais ou menos fluídicos. Isso explica o porquê de os Espíritos não poderem compor os seus perispíritos do modo que desejam.

Também explica o fato de que há Espíritos cujos perísperitos apesar de serem etéreo e imponderável, comparado ao corpo carnal, é ainda bastante pesado, permitindo eles possam habitar apenas o lugar que lhe é devido a matéria da qual o seu perísperito está constituído. Há perispíritos de combinação material tão grosseira que o seu peso os prendem a superfície da Terra, fazendo com que muitos Espíritos os confundam com o corpo de carne, acreditando assim que permanecem encarnados. (KARDEC 2000b, p. 156;)

Para o Espiritismo, cada Espírito habita o meio que é apropriado a sua natureza espiritual, dessa forma, para mudar de ambiente, ele precisa mudar essa natureza. Tal mudança está condicionada, porém ao progresso moral realizado; assim, quanto mais elevado for moralmente, mas possibilidade de possuir um corpo espiritual de material menos grosseiro. Desse fato, resulta que não há perispíritos idênticos estejam os Espíritos encarnados ou desencarnados. Teremos, pois uma diversidade de perísperito tanto no mundo espiritual quanto no mundo material. (KARDEC 2000e, p. 249).

Aqui adotamos a noção tríade de pessoa como anunciou Kardec nos livros que formam a codificação espírita. Todavia, na literatura mediúnica, considerada pelo campo doutrinário como sendo complementar, é possível perceber um acréscimo de outros elementos à noção de pessoa cima referida. O autor espiritual André Luiz, ao longo de suas obras, tem afirmado que o homem é constituído de corpo físico ou soma; duplo etérico ou biossoma; psicossoma; corpo mental e Espírito. Aqui, não dialogaremos com o este autor neste sentido.

Compreendemos com a leitura realizada que o Espiritismo apresenta uma noção de pessoa que se sustenta na teoria da unidade do ser. Essa unidade está centrada na noção de Espírito e só poderá ser atingida quando este estiver na condição de assumir a posição de Espírito puro. (Kardec. 2000a, p.370). Para tornar-se um ser completamente individualizado, a divindade coloca a sua disposição os meios necessários. Dessa forma, produz para ele um corpo de carne que o possibilite obter, por meio de experiências em mundo eminentemente material, os conhecimentos e as qualidades que definem o Espírito no seu estado de pureza, de perfeição.

No entanto, essa união fica ameaçada, pois devido a sua natureza etérea, o Espírito não pode relacionar-se diretamente com o corpo carnal. Por esse motivo, para ele foi produzido um segundo corpo que viabilizasse essa relação direta, o perísperito. Ao Espírito foi dado a possibilidade de se revestir de um corpo carnal e um corpo perispíritual tantas vezes quanto necessário for para que ele se transforme em Espírito perfeito.

Espírito, perispírito e corpo carnal constituem, portanto, para esse campo, os elementos que constituem a categoria conhecida como pessoa humana, sendo o Espírito o principal elemento, uma vez que é ele o ser concreto, real e individualizado que foi criado pela divindade

por meios de elementos químicos considerados eternos, todavia indissolúveis; diferente do corpo de carne que apesar de ser formado pela agregação de elementos, também eternos, passa necessariamente por um processo de desagregação que provoca a sua dispersão, fenômeno que ficou conhecido como “morte”.

Para o Espiritismo, este acontecimento, diferente do modo como vem sendo tratado em diferentes campos do saber, trata-se apenas da morte do corpo de carne e da libertação do Espírito que livre, pela desagregação dos elementos que constituíram o corpo carnal, retorna para a sua pátria espiritual para viver, apenas, na condição de corpo espiritual, até que outro retorno a outro corpo de carne seja necessário e possível de ser efetuado.

Segunda a doutrina, a incompreensão sobre a noção do ser humano se dá pelo fato de que as pessoas de um modo geral, e os pesquisadores de forma particular, somente estudam o homem observando a sua existência apenas da perspectiva do corpo carnal. Para a doutrina, observar os seres humanos e apenas ao corpo atribuir todas as ações humanas é um equívoco que impede a solução de problemas até então aparentemente insolúveis. (KARDEC 2000a, p.193)

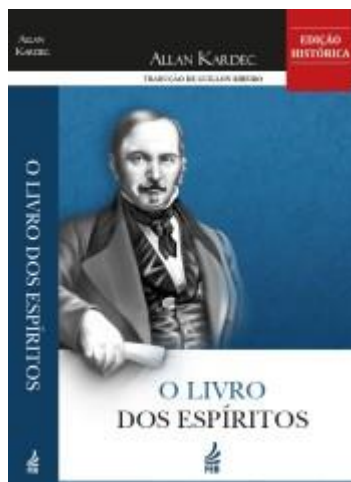
Pela análise da categoria de pessoa, tal como ela é tratada no campo discursivo do Espiritismo, verificamos que este campo de saber apresenta um discurso que, de fato, coloca-se na posição de um lugar de produção de saberes sobre o homem, mobilizando de forma particularizada sentidos para a noção de pessoa, confirmando assim o princípio discursivo de que para a referida categoria são atribuídos sentidos tão variáveis quanto variáveis são os olhares dos diversos agrupamentos humanos sobre esse objeto.

2.2 O conceito de suicídio no Espiritismo

O tema do suicídio é tratado pelo Espiritismo⁶⁴, tanto na literatura que chamamos de básica, o “pentateuco”, quanto na literatura complementar, constituída pela produção mediúnica, e aquela efetuada por estudiosos e pesquisadores do Espiritismo. No pentateuco Espírita, o tema do suicídio não foi tratado por Kardec no livro A Gênese.

⁶⁴ <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/>

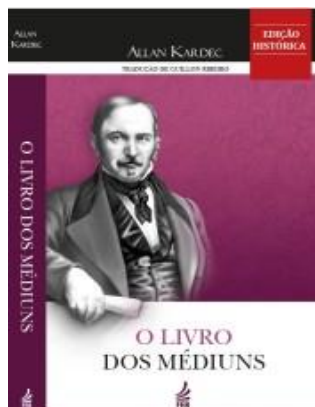
Fotografia 25 - O livro dos Espíritos



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Na obra *O livro dos Espíritos* (1857), o tema do suicídio pode ser apreciado nos seguintes espaços: na seção: Introdução ao estudo da doutrina espírita, item XV: *A loucura e suas causas*. No **Livro Segundo**: Mundo espírita ou dos Espíritos - **Capítulo III**: Retorno da vida corpórea à vida espiritual, na subseção II: *Separação da alma e do corpo* e seção, pergunta 155 e 155^a e na subseção: III *Perturbação espírita*, pergunta 165. No **Capítulo VII**: Retorno à vida corporal, subseção II *União da alma com o corpo*, pergunta 350 e subseção V *Idiotismo e loucura*, pergunta 376. No Livro **Terceiro**: As leis morais - **Capítulo VI**: Lei de destruição, subseção: *Duelo*, pergunta 758 e 758a. No **Livro Quarto**: Esperanças e Consolações - **Capítulo I**, subseção: I *Felicidades e felicidades relativas*, pergunta 928a e subseção VI: Desgosto pela vida. Suicídio, perguntas 943 a 957 e, ainda, em trechos da subseção: *Conclusão*.

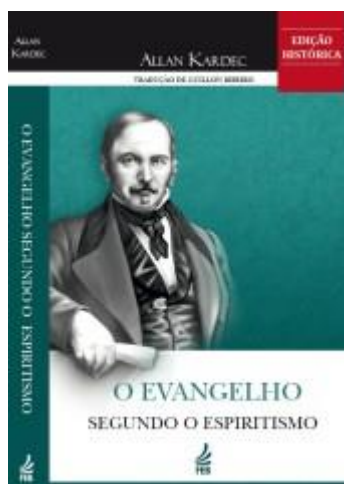
Fotografia 26 – O Livro dos Médiuns



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Na obra *O Livro dos Médiuns* (1861) - Capítulo XXV: Das evocações, item: Evocação de pessoas vivas, perguntas 41, 41a e 41b.

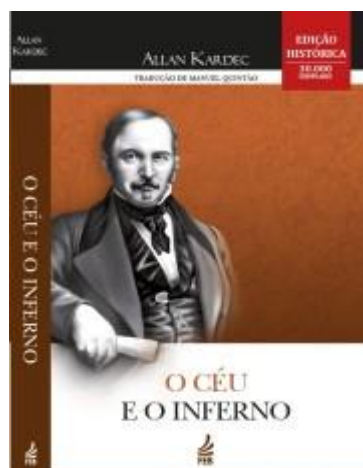
Fotografia 27 – O Evangelho segundo o Espiritismo.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

No livro *O Evangelho Segundo o Espiritismo*, (1863) no Capítulo V: Bem-aventurado os aflitos, na seção: Suicídio e loucura, itens de 14 a 17; e na seção: Provas Voluntárias e Verdadeiro Cilício, itens 26, 29 e 30. No Capítulo XII: Amai os Vossos Inimigos, seção: O Duelo, item 12 e 13; e, no Capítulo XXVIII: Coletânea de Preces Espíritas, na seção: IV Preces Pelos Espíritos – Para Logo Após a Morte, subseção: Por um Suicida, item 71.

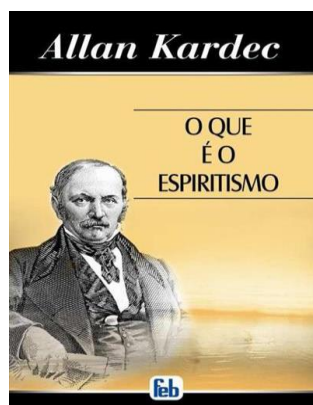
Fotografia 28 – O céu e o inferno.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Por fim, no livro *O Céu e o Inferno* (1865). Segunda parte: Exemplos. **Capítulo II:** Espíritos Felizes; subseção Maurice Gontran. **Capítulo V:** Suicidas; subseções: O suicida da Samaritana; O pai e o conscrito; François-Simon Louvet; Mãe e filho, Duplo suicídio, por amor e por dever, Luís e a pespontadeira de botinas; um ateu; Fèlicien e, Antoine Bell. **Capítulo VII:** Espíritos Endurecidos, subseção: Xumène.

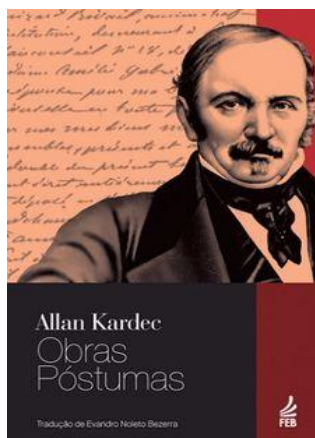
Fotografia 29 – O que é o Espiritismo



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Identificamos a temática do suicídio ainda no livro *O que é o Espiritismo* (1859), de Allan Kardec. O livro, que foi o publicado após O livro dos Espíritos, apresenta um resumo dos princípios da doutrina espírita. O tema aparece em várias partes ao longo do texto, todavia é tratado de forma mais específica no **Capítulo I:** Pequena conferência espírita na seção subseção 89: Loucura, suicídio e obsessão

Fotografia 30 – Obras Póstumas.



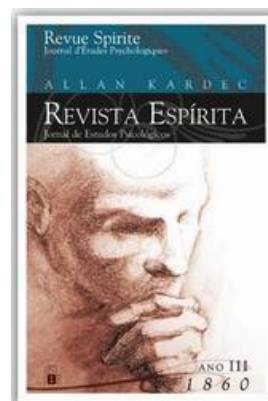
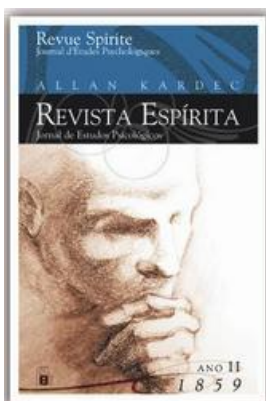
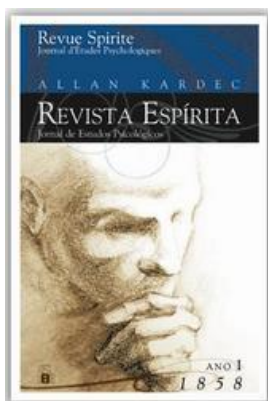
Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

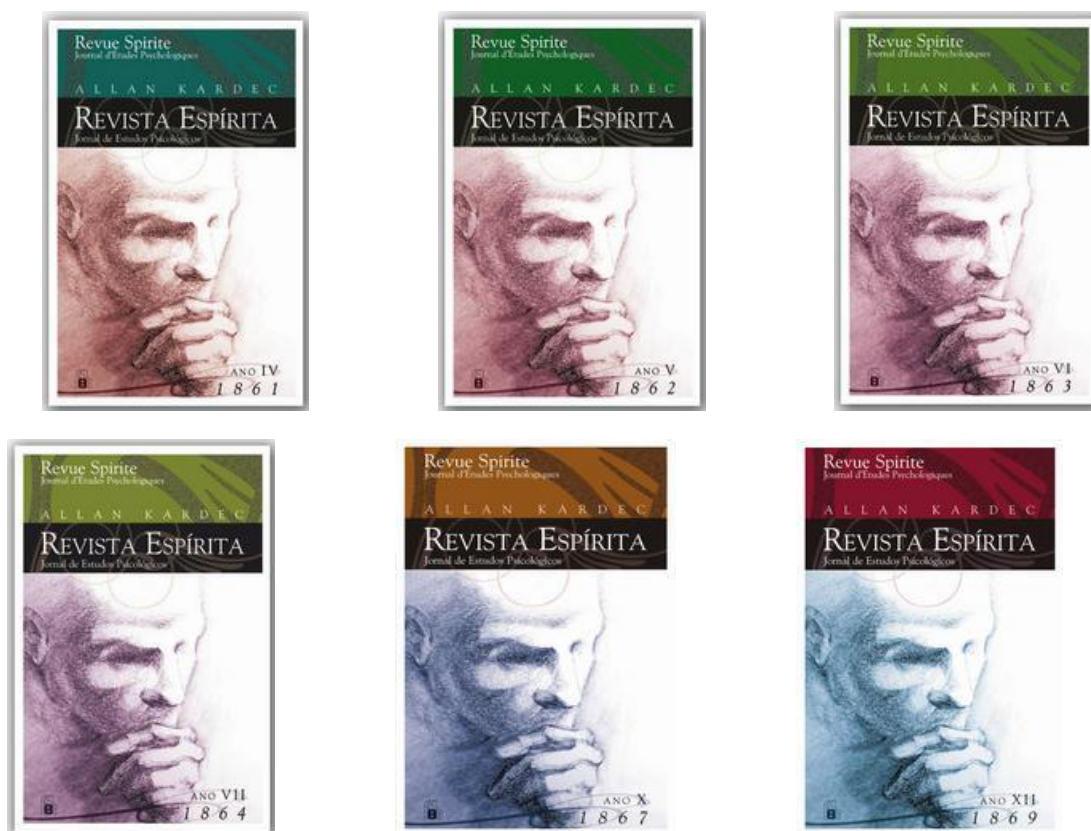
O suicídio também é tratado no livro *Obras Póstumas de Allan Kardec*, livro publicado após a sua “morte”. Nele, a temática pode ser apreciada em várias partes. Chamou-nos a atenção a seção: *Regeneração da Humanidade*, Paris, 25 de abril de 1866, inserida na segunda parte do livro. Trata-se de uma mensagem de um Espírito datada de 1866, o qual fala acerca da fase de transição pela qual passará o planeta terra e sobre a nova geração de Espíritos responsáveis por fundar a era do progresso moral. Neste processo de transição, afirma que os suicídios se multiplicarão em proporções inimagináveis, inclusive entre as crianças.

A nossa inquietação resulta do conhecimento de que, de fato, na atualidade, atos de suicídios realizados por crianças têm sido noticiado pelos meios de comunicação; mais especificamente nas redes sociais, disponíveis na internet. Outro dado já bastante divulgado pela OMS é a informação de que a depressão figura como a “doença do presente século”, além de ser considerada como um dos principais fatores de risco para o suicídio. Conforme explica textualmente o Espírito comunicante, neste momento de transição: “A loucura jamais terá atingido tão grande quantidade de homens que, antes mesmo de morrerem, estarão riscados do número dos vivos”. (KARDEC, 1985, p. 393).

Em nossas leituras, encontramos referência ao suicídio na *Revista Espírita*, produzida por Kardec com o objetivo de divulgar o Espiritismo e, assim, popularizá-lo. A produção e veiculação da revista teve início no ano de 1858, um ano após o lançamento de *O livro dos Espíritos*.

Fotografias nº 31, 32, 33, 34, 34, 35, 36, 37 e 39 – *Revista Espírita*.





Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

No processo de leitura das obras básicas, identificamos que no livro *O céu e o inferno*, lançado no ano de 1865, Kardec veicula textos, com a temática do suicídio, já publicados na referida revista; procedimento bastante comum, atualmente, no mercado editorial, que é veicular artigos de revista no formato de livros ou vice e versa, com o objetivo de atingir diferentes públicos leitores. Vejamos: Revista Espírita Ano I (1858): O suicida da Samaritana e, Problemas morais. Suicídio por amor, publicado com o título: Luís e a pesponteira de botinas. Revista Espírita Ano III O suicida da rua Quincampoix, publicado com o título: O pai e o conscrito. Revista Espírita Ano IV (1861): O suicídio de um ateu, publicada com o título: Um ateu; Revista Espírita Ano V (1862): Duplo suicídio, por amor e dever. Isto foi o que podemos identificar, pois não fizemos um trabalho específico, nem exaustivo, de comparação entre os dois formatos de publicações. A identificação foi possível devido ao trabalho de leitura dos referidos textos, realizada por ocasião dos encontros de estudos sobre a temática do suicídio, no grupo NEPPS.

Identificamos registros sobre a temática do suicídio em nove revistas, das doze que foram publicadas por Kardec. São elas:

Revista Espírita Ano I - 1858 encontramos menção ao suicídio nas seções: O suicida da Samaritana p. 259 (Edição de Junho); problemas morais - Suicídio por amor, p. 396-399 (Edição de setembro) e, Problemas morais – Sobre o suicídio, p. 455-457 (Edição de novembro).

Revista Espírita Ano II - 1859, nas seções: À S. A. Príncipe G., p. 17 (Edição janeiro); Abade François Chesnel, p. 208 (Edição julho); Gothe, p. 13 (Edição junho); Variedades - Lorde Castlereagh e Bernadotte, p.290 (Edição julho); Advertência de além túmulo, p. 454 (Edição de novembro); Resposta ao Sr. Oscar Comettant, p. 461-467 (Edição de dezembro); Um espírito que não se acredita morto, p. 478 (Edição de dezembro) e, Dirkse Lammers, p. 478 (Edição de dezembro).

Revista Espírita Ano III -1860 nas seções: o suicida da Rua Quincampoix, p.366-368 (Edição de agosto); Uma semente de loucura, p. 276-278 (Edição de junho).

Revista Espírita Ano IV- 1861, nas seções: O suicídio de um ateu, p. 89 (Edição de fevereiro); Alfred Leroy, suicida, p. 182 (Edição de Abril); Efeitos do desespero - Morte do Sr. Laferrière, membro do Instituto. Suicídio do Sr. Léon L... – A viúva e o médico, p. 273 (Edição de junho).

Revista Espírita Ano V- 1862 nas seções: O padeiro desumano, p. 213 (Edição de maio); Estatística do suicídio, p. 276 (Edição de julho) e, Duplo suicídio por amor e dever – Estudo moral, p. 291 (Edição de julho).

Revista Espírita Ano VI - 1863, nas seções: Suicídio falsamente atribuído ao Espiritismo, p. 172 (Edição de abril).

Revista Espírita Ano VII - 1864, nas seções: Suicídio falsamente atribuído ao Espiritismo, p. 385 (Edição de setembro); Suicídio falsamente atribuído ao Espiritismo, p.463 (Edição de novembro); Suicídio impedido pelo Espiritismo, p. 465 (Edição de novembro).

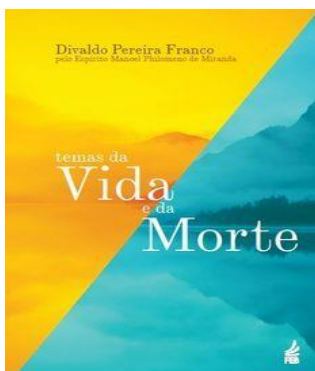
Revista Espírita Ano X - 1867 Suicídio dos animais, p. 81 (Edição de fevereiro). Revista Espírita Ano XII - 1869 Suicídio por obsessão, p. 49 (Edição de janeiro).

Além do chamado o “pentateuco espírita”, os livros publicados por Kardec podem ser considerados de leitura básica. Quanto à literatura chamada de complementar, esta figura como um segmento de fundamental importância para o campo espírita, especialmente a literatura mediúnica⁶⁵.

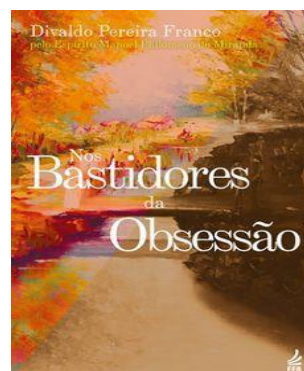
⁶⁵ Sobre a literatura espírita ver Psicografia: verdade ou fé? João Pessoa: Ed. Universitária.

No que diz respeito a literatura mediúnica, esta é muito vasta; vale notar que, neste universo, o médium autor Francisco Cândido Xavier⁶⁶ psicografou mais de 412 livros. Abaixo, elencamos alguns livros psicografados que veiculam a temática do suicídio, dentre outros temas.

Fotografia 40 – Temas da Vida e da Morte



Fotografia 41 – Nos Bastidores da obsessão.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

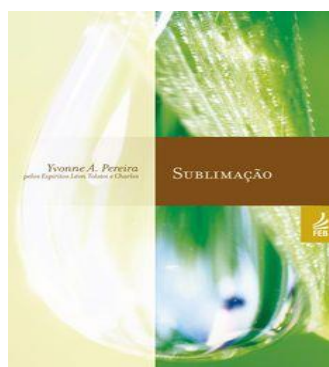
Nos Bastidores da Obsessão e Temas da vida e da morte, ambos ditados pelo Espírito autor *Manoel Philomeno de Miranda* e psicografados pelo médium autor Divaldo Pereira franco. O primeiro, trata de respostas dada pela doutrina espírita à diversos temas relevantes dentre eles, o suicídio. O segundo, que circula na 13ª edição, trata da ação de obsessores sobre os Espíritos encarnados, tema que dialoga fartamente com o suicídio.

⁶⁶ O leitor poderá fazer o download gratuito dos quatrocentos e doze livros psicografados por Francisco Cândido Xavier, e de outros autores, inclusive obras raras, em vários sites na internet. Aqui, disponibilizamos o endereço da Federação Espírita Brasileira disponível em: <http://www.sistemas.febnet.org.br/site/biblioteca/index.php?tipo=%3Ftipo%3Dautores&palavra=francisco+candido+xavie&ano=&pesquisar=Pesquisar>. Acesso em: 10 de Janeiro de 2018. Acesso em: 30 de junho de 2018.

Fotografia 42 – Memórias de um suicida



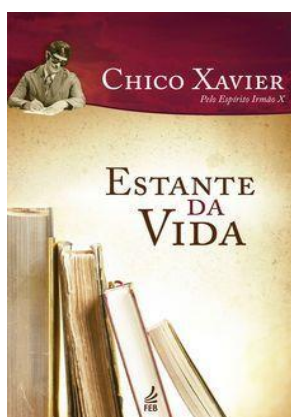
Fotografia nº 43 - Sublimação



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Memórias de um Suicida, ditado pelo autor Espiritual Camilo Cândido Botelho, obra que é objeto de estudo nesta pesquisa e *Sublimação*, ditado pelo Espírito autor, Léon Tolstói e Charles, ambos psicografados pela médium autora, Yvonne A. Pereira. Apresentam relatos de experiências de Espíritos que cometeram o suicídio e as consequências sofridas pelo ato.

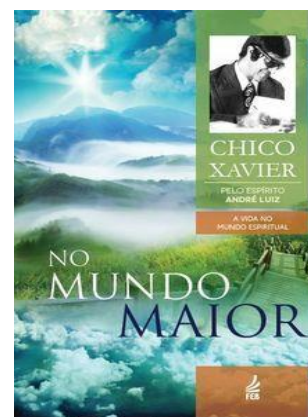
Fotografia nº 44- Estante da vida.



Fotografia 45 -A vida escreve



Fotografia nº 46 – No mundo maior



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Estante da vida, do Espírito Imão X. O livro circula na 10ª edição, trata-se de um livro de crônicas que apresenta reflexões sobre temas variados, inclusive o suicídio. *A vida escreve*, ditada pelo Espírito Hilário Silva, trata, por meio de contos, de fatos da vida cotidiana por meio de diferentes temáticas, incluindo o suicídio. *No mundo maior*, que apresenta casos de atendimentos de Espíritos acometidos de desequilíbrio mental, por diferentes motivos, *epilepsia*, *mongolismo*, suicídio, prática do aborto, dentre outros. Trata-se de tratamentos

realizados sob a luz da psiquiatria e da doutrina espírita, mais especificamente durante o sono físico. Ambas foram psicografadas pelo médium autor Francisco Candido Xavier.

Fotografia 47 – Marta.

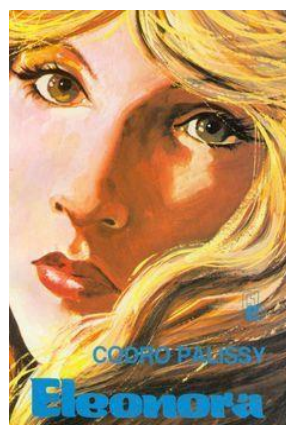
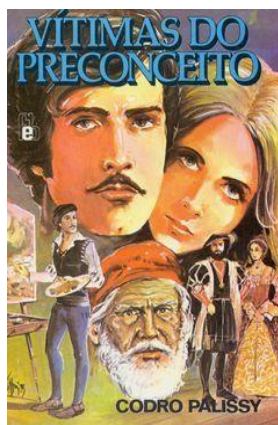


Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Marta, de autoria do autor Fernando do Ó, que narra a história de Espírito envolvido com a temática do suicídio motivado por questão amorosa.

Fotografia 48 - Vítimas do preconceito.

Fotografia 49 Eleonora.

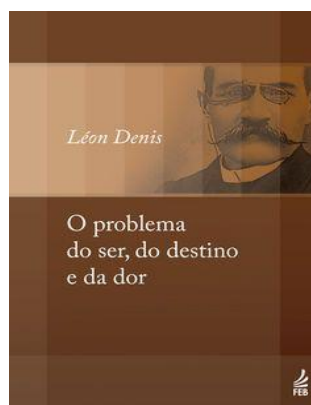


Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Vítimas do preconceito e, *Eleonora*, do autor Codro Palissy. O primeiro, narra a história verídica de pessoas que vitimados por preconceitos cometeram o suicídio e retornam para relatar os sofrimentos vividos como resultante do ato suicida. O segundo, narra a história de um casal que cometeu o suicídio e dos seus sofrimentos no corpo espiritual

Quanto à literatura complementar produzida por estudiosos e pesquisadores espíritas, esta possui o objetivo de divulgar e popularizar o Espiritismo; é também bastante numerosa. Apresentaremos algumas que tratam sobre a problemática do suicídio. Vejamos:

Fotografia nº 50– O problema do ser e da dor



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

O problema do ser, do destino e da dor, do autor Léon Denis que circula na sua 32ª edição. Fundamentado nos princípios espíritas, o autor analisa temas caros ao Espiritismo como reencarnação, a vida no mundo espiritual, sobrevivência do Espírito, suicídio, dentre outros.

Fotografia 51 – Recordações da Mediunidade

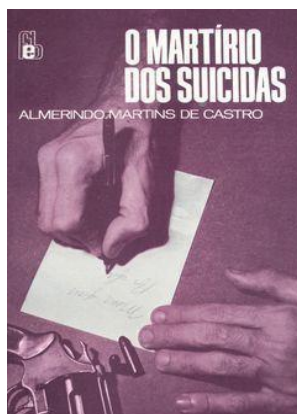


Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Recordações da mediunidade. Neste livro a médium autora, Yvonne A. Pereira, narra experiências vivenciadas com a sua própria mediunidade, com a colaboração do Espírito Bezerra de Menezes. Trata de temas variados e inclusive das consequências resultantes de

mortes violentas para as existências futuras, a exemplo o suicídio. O livro autoral já circula na sua 12ª edição.

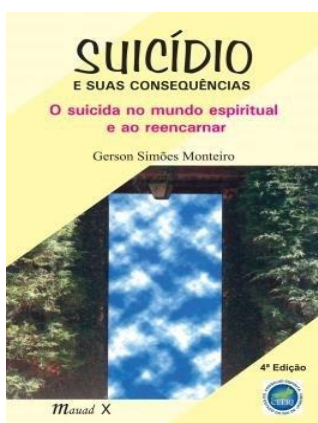
Fotografia 52 – O martírio dos suicidas.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

O martírio dos suicidas, do autor Amerindo Martins de Castro, reúne comunicações de Espíritos suicidas, apresentando as motivações dos suicídios e os sofrimentos após o desencarne.

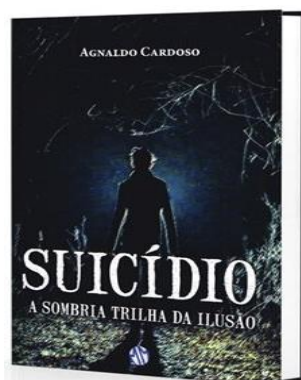
Fotografia 53 – Suicídio e suas consequências.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Suicídio e suas Consequências, do autor Gerson Simões Monteiro, apresenta reflexões sobre o suicídio, a partir de relatos de suicidas extraídos das obras de Allan Kardec, Chico Xavier e Yvonne A. Pereira.

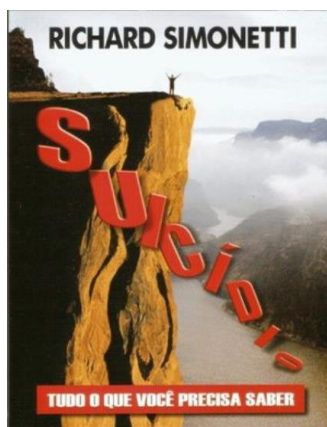
Fotografia 54 – Suicídio: a sombra trilha da ilusão.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Suicídio: A sombria trilha da ilusão, do autor espírita Agnaldo Cardoso, trata das consequências do ato suicida no mundo espiritual.

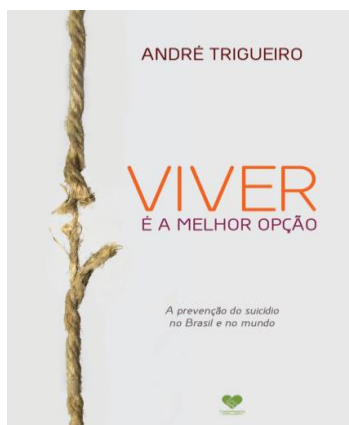
Fotografia 55 – Suicídio: tudo o que precisa saber.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Suicídio: tudo o que você precisa saber, do autor Richard Simonetti, organizado em forma de perguntas e respostas, tem o objetivo de apresentar informações básicas sobre o ato suicida e suas consequências na ótica do Espiritismo.

Fotografia 56 – Viver é a melhor solução.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

Viver é a melhor opção, do jornalista André Trigueiro, escritor e palestrante, mostra o suicídio como um problema de saúde pública, na ótica da Organização Mundial da Saúde; além de apresentar reflexões sobre o tema na perspectiva do Espiritismo.

Na ótica do Espiritismo, o suicídio é a decisão voluntária do Espírito encarnado de antecipar o seu retorno ao mundo espiritual para continuar a sua vivência de Espírito imortal. Neste campo do saber, o homem não tem o direito de decidir sobre a morte do seu corpo físico carnal, pois as regras de controle sobre a vida e a morte deste corpo é uma lei divina criada por Deus, cabendo a ele o uso e aplicação dessas normas e, portanto, a decisão sobre a (não)permanência do Espírito no corpo em cada reencarnação. Desse modo, o suicídio, enquanto decisão voluntária tomada pela pessoa, configura-se como sendo uma transgressão a lei divina. A única situação que foge a esta regra é quando o suicídio é realizado por uma pessoa acometida de loucura, pois segundo explica Kardec, esta não pode ser considerada uma morte voluntária uma vez que esta pessoa está impossibilitada de compreender a dimensão do seu ato. (KARDEC, 2000a, p. 313.).

O Espiritismo enquadra-se como doutrina cristã. Todavia, a culpabilidade do Espírito suicida é considerada de forma diferenciada do olhar cristão apresentado, por exemplo, pelo Catolicismo. Vejamos. O ideário cristão do Catolicismo considera o suicida como um transgressor, cuja infração a lei divina é punida com a ida do réu diretamente para o inferno sem direito, portanto, a estadia no purgatório. O ideário cristão, adotado pelo Espiritismo, defende que o suicida é um infrator da lei divina, todavia discorda quanto à punição definitiva, pois não adota o princípio das “penas eternas”. Neste contexto, o suicida por infligir a lei divina de valorização da vida, sofrerá os efeitos do seu ato, até que se recupere dos efeitos do ato

cometido contra o seu corpo perispiritual -cópia etérea do seu corpo carnal-, em hospitais existentes no mundo espiritual, a exemplo do hospital Maria de Nazaré. Assunto tratado ainda neste capítulo.

Kardec em *O livro dos Espíritos* (2000a, p. 305-317), aponta várias motivações que podem levar uma pessoa a cometer o suicídio. Vejamos:

A insatisfação pela vida sem motivo aparente. Kardec explica que o não sentido para o viver, é um sentimento que se origina da falta da “ociosidade, da falta de fé e geralmente da sociedade”. Kardec explica que um bom antídoto para evitar a produção deste sentimento é o indivíduo trabalhar com a função a qual tem aptidão e ter a compreensão da brevidade da existência terrena, da imortalidade da alma e da continuidade da existência como Espírito.

A fuga das dificuldades e decepções cotidianas; estas são realizadas por Espíritos desprovidos de coragem para suportar os conflitos diários. Neste caso, eles se distanciam da misericórdia divina, uma vez que a regra divina é a colaboração com os que sofrem e não com os que não possuem *força e coragem* para suportar os conflitos diários.

A fuga pela vergonha de ter praticado uma ação inadequada. Neste caso, o suicida é considerado duplamente culpado: por ter antecipado o seu retorno, e por não ter a coragem de viver e sofrer as consequências da ação realizada. “Quando se teve a coragem de praticar o mal, é preciso tê-la para sofrer as consequências” e não fugir praticando o ato suicida explicam os Espíritos a Kardec.

O impedimento do constrangimento e da vergonha que envolve filhos e família. Os Espíritos explicam que Deus leva em consideração sempre a intenção; dessa forma, se o suicida compreendeu que ao sacrificar a sua vida estava fazendo um bem a família, terá a sua culpa atenuada; todavia não deixará de sofrer as consequências resultantes do seu ato, pois demonstrou estar sendo conduzido mais pelas regras humanas do que pelas leis divinas. Outro agravante é que se privou na reencarnação atual dos meios de reparação das suas faltas e deixou de contar com a providência divina, uma vez que Deus considera o arrependimento sincero e o esforço da reparação.

A vontade e esperança de usufruir mais cedo de uma vida considerada melhor. Neste caso, o suicídio é considerado um ato equivocado e desvairado, uma vez que a entrada em um mundo mais evoluído depende da conduta ética do reencarnante, resultante das suas inúmeras experiências reencarnatórias.

O Sacrifício da vida em prol da vida de outros ou a vontade de ser útil aos seus semelhantes. Nestas circunstâncias, se o sacrifício da vida for realizado em prol da felicidade alheia, desprovida de qualquer outro interesse ou sentimento de orgulho, a antecipação do

retorno não será considerada suicídio, pois o ato fica enquadrado na lei da caridade. Todavia, nestes casos extremos, é preciso antes avaliar se viver seria mais útil do que “morrer”.

O entendimento de que a morte é inevitável. Nestes casos, explicam os Espíritos, sempre haverá culpa quando se espera o dia fixado por Deus para o retorno, pois apesar do possível entendimento de que o momento da “morte” chegou, um socorro inesperado poderá ocorrer.

Morte inevitável em que a vida será mantida por alguns instantes. Nesta condição configura-se um ato suicida, pois sempre que a decisão de retornar ao mundo espiritual for do Espírito, haverá transgressão as leis de Deus, configurando, neste caso, em falta de resignação e de submissão à vontade divina.

A não superação da perda de entes queridos e a esperança de reencontro imediato. Nestas circunstâncias, o ato é resultante, segundo os Espíritos, de um “instante de loucura”, pois os suicidas sofrerão aflições maiores do que as que motivaram o suicídio, uma vez que não haverá a possibilidade do reencontro imediato, pelo contrário há o afastamento.

Hábitos que podem resultar na abreviação da vida. Os suicídios que resultam da aquisição de hábitos que podem resultar na abreviação da vida é considerado pelo Espiritismo, tanto um suicídio moral como corporal, pois denota a ausência de confiança em Deus e a falta de coragem em resistir ao hábito. Segundo explicações dos Espíritos, nestas circunstâncias, o suicida é duplamente culpado e, ainda, mais passível de culpa do que aquele que o comete por desespero pois, nestes casos, teve tempo de refletir sobre o ato suicida, enquanto que naqueles cometidos em situação de grande estresse, o suicídio pode ter sido motivado por um certo grau de desvario, comparado a um certo estado de loucura.

No contexto dos hábitos, elenca-se também os hábitos do fumo, da ingestão de certos alimentos, do uso de drogas. Ambos, por danificarem órgãos do corpo humano, estão classificados na categoria suicídio indireto⁶⁷. Na imprudência que compromete a vida, se não houver a intenção e a compreensão de que o ato poderia resultar em morte do corpo, esta não se configura como sendo um suicídio.

Há ainda o hábito cultural. Para ilustrar, Kardec trata sobre a situação de mulheres que, em dadas culturas, queimam-se voluntariamente sobre os corpos dos seus maridos. Neste caso, explica que o ato não se configura como um suicídio porque elas estão obedecendo a uma regra social imposta, um dever social que, muitas vezes, são obedecidos apenas pela força da

⁶⁷ DAOLO, E. R. . Condutas Autodestrutivas: O suicídio Indireto. E-Locução – Revista Científica da FAEX, v. 1, p. 90-101, 2011. Disponível em: https://faex.edu.br/_arquivos/_revistas/503103001333372195_8.pdf. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

imposição. Os Espíritos explicam a Kardec que este hábito e outros similares são considerados estúpidos e bárbaros e se extinguirão com o tempo.

Para o Espiritismo, a indução ao suicídio é um crime, aqueles que conduzem o Espírito a cometer o ato do suicídio, responderão como por um assassinato. Dessa forma, o homem que morre de desespero resultante da pressão sofrida por outrem ou por falta da colaboração de quem poderia impedir o ato suicida é considerado menos culpado do que aqueles que o induziram ou os que podendo impedir o ato não o fizeram. O primeiro responderá pela pressão efetuada, o segundo pela sua negligência.

Por sua vez, o suicida será objeto da indulgência divina, todavia terá que responder pela falta de firmeza e perseverança na busca de soluções para a resolução do seu conflito, terá a sua situação agravada se a sua desistência da vida tiver sido movida pelo sentimento de orgulho que, neste caso, resultou na produção do sentimento de vergonha que o impediu de manter-se pelo trabalho digno em posição social adversa. Conforme a doutrina, há “grandeza e dignidade” naquele que luta contra as adversidades, enfrenta as críticas sociais; por outro lado há estupidez naqueles que sacrificam a sua vida em consideração ao modo de pensar de pessoas fúteis e egoístas que ajudam os que não precisam e abandonam os que precisam de apoio.

Como foi colocado, para o Espiritismo, o suicídio é um ato de infração às leis divinas e, por este motivo, passível de punição. Como princípio geral, todos os atos dos Espíritos, encarnados e/ou desencarnados, são avaliados a partir da intenção de quem pratica o ato, assim, haverá culpabilidade quando houver intenção de praticar o ato e também a compreensão da inadequação do ato realizado às leis divinas. O termo intenção é, portanto, uma palavra-chave neste campo. O ato suicida não foge a esta regra; desse modo, comprovada a intenção voluntária de dar cabo da vida, a penalidade começa a ser aplicada.

Segundo experiências adquiridas por Kardec, por meio do diálogo com os Espíritos suicidas, as consequências do ato suicida são diversas. Também não há uma penalidade fixa, pois estas estão sempre relativas e relacionadas às causas que as motivaram e dependem das circunstâncias em que se deu o ato. Por sua vez, as expiações serão sempre conforme as circunstâncias e proporcionais a gravidade da falta cometida. Alguns Espíritos podem iniciar a expiação imediatamente, outros em uma nova reencarnação, sempre mais sofrida do que a que foi interrompida.

Independente das circunstâncias em que o ato suicida foi cometido, Kardec aponta, no referido livro, duas consequências inevitáveis para qualquer Espírito suicida, a primeira é o desapontamento por descobrir-se vivo e o remorso por haverem cometido um ato inútil, do qual só resultou sofrimento e decepções e o agravamento de sua situação; a outra é o sofrimento do

corpo perispiritual, consequência comum inclusive a todos os casos de morte violenta, ou seja, de interrupção abrupta da vida que são os efeitos causados pela ligação mais ou menos prolongada do perísprito ao corpo carnal.

Isto porque o corpo perispiritual continua com toda a carga de vitalidade prevista e programada para a manutenção da ligação do Espírito ao Corpo durante a experiência reencarnatória. Nos casos de morte natural, a vitalidade deste corpo vai se extinguindo gradualmente coma falência dos órgãos. Todavia, nos casos de morte violenta a cessação da energia vital do corpo orgânico, quando não se extingue antes no momento adequado, causa perturbações dolorosas e sofrimentos, mais ou menos longos, que produzem a ilusão de que o Espírito ainda permanece com unido ao seu corpo orgânico. Esta ligação entre corpo e Espírito, produz uma certa repercussão do estado do corpo sobre o Espírito, que possibilita que o Espírito sinta os efeitos da decomposição e sensações de angústias e horror. Este estado não é uma regra geral, mas pode perdurar até a conclusão do prazo em que a vida deveria ter sido interrompida.

Concluimos esta breve exposição sobre o tratamento dado para o termo suicídio, na ótica dos Espíritos responsáveis pela organização de *O livro dos Espíritos*, afirmando que o suicídio é considerado, neste campo, como um ato condenável, uma infração as leis divinas, passível de produzir efeitos morais e biológicos de grande monte, todavia todas as suas consequências não são configuradas como castigo divino e sim uma expiação que o Espírito infrator se impõe a si mesmo ao infringir as leis da natureza, todas consideradas leis divinas. Kardec conclui as reflexões sobre o tema do suicídio expondo a seguinte explicação dos Espíritos: " (...) se abolirdes os abusos da vossa sociedade e os vossos preconceitos, não tereis mais suicídios." (KARDEC, 2000a, p. 314).

2.3 O cuidado do suicídio na dimensão terrena: orientações da Federação Espírita Brasileira

As atividades básicas do Espiritismo estão registradas no livro *Orientação ao Centro Espírita*. Material organizado, em 2006, pela equipe da Secretaria Geral do Conselho Federativo Nacional da Federação Espírita Brasileira; sob a coordenação de Antônio César Perri de Carvalho e tornado público para o movimento espírita em 2007. O texto, elaborado com o objetivo de orientar a prática, o estudo e a divulgação da Doutrina Espírita, circula como sugestão e subsídios que poderão ser adaptados ao contexto das demandas de cada instituição, todavia não poderá sofrer alteração no seu conteúdo original.

Segundo o documento, todo Centro Espírita deve promover as seguintes atividades básicas: palestras públicas, estudo sistematizado da doutrina espírita, atendimento espiritual, estudo e educação da mediunidade, reuniões mediúnicas, evangelização espírita da infância e da juventude, divulgação da doutrina, serviço de assistência e promoção social, atividades administrativas, atividades de união dos espíritas e de unificação do movimento espírita. Na prática cotidiana dos inúmeros centros, apenas algumas das atividades, acima referidas, são oferecidas; isto porque muitas instituições são desprovidas de espaços e de trabalhadores suficientes para a instalação e manutenção das atividades.

O cuidado com o suicídio existe na doutrina espírita desde a sua fundação. Nos livros da codificação, é possível observar o trato dado ao tema por Allan Kardec. Todavia, é uma problemática que, assim como em outros campos de atividades, também está envolta em tabus, silêncios e silenciamentos, por ser um tema, considerados pelos adeptos, como de grande complexidade,

Com o avanço dos números de casos de suicídios e tentativas de suicídios no país, a Federação Espírita Brasileira (FEB), no dia 5 de setembro de 1993, lançou a Campanha *Em defesa da vida*, -a qual tem como objetos o aborto, as drogas, a eutanásia, a violência, o evangelho, a família e a paz- e nela incluiu o fenômeno do suicídio. A FEB distribui, gratuitamente, livretos sobre cada objeto e, também, disponibiliza-o para download livre em seu portal. Há 24 anos, portanto, que a FEB, preocupa-se em divulgar o seu trabalho com esta problemática. Passemos a observar os movimentos do centro espírita neste campo.

O trabalho entorno do suicídio na casa espírita tem como foco a prevenção do suicídio em pessoas que estão envoltas com o ideário suicida, e a Posvenção, cujo alvo são aqueles que a literatura específica do campo da saúde oficial tem chamado de sobreviventes⁶⁸, ou seja, familiares e amigos e outras pessoas afetadas com o evento da morte voluntária e, por fim, o próprio suicida. Este último, constitui um público alvo singular; o trabalho com esses Espíritos representa um diferencial nos serviços prestados por este campo de atividade neste domínio.

O cuidado com o suicida no domínio do Espiritismo, como de qualquer outro Espírito em estado de sofrimento, pode ocorrer dentro e fora do Centro Espírita, todavia mais especificamente no interior dele. Em qualquer desses espaços, o atendimento se dá, simultaneamente, em duas dimensões: no mundo material e no mundo espiritual. Assim, para

⁶⁸ Sobreviventes é um termo utilizado para se referir aos amigos e familiares afetadas por morte por suicídio de um ente querido. Segundo a OMS. O trabalho com a parentela e/ou amigos íntimos é necessário, tanto nos cuidados a serem prestados a quem tentou o suicídio quanto para aquele perdeu um amigo ou membro da família. Isto porque eles passam a integrar um dos grupos de riscos do suicídio. (OMS - Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros).

cada atividade posta em exercício, em dia e horário específicos, há um trabalho espiritual que a ele se vincula; todavia com diferentes encaminhamentos, uma vez que se trata de trabalhadores, com capacitação específica, e tomada de providências singulares para o mesmo evento.

O atendimento ao suicida no Centro Espírita, no nosso entendimento, ocorre de forma direta ou indireta. Configurando a primeira modalidade, citamos as seguintes práticas: a reunião de estudo e educação da mediunidade, a reunião mediúnica (desobsessão) e a sessão de vibração (irradiação). Acerca do tratamento indireto, citamos as atividades do Atendimento Fraterno, as palestras, as preces, os grupos de estudos realizados dentro da Casa Espírita. Iniciemos com uma breve descrição das práticas de cuidado direto nas dependências do Centro Espírita. Para tanto, utilizamos as orientações da FEB registradas no documento Orientação aos Centros Espíritas (OCE, p. 109), destinado a orientar o funcionamento de atividades no Centro Espírita.

2.3.1 A reunião de estudo e educação da mediunidade e a sessão de desobsessão: o cuidado com o suicida

A reunião de estudo educação a mediunidade é um encontro privado, realizado semanalmente em dias e horários certos, cujo objetivo é o estudo metódico e sistemático da teoria espírita acerca da mediunidade, e também, da educação e da prática mediúnica, fundamentada nos princípios evangélicos e na doutrina dos espíritos. A regra geral a ser seguida é que pode participar dessas reuniões, apenas adeptos efetivos da casa espírita que sejam conhecedores dos fundamentos básicos da doutrina, independentemente de serem portadores de mediunidade ostensiva de psicofonia, vidência e audiência ou nenhuma delas. O grupo pode acolher até 25 participantes. Estes são orientados a participarem de estudos evangélicos disponibilizados pela casa espírita e realizarem a prática de Evangelho no Lar.

A reunião de estudo e educação da mediunidade é composta por um coordenador geral, um coordenador adjunto e pessoal de apoio. Desenvolve-se em dois momentos, o primeiro de estudo gradual da doutrina, dos fundamentos da mediunidade e da moral evangélica. O segundo, a prática mediúnica propriamente dita. Neste momento, dentre os Espíritos que são trazidos ao ambiente da reunião, alguns podem estar na posição de Espírito suicida em estado de grandes sofrimentos, outros já em processo de recuperação e, outros, que já recuperados, trabalham no sentido da prevenção do suicídio. Nestes encontros eles podem dialogar por intermédio dos

médiuns e receberem o tratamento necessário e possível pela equipe espiritual organizadora e condutora da reunião.

No que diz respeito à reunião mediúnica de desobsessão, esta é uma reunião privada de prática da atividade mediúnica. Integram essa atividade trabalhadores ativos que possuem formação espírita e evangélica, prática efetiva da mediunidade, além de condições psicológicas, éticas e morais necessárias à natureza da atividade. Possui o objetivo de prestar amparo e assistência aos Espíritos desencarnados necessitados de reajuste espiritual, visando esclarecê-lo e ajudá-lo por meio do diálogo e, também de adquirir conhecimentos e experiências que auxiliem na transformação moral de todos os integrantes e assistidos. Dessa forma, são reuniões consideradas úteis tanto para os atendidos quanto para os atendentes, pois funcionam como um laboratório cujas experiências permitem observar a aplicação dos princípios da doutrina.

Segundo a FEB, deve integrar essa atividade, um grupo de até 15 participantes assim distribuídos: dirigente e substituto, médiuns ostensivos psicofônicos, psicógrafos, videntes, audientes etc., médiuns esclarecedores, médiuns de passe e a equipe de apoio.

A reunião deve ocorrer em sala específica para os trabalhos mediúnicos. Para o seu bom funcionamento, não é permitido a visita de pessoas não integradas ao grupo ou necessitadas de auxílio espiritual; a evocação de entidades, a solicitação de dados de identificação dos Espíritos comunicantes, a admissão de menores de 18 anos e a manutenção de diálogos prolongados. Todavia, eventuais visitas podem ser permitidas, quando a presença for de utilidade comprovada.

Quanto aos integrantes, estes devem possuir conhecimento básico da doutrina, participar em outras atividades do Centro; cultivar o hábito do estudo permanente da doutrina, da oração, da disciplina, da pontualidade, da assiduidade, da realização do Evangelho no Lar; do aprimoramento moral, baseado no evangelho e na doutrina dos Espíritos, e apresentar condição física e emocional.

A sessão está organizada para funcionar em um intervalo de tempo de até 90min, distribuídos da seguinte forma: uma fase preparatória na qual se lê uma página do evangelho ou doutrinária; em seguida, uma breve prece de abertura; depois, a leitura e o respectivo comentário de uma página do evangelho segundo o Espiritismo ou de o Livro dos Espíritos. Logo após, inicia-se o momento de manifestação dos Espíritos por via mediúnica. Os momentos finais encerram-se com um tempo para “irradiações ou vibrações mentais”; a prece final e a avaliação da reunião pelos integrantes da equipe.

Nesta espécie de reunião mediúnica, realizada com o objetivo específico de amparar Espíritos desencarnados, espíritos suicidas são trazidos para serem reajustados emocionalmente

e também receberem esclarecimentos sobre sua condição de suicidas. São nessas reuniões de obsessão que o atendimento ao Espírito suicida é realizado. Muitos deles chegam em grande sofrimento moral, carregando grandes traumas sem condições de expressarem.

Sessões mediúnicas exclusivamente destinadas ao atendimento de Espíritos suicidas são escassas. Poucas instituições espíritas as realizam. Esse cuidado especial no interior dos Centros Espíritas é um processo que está apenas se delineando. Isto porque em conversa com adeptos do espiritismo, foi expresso a questão de que desde 2014 -coincidindo também com a elevação do número de casos de suicídios e de tentativas de suicídio no Brasil e no mundo-, começou a ser identificado uma grande incidência de Espíritos suicidas, os quais são levados para receberem tratamento nas reuniões mediúnicas, demandando que médiuns, dialogadores e dirigentes -muitos deles surpresos e despreparados para atender a demanda e lidar com a situação- movimentassem-se no sentido de procurar se qualificar tanto para o atendimento da prevenção, quanto da posvenção e também do amparo aos sobreviventes do suicídio. Circunstâncias que estimularam a pensar em maneiras adequadas e convenientes de resolver a situação.

Conforme a coordenadora do Projeto Caminhos⁶⁹, Vânia Reis, enquanto os trabalhadores não se ajustam ao novo contexto, o mais comum é que os Espíritos suicidas sejam atendidos em meio a outros Espíritos sofredores que se comunicam durante a sessão. “A preocupação com esta demanda é muito recente, por isso a escassez de iniciativas e alternativas” explica a entrevistada. “É tudo muito incipiente”, conclui. Nesse sentido, o projeto Caminhos faz parte desta iniciativa de dar conta da formação de trabalhadores para atuar na situação apresentada.

Segundo Schubert (2012, p.98) a manifestação de Espíritos suicidas em sofrimento, quando realizada por médiuns não capacitados para a atividade, pode gerar o seu adoecimento físico e/ou psíquico. As sessões de desobsessão são práticas escassas, pois são poucos o número de médiuns experientes e com grandes capacidades de concentração. Conforme explica a autora (2012, p. 246) os médiuns preparados para o atendimento ao suicida pertencem a uma especificidade mediúnica; nesse caso, o médium já nasce com a condição de posteriormente atuar nessa posição, pois trata-se de compromisso assumido com a prática mediúnica antes de reencarnar.

⁶⁹ Projeto Caminhos Dependência Química, Suicídio e Depressão 2014, elaborado por Renner Leite da Cunha e Vânia Reis. O projeto, como o próprio nome sinaliza, preocupa-se com a formação de trabalhadores para atuar na problemática da dependência química, da depressão e do suicídio, nas dependências dos Centros Espíritas e fora dele.

Sobre reuniões mediúnicas específicas para Espíritos suicidas, Schubert (2012, p.246) relata haver participado, durante um ano, na década de 1980, de um grupo mediúnico que funcionava na Sociedade Espírita "Joanna de Angelis", formado por dez pessoas que se dedicava exclusivamente a comunicações de suicidas. Além da experiência própria relatada, a autora (2012, p.248-249) faz referência a reuniões mediúnicas deste porte, realizadas em Lavras (MG) e das quais participava a médium espírita Yvonne A. Pereira.

Sobre essa atividade, a experiência de observação e o diálogo com trabalhadores do movimento espírita nos permite afirmar que há um certo receio, por parte de alguns adeptos trabalhadores, não só de integrar equipes para atividades específicas com suicidas, como até mesmo de falar sobre o tema do suicídio e do suicida; uma espécie de silenciamento velado. Neste domínio, a temática também está envolta em silêncios os quais vêm sendo quebrados à medida que aumenta a demanda no número de Espíritos suicidas a serem atendidos nas referidas reuniões. Iniciativas vão se delineando em torno da problemática do suicídio na casa espírita, é o que vem ocorrendo com a prática de Irradiação.

2.3.2 A sessão de irradiação: o cuidado com o suicida

A sessão de irradiação mental é “[...] uma reunião privativa de vibração em conjunto para irradiar energias de paz, de amor e de harmonia, inspirada na prática do Evangelho à luz da Doutrina Espírita, em favor de encarnados e desencarnados carentes de atendimento espiritual” (FEB - Orientação ao Centro Espírita, 2007, p. 47). Trata-se de uma atividade de atendimento espiritual aos que Espíritos sofrem, a qual funciona em complementaridade à prática do passe e às demais atividades desobsessivas. O enfermo pode estar presente à reunião, se apresentar condições para tal. Caso contrário, familiares ou amigos vibram pela pessoa ausente, ou indicam à equipe diretora da atividade o nome de quem necessita de vibrações e preces. A finalidade dessa atividade espírita é desenvolver a expansão do pensamento e dos fluidos salutareis, pelo controle da vontade, produzindo imagens mentais positivas, capazes de envolver o necessitado de auxílio, encarnado ou desencarnado, e transmitir-lhe bem-estar físico e espiritual. O roteiro da reunião, que não deve ultrapassar o tempo de 30/40 minutos, resume-se nas seguintes etapas: leitura inicial, e breve, de página de texto espírita; prece sucinta de abertura; irradiações ou vibrações mentais, não superior a dez minutos; prece final. Caso haja possibilidade, o passe pode ser facultado; e magnetização da água -trazidas em garrafas-, pelos benfeitores espirituais.

A sessão de irradiação, também denominada pelos adeptos de vibração, faz parte do conjunto de atividades denominadas pela FEB de atendimento espiritual no Centro Espírita. Trata-se de uma reunião privativa, inspirada na prática do Evangelho à luz da Doutrina Espírita, cujo objetivo é “irradiar energias de paz, de amor e de harmonia” para encarnados e desencarnados necessitados (FEB - Orientação ao Centro Espírita, 2007, p.47).

Participam desta modalidade de sessão, um coordenador e colaboradores treinados na irradiação e disciplinados mentalmente para ato de concentração e sustentação vibratória. Organizada para ser executada em até 1h ela apresenta a seguinte organização: uma leitura preparatória, uma prece de abertura, vibração e uma prece final.

Visando a eficácia da prática a FEB faz recomendações como a utilização de música ambiente suave, uso de livros de mensagens a exemplo dos títulos: Pão Nosso; Caminho, Verdade e Vida; Fonte Viva; Vinha de Luz e Palavras de Vida Eterna para a preparação do ambiente. Quanto aos perfis dos participantes, estes devem ter formação evangélica e doutrinária, “maturidade emocional, bom senso, afetividade, naturalidade e segurança”, além de receberem capacitação contínua (FEB - Orientação ao Centro Espírita, 2007, p. 48).

O livro *Orientação ao Centro Espírita* faz uma exposição sucinta da prática em foco. Outras propostas de realização de sessões ou reuniões de vibração podem ser apreciadas no livro organizado por Moura (2014) intitulado *Mediunidade: estudo e prática - Programa I*⁷⁰, elaborado como material de apoio aos estudos e atividades entorno da mediunidade realizados pelos adeptos nas dependências dos Centros Espíritas. Neste texto, o leitor-adepto pode encontrar várias propostas de práticas de irradiação mental. Nele, é apresentado a conceituação de irradiação com o nítido objetivo de diferenciá-la da atividade de proferir prece. Isto porque as duas atividades são, muitas vezes, executadas pelos adeptos como sendo correlatas. A prece, como veremos adiante, poderá estar associada a atividade de irradiação. (MOURA, 2014, p. 201)

Neste texto, a irradiação é tratada como sendo uma espécie de emissão de fluídos e energias vitais e mentais capazes de fazer vibrar “oscilar, brandir, agitar, mover qualquer fluido ou energia”. Assim sendo, é possível emitir vibração mental para pessoas, lugares, situações etc. (MOURA, 2014, p. 117).

De um modo geral, as propostas de sessões de irradiação apresentadas no texto possuem uma configuração padrão, qual seja: inicia-se com uma irradiação mental, realizada por meio

⁷⁰ MOURA, Marta Antunes de Oliveira (Org), 1946 - Mediunidade: estudo e prática. Programa 1. / Marta Antunes de Oliveira Moura (organizadora). — 2. ed. — 1. imp. — Brasília: FEB, 2014.

da produção de ideias ou imagens, expressa em alta voz, ora pelo dirigente da sessão, ora por pessoa que por ele seja indicado. Durante a fala do dirigente da sessão, os integrantes do grupo o acompanham, em silêncio e com os olhos fechados para evitarem a dispersão. Neste momento, cada participante deverá ouvir o pronunciamento e simultaneamente produzir quadro mentais favoráveis ao objeto alvo da referida prática. Concluída a irradiação, faz-se a avaliação das impressões dos integrantes sobre a vivência e conclui-se a reunião com a execução de uma prece breve de agradecimento.

Há também a proposição do exercício da *mentalização livre*. Neste caso, a sessão poderá ser conduzida pelo dirigente ou um integrante indicado por ele um dos participantes que poderá apresentar livremente o objeto que será o alvo da sessão de irradiação. Todavia, a semelhança dos modelos apresentados, a fala deverá ser acompanhada em silêncio pelos integrantes e a reunião deverá ser avaliada e poderá ser concluída com uma prece produzida por um dos participantes.

Outra proposta de irradiação mental é aquela que é realizada de forma silenciosa e individual, por meio da criação de imagens positivas dirigidas ao um Espírito encarnado ou desencarnado... a uma instituição, uma cidade etc., seguida de avaliação da prática e de prece final. De um modo geral o momento da irradiação é breve em todos os modelos sugeridos. A orientação é que a duração seja de cinco minutos. (MOURA, 2014, p.158)

No que diz respeito a prática da irradiação mental em benefício do suicida há uma mudança significativa. A orientação é que esta seja associada, necessariamente, à prática da prece (MOURA, 2014, p.139). Neste caso, a sessão inicia-se com a produção de uma prece a ser realizada, em voz alta, com o objetivo de preparar o suicida para a recepção das vibrações fluídicas a serem emitidas por meio da irradiação de pensamentos e fluídos salutares produzidas pelos participantes da sessão com o objetivo de aliviar o seu sofrimento. Em seguida, ouve-se os participantes sobre as possíveis sensações e percepções da prática vivenciada. Neste modelo sugerido, a prece realizada em conjunto com a irradiação pode ser considerada como a prece de encerramento da reunião. (MOURA, 2014, p. 139; 151).

Outra visão acerca dessa atividade de vibração pode ser encontrada no material, que funda o *Projeto Caminhos*. Nele, os autores (2014, p. 17) afirmam que a irradiação é “prece focada em alguns alvos”; pode ser “um Espírito [encarnado ou desencarnado], uma situação ou uma localidade” (2014, p.16).

Dentre os alvos beneficiados pela irradiação, encontra-se o Espírito suicida. Neste sentido, há instituições espíritas que, seguindo novas orientações do projeto Caminhos, fazem suas sessões de vibração e nelas passaram a incluir, com maior ênfase, um momento de

irradiação pelos suicidas. Outras, segundo Reis (2014), produzem sessão voltadas especialmente para suicidas, por orientação da espiritualidade que compõem os trabalhadores da casa. Essa prática é considerada como sendo de grande importância para a recuperação do suicida no que diz respeito ao seu corpo perispiritual, a recomposição da sua capacidade de pensar, ou seja, a reabilitação psíquica e física de seus corpos sutis.

No que diz respeito a prática da vibração dirigida apenas ao Espírito suicida, temos conhecimento do momento de vibração realizado no Núcleo de Estudos, Prevenção e Posvenção, grupo que funciona nas dependências do Núcleo Espírita Mensageiros do Bem, situado em João Pessoa, cujo objetivo, desde junho de 2015, é se ocupar especificamente da problemática do suicídio, estudo, prevenção e posvenção.

O NEPPS incorporou o momento de vibração aos suicidas nos seus encontros semanais, em 2016, como uma inserção de proposta feita pelo projeto Caminhos, por ocasião do primeiro encontro de formação organizado pela FEP. Nesta ocasião, considerou-se a necessidade de incluir a prática da irradiação pelos suicidas, como um momento necessário a ser inserido não só na sessão de desobsessão e de vibração como em todas as atividades da casa. Isto por considerar a problemática do suicídio como um tema transversal que deverá atravessar as diversas áreas de atividades da casa.

Até o momento, vale notar que a sessão de irradiação posta em funcionamento pelo NEMB, segundo explicou a dirigente em conversa informal, até o presente momento, não se fazia a inserção do suicida na sessão de irradiação. Este poderá ser a situação de outras instituições onde a inclusão do suicida em tais sessões ainda não foi realizada. Um dos motivos a ser notado, seria o número pequeno de participantes da sessão. Maiores detalhes sobre o funcionamento do grupo, apresentaremos em ponto específico.

Ainda sobre sessão de vibração específica para Espíritos suicidas gostaríamos de registrar a existência de uma sessão que é realizada por um grupo de adeptos que atuam na Federação Espírita Paraibana. Trata-se de um momento de vibração que é realizado virtualmente, por meio do Aplicativo WhatsApp, conforme entrevista com Ana Tereza, adepta responsável pelo departamento mediúnico da FEP, a sessão ocorre pontualmente às 22h, semanalmente toda terça-feira. No horário e dia aprazados, a organizadora do grupo envia, via WhatsApp, uma mensagem para os membros do grupo. Estes leem a mensagem e, logo em seguida, inicia-se a vibração individual e, simultaneamente, “coletiva”. Neste modelo, cada participante fica responsável por concluir o seu momento de vibração, que segundo, afirma não deve ultrapassar o tempo regular de 10min. Não conhecemos relatos de funcionamentos de

sessão de irradiação neste modelo; este até onde nos foi possível saber esta é uma ação pioneira neste campo.

Devido ao caráter emergencial de atendimento ao indivíduo que possui ideário suicida, os organizadores do Projeto Caminhos (2014) orientam aos trabalhadores da casa espírita que serviços de assistência espiritual emergencial, por meio de sessões de vibrações e de desobsessão, devem ser organizadas com o objetivo de aliviar a “influência espiritual” - em forma de “assédio espiritual”-, a qual poderá estar submetido.

Falamos até o momento de três práticas em que o suicida é foco de atenção e de atendimento direto, a reunião de estudo e educação da mediunidade, a reunião mediúnica de (desobsessão) e a sessão de irradiação (vibração). Todavia, considerando a dimensão espiritual dos trabalhos efetuados no Centro Espírita considera-se que há outras atividades nas quais o suicida pode ser indiretamente atendido e orientado quais sejam: Atendimento Fraternal, as palestras, as preces, os grupos de estudos.

2.3.3 O atendimento fraterno no Centro Espírita

O atendimento fraterno pelo diálogo, nomenclatura dada a prática pela Federação Espírita Brasileira, (FEB-orientação ao Centro Espírita, p. 2007), é uma atividade que tem como objetivo atender a pessoa que procura o centro espírita para conhecer o espaço, integrar-se às atividades da instituição, receber ajuda material ou espiritual, ou receber informações gerais sobre a doutrina. Para a organização da atividade, conta-se com uma equipe composta por um coordenador e um número de membros indeterminado e variável, pois depende do número de colaboradores existente na instituição. O trabalho da equipe consiste em atender a demanda advinda da recepção, fazer encaminhamentos e dialogar com os atendidos. A atividade possui a seguinte configuração: o acolhimento, momento em que o atendido informa o motivo da sua ida e recebe orientações gerais sobre o funcionamento da casa; o diálogo propriamente dito, onde falará de suas inquietações, receberá orientações evangélicas e doutrinárias e será orientado, se for o caso, a frequentar posteriormente atividades compatíveis com a necessidade apresentada. Por fim, se necessário, será encaminhado, após o diálogo, à sessão de explanação do evangelho, em seguida, para à sessão de passes. Estabelecer um diálogo com um atendente, por meio desta prática, propicia ao atendido a possibilidade de expor suas inquietações de forma segura, livre e individual.

O Projeto Caminhos (2014), instrui os trabalhadores do centro espírita no atendimento fraterno de pessoas com ideação suicida e dos “sobreviventes do suicídio”. Segundos os responsáveis pelo projeto, de um modo geral, o acolhimento aos que chegam a casa espírita é atribuição de todos os voluntários e não está restrita, apenas, a equipe da recepção. O atendimento na casa espírita está sustentado por três pilares: *o consolo, o esclarecimento e a orientação*. Assim, se é notório a presença de pessoa cuja aflição não lhe dê condições de esperar ser atendido no momento do atendimento fraterno, a orientação é que seja acolhida por outro voluntário que deverá buscar aliviar-lhe o sofrimento. Para tanto, deve procurar mantê-la no espaço do centro para que possam ser atendidos pela espiritualidade que atuam na casa.

Outra orientação para os voluntários sobre os “primeiros socorros” aos atendidos de um modo geral, é que estes devem estar atentos e observar, dentre os que chegam, os que estão acometidos de inquietação e/ou tristeza para que deles se aproximem e tentem estabelecer um diálogo, e, simultaneamente colocar-se em estado de prece silenciosa, pois segundo explicam, há casos em que apenas a emissão da prece já contribui no alívio das emoções em desequilíbrio, em outros momentos, o alívio só ocorre com o desabafo do atendido.

No que diz respeito ao perfil dos trabalhadores do atendimento fraterno nos cuidados com o problema do suicídio, explica que todos os trabalhadores devem estudar e compreender aspectos centrais em torno do suicídio; assumir uma posição cristã, aceitando o outro com todos os conflitos que ele carrega no momento do atendimento; manter-se em estado de prece; comportar-se como um aprendiz, portando-se simultaneamente com flexibilidade e firmeza; ter disciplina no trabalho, no horário, na assiduidade; cultivar o hábito da oração individual e coletiva; manter discrição e evitar comentários.

Se o atendido está aberto ao diálogo, este deverá ser estabelecido tendo como fundamento os ensinamentos de Jesus, sem julgamentos, sem censuras ou condenações, procurando compreendê-lo a partir do seu ponto de vista. Se apenas deseja falar, deverá ser escutado com carinho e atenção, neste caso o atendente deverá se manter em prece, enquanto escuta. Independente de qual seja os problemas descritos estes não devem ser minimizados, uma vez que os fatos são recebidos com valorações diferentes, causando sofrimentos singulares para cada pessoa. Dessa forma, orientam, os autores, que dizer simplesmente que ‘vai passar’ ou ‘tudo vai ficar bem’ é minorar o sofrimento do outro.

Em ambas situações descritas, o ponto fundamental do atendimento é que o atendido confie que há Espíritos desencarnados conduzindo os trabalhos espirituais de atendimento na casa.

No caso específico de Atendimento Fraterno de pessoas com ideação suicida ou sobrevivente do suicídio, os autores do projeto também orientam os trabalhadores sobre

cuidados especiais. Nestas circunstâncias, o atendente deve estar atento a três aspectos considerados importantes: expressões específicas utilizadas pelo atendido; identificação de contexto de riscos e, também de contexto de apoio. Se identificados um desses aspectos, ele não deve elaborar diagnóstico, todavia deverá orientá-lo a buscar um profissional que colabore com a sua cura.

Durante o diálogo é possível que o atendente -quando experiente na prática de escuta-, possa identificar no atendido, por meio da análise de expressões específicas enunciadas, a possibilidade de que o mesmo esteja acometido de ideação suicida. Expressões como “eu preferia estar morto”, “eu não aguento mais”, “estou cansado da vida”, “eu queria dormir e não acordar mais”, dentre outras, podem funcionar como uma sinalização de que o atendido possa estar pensando em dar cabo de sua vida.

Quanto aos contextos sociais de risco que possam favorecer ao surgimento do ideário suicida, estes devem ser também levados em consideração. Dentre eles estão os problemas familiares, perda de emprego, casos de suicídios na família, traumas diversos, sentimentos de baixo autoestima ou de desesperança. Identificadas essas situações, a atenção deverá ser redobrada. Sobre contexto de apoio e proteção aponta, o envolvimento com a família, com a crença religiosa que professa, a procura de cuidados médicos, dentre outros.

Acerca do tempo de permanência do atendido no Atendimento Fraternal, os autores, orientam que o tempo empregado, em geral, deve ser o necessário para que o seu estado de ânimo possa ser melhorado. Nos casos de lidas com o público específico em foco, ele poderá ser elástico, todavia apenas o suficiente para oferecer o atendimento necessário.

Os autores tratam sobre alguns temas que poderão ser objetos durante o diálogo. Se caso o atendido for espírita, a indicação é que se converse sobre os seguintes princípios: a reencarnação, a evolução, a vida como um dom divino, o perdão, o amor a si, a Deus e ao próximo, a caridade e a compaixão para consigo e para com o outro. Caso seja de outra religião, a orientação é que seja falado sobre a ideia universal de um Deus criador, de Jesus, e da importância de intensificar as práticas religiosas da fé que professa. No caso de ateus, o tema central deverá ser o amor a si mesmo e ao próximo e a sua importância e necessária presença na vida de seus entes queridos.

Para os espíritas os autores recomendam orientações básicas como fazer preces diárias, fazer Evangelho no lar, participar de palestras doutrinárias, tomar passe e beber Água fluidificada. Outras orientações seriam a indicação de livros, filmes e atividades que possam melhorar o estado emocional, e também a doação de livros de mensagens, ou de mensagens individuais.

No caso específico dos *sobreviventes*, a orientação é a mesma acima referida. O atendimento deve estar centrado na escuta do desabafo e do desapontamento com o suicídio do ente querido. Neste caso, o atendente deve orientar a necessidade do respeito e na aceitação do ato cometido pelo suicida, na lembrança da bondade e da misericórdia divina, na ação dos Espíritos cuidadores, na necessidade de fazer preces, no retorno periódico ao Atendimento Fraterno.

Em todos os casos de atendimento de em que haja eminente risco de vida, é orientado também que atendente registre informações como nome, endereço, telefone pessoal e de um telefone para contato para que possa, sem alardes, entrar em contato para alertá-los sobre a situação de risco. Outra providência é fornecer endereços de todas as instituições da rede de atendimento disponível para atender a demanda desta problemática.

Quando um parente de uma pessoa que morreu por morte voluntária se apresenta no atendimento fraterno para dialogar com o atendente e conta a sua problemática entorno do suicídio do parente, ele deve ser orientado pelo atendente a dar o nome do seu ente querido que para que este passe a ser atendido pela equipe espiritual de trabalhadores que atuam no local. Por sua vez, o atendido durante o tempo que está dialogando, recebe assistência dos trabalhadores desencarnados, por exemplo por meio de passes magnéticos. Se nesse intervalo, o atendente, enquanto escuta suas queixas emite uma oração em benefício do atendido e do parente desencarnado, ambos serão beneficiados. Conforme os princípios da doutrina espírita, no momento do atendimento fraterno há um trabalho de prevenção e posvenção que auxilia tanto o atendido quando o parente desencarnado por suicídio, este de forma indireta, pois o pedido de socorro veio por meio do parente que está em sofrimento, resultante do evento de morte.

Por meio desta atividade, um indivíduo com ideário suicida ou um familiar em sofrimento por perda de parente por morte voluntária que procura o Centro em busca de aliviar a sua dor, o suicida ou suicidas que a ele, por ventura esteja associado, é trazido para ser atendido na casa espírita. Estes Espíritos mantêm vinculação com o atendido, ora por ter um vínculo parental, ora por estarem na posição de obsessor induzindo-o ao suicídio. Seja por qual for o motivo apresentado, o atendido que vai em busca de ajuda, em consequência, colabora, muitas vezes que do fato tenha conhecimento, com atendimento de Espíritos suicidas. Quanto ao atendente, este enquanto dialoga, pode colaborar lhes emitindo vibrações por meio da oração e, orientado o atendido quanto a necessidade de orar pelo parente suicida. O atendimento fraterno é um exemplo de uma prática em que o contato direto com o suicida não se efetiva, todavia ele recebe os benefícios através do atendimento realizado a pessoas de sua relação.

2.3.4 As palestras: o tratamento coletivo

As palestras públicas onde são tratadas temáticas específicas sobre o suicídio são ações consideradas de grande colaboração para este público alvo. Conforme orientação doutrinária, nestes momentos, Espíritos suicidas em tratamento poderão ser levados pelos seus Espíritos tutores para serem orientados por meio da doutrinação realizada pelo orador. Por esse motivo, os responsáveis pelo Projeto Caminhos (2014) asseveram a necessidade da inclusão da temática do suicídio nas reuniões públicas; assunto que vinha recebendo pouca atenção, devido aos silêncios que entravam a sua veiculação dentro do próprio movimento espírita.

Depois da primeira apresentação do Projeto Caminhos pelos seus fundadores, é possível notar uma certa movimentação de oradores em torno desta temática nos Centros Espíritas do nosso Estado. Fato fácil de se identificar, pois os convites para palestra circulam em grupos espíritas, via internet, no aplicativo WhatsApp. Circunstâncias que sinalizam que o projeto tem, de fato, “aberto caminhos” acerca da quebra do silêncio que gira entorno desta problemática. Segundo os responsáveis pelo projeto (2014, p.14-15), a temática do suicídio e sua prevenção deve estar presente de forma contínua, atravessando todas as atividades do Centro Espírita.

Um modo de cuidado contínuo aos Espíritos desencarnados em sofrimento é a prática da oração. Esta é uma atividade que está presente em todas as práticas espíritas, na abertura das atividades e na sua conclusão. Pode ser incluída como atendimento indireto ao suicida, em todos os momentos de orações, realizados na casa espírita, especialmente quando seus nomes são inseridos nas preces efetuadas. No caso das palestras públicas, quando seus nomes são citados eles recebem os benefícios da oração coletiva.

2.3.5 O lugar da prece no cuidado com o suicida

O ato de produzir preces pelos mortos recebe tratamentos diferenciados a depender do contexto social em que estejam inseridos. O Espiritismo aponta três tipos de circunstâncias em que a prece poderá ser proferida: situações de alegria, de louvor e de sofrimento. De um modo geral, a prece pode ser realizada a sós ou em grupo, em qualquer lugar e horário, em silêncio ou em voz alta, conforme as circunstâncias.

Em situações de sofrimentos, a prece é passível de ser dirigida aos Espíritos que estão em sofrimento pelos mais variados motivos. Orar pelos sofredores é uma prática bastante difundida no Espiritismo, mais especificamente pelos sofredores que estão na condição de

“mortos”. Há, portanto, controvérsias em torno da ideia da necessidade do ato de orar pelos mortos, mais especificamente, morte por suicídio.

Entre as preces apresentadas na coletânea do capítulo XXVIII de *O Evangelho Segundo o Espiritismo* (2000c), produzidas com o objetivo de beneficiar os “mortos”, encontra-se uma proposta de produção de prece dirigida ao suicida. Antes de apresentar as preces, Kardec (2000c, p.122-72) faz um pequeno prefácio, com o objetivo de veicular princípios espíritas. No caso do suicida, ele explica sobre quem recai o direito de dispor da vida e a punição severa que cabe ao infrator deste fundamento. Conforme o Espiritismo, o suicida é comparado a um prisioneiro que foge da prisão antes do cumprimento da pena. Vejamos a prece, na íntegra.

Sabemos, ó meu Deus, qual a sorte que espera os que violam a tua lei, abreviando voluntariamente seus dias; mas também sabemos que infinita é a tua misericórdia. Digna-te, pois, de estendê-la sobre a alma de N... Possam as nossas preces e a tua comiseração abrandar a acerbidade dos sofrimentos que ele está experimentando, por não haver tido a coragem de aguardar o fim de suas provas. Bons Espíritos, que tendes por missão assistir os desgraçados, tomai-o sob a vossa proteção; inspirai-lhe o pesar da falta que cometeu. Que a vossa assistência lhe dê forças para suportar com mais resignação as novas provas por que haja de passar, a fim de repará-la. Afastai dele os maus Espíritos, capazes de o impelirem novamente para o mal e prolongar-lhe os sofrimentos, fazendo-o perder o fruto de suas futuras provas. A ti, cuja desgraça motiva as nossas preces, nos dirigimos também, para te exprimir o desejo de que a nossa comiseração te diminua o amargor e te faça nascer no íntimo a esperança de melhor porvir! Nas tuas mãos está ele; confia na bondade de Deus, cujo seio se abre a todos os arrependimentos e só se conserva fechado aos corações endurecidos.

A prece inicia-se fazendo menção a responsabilidade daqueles que violam as leis divinas por meio do ato voluntário do suicídio; faz referência também a questão da existência da misericórdia como atributo que enquadra o infrator como sujeito merecedor de chamar a atenção da divindade para a resolução de sua problemática, tanto por meio da prece formulada por si, quanto por outrem em seu favor.

Nestas circunstâncias, a prece é realizada com o objetivo de pedir que os sofrimentos do infrator “acovardado” possam ser atenuados, uma vez que inexistia a possibilidade de extingui-los; evocar a proteção dos Espíritos superiores, enquanto cuidadores e cumpridores das ordens divinas e encarregados de dar assistência aos sofredores de um modo geral, e ao suicida, em específico. O pedido gira em torno de atribuições que lhe são dirigidas, como

protegê-los e estimulá-los ao arrependimento e ao ânimo de querer reparar o seu equívoco, por meio de novas experiências a serem vivenciadas, em futuras reencarnações.

O texto da prece refere-se também a influência de Espíritos envolvidos na produção da ação de morte voluntária do infrator, dado que sinaliza que a ação do suicídio pode ser realizada por “autores múltiplos” numa espécie de coautoria; “afastai dele os maus Espíritos que possam de novo levá-lo ao mal e prolongar-lhe as penas fazendo-lhe perder o fruto de suas futuras expiações”, afirma Kardec (2000c, p. 344) [grifos nossos].

Por fim, a prece é concluída com o pedido de que ela possa atuar no infrator aliviando-lhe as amarguras e produzindo o sentimento de esperança por dias melhores; lembra ainda que, o não arrependimento e a falta de confiança nos atributos da divindade, poderá retardar a misericórdia divina sobre o sofredor. Conforme Kardec (2000c, p.362) Deus ampara todos arrependidos, todavia se conserva “fechado aos corações endurecidos”. Essa informação justifica o fato de que a principal ação dos Espíritos é inspirar no infrator o desejo do arrependimento para que a ligação com o divino possa ser estabelecida e os resultados dessa relação possam ser usufruídos pelo Espírito em sofrimento.

No prefácio à prece, Kardec, afirma que o suicida “quando preso de novo, é mais severamente tratado”. Todavia, conforme explica na prece “a sorte que espera os que violam a tua lei” não é um castigo divino, uma punição eterna pela infração a Lei, mas a experiência dolorosa de sofrer no corpo perispiritual os resultados do ato provocado voluntariamente, por isso precisa de tratamento e da colaboração de Espíritos cuidadores, como veremos na subseção 3.4.

O espiritismo atribui à prece o status de terapêutica de incontestada eficiência no trato daqueles que sofrem por infringirem as leis divinas. A ideia da eficácia da prece ganha reforço por meio da obra mediúnica, mais especificamente dos livros da autoria espiritual André Luiz. Em suas obras, há bastantes registros de como se dá a eficácia da prece enquanto terapia. O autor oferece muitos exemplos de como ela pode atuar colaborando na reorganização do corpo Perispiritual do Espírito. Todavia, no que diz respeito ao suicida, é o Livro *Memórias de um suicida* (2004) - de autoria espiritual do Espírito Camilo Cândido Botelho e autoria mediúnica da médium Yvonne do Amaral Pereira-, que veicula, reforça e sedimenta o princípio da eficácia da oração no tratamento dos Espíritos suicidas.

No livro, os enunciadores explicam que o Espírito suicida, devido ao desencarne antecipado, leva consigo grande carregamento de forças vitais animalizadas que deveriam ser extinguidas, pouco a pouco, ao longo de sua encarnação. Em consequência do ato brusco, a sua organização emocional e vibratória, fica também prejudicada. Neste processo de desencarne,

muitas vezes, o suicida é acometido de loucura, fúria, raiva, culpa, insatisfação, perdendo a capacidade de raciocinar devidos aos efeitos de sua própria vibração desorganizada. Nestas circunstâncias, ele perde a sensibilidade dos contatos que poderiam lhe trazer alívio aos sofrimentos decorrentes e, apenas a prece emitida por outros em seu favor, pode, após certo período de tempo, alcançá-lo e aliviá-lo (BOTELHO, 2004, p. 09;18;19).

O Enunciador Botelho, no referido livro, descreve um relato sobre um aparelho existente no mundo espiritual, no hospital da Colônia Mari de Nazaré, o qual tem a função de registrar e transmitir as preces dirigidas aos suicidas, todavia apenas aquelas realizadas com vontade “sincera” são capazes de emitirem vibrações que se harmonizam às ondas magnéticas transmissoras do tal aparelho, tornando-as audíveis. O aparelho possibilita também a visão da imagem de quem as produziu, esteja na condição de Espírito encarnado ou desencarnado.

Segundo explica, trata-se de um delicado aparelho que há em cada dormitório do hospital. Estruturado por substâncias magnéticas, o instrumento acumula potenciais de “atração, seleção e transmissão” que veicula imagens e sons emitidos pelos enunciadores das preces emitidas, por meio de uma “região espelhenta” - acreditamos que seja uma espécie de tela, semelhante a que encontramos em aparelho de TV. Botelho chama este processo de comunicação de “visitais mentais”.

De um modo geral, as preces são recebidas com satisfação, pois os suicidas comumente queixam-se da angústia causada, muitas vezes, pelo esquecimento do qual são vítimas, e pela privação de informes sobre seus familiares. O texto faz referências ao consolo e a esperança que as preces emitidas por adeptos do Espiritismo, em suas atividades rotineiras, têm causado aos suicidas que delas são objetos. (BOTELHO, 2004, p.40; 67)

Na colônia a prece é utilizada sempre na abertura de qualquer atividade com objetivo de possibilitar o recolhimento para receber a colaboração dos Espíritos ou para dar início ao trabalho. Nestas circunstâncias, elas são dirigidas a Deus, a Jesus e a Maria de Nazaré. (BOTELHO, 2004, p.72). Quando súplicas são endereçadas a Maria de Nazaré em prol de um suicida, ordens são imediatamente expedidas pela mesma aos mensageiros e distribuídas aos postos socorros e “asilos de suicidas”, vinculados a Legião de Maria. Em cumprimento as ordens, estes procedem a busca e resgate de suicida. (BOTELHO, 2004, p.106)

A prece, como já foi colocado, pode ser feita para qualquer Espírito que esteja precisando de recobrar a serenidade; no caso dos suicidas, pode ser realizada com o objetivo de ajudá-lo, por exemplo, a expelir da mente a visão “macabra do acontecimento de sua morte”, situação que lhe causa muito sofrimento. (BOTELHO, 2004, p. 772).

Cada pensamento, e/ou expressão carinhosa, que se emite em prol de um suicida, em curtíssimo espaço de tempo entra em conexão com o divino e retorna em forma de “misericórdia, esperanças, bálsamos” (BOTELHO, 2004, p 78). Assim, o Espírito que não recebe preces de entes querido, seja por porque estes estão impossibilitados de emitirem por estarem com a conexão parcialmente quebrada -devido a lei do esquecimento e da reencarnação-, seja porque foi de fato esquecido por parentes insatisfeitos com a sua atitude. Nestes casos, ele não fica sem assistência, pois outros Espíritos de suas relações anteriores e seus mentores lhes prestarão a devida assistência por meio da prece.

No livro, é veiculada a informação de que a prece feita em favor de um suicida, veicula consolações, constituindo-se em valioso recurso de socorro em seu favor, pois acionam vibrações necessárias ao tratamento que funciona como um bálsamo no alívio dos sofrimentos. Para o Espiritismo, não emitir orações aos parentes mortos por suicídio -por entenderem ser inútil devido a sua situação irremediável-, é considerado um grave erro de compreensão do princípio da evolução a que todos os Espíritos estão submetidos.

Aquele que ora por um Espírito que cometeu suicídio, torna-se um colaborador voluntário da Legião de Maria, nas atividades de alívio e de reeducação de Espíritos em sofrimentos, mesmo que deste fato não tenha o entendimento. (BOTELHO, 2004, p.106)

O livro aponta o suicídio como o ato mais trágico que o Espírito, dotado de raciocínio e de livre arbítrio, pode realizar, em consequência aponta para o suicida como o transgressor da lei divina que, mais do que qualquer outro infrator, carece de ser convertido. Nestas circunstâncias, o ato de orar entra como um estímulo a ação do arrependimento que marca o início da conversão e do tratamento.

No cotidiano da colônia, o exercício da prece -juntamente com o hábito da autoanálise- está presente em todas as atividades realizadas pelos Espíritos servidores da colônia. Especialmente no tratamento nomeado de “higienização fluídica” cujo objetivo é a reeducação mental do enfermo; prática que possibilita o estabelecimento da conexão com os Espíritos superiores, para que, em sintonia com as suas vibrações, possam receber deles o benefício que necessitam. Sobre a eficácia da prece para os Espíritos suicidas, vejamos o relato de Camilo:

A prece, que aprendi a praticar, tornando-a em manancial indispensável à minha pobre alma, as súplicas veementes que aprendi a dirigir a Maria, concederam-me a trégua precisa para reunir os pensamentos atropelados pelo desespero e fixá-los no bom raciocínio... acontecimento que foi a chave áurea para a solução dos muitos problemas por mim considerados insolúveis... (BOTELHO, 2004, p.136).

A prece, conforme o referido narrador, elaborada com humildade, e de forma continuada, equilibrou o seu estado emocional, que beirava a loucura, e o fez recobrar a lucidez.

Dentre as atividades de colaboração efetuada pelos Espíritos está a de estimular os suicidas a fazerem preces, uma vez que ela é considerada um recurso salvador, capaz de reabilitá-los do Estado de sofrimento em que se encontram. A prece é uma terapêutica que é dirigida diariamente aos suicidas, tanto aos que se encontram exilados no espaço do manicômio, quanto àqueles que reencarnam e continuam sob os cuidados dos Espíritos colaboradores da colônia (BOTELHO, 2004, p. 152).

A prece é necessária porque ela é o único meio de serenar os pensamentos diante das tormentas, permitindo que eles possam entrar em sintonia com os Espíritos que atuam nos planos superiores e assim conseguir a colaboração para a edificação. Por essa razão, na colônia, ela é ensinada numa espécie de curso iniciático a que todo suicida deve necessariamente se submeter para aprender a manter a “conjugação mental”. A prece, sincera, sentida e inteligente, é considerada a “chave áurea”, capaz de abrir os canais de comunicação com Deus e os seus benfeitores e deles receber a força, a confiança inspiração necessária para se conduzir nas lutas cotidianas das inúmeras reencarnações.

Nestas circunstâncias, os Espíritos evocados agem, não abreviando o sofrimento do desencarnado, mas proporcionando alívio e estimulando o infrator ao arrependimento, a vontade de mudar de comportamento, preparando-o para receber o consolo, a esperança e o esclarecimento.

2.3.6 Os grupos de estudos e o cuidado com o suicídio: Núcleo de Estudos, Prevenção e Posvenção do Suicídio (NEPPS)

No contexto do Espiritismo, todas as atividades de prevenção atuam esclarecendo, orientando e acolhendo, tanto encarnados quanto desencarnados. Dessa forma, os grupos de estudos postos em funcionamento na casa espírita assumem essa função. Por exemplo, um grupo de estudos constituído para estudar as obras do autor espiritual André Luiz ou um grupo formado com o fim de analisar as obras da autora espiritual Joana de Angeles, tanto orienta aqueles integrantes que a eles se filiam como membro, como também Espíritos sofredores que são levados por seus Espíritos tutores ou mentores para receberem a orientação que necessitam naquele momento.

Em nossa atuação, como membro participante de grupo de estudos e educação da mediunidade no Núcleo Espírita Mensageiros do Bem, recebemos, por via mediúnica, pela mediunidade de psicofonia de um dos médiuns em atividade neste Centro, a informação de que

os Espíritos são matriculados nos cursos que o Centro Espírita oferece e deles participam para a compreensão da sua condição de existência em alguma temática específica.

Assim sendo, os grupos de estudos instituídos na casa espírita permitem que um número bastante ampliado de membros faça parte deles, dentre eles os desencarnados. Dentro desse contexto, Espíritos suicidas também são trazidos para serem orientados de sua condição, uma vez que muitos deles desconhecem a sua condição de suicida, dentro da conceituação adotada pelo Espiritismo de suicídios diretos e indiretos.

Grupos de estudos que lidam com a temática específica do suicídio ainda são pouco numerosos. De fato, a preocupação de estudar o suicídio no Centro Espírita é muito recente. Assistimos a algumas ações mais efetivas neste sentido, a partir de 2015. Neste ano, em 07 de agosto de 2015, em Curitiba, por exemplo, foi lançado um grupo de estudos Espíritas sobre o Suicídio, organizado e coordenado pelo psicólogo, escritor e professor Marlon Reikdal.

Em João Pessoa, no Centro Espírita acima referido, foi formado um grupo de estudos específicos sobre o suicídio: o Núcleo de Estudo, Prevenção e Posvenção do Suicídio (NEPPS), como o próprio nome sinaliza, ocupa-se especificamente da problemática do suicídio. Neste contexto, figura como ação de assistência espiritual ao Espírito encarnado e desencarnado. O núcleo inspirou-se na Campanha “Em Defesa da Vida”, lançada pela Federação Espírita Brasileira (FEB), acima referida.

Em nível estadual, o NEPPS compõe o cenário das mais recentes ações postas em funcionamento pela Federação Espírita Paraibana (FEP), por meio dos Centros Espíritas a ela vinculadas. No que diz respeito a esfera municipal, as ações do núcleo são desenvolvidas na cidade de João Pessoa, nas dependências da instituição *Núcleo Espírita Mensageiros do Bem*⁷¹. Neste espaço, o NEPPS integra, pois, o conjunto de ações realizadas por esta instituição em torno da assistência espiritual a desencarnado e encarnado. Para maior esclarecimento do leitor, passamos a descrever como ele está constituído, quais são os seus objetivos e como funciona.

O Núcleo de Estudo, Prevenção e Posvenção do Suicídio emergiu por meio da autora deste trabalho. Começou a ser gestado em janeiro de 2015 pela autora desta tese, e foi posto em execução no dia 03 de junho de 2015. No seu processo de formação e organização, contou com a colaboração da Prof. Maria José Pinho - dirigente da instituição espírita Núcleo Espírita Mensageiros do Bem, local onde a ideia nasceu, tomou corpo e foi, posteriormente, posta em execução. A contribuição da referida colaboradora deu-se no âmbito das obrigações resultantes

⁷¹ O Núcleo Espírita Mensageiros do Bem (NEMB), está situado à rua Professora Leocádia Prestes, s/n, Bairro dos Ipês, João Pessoa – PB. O NEPPS está com suas atividades, temporariamente paralisadas, desde novembro de 2018, devido a inexistência de trabalhadores voluntários, necessários para a excelência do seu funcionamento.

da posição que ocupa na instituição e teve como foco a avaliação e aprovação dos fundamentos que a constituem, sua organização e o seu modo de funcionamento. Desde o início de sua execução, a referida ação conta com o trabalho das voluntárias Prof. Luzimar Gonçalves da Silva Nascimento e da Prof. Jaismar de Oliveira.

Inicialmente intitulada Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Suicídio (GEPS), a atividade teve o seu nome modificado durante o processo de registro cartorial do logotipo e do texto fundador que a representa-, para Núcleo de Estudos, Prevenção e Posvenção do Suicídio. A mudança, é necessário notar, foi realizada apenas em sua nomenclatura e não na propositura de suas ações - por necessidade de preservação da sua identidade.

A fundação e existência no NEPPS estão fundamentados na necessidade de atendimento a diferentes demandas: o atendimento de Espíritos suicidas que são trazidos pela espiritualidade para serem tratados nas dependências do Centro espírita em que ele funciona; o estudo da temática do suicídio e a preocupação com a prevenção; o chamamento para o trabalho de colaboração, resultante da mobilização dos diferentes campos de saberes que se movimentam em torno da sua prevenção e posvenção; o trabalho com a posvenção, ou seja, com familiares e rede de relações de pessoas que experienciam ou já viveram conflitos em torno do suicídio ou tentativas de suicídio. Em contexto amplo, sua criação se constitui como uma resposta ao grito de alerta, emitido pela Organização Mundial da Saúde, que visa sensibilizar o maior número possível de pessoas a colaborarem no preenchimento de lacunas existentes no atendimento das demandas advindas da referida problemática.

A seguir, apresentaremos ao leitor como o NEPPS está configurado para atender aos seus objetivos de funcionar como pratica cuja atividade fim é promover o estudo, a prevenção e a posvenção do suicídio.

O NEPPS, que até onde nos foi permitido saber, é um grupo pioneiro dentro do formato no qual se propôs a atuar. Funciona com a atuação mínima de três integrantes. No início de sua instalação, o atendimento iniciava-se, pontualmente, às 17h30min e possuía a duração de 1h20min.. Com o andamento, observou-se a necessidade de mudança de horário para às 18h, e a expansão do tempo para 1h40min.

No contexto atual, o NEPPS conta com um pequeno número de voluntários, assim sendo, as ações de atendimento e acolhimento está limitada a realização semanal, no caso às quarta-feira às 18h. Todavia, núcleo funciona de forma integrada com todas as atividades, privadas e públicas, postas em funcionamento atualmente pelo NEMB. Compõem a primeira categoria, a Reunião de Estudos Mediúnicos e a Reunião de Vibração. A segunda está

constituída pelo Estudo Sistematizado da Doutrina Espírita ESDE, o estudo das obras psicológicas de Joana de Angeles, a palestra pública e, mais especificamente, a atividade denominada Educação dos Sentimentos à luz do Espiritismo (ESLE) e, ainda, a prática ingestão de água fluidificada e do passe. Assim sendo, a instituição oferece um leque de oportunidades a pessoa que deseja ser atendido em suas dependências. Se o atendido em situação de risco de suicídio, porventura não disponibilize de tempo ou condições para estar presente em todas atividades acima referidas deverá priorizar a sua participação no ESLE, atividade principal de apoio ao NEPPS que ocorre no mesmo dia às 20h. Funcionando de forma integrada, o atendido que é recebido no NEPPS, de forma direta ou indireta terá a oportunidade de promover a educação dos seus sentimentos, na ótica do Espiritismo e na visão evangélica.

A integralização direta dessa atividade ao NEPPS dá-se pelo entendimento de que aprender a equilibrar as emoções e os sentimentos, aprender a enfrentar e resolver conflitos constitui-se em um dos mais importantes fatores de prevenção do suicídio. Fora do espaço do Centro Espírita o atendido será orientado a adotar a prática de o Evangelho no Lar. Atividade que conta com o apoio de um grupo de voluntários na orientação e implantação nos lares das pessoas que desejarem realizá-lo. A seguir, apresentaremos ao leitor como o NEPPS está configurado para atender aos seus objetivos de funcionar como prática cuja atividade fim é promover a Prevenção e a Posvenção do suicídio.

O trabalho realizado no núcleo configura-se do seguinte modo: subsidiado por um fundo musical de caráter instrumental, às 18h inicia-se uma breve acolhida dos integrantes por parte do coordenador do grupo ou por um dos colaboradores por ele previamente indicado. Neste momento, caso haja a necessidade, o coordenador poderá apresentar informações e/ou responder perguntas breves sobre o funcionamento da atividade e das atividades que a ela estão integradas. Em seguida, um colaborador ou participante indicado pelo coordenador é indicado para ler uma mensagem breve com o objetivo de harmonização dos participantes. Concluída a leitura, o coordenador, ou pessoa que ele indicar, produz uma prece breve que marca o início do encontro. Em seguida, inicia-se o estudo de temática relativa ao suicídio. Esgotado o diálogo sobre o tema proposto, inicia-se um breve momento de vibração e por encarnados ou desencarnados envolvidos com vivências entorno da prevenção e posvenção do suicídio. Em seguida, conclui-se a atividades com uma oração de encerramento, proferida pelo coordenador ou por pessoa que ele indicou previamente, e finaliza-se com a prática de ingestão de água fluidificada. Durante a atividade, pessoas que necessitem dialogar, sobre suas vivências neste campo, poderão ser atendidas individualmente por um dos integrantes do NEPPS e, em seguida,

se for o caso, serem integrados ao grupo de estudo, ou orientados a participar de outras atividades oferecidas pelo NEMB.

As pessoas podem ter acesso as atividades do NEPPS, seja por meio de encaminhamento efetuado por trabalhador que atua na prática do Diálogo Fraterno -ou por qualquer membro integrante do quadro de trabalhadores do NEMB, seja por via direta ao núcleo, buscando entrar em contato com os seus integrantes, no dia destinado ao atendimento. Seja qual for a modalidade de acesso, as pessoas que buscam o NEPPS são atendidas pelo grupo de voluntários responsáveis pelo núcleo, acima referidos.

No que diz respeito ao estudo da temática do suicídio, o núcleo visa possibilitar tratamento do fenômeno na perspectiva do Espiritismo, dialogando com o campo científico de estudos psíquicos, desenvolvidas no meio acadêmico, a exemplo da psicologia e a psiquiatria ou em outras agências de produção de conhecimento que, de algum modo, dialogue com os fundamentos acolhido por este sistema doutrinário. O objetivo desta atividade é múltiplo: qualificar o trabalhador para o atendimento de Espíritos suicidas nas reuniões de Estudos e exercício da mediunidade; orientar e instruir, pessoas que buscam a colaboração nas suas dependências. No âmbito da espiritualidade, visa também instruir, por meio do estudo dos fundamentos espíritas, Espíritos suicidas e Espíritos obsessores que se ocupam da indução ao suicídio.

O referido núcleo tem como objetivos dialogar com pessoas que estão vivenciando situações que representam fatores de riscos de suicídio, com aquelas que elaboram ideário suicida e/ou concretizam tentativas de suicídio, direto ou indireto, e com pessoas enlutadas por morte de parentes ou amigos pelo suicídio.

O trabalho de prevenção e posvenção funciona tanto por meio do estudo de temáticas em torno do suicídio como por meio do diálogo com pessoas que estão vivenciando situações que representam fatores de riscos de suicídio, que elaboram ideário suicida e/ou concretizam tentativas de suicídio, direto ou indireto, e com pessoas enlutadas por morte de parentes ou amigos pelo suicídio.

Assim sendo, os grupos de estudos instituídos na casa espírita permitem que um número bastante ampliado de membros faça parte deles, dentre eles os desencarnados. Dentro desse contexto, Espíritos suicidas também são trazidos para serem orientados de sua condição, uma vez que muitos deles desconhecem a sua condição de suicida, dentro da conceituação adotada pelo Espiritismo de suicídios diretos e indiretos.

2.3.7 O cuidado com o suicida: o evangelho no lar

O documento Orientação ao Centro Espírita (FEB, 2006) apresenta como atividade de atendimento espiritual, fora das dependências do Centro Espírita, a prática denominada Evangelho no Lar. Trata-se de uma reunião familiar, realizada semanalmente, em dias e horários estabelecidos, que objetiva criar os hábitos de estudar evangelho de Jesus à luz da Doutrina Espírita, de fortalecer os laços fraternos entre os familiares, de orar em família e “higienizar espiritualmente o lar por meio de pensamento e sentimentos elevados” (FEB – Orientação ao Centro Espírita. 2006, p.49).

Desta atividade, pode participar todos os familiares, inclusive crianças e possíveis visitantes. À semelhança de outras práticas, segue uma dada organização. Inicia-se com uma leitura de um livro de mensagens, depois uma prece de abertura; em seguida, a leitura e análise de um trecho de *O evangelho Segundo o Espiritismo* ou de trecho do Evangelho de Jesus. Neste momento, poderá haver diálogos, comentários e relatos de vivências acerca do assunto em foco. Logo depois, pode-se fazer um momento de vibração e, por fim, conclui-se o encontro com a produção de uma prece. A reunião pode ter a duração de até 1h e recomenda-se que não deve haver manifestações mediúnicas, devendo ser mais curta se houver a presença de crianças. Antes de iniciar, deve-se colocar água para ser magnetizada pelos Espíritos desencarnados trabalhadores.

Todas as atividades postas em funcionamento pelos Centros Espíritas fundamentam-se no Evangelho de Jesus no que diz respeito a adoção de padrões morais de comportamento. Para o Espiritismo, a vivência do Evangelho de Jesus à luz da doutrina espírita é a proposta teórica do Espiritismo que deve estar na base de toda prática espírita. Conforme os autores espirituais Emmanuel e André Luiz, no livro *Opinião*, psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira, Kardec é considerado o principal pilar do Espiritismo, depois de Jesus. Vejamos textualmente: “Em suma, diante do acesso aos mais altos valores da vida, Jesus e Kardec estão perfeitamente conjugados pela Sabedoria divina. Jesus, a porta. Kardec, a chave.” (XAVIER e WALDO; EMMANUEL e ANDRÉ LUIZ, 2014, p. 8).

Sobre o evangelho no lar, o autor espiritual Emmanuel explica na obra psicografada por Francisco Cândido Xavier, *Luz no lar* (1968):

Quando o ensinamento do Mestre vibra entre as quatro paredes de um templo doméstico, os pequeninos sacrifícios tecem a felicidade comum. A observação impensada é ouvida sem revolta. A calúnia é isolada no algodão do silêncio. A enfermidade é recebida com calma. O erro alheio encontra compaixão. A

maldade não encontra brechas para insinuar-se. (XAVIER; EMMANUEL, 2014, p. 3)

Emmanuel em mensagem inserida no livro *Família*, também psicografado pelo mesmo médium, recomenda a continuidade da reunião, a fim de que se estabeleça permanente assistência dos benfeitores espirituais, que passam, semanalmente, a visitar o lar de quem ora em família: “[...] Escolhe alguns minutos por semana e reúne-te com os laços domésticos que te possam acompanhar no cultivo da lição de Jesus. Quanto seja possível, na mesma noite e no mesmo horário, faze o teu círculo íntimo de meditação e de estudo”. (XAVIER; EMMANUEL, 2014 p. 6)

Assim sendo, a prática do Evangelho no Lar é considerada de grande importância nesse campo religioso. Por isso, há a orientação para a formação de equipes capacitadas para incentivar e colaborar na sua implantação nos lares dos adeptos. A atividade é também realizada em lares de simpatizantes se esta for solicitada por algum membro da família.

Quanto ao suicida como se dá a colaboração no seu cuidado a partir do Evangelho no Lar? Nos lares em que há morte por suicídio de um algum membro da família, é possível que o Espírito permaneça no ambiente doméstico. Muitas vezes, até por desconhecerem a sua nova condição de espírito que passou pelo processo de morte do corpo físico. No momento do Evangelho, Espíritos encarregados de atividades em ambientes domésticos podem auxiliar o Espírito na sua nova condição. Neste caso, a sessão de Evangelho no Lar colabora com a ambientação propícia para criar a oportunidade de colaboração dos Espíritos no local de suas residências. Esta prática, tanto pode auxiliar o Espírito suicida como também algum membro que esteja elaborando ideiação suicida.

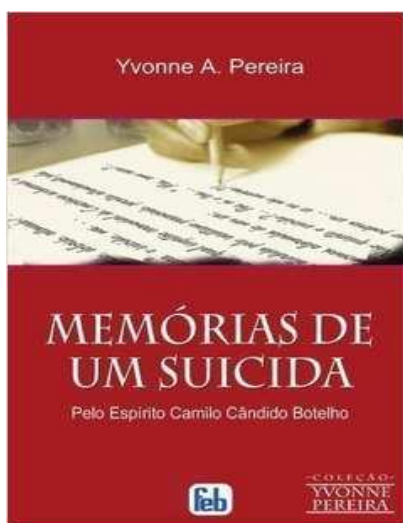
Segundo os organizadores do Projeto Caminhos (2014), quando convocados para realizar Evangelho no Lar, no momento da prece, membros integrantes do grupo devem manter-se preparados mentalmente para colaborar no trabalho a ser realizado pela espiritualidade no ambiente em questão.

Pode-se fazer irradiação tendo como objeto o suicida, durante a prece final ou inicial e durante todo o desenrolar da atividade. Todavia, um momento de inclusão específica do suicida, propício para atendê-lo deve ser aquele que se destina a irradiação ou vibração.

2.4 O cuidado do suicídio na dimensão da espiritualidade: a Colônia Maria de Nazaré

Nesta subseção trataremos do cuidado com o suicídio na dimensão da espiritualidade, tomando como foco de observação a Colônia Maria de Nazaré. Esta instituição está descrita no livro da literatura mediúnica espírita, intitulado *Memórias de um suicida* (2004).

Fotografia 57 – Memórias de um suicida.



Fonte: <https://www.febnet.org.br/blog/download/downloads/> (2019).

A responsabilidade autoral da obra é da médium autora psicógrafa Yvonne do Amaral Pereira e do autor espiritual Camilo Cândido Botelho e será, portanto, o referencial básico utilizado para a observação da temática acima referida. Conforme a Análise de Discursos (AD), a compreensão das condições de produção dos discursos é necessária para a produção/interpretação dos efeitos de sentidos dos enunciados. Iniciemos, pois uma leitura da emergência e da organização da referida obra.

O livro *Memórias de um Suicida* (2004) apresenta a narrativa do Espírito Camilo Cândido Botelho acerca da sua “morte” por suicídio, sua chegada no mundo Espiritual, no Vale dos Suicidas e, posteriormente, a sua estada na Colônia Espiritual Maria de Nazaré. O nome do Espírito autor é o pseudônimo utilizado pela médium autora para referir-se ao relato mediúnico atribuído ao autor português Camilo Castelo Branco. A médium autora afirma na introdução do livro, que a omissão do nome civil do Espírito autor foi feita à sua revelia: “chamar-lhe-emos nestas páginas – Camilo Cândido Botelho, contrariando, todavia, seus próprios desejos

de ser mencionado com a verdadeira identidade” (BOTELHO, 2004. p. 8) explica Yvonne⁷². Desse modo, esclarecemos que a referência a autoria espiritual deste livro será feita no nome de Camilo Cândido Botelho, uma vez que é este o nome que está registrado nos dados de catalogação⁷³.

Conforme registros históricos, Camilo Castelo Branco faleceu, por meio de morte por suicídio, em junho de 1890; decisão tomada por não suportar viver após o estado de cegueira visual do qual foi acometido. Consagrado como um dos mais renomados escritores da literatura portuguesa do século XIX; o autor de romances e de poesia, dentre outros gêneros, ganha notoriedade no campo doutrinário espírita, a partir da autoria espiritual a ele atribuída pelo relato mediúnico do livro *Memórias de um Suicida*. A médium que deu lhe deu “voz”, já falecida, assume até hoje um lugar de prestígio no campo discursivo do Espiritismo, tanto como médium quanto como médium autora. Seus escritos mediúnicos são considerados como textos de referência para o domínio do discurso ao qual se insere.

Os discursos produzidos pela mediunidade são regidos por meio de regras específicas do seu campo de origem que são postas em funcionamento para regular a sua existência, a sua circulação e o seu funcionamento. Dessa forma, o Espiritismo gesta e legitima um modelo de configuração autoral bastante singular. Sobre a existência e o exercício da função autor, Foucault (1992, p.46), explica que uma das características que singularizam o seu uso é justamente o fato de poder funcionar de modo diverso nas diferentes comunidades de uso. Isto porque ela é posta em funcionamento no interior de uma dada cultura, de acordo com as práticas discursivas postas em circulação: a “função autor é, assim, característica do modo de existência, de circulação e de funcionamento de alguns discursos no interior de uma dada sociedade” (FOUCAULT, 1992, p. 46). Vejamos a seguir como o campo do Espiritismo mobiliza a função autor na/para a produção e organização de discursos mediúnicos.

Os textos produzidos por meio via mediúnica é um discurso que emerge por meio da ação de um médium que dá “voz” ao Espírito comunicante. O conjunto de textos, resultante desta modalidade é denominado de literatura mediúnica, tanto pelo próprio campo como também por acadêmicos que se ocupam desta área do saber. Neste domínio, este modo de produção de textos é realizado em grande escala; como já foi colocado, o médium Chico Xavier

⁷² Neste campo discursivo, devido a problemas de caráter judicial, vivenciados pelo Médium Chico Xavier, com a publicação do livro psicografado cuja autoria é atribuída ao Espírito autor Herculano Pires, e a família do referido autor que envolve questões relativas aos direitos autorais requerido pelos seus familiares; a Federação Espírita Brasileira produziu regras sobre a circulação psicográfica que passa a circular com pseudônimo, mesmo que o autor espiritual autorize a sua identificação.

⁷³ Sobre a produção, publicação, modo de circulação e de catalogação da literatura mediúnica no campo discursivo do Espiritismo ver (GONÇALVES, 2010 , p. 171 et seq.)

escreveu 412 livros, afora as mensagens individuais, e o médium Divaldo Pereira Franco, segundo a FEB, já contabiliza uma obra constituída de 300 livros.

Produzidos em parceria, os textos da literatura mediúnica espírita apresentam, obrigatoriamente, dois responsáveis pela produção e publicação dos textos, o médium psicógrafo e o Espírito comunicante. Assim sendo, para efeitos de circulação, os nomes dos dois autores são obrigatoriamente dispostos simultaneamente. O nome do Espírito autor aparece posposto a seguinte expressão *pelo espírito*. No caso do texto que circula em formato de livro -utilizemos como exemplo o livro em foco-, em primeiro lugar a aposição do nome do autor Espiritual *Pelo espírito Camilo Cândido Botelho*; em seguida, o nome do médium autor, a médium autora, Yvonne A. Pereira. Além dos dois autores, conta também na ficha catalográfica um terceiro nome, Léon Denis⁷⁴, o Espírito que, neste caso, figura como orientador da médium na processo de psicografia do texto, conforme afirma a médium autora, ele colaborou na “compilação e redação” do livro. (BOTELHO, 2004, p.7)

Segundo informa Pereira na introdução, as narrativas que constam no livro foram publicadas pela FEB em 1955. Todavia, elas começaram a ser obtidas em 1926, em meio a tantas outras mensagens de inúmeros Espíritos suicidas que mantinha comunicação com a médium. Neste ano, o autor espiritual Camilo Cândido Botelho inicia o trabalho de comunicação mediúnica com a referida médium numa “sessão experimental, realizada na fazenda do Coronel Cristiano José de Souza, antigo presidente do ‘Centro Espírita de Lavras’”, situado no município de Lavras, (MG), informa a médium autora. (BOTELHO, 2004, p.9). Comparando com a data do falecimento de Camilo Castelo Branco, trinta e seis anos separam o dia do falecimento do autor, da referida data da sua primeira comunicação com a médium.

Pereira explica que as mensagens de Botelho foram transmitidas por meio de diferentes gêneros textuais: apontamentos, noticiários, ensaios literários. Os registros psicográficos foram produzidos, tanto no Centro onde estava vinculada quanto em sessões organizadas em domicílios particulares, e ainda em reuniões independentes, em sua residência, durante a madrugada. Outras vezes, e com mais frequência, foram obtidas por meio do fenômeno do desdobramento⁷⁵, momentos em que afirma ter sido arrebatada do corpo pelo autor espiritual e o Espírito Leon Denis, além de outros Espíritos amigos e também protetores, a fim de “ampliar ditados e experiências” acerca da temática do suicídio. Nessas ocasiões, as informações

⁷⁴ Léon Denis nasceu em 1846, na França. É considerado pelo campo espírita brasileiro como o consolidador do Espiritismo. Em seu trabalho de divulgação da doutrina espírita escreveu uma média de dezesseis livros.

⁷⁵ A doutrina Espírita denomina a saída temporária do Espírito do corpo físico de desdobramento.

veiculadas no livro eram “narradas, mostradas, exibidas” para a médium como cenas de um filme a serem posteriormente descritas.

O livro foi escrito nesses moldes; dessa forma, para a médium, não se tratava de “simples narrativas”. Devido a esta modalidade de registro mediúnico, Pereira afirmou que os textos que compõem o livro não foram psicografados, pois as narrativas não foram registradas psicograficamente. Demos voz à autora:

“(...) eu não era escritora para o fazer por mim mesma! Estas páginas, portanto, rigorosamente, não foram psicografadas, pois eu via e ouvia nitidamente as cenas aqui descritas, observava as personagens, os locais, com clareza absoluta, como se os visitasse e a tudo estivesse presente (...). (BOTELHO, p.9).

A autora afirma que as cenas narradas no livro eram produzidas pelo autor espiritual e seus colaboradores da seguinte forma: simultaneamente, o Espírito Camilo descrevia “uma personagem ou alguma paisagem”, a configuração do que ele expunha se definia imediatamente; dizendo de outra forma, à medida que a sua palavra ou a “onda vibratória do seu pensamento as criavam” (BOTELHO., p.9). Conclui ratificando a informação já referida: “Foi mesmo por essa forma essencialmente poética, maravilhosa, que obtive a longa série de ensaios literários fornecidos pelos habitantes do Invisível (...), e não psicograficamente”. (BOTELHO, p. 9).

A médium-autora explica que, depois de ter efetuado o registro das descrições das cenas mostradas, precisou esperar oito anos para que o trabalho fosse retomado e concluído, pois confessa, como já foi colocado, que não possuía a capacidade para redigir o trabalho, atribuindo “feição doutrinária e educativa às revelações” a ela concedidas (BOTELHO, p.10). Depois desse intervalo, em que afirma ter orado diariamente “suplicando auxílio e inspiração”, recebeu concessão para ser assistida pelo Espírito Léon Denis, o qual assumiu a posição de colaborador na tarefa de compilação da obra (BOTELHO, 2004. p. 11). A autora assim o apresenta: “Refiro-me a Léon Denis, o grande apóstolo do Espiritismo (...) e a quem tenho os melhores motivos para atribuir as intuições advindas para a compilação e redação desta obra”. (BOTELHO, p. 7).

A segunda edição do livro apresenta prefácio datado de 04/04/1957 e assinado pelo Espírito Léon Denis. Nele, o autor afirma que fez uma revisão do texto e explica que era necessário suprimir “excessos de vocabulários” e “acúmulos de figuras representativas! Todavia, preservou a “feição doutrinária da obra” e o seu “caráter revelatório” (BOTELHO., p.15) Segundo explica, a revisão foi necessária devido a inexperiência da médium: “(...) ao transmitir a obra, me fora necessário avolumar de tal sorte as vibrações ainda rudes do cérebro

mediúnico, operando nele possibilidades psíquicas para a captação das visões indispensáveis ao feito”. (BOTELHO, p.15).

O livro *Memórias de um Suicida* circula no campo discursivo espírita com o status de uma obra da literatura mediúnica de referência para a temática do suicídio, uma espécie de tratado sobre a temática. Para ela foi atribuída um caráter de obra de revelação, ou seja, de inserção de verdades para o campo. Dessa forma, podemos afirmar que o objetos e conceitos apresentado na citada obra, pelo autor espiritual Camilo Cândido Botelho, são verdades que circulam como um objeto discursivo, dentre os demais que compõem o conjunto de objetos do sistema religioso espírita. Uma contribuição da literatura mediúnica, a qual figura para o referido campo como literatura complementar.

Conforme Botelho, “O Além-túmulo acha-se longe de ser a abstração que na Terra se supõe”; também não pode pensar que sejam “as regiões paradisíacas fáceis de conquistar com algumas poucas fórmulas inexpressivas. Segundo assevera “é antes, simplesmente a Vida Real, e o que encontramos ao penetrar suas regiões é Vida! Vida intensa a se desdobrar em modalidades infinitas de expressão” (BOTELHO, 2004, p.7).

Botelho não demonstra estar inquieto ou inseguro acerca da recepção de suas experiências como suicida, por parte dos leitores: “É bem possível que haja quem ponha a discussões mordazes a veracidade do que vai descrito nestas páginas. Dirão que a fantasia mórbida de um inconsciente exausto de assimilar Dante⁷⁶ terá produzido por conta própria a exposição aqui ventilada” (BOTELHO, 2004, p. 23).

Passemos, então a observar uma dessas regiões de “vida intensa” que segundo informa Botelho, nada tem de “fantasia mórbida”, ao contrário do que se pensa, o “vale florentino é que conheceria o que o presente século sente dificuldades em aceitar...”: o Vale dos Suicidas.

2.4.1 A Zona Umbralina: o Vale dos Suicidas

Nosso objetivo é apresentar um gesto de compreensão acerca do tratamento dado a categoria *Vale dos Suicidas*, enquanto objeto do discurso que constitui o universo discursivo do Espiritismo. Qual o tratamento dado pelo Espiritismo à categoria *Vale dos Suicidas* na perspectiva de um discurso do cuidado do suicídio? Ouçamos, pois, o que enunciador Camilo Cândido Botelho tem a nos dizer: “Sei apenas é que fiz parte de sinistra falange detida, por

⁷⁶ Botelho faz referência a obra *A divina comédia*, do escritor italiano Dante Alighieri. Nela, o autor escreve sobre uma viagem que fez através do inferno, do purgatório e do paraíso.

efeito natural e lógico, nessa paragem horrenda cuja lembrança ainda hoje me repugna à sensibilidade”, afirma o enunciador.

À descrição do Vale dos Suicidas é atribuída uma seção específica que abre a primeira parte do livro, intitulada *Os réprobos*. Botelho abre sua narrativa informando a data de sua chegada ao Vale dos Suicidas: “Precisamente no mês de janeiro do ano da graça de 1891, fora eu surpreendido com meu aprisionamento em região do Mundo Invisível cujo desolador panorama era composto por vales profundos” (BOTELHO, 2004, p.6). Nesta “região do Mundo Invisível”, o autor afirma ter sido aprisionado “por efeito natural e lógico” - um “movimento de impulsão natural” chamado de afinização -, juntamente com uma “coletividade extensa de delinquentes”. (BOTELHO, 2004, p.8).

É necessário notar que há espaços temporais entre a data da narração dos acontecimentos, o registro dos mesmos pela médium autora, e a publicação desses escritos. A narração pretende dar conta de ocorrências que tiveram início no ano de 1891; os registros dos mesmos foram realizados a partir de 1926 e a publicação efetiva dos textos em formato de livro se deu no ano de 1955. Dessa forma, temos um enunciador que narra experiências vividas, 36 anos depois dos fatos ocorridos. Cabe ainda notar que a morte de Camilo Cândido Botelho (Camilo Castelo Branco), como vimos, foi no dia 01 de junho de 1890, ou seja, seis meses antes do ano acima referido pelo autor espiritual em suas narrativas.

Conforme relato do enunciador, o Vale dos Suicidas se localiza em uma das áreas da região espiritual⁷⁷ denominada de Umbral ou zona umbralina. No campo discursivo do Espiritismo, esta região foi descrita pela primeira vez pelo Espírito autor André Luiz no livro *Nosso Lar*, psicografado pelo médium Chico Xavier. Segundo o relato do Espírito autor, a região começa na crosta terrestre e é muito vasta. Caracteriza-se por ser uma área nevoenta e lamacenta que funciona como uma espécie de purgatório cujo objetivo é o “esgotamento de resíduos mentais” de Espíritos recém desencarnados. Nela, afirma André Luiz “se queima a prestações o material deteriorado que a criatura adquiriu por atacado” nas vivências anteriores. (LUIZ, 2007, p. 81).

Para entendermos o que seria a “queima” desse material, recorreremos às explicações do enunciador Camilo Cândido Botelho. Conforme afirma no seu relato, em decorrência do fenômeno da morte do corpo carnal – fenômeno da desencarnação -, o Espírito precisa passar por um processo de desanimalização, ou seja, de desenlace dos fluidos e força vitais que

⁷⁷ Para a Doutrina Espírita existe o mundo material e o mundo espiritual, espaços diferentes que funcionam em complementaridade. Todavia, o primeiro tem ascendência sobre o segundo, sendo considerado como pré-existente e independente deste.

necessariamente se agregaram no momento da formação do corpo material. Esse processo possui caráter singular, tanto quanto aos modos de realização quanto ao tempo de duração. Todavia, o princípio básico é que todos os Espíritos, em processo de desencarne, deverão passar por essa fase e para tanto, deverão ser detidos, pelo tempo que for necessário, em regiões específicas do mundo espiritual; no caso, as já referidas zonas umbralinas.

Ainda conforme Camilo, no Vale dos suicidas, apenas aqueles que estavam em “melhores condições” poderiam ser socorridos e levados para outros ambientes espirituais de caráter assistencial. De acordo com suas afirmações sobre a retenção necessária de Espírito, e também a seleção dos suicidas a serem socorridos. Vejamos como ele explica a necessidade da estada temporária de Espíritos nestas regiões.

Como vimos, para a doutrina Espírita, o ser humano é composto de três elementos básicos o Espírito (o corpo espiritual), o perispírito (o corpo perispiritual) e o corpo de carne (o corpo material). No processo de encarne, o Espírito e seu perispírito são integrados ao corpo de carne por meio de fluidos vitais específicos. No desencarne, ocorre o processo inverso, o Espírito juntamente com o seu perispírito deve ser separado do corpo carnal. Para tanto, devem se desvencilhar de forças vitais constituintes do corpo material que a eles foram agregadas por ocasião do processo de encarnação. Durante esse processo, ambos recebem reservas suficientes de fluidos vitais para que o Espírito possa viver uma nova experiência reencarnatória. A morte é justamente a desagregação desses fluidos que formam o corpo e que estão necessariamente agregadas ao perispírito, a organização astral.

Por ocasião da morte súbita e violenta, exemplo do suicídio, ocorre um processo de desagregação forçado, lento e sofrido desses fluidos que provoca o aprisionamento temporário do corpo perispiritual, agravando a situação de desencarne do Espírito. Em decorrência desse processo reencarnatório abrupto, o narrador explica que na morte por suicídio o Espírito desencarnante, sente em seu perispírito as impressões e sensações penosas oriundas da decomposição do seu corpo carnal, fenômeno denominado de “repercussões magnéticas”. Esse processo explica o porquê de serem socorridos apenas aqueles cuja liberação do corpo perispiritual já havia ocorrido com a desintegração dos fluidos vitais que compunham o corpo material na sua integração com o corpo perispiritual.

Conforme a doutrina, nas zonas umbralinas, a estadia e a penúria são temporárias e variáveis, pois se dá de conformidade com o caráter, as ações praticadas, o gênero de vida e de morte do desencarnado. Assim sendo, não é possível determinar prazos para permanências, alguns podem ficar, apenas por alguns instantes, outros poderão levar meses ou até anos para

estarem em condição de serem assistidos e, se for o caso, preparados para reencarnarem novamente.

No caso do Vale dos suicidas, exemplo desse tipo de moradia temporária, a situação se coloca de forma mais complexa, uma vez que os suicidas, nele, poderão e/ou deverão se demorar até completarem o tempo de vida que romperam prematuramente com o suicídio. Em nota, o autor explica que essa estadia serve para que eles possam se despojar da carga elevada de “forças vitais animalizadas, além das bagagens das paixões criminosas e uma desorganização mental, nervosa e vibratória completas” (BOTELHO, 2004, p. 27).

Em muitos casos, explica o narrador, a situação do suicida é tão complexa que para a reorganização do corpo perispiritual apenas a reencarnação imediata, em situação bastante sofrida, é a terapêutica indicada para resolver a problemática necessária à conclusão do tempo de existência interrompida, com a morte abrupta do corpo carnal. Em outras situações, eles permanecem o tempo que for necessário nestas zonas a fim de serem reabilitados e, posteriormente, transferidos para lugares mais apropriados às suas necessidades e nos quais serão preparados para uma nova experiência reencarnatória.

Nas regiões umbralinas, explica André Luiz (2007, p.82), vivem grupos de Espíritos de dois tipos: desesperados e revoltados de diferentes espécies; trata-se de “malfeitores e vagabundos”, “verdugos e vítimas”, exploradores e explorados. Entidades desequilibradas “irresolutos e ignorantes, que não são suficientes perversas para serem enviadas a colônias de reparação mais dolorosa, nem bastantes nobres para serem conduzidas a planos de elevação” (ANDRÉ LUIZ, 2007, p. 81). O segundo grupo é constituído por Espíritos chamados de benfeitores, entidades que alcançaram um grau de conhecimento intelectual e de evolução moral e já estão aptos a prestarem trabalho voluntário. Estes ocupam espaços denominados de “postos de auxílio”, locais projetados para oferecer as condições necessárias às ações assistenciais a serem prestadas por eles aos habitantes do local.

No que diz respeito a descrição do Vale dos suicidas, Camilo Cândido Botelho, inicialmente, queremos registrar a dificuldade colocada pelo Espírito autor no trabalho de descrever o lugar no qual afirma ter sido aprisionado e vivido “suplício inconcebível ao cérebro humano” (BOTELHO, 2004, p.20). O autor atribui vários epítetos para o local: região do mundo invisível, paragens aflitivas, gargantas, presídio, paragem horrenda, cova ominosa, caverna tétrica do incompreensível. Apresenta o vale como um lugar marcado pela desgraça, miséria, assombro, desespero e horror; segundo ele, “indescritível *a rigor* até mesmo por um Espírito que sofresse a penalidade de habitá-la”. (BOTELHO, p. 20, grifo nosso)

Segundo o narrador, a vivência neste ambiente é impossível de ser descrita em toda a sua extensão. Vejamos: “tudo quanto o leitor imaginar possa, dentro da confusão de cenas patéticas inventadas pela fobia do Horror, ficará muito aquém da expressão real por nós vivida nessas horas criadas pelos nossos próprios pensamentos” (BOTELHO, p. 29). Somados a esses sofrimentos, explica ter a “visão macabra” do corpo se decompondo e sendo carcomido lentamente por vermes vorazes, situação por ele considerada dolorosa e espantosa ao extremo. Nas palavras do autor:

(...) o corpo a se decompor sob o ataque dos vibrões esfaimados; (...) levando em roldão nossas carnes, nossas vísceras, nosso sangue pervertido pelo fétido, nosso corpo enfim, que se sumia para sempre no banquete asqueroso de milhões de vermes vorazes, (...) sob nossas vistas estupefatas! (...) enquanto nós, seus donos, nosso Ego sensível, pensante, inteligente, (...), continuava vivo, sensível, pensante, inteligente, desapontado e pálido, desafiando a possibilidade de também morrer! ”. (...). Vivos, nós, em espírito, diante do corpo putrefato, sentíamos a corrupção atingir-nos!... Doíam em nossa configuração astral as picadas monstruosas dos vermes! Enfurecia-nos até à demência (...). (BOTELHO, 2004, p. 29. Grifo nosso)

A experiência neste ambiente era confusa, embaraçosa, fazendo-o julgar que estava vivendo no inferno, já anunciado por algumas religiões: “Julgávamo-nos nada menos do que à frente do tribunal dos infernos!... Sim! Vivíamos na plenitude da região das sombras!...” (BOTELHO, 2004, p. 31) afirmou o narrador.

Enquanto zona que pertence a referida região umbralina, o Vale dos suicidas é apresentado como sendo uma área destinada a ocupação específica de Espíritos suicidas. No entanto, Espíritos obsessores também constituem a população local. Sobre os primeiros afirma tratar-se de falanges de Espíritos considerados como “grandes vultos do crime”, “escória do mundo espiritual”, “infelizes”, “carentes”, “levianos e inconsequentes” (BOTELHO, 2004, p.31); homens que deserdaram da vida e se aventuraram em busca do “desconhecido” por meio da morte prematura através do suicídio; Espíritos que a semelhança de “demônios” enfurecidos e dementados pela intensidade dos sofrimentos dos quais eram alvos, afluíam periodicamente para o referido local; vindos, mais especificamente, “de Portugal, da Espanha, do Brasil e colônias portuguesas da África.” (BOTELHO, 2004, p. 22).

As colônias espirituais, segundo o Espiritismo, são construídas nas proximidades das moradias dos Espíritos que retornam ao mundo espiritual. A Colônia Espiritual Nosso Lar, por exemplo, segundo o autor espiritual André Luiz (2007), foi supostamente fundada no século XVI, acima da cidade do Rio de Janeiro, por portugueses que desencarnaram no Brasil. Sobre

a fundação e fundadores da Colônia Maria de Nazaré, não encontramos registro no livro *Memórias de um suicida*. Todavia, o estilo português clássico e o estilo indiano presente nas construções, e ainda, os postos de comando dos departamentos -os quais são dirigidos por portugueses e indianos-, apontam para um possível diálogo entre a Índia e Portugal na construção desta colônia.

Quanto aos Espíritos obsessores que constituem também a população local; estes são apresentados como sendo Espíritos que vivem a sugestionar outros a cometerem o suicídio. Segundo o narrador, eles estão por toda parte, seja como encarnados seja como desencarnados. Enquanto moradores do Vale dos Suicidas, arvoram-se em juízes com função de julgar e castigar aqueles que cometeram o suicídio. Conforme o narrador, tratava-se, portanto de uma “corja repugnante” de Espíritos que em existência terrena viveram no crime: “sensuais, alcoólatras, devassos, intrigantes, hipócritas, perjuros, traidores, sedutores, assassinos perversos, caluniadores, sátiros. (...)”. (BOTELHO, 2004, p.31).

Além das cenas criadas pelos Espíritos, visões acusadoras não menos dramáticas os atormentavam: vítimas de erros cometidos no passado desfilavam forçando-os a sentir remorso. Na voz do narrador:

(...) nossos erros, nossas quedas pecaminosas, nossos crimes mesmo, corporificavam-se à frente de nossas consciências (...), intransigentes na condenação perene a que nos submetiam. As vítimas do nosso egoísmo reapareciam agora, (...), indo e vindo ao nosso lado em atropelos pertinazes, infundindo (...) o mais angustioso desequilíbrio nervoso forjado pelo remorso! (BOTELHO, 2004, p. 32)

Segundo explicação do autor, a existência do vale dos suicidas é justificada como sendo um lugar cujo objetivo é servir para o despojamento de forças vitais que revestem os envoltórios físico-espirituais de Espíritos suicidas e que geralmente continuam intactas em consequência do tipo de morte. Por esse motivo, como em toda zona umbralina, a estadia neste local tem um caráter temporário e singular conforme os motivos já explicados, acima, quando tratamos do umbral.

Para descrever o vale, o autor utiliza como contraponto descrições feitas sobre o vale dos leprosos que existiam na antiga Jerusalém. O autor afirma ser este um “estágio de repouso”, pois nele, entre os detidos era possível observar relações de solidariedade, amor, amizade: eles podiam divertir-se e simplesmente dormir e sonhar que eram felizes. Havia sol, ar fresco,

orvalhos regeneradores, o céu azul e estrelado, andorinhas e pombos em revoada, primavera; aspectos estes impossíveis de serem encontrados no vale dos suicidas.

Ao contrário, no vale tudo o que existia era a dor, o choro, a desgraça, a blasfêmia, a loucura, as acusações, o remorso, a tragédia, o sofrimento, a raiva, a revolta a praga, o insulto: homens transformados em feras: “o ‘ranger de dentes nas trevas exteriores’ de um presídio criado pelo crime, votado ao martírio e consagrado à emenda! É o inferno, na mais hedionda e dramática exposição”; cenas e práticas repulsivas que o enunciador, no seu desapontamento de sentir-se vivo apesar de “morto”, afirma se recusar a descrever (BOTELHO, 2004, p.22).

O narrador o descreve como sendo uma localidade composta por vales profundos, coberto por sombras, no interior dos quais entre “gargantas sinuosas”; “longos espaços pantanosos quais lagos lodosos circulados de muralhas abruptas” (BOTELHO, 2004, p. 22), que lhe parecia serem levantadas com em pedra e ferro, havia “gargantas sinuosas e cavernas sinistras” (BOTELHO, 2004 p. 19). Estas eram dispostas na extensão de becos lamacentos, de forma enfileiradas e identificadas por numeração específica.

O solo local é descrito como sendo “imundo, pastoso, escorregadio, repugnante” e coberto de “matérias negras e fétidas” que lembravam a “fuligem” (BOTELHO, 2004, p. 19). O ar que circulava no ambiente, pesado, gelado e asfíxiante. A impressão apresentada pelo narrador era que os habitantes haviam sido “sepultados vivos nas profundas tenebrosidades de algum vulcão” ou que estavam presos em “presídio cavado no seio da Terra”, talvez “nas entranhas de uma cordilheira, da qual fizesse parte também algum vulcão extinto” (BOTELHO, 2004, p. 29).

Afirma que os habitantes, sem perspectivas de saírem do lugar, bradavam em coro pedindo para serem retirados do local. Muitas vezes, procuraram fugir “desabaladamente, em insanas correrias de loucos” do “local maldito” com o objetivo de voltarem para casa, no entanto, “correntes irresistíveis, como ímãs poderosos” (BOTELHO, 2004, p. 28), atraíam de volta, arrastando-os. Outras vezes, tateavam nas sombras “entre gargantas, vielas e becos” (BOTELHO, 2004, p.29) verdadeiros labirintos, ou longos lagos pantanosos sem acharem a saída. Diversas vezes, ficou ao relento ou se abrigou em cavernas desabitadas.

A convivência entre os habitantes era conflituosa devido a invariabilidade da irritação de que estavam acometidos. Conflitos brutais no formato de lutas corporais ocorriam com frequência. Em suas palavras: “por motivos insignificantes nos atirávamos uns contra os outros”, vencendo sempre “aquele que maior destreza e truculência apresentasse”. O narrador afirma que lá foi insultado, ridicularizado, apedrejado, espancado até que, “excitado por fobia

idêntica”, atirava-se contra os agressores em “represálias selvagens”, e com eles rolavam na lama. (BOTELHO, 2004, p.26)

Quanto à convivência com Espíritos obsessores, esta era bastante conflituosa. Conforme explica, eles se apresentam como seres fantásticos: “Fantasmas impressionantes e trágicos” que criam cenas satânicas, para supliciar os suicidas, submetendo-os a vivenciar vexames indescritíveis; obrigando-os a realizar torpezas e deboches e a compactuar de experiências obscenas. São Espíritos “animalizados e vis” que por se considerarem “donos do império de trevas” em que passaram a viver, faziam crer que eles se tornassem seus escravos. (BOTELHO, 2004, p. 31)

Além dos padecimentos morais, o narrador fala de desconfortos materiais sofridos pelos habitantes com as tempestades constantes, as inundações, a lama, o fétido, as sombras perenes. Aos suicidas que lá se encontravam não havia tréguas nem esperanças. Relata o narrador:

Não havia ninguém que pudesse atingir um instante de serenidade e reflexão para se lembrar de Deus e bradar por Sua paternal misericórdia! Não se podia orar porque a oração é um bem, é um bálsamo, é uma trégua, é uma esperança! E aos desgraçados que para lá se atiravam nas torrentes do suicídio impossível seria atingir tão altas mercês! (BOTELHO, 2004, p.28).

O narrador também faz referência às sensações semelhantes as sentidas pelos Espíritos no corpo carnal, como a fome, a sede, o frio, a fadiga, a insônia, os desejos e apetites aguçados ao extremo, tanto de espíritos que “foram homens” quanto daqueles que “animaram corpos femininos”. (BOTELHO, 2004, p.26)

Afirma sentir-se cego, no entanto, explica tratar-se de uma cegueira moral a qual se dava pelo distanciamento da Luz divina, pois, a tal cegueira não existia uma vez que podia contemplar traços característicos do local como o “mal, feio, sinistro, imoral, obscuro” (BOTELHO, 2004, p. 25). A sensibilidade ficou de um modo superexcitado que passou a sentir o sofrimento dos outros habitantes, por meio de um fenômeno chamado de associação de correntes mentais emanadas por eles (afinidade, fatores que agravavam ainda mais o sofrimento).

Conforme relata o narrador, para os moradores do local não havia a possibilidade de perceber se era dia ou noite, pois o local estava envolvido por sombras perenes. Também não era possível compreender a noção do tempo; todavia, havia a sensação de distância e longevidade fazendo com que os habitantes se sentissem presos há séculos, sem esperanças de sair do local, embora o desejo de se libertar fosse grande, uma obsessão. Deixemos falar o

narrador: "o Desânimo gerador da desesperança que nos armara o gesto de suicidas afirmava-nos que tal estado de coisas seria eterno! " (BOTELHO, 2004, p.28).

Fazia parte dos habitantes do vale dos suicidas, Espíritos que residiam em um posto de auxílio denominado de Colônia Correccional da legião dos Servos de Maria, instituição espiritual destinada exclusivamente para o atendimento de suicidas. Esta colônia, será descrita posteriormente em seção. O autor relata que o Vale dos suicidas recebia, periodicamente, caravanas de visitantes a serviço da instituição de caridade acima referida, com o fim de inspecionar, resgatar e prestar assistência a Espíritos que estivessem em condições de serem locomovidos para lá serem tratados. Na ocasião, o autor acreditava ser grupos de homens, no entanto, posteriormente, quando foi acolhido no local, recebeu a informação de que se tratava de grupos de Espíritos que se materializavam para poderem ser visualizados e passarem segurança na ação de socorro a ser prestada.

Os referidos visitantes trajavam vestimenta de cor branca e traziam uma cruz de cor azul-celeste pendurada “à altura do peito”, uma espécie de emblema ou distintivo. Caminhavam disciplinarmente em fila única e movimentava-se protegido por um pequeno “pelotão de lanceiros, ” localizados na frente e nos arredores, funcionando como um “cordão de isolamento”. De pele bronzeada, trajando vestuário sóbrio, e utilizando escudo e lança, eles lembravam antigos guerreiros egípcios. (BOTELHO, 2004, p. 34).

Compunha a caravana também figuras femininas e um “oficial comandante”, o chefe da expedição que além da referida cruz, trajava um avental branco e “insígnias de médico”, um turbante hindu preso por uma esmeralda, símbolo dos esculápios, e caminhava erguendo uma bandeira de cor branca, contendo a legenda, escrita em letras também azul-celeste: “Legião dos Servos de Maria”. Descrita pelo autor como extraordinária e singular, a legenda imprimia “insopitável e singular temor” (BOTELHO, 2004, p. 34).

Os habitantes, chamados pelo narrador de desgraçados, sofredores e prisioneiros, eram identificados pelos caravaneiros com a colaboração de uma voz anônima, “grave e dominante”, transmitida “através de ondas delicadas e sensíveis do éter, com o sublime concurso de aparelhamentos magnéticos” instalados na instituição pela qual respondiam os caravaneiros. Aqueles que estavam em condições de serem removidos eram chamados pelo nome próprio para facilitar o trabalho do grupo. Outros, retirados por assistentes que se movimentavam no interior de cavernas, eram conduzidos em macas por membros da equipe, chamados pelo narrador de “serviçais ou aprendizes”. A “voz” também colaborava esclarecendo possíveis “detalhes ou desfazendo confusões” momentâneas na identificação dos socorridos. (BOTELHO, 2004, p. 35)

As macas com os socorridos eram guardadas pelo cordão de isolamento (lanceiros hindus), e conduzidas, entre becos e vielas, para o interior de grandes veículos que compunham a expedição em forma de “comboios”. Eram pequenos “vagões”, construído com uma matéria específica que lembra objetos laqueados, de cor branca, peso leve e rodeado de grossas persianas, marcava-se com o já referido emblema azul-celeste e a legenda, movimentavam-se, atados uns aos outros, pela força de pares de cavalos brancos de “extraordinária beleza e elegância incomum”, lembrando “meio de transporte primitivo”. (BOTELHO, 2004, p. 35)

Os socorridos neste estado encontravam-se desfalecidos, como em estado de coma ou alucinados. Dentre os que não eram recolhidos, informa o narrador, uns suplicavam justiça e compaixão, outros se agrupavam revoltados. Às súplicas era em vão, pois os caravaneiros não respondiam e se algum resolvesse enfrentá-los para seguir, provocavam o recuo dos mesmos com as lanças. Então, um coro longo e doloroso de “uivos e choro sinistros, de pragas e gargalhadas satânicas” fazia-se ouvir. (BOTELHO, 2004, p. 37).

Concluída a descrição do objeto Vale dos Suicidas, passemos a registrar nossas observações sobre a Colônia Maria de Nazaré.

2.4.2 A Colônia Maria de Nazaré

A temática das colônias espirituais produz controvérsias entre os adeptos estudiosos do Espiritismo. Há quem (des)acredite na existência dessas moradas espirituais. Nossas leituras e, experiência no campo, permitem afirmar que os espíritas mais ortodoxos, aqueles adeptos das ideias veiculadas por Kardec, mais precisamente, nos cinco livros básicos que representam a doutrina-, desconfiam desta assertiva porque Kardec não fez o registro de descrições precisas sobre tais moradias. Por outro lado, é muito comum observar na literatura mediúnica, produzida por este campo, a veiculação de descrições de habitações produzidas no mundo espiritual. O livro *Nosso Lar*, por exemplo, circula como obra da literatura mediúnica espírita - ditado pelo autor espiritual André Luiz ao médium autor Francisco Cândido Xavier e publicada em 1943 pela Editora da Federação Espírita Brasileira (FEB) -, considerada como sendo o marco da produção do debate em torno da problemática das colônias no cenário brasileiro.

Todavia, como vimos na seção anterior, o livro *Memórias de um Suicida*, embora tenha vindo à público no ano de 1955, já havia sido escrito por Yvonne A. Pereira em 1929, antes, pois do livro *Nosso Lar*. Neste Livro, o autor espiritual André Luiz (2007) apresenta uma descrição pormenorizada da cidade espiritual denominada *Nosso Lar*, nome que intitulou o livro. Trata-se, conforme explica, de uma colônia organizada para recepcionar, acolher e cuidar

de Espíritos desencarnados, provenientes da Terra após a morte do corpo físico. Atualmente, *Memórias de um Suicida* figura ao lado do *Nosso Lar*, como um grande referencial acerca da temática das colônias espirituais.

No livro *Devassando o invisível*, publicado em 1963 pela médium autora Yvonne do Amaral Pereira (1994), a autora apresenta experiências pessoais no campo da emancipação da alma e visitas a espaços espirituais. No artigo *As Colônias Espirituais e a Codificação* (2014), o autor Paulo da Silva Neto Sobrinho veicula uma vasta lista de referências sobre a temática das colônias espirituais, tanto no campo do Espiritismo quanto em outros domínios; inclusive livros produzidos por outros médiuns fora do campo discursivo da doutrina Espírita, e publicado muito antes do livro *Nosso Lar*.

Sobre o tema das colônias espirituais, é possível também ouvir relatos mediúnicos de Espíritos, em Centros Espíritas que lidam com o estudo e exercício da mediunidade e recepção de relatos mediúnicos. Não pretendemos aqui provar ou não a existência de colônias espirituais; todavia a nossa experiência pessoal com a participação em grupos de estudo e prática da mediunidade, possibilita-nos afirmar que a escuta de relatos de Espíritos desencarnados, que fazem referência à existência de colônias espirituais, é lugar comum. Discurso sobre colônias existem e circulam em profusão, é passível pois de análise. Conforme Foucault (2000a), todo discurso pode ser analisado bastando, para tanto, ser revestido de uma materialidade. O discurso sobre a colônia é, portanto, um dos que circulam materializados; mais especificamente em formato de livro, uma vez que se trata de uma modalidade de narrativa autobiográfica consideravelmente longa.

Neste sentido, concordamos com a seguinte afirmação do médico e escritor britânico Arthur Conan Doyle, resultante de seus estudos sobre a história do Espiritismo e de suas experiências em grupo “Doméstico” na escuta de Espíritos: “pode ser que haja algo de parábola e de analogia nessas descrições, mas o autor se inclina a lhes dar inteiro valor e acredita que (...), é tão real e objetiva aos seus habitantes quanto o nosso mundo para nós” (DOYLE, 1995, p. 476). Feito essa breve introdução acerca das colônias espirituais, passemos a produzir uma leitura sobre a descrição da colônia espiritual Maria de Nazaré.

Compondo o espaço geográfico do além-túmulo, a Colônia Maria de Nazaré ou Colônia Correccional Maria de Nazaré figura como sendo uma instituição que compõe o quadro de educandários existentes no mundo espiritual. Trata-se de um espaço apropriado para oferecer trabalhos de “correção” específicos para Espíritos suicidas. Atribuição que justifica ser também nomeada de *colônia correccional*. É por meio da voz do Espírito enunciador, Camilo

Cândido Botelho, que a Colônia Maria de Nazaré ganha existência concreta no campo discursivo do Espiritismo.

Conforme Botelho (2004), ela compõe um contexto de “núcleos ou colônias espirituais” que existem no além-túmulo, alocadas sob “céus portugueses, espanhóis e seus derivados”. Localiza-se nas “fronteiras invisíveis da Terra com a Espiritualidade propriamente dita” explica o enunciador. Como tantas outras instituições espirituais, elas são consideradas instituições modelares que servem de padrão para a instalação de instituições educacionais na Terra (BOTELHO, 2004, p. 7;11;26).

Construída para o atendimento específico aos suicidas, a colônia está organizada por departamentos e seções. São três departamentos assim distribuídos: o Departamento de Vigilância (DV), constituído pelas seções de Reconhecimento e Matrícula (SRM), e de Relações Externas (SRE); a Torre de Vigia (TV) e o Pavilhão indiano (PI) (anexo do hospital). O Departamento Hospitalar (DP) ou Hospital Maria de Nazaré (HMN) ou ainda Hospital Matriz, constituído pelo setor de Isolamento e pelo Manicômio. O Departamento de Reencarnação (DP), formado pelas seções de Recolhimento, Análise, Programação das recapitulações, Pesquisas, Planejamento dos envoltórios físicos-terrenos e o Laboratório de restringimento; e, por fim, a Cidade Universitária. Iniciamos falando um pouco sobre a colônia, de um modo geral; em seguida, detalharemos brevemente os departamentos e as seções.

Conforme descreve o enunciador, a colônia Maria de Nazaré situa-se em uma região “do invisível inferior” constituída de planícies e colinas; apresentando aspecto triste, desolado, neblinoso e nostálgico. Configura-se como uma grande fortaleza cercada por “muralhas ameaçadoras” e grandes torres, em número de seis. Foi construída tomando como padrão “velhas fortificações medievais”. Na ótica de Botelho, a edificação, vista de longe, causava impressão de “poder, grandeza e majestade”; por isso, sua visão era apavorante, sugeria “rigores e disciplinas austeras” e o fazia sentir-se ínfimo. Na entrada principal, há um fosso e uma ponte que dá acesso aos transeuntes. Na fachada da entrada principal, encontra-se a inscrição identificadora da colônia, em língua portuguesa: Legião dos Servos de Maria: Colônia Correcional.

A referida instituição recebe o nome de Maria de Nazaré por referência a Maria, a mãe de Jesus. Todavia, o nome não se configura simplesmente como uma homenagem a uma personagem bíblica. Maria de Nazaré assume a posição de governadora da Instituição, coordenando a legião de Espíritos colaboradores que constituem a sua equipe, os quais são nomeados de Servos de Maria ou legionários de Maria. Os integrantes trabalham uniformizados com aventais brancos, identificados no peito pela sigla LSM (Legião dos Servos de Maria) e a

imagem de uma cruz de cor azul celeste. Todos os servidores da colônia trabalham na posição de voluntários, tanto nas atividades internas quanto nos postos móveis de socorro vinculados e mantidos pela colônia.

No interior da Colônia, militares, vinculados ao Departamento de Vigilância (DV), dispostos em diferentes postos, à semelhança de “antigos soldados egípcios e hindus, cuidam da segurança local. Sobre a existência de “guarda militar” na colônia espiritual falaremos mais adiante quando tratarmos sobre o DV.

A colônia, segundo Botelho, é uma “cidade movimentadíssima”, ambientada por soberbos edifícios, construído no estilo português clássico, e graciosas casas residenciais. Nestes edifícios, a movimentação de trabalhadores entrando e saindo é intensa. Internamente, o ambiente onde está instalada a colônia é coberto por neves e cerrações, todavia o sol também se faz presente aquecendo o local e os seus habitantes.

Os Espíritos internos na Colônia, são chamados de pacientes, tutelados e oficializam a sua estada com o registro de sua permanência no Departamento de Vigilância, no local denominado Seção de Reconhecimento e Matrícula como veremos mais adiante quando tratarmos do Departamento de Vigilância. Passemos a observar o Departamento hospitalar ou Hospital Maria de Nazaré (HMN)

2.4.3 Departamento Hospitalar: Hospital Maria de Nazaré

Compondo o primeiro plano da Colônia Maria de Nazaré está situado o Departamento Hospitalar (DP), constituído pelas seguintes seções: o Hospital Maria de Nazaré, o Isolamento e o Manicômio. Centremos nossa atenção em cada ambiente, descrevendo-os de forma breve. Começamos pelo Hospital Maria de Nazaré ou Hospital Matriz.

Como vemos, o hospital Maria de Nazaré recebe o mesmo da colônia correcional. É uma instituição especializada no atendimento de Espíritos que desencarnaram por meio do suicídio. O seu objetivo é, pois, promover a recuperação do Espírito suicida no plano espiritual, no que diz respeito ao tratamento da sua organização físico-astral. Concluída esta fase, os cuidados para a recuperação continuam no campo exclusivamente moral e mental em outros espaços da colônia. Dessa forma, o tempo de estadia do enfermo neste local está atrelado, apenas, a sua recuperação física.

Há uma relativa distância entre os departamentos, segundo o narrador, o deslocamento para o departamento hospitalar é realizado por servidores do Departamento de Vigilância e tem a duração de uma hora. No trajeto, percorrem-se região despovoada e estradas

“caprichosamente projetas, orladas de arbustos”. Na chegada ao setor, há “arcos de triunfo” demarcando o local e, logo após um grande “parque ajardinado”, habitados por “aves mansas” e “pombos graciosos”; além de “tanques (...) a esguicharem água límpida e cristalina”. O prédio do Hospital está rodeado por uma muralha de “árvores frondosas, tabuleiros de açucenas e rosas”. Registra-se ainda a existência de amplos edifícios.

Na chegada, os Espíritos suicidas são recebidos por grupos de enfermeiros, chefiados por assistentes, trajados à indiana. Em seguida, são conduzidos ao interior do hospital, por meio de extensas galerias, ao longo das quais situam-se as enfermarias; todas fechadas com “portas largas e envidraçadas”. O hospital recebe homens e mulheres, todavia, conforme regulamento, em recintos distintos. As mulheres são assistidas por funcionárias em ambiente exclusivamente femininos.

Os “dormitórios” são coletivos, abrigando até dez enfermos em macas coberta lençóis “alvíssimos e confortáveis”. Trata-se de salões amplos com visão para o parque. No interior, há também uma lareira para aquecer o recinto e ainda um quadro, pendurado na parede com a imagem da “Virgem de Nazaré”: uma “fascinante tela a cores, luminosa e como animada de vida e inteligência”, explica o autor, que lembrava o célebre painel de Murilo⁷⁸, todavia de elaboração inigualável!

Assim que se instalam, os enfermos recebem os primeiros cuidados: são submetidos à banho, recebem vestuário hospitalar, tomam caldo em pratos “tão alvos quanto os lençóis”; cada um sente o sabor que mais aprecia. Em seguida, são atendidos por médicos hindus, responsáveis pelas enfermarias e por acompanhar os atendidos durante todo o período de hospitalização. Conforme relata, o ambiente da enfermaria é muito confortável e os médicos bastantes acolhedores e atenciosos: dirigem-se aos leitos, conversam e tratam a todos com extremo carinho. Depois do descanso -alguns amparados por enfermeiros, outros transportados em macas-, são encaminhados ao gabinete cirúrgico para serem submetidos a exames, e, em seguida, a trabalhos de cirurgia.

Conforme o narrador, o hospital, embora não estivesse localizado em zona adiantada da Espiritualidade, possui um conjunto arquitetônico digno de nota e admiração. A estrutura, o aparelhamento e as peças apropriadas aos atendimentos de uma clínica no mundo espiritual, a dedicação, a solicitude, o interesse dos médicos; tudo, conforme o narrador, demonstra o grau

⁷⁸ Imaculada Conceição do Escorial (1678) é uma obra de cunho religioso do pintor barroco espanhol Bartolomé Estebán Murillo. Esta representação da Madona no reino dos céus foi encomendada para o Hospital de los Venerables Sacerdotes de Sevilha. A obra pode ser vista no Museu do Prado, em Madri, na Espanha. Disponível em: <http://khristianos.blogspot.com/2011/12/arte-de-bartolome-murillo.html>. Acesso em 20 de maio de 2018.

elevado da Medicina do além no trato do corpo espiritual. Vale notar a descrição do vestuário dos médicos: uns trajavam uniformes à indiana; outros, aventais longos, vaporosos e alvos, uma espécie de túnica produzida com tecido fosforescente. A equipe dos serviços hospitalares está constituída por médicos, enfermeiros, vigilantes, instrutores e “psiquistas”.

Aos enfermos hospitalizados não é permitido saber notícias de parentes e amigos, todavia é permitido ter conhecimento de “visitas mentais” provenientes de entes queridos ou de todos aqueles que se interessassem pelos enfermos, sejam encarnados ou desencarnados. Tais emissões mentais são realizadas por um aparelho eletromagnético, já descrito na subseção 3.3.5, existente em cada enfermaria. Tal instrumento funciona atraindo, selecionando, reproduzindo e transmitindo - em um espaço espelhado, produzido magneticamente- imagens e sons dirigidos aos enfermos. Dessa forma, sempre que alguém dirige vibrações fraternas, o aparelho é movimentado por luminosidade repentina sinalizando a transmissão. Tal instrumento é capaz de reproduzir não só ouvir a voz de quem, por exemplo, emite uma prece como também a sua imagem refletida no “espelho magnético”.

Outra função do referido aparelho é permitir que os enfermos possam acompanhar o trajeto realizados por outros Espíritos sem necessariamente fazer deslocamentos. Segundo Botelho, aumentada de tamanho ela reproduz a imagem das pessoas em tamanho natural. É um receptor de cenas e fatos à distância, mais desenvolvido que a projeção cinematográfica e superior ao aparelho de televisão. Das poltronas, é possível assistir as cenas como se dela fizessem também parte, tão real e sugestiva é a sua reprodução.

Nos recintos das enfermarias era possível de ser recebidos visitas de caravanas de Espíritos, coordenados por mentores responsáveis, provindas de regiões espirituais mais elevadas, em caráter de visitas de estudos e aprendizados. Quanto às visitas de entes queridos desencarnados, estas são permitidas depois de um certo tempo de internamento. São curtas e espaçadas devido ao estado graves dos enfermos. A única presença efetiva e constante é a dos educadores responsáveis pela educação espiritual, mental e moral dos mesmos.

O tratamento médico recebido no hospital diz respeito aos cuidados com o corpo astral, ou seja, o perísprito ou ainda o ‘físico-espiritual’. Este pode ser alvo de exames e, se for necessário, de intervenções cirúrgicas por meio de métodos locais específicos. É um processo de cuidado que se realiza por meio “aparelhos sutis, luminosos, transcendentais”.

O narrador relata que são prestados “socorros físicos-astrais” nas regiões, que corresponderam ao corpo “físico-terreno”, as quais foram danificadas com o ato suicida. Dessa forma, os tecidos semimateriais das áreas afetadas recebem “sondagens de luz, banhos de propriedades magnéticas, bálsamos quintessenciados, intervenções de substâncias luminosas

extraídas dos raios solares”. Das partes atingidas, são tiradas fotografias e “mapas movediços e sonoros” que são submetidos à análise e, posteriormente, encaminhados para a Seção de Planejamento de Corpos físicos, do Departamento de Reencarnação.

A metodologia de tratamento adotada pela instituição é variada. Vejamos as práticas descritas com riqueza de detalhes pelo narrador, aqui registradas de forma sucinta.

Um dos tratamentos adotados é nomeado de “reunião acadêmica, de estudos e experimentações psíquicas”. São reuniões realizadas pelo dirigente do departamento hospitalar e assessores a grupos de enfermos. É uma atividade coletiva. Acomodados em sala ampla, os pacientes são submetidos a rememoração dos acontecimentos que desembocaram no ato suicida e todos os eventos posteriores à morte voluntária. A sessão é realizada com a utilização de um aparelho luminoso ao qual o Espírito é ligado por meio de um “diadema preso a tênues fios” luminosos. A medida que procede as recordações, as cenas evocadas pelo paciente são reproduzidas em uma tela fosforescente e postas a visão de todos os assistentes. As cenas são analisadas e explicadas pelo médico.

Todos os enfermos são submetidos a esta modalidade de sessão e tornam-se objetos de estudos dos orientadores e demais assistentes. Todavia, são convidados, e não obrigados, a participar. O objetivo da sessão é, por meio do minucioso exame e análise das cenas vivenciadas por cada enfermo, mostrar a sobrevivência do corpo espiritual à morte do corpo carnal. Além de esclarecer os motivos dos sofrimentos e das perturbações, resultantes do gênero de morte escolhida, no corpo espiritual. A certeza da ideia da imortalidade era o principal objetivo dessas primeiras sessões.

Outras reuniões neste mesmo formato são realizadas, todavia com o objetivo de rememorar as ações inadequadas praticadas desde a infância até a vida adulta. O objetivo é analisar a educação recebida pelos pais e os fatos que foram os produtores dos desequilíbrios que estimularam a produção do ideário suicida e a posterior morte voluntária.

O tratamento acima referido se completa com a orientação de como deveriam ter agido diante dos conflitos diários, como poderiam ter solucionados sem ter sido necessário dar cabo da vida. Associados às análises das vivências relatadas são proferidas palestras em tornos dos temas trazidos à baila. Tais sessões, segundo Botelho, realizadas duas vezes na semana, proporcionam momentos de instruções proveitosas e elucidativas capazes de proporcionar, em até dois meses, mudanças comportamentais saudáveis aos pacientes, impulsionando a produção de uma autorreforma necessária e urgente.

Tratamento magnético. Diariamente, no turno da manhã, acompanhados de enfermeiros são levados a gabinetes clínico-psíquicos para serem submetidos a tratamento magnético. A

aplicação era realizada em grupos de dez. Inicialmente esperam pouco tempo em uma antessala, sentados em bancos estofados, e depois são conduzidos ao recinto propriamente dito. Sentados em bancos, “coxins” orientais, disposto em semicírculo, para receberem a carga de fluídos necessários cujo objetivo era se desvencilhar das lembranças, dos hábitos, repetições de gestos e dos sofrimentos físicos que o gênero de morte propicia ao corpo espiritual. A sessão terapêutica é realizada por seis terapeutas hindus, iniciados orientais.

Submetidos a tratamentos meticulosos e exercícios complexos para correção de vícios mentais, instruções e práticas nos serviços de reeducação. Análise do erro cometido contra si, conta a natureza e contra Deus em sessões realizadas no hospital sob a coordenação do diretor do hospital.

Participação em reuniões de experimentação psíquicas, reuniões mediúnicas, sessões espíritas, em Centros Espíritas na Terra. Visita a hospitais para ministrar aplicações magnéticas. Consolos de espíritos encarnados através de reuniões mediúnicas de estudos e atividades espirituais. Durante os dois meses de estadia no plano material, são alojados em tendas formando um aldeamento, instalados em lugares esmos, distantes das povoações. Impedidos de viver entre os homens para não os molestar e induzi-los a perturbações e desgostos com a simples aproximação; ou também, não serem influenciados prejudicando o tratamento em andamento. Eram normas rígidas de condutas. Eram submetidos a reuniões de tratamento e outras de aprendizado prático.

A reunião era realizada com o objetivo de esclarecer a espíritos suicidas de sua condição de espíritos imortais e dos imperativos da vida espiritual; diálogo para o qual estava sem condições de realizar apenas com a colaboração dos trabalhadores desencarnados. Também para resolver complexos mentais dos internos, insolúveis na Espiritualidade, pois os mesmos permaneciam semi-inconscientes em estado de inercia mental impossibilitados de qualquer progresso; precisando de vibrações animalizadas dos médiuns para serem despertados e entenderem sua condição espiritual através da palavra humana. Além de receber dos médiuns energias salutares para o alívio do seu sofrimento físico e psíquico.

Concluído certo período de hospitalização, alguns Espíritos necessitam continuar em tratamento hospitalar intensivo; outros, acometidos distúrbios graves, resultantes de gênero de suicídio muito violento, serão submetidos imediatamente a terapêutica da reencarnação -a única de excelência comprovada nesses casos, pois possibilita o reequilíbrio do “estado vibratório do corpo astral, preparando-o para realizar novas reencarnações e corrigir possíveis desordem vibratórias” (BOTELHO, 2004, p.92).

Os mais equilibrados são informados em seus apartamentos de que recebem alta do tratamento disponibilizado pelo hospital. Este desligamento é anunciado em reunião apropriada a ocasião, realizada pelo diretor do Departamento Hospitalar e seus assistentes diretos, juntamente com o corpo clínico responsável pelo assistido, na sala de audição do hospital.

Os atendidos continuam vinculados a colônia, o processo de reabilitação prossegue, entrando apenas em nova fase de tratamento, desta vez exclusivamente moral e mental. Nessa condição, passam a ser hóspedes do Pavilhão Indiano. A nova fase se inicia com a concessão de visita à Terra. Para esta viagem, são disponibilizados meio de transporte e guardiães vinculados ao DV. No retorno, serão disponibilizados novos meios de se habilitarem para novas reencarnações; desta vez, por meio de visitas de estudos e instruções nos demais departamentos da colônia, acerca de estudos relativos a “Ciência do Invisível” e “Ciência da vida”, sob a ótica de Jesus de Nazaré; são os chamados cursos de iniciação. Concluída essa fase de instrução, começam os preparativos para uma nova experiência reencarnatória na Terra.

O hospital Maria de Nazaré instituição alocada no além-túmulo a sua organização não difere muito de uma instituição hospitalar terrena. A seleção vocabular, utilizada para nomear os espaços e as posições da equipe de trabalhadores, marca a entrada na formação discursiva hospitalar. Palavras como hospitalizados, tratamento, diretor hospitalar, corpo clínico, internação, enfermarias, enfermeiros, leitos, vestuário hospitalar, caldo, enfermaria hospitalização, cuidados médicos, internados e maca compõem o contexto do ambiente hospitalar.

No Hospital Maria de Nazaré o enfermo é beneficiado por “emanações mentais” e “ondas magnéticas salutaras”, emitidas por seus tutelares e dirigentes, por esse motivo, o enfermo deve colaborar com o seu tratamento, utilizando-se necessariamente da prática do silêncio. Dessa forma, entreterem-se em conversações de assuntos pessoais, terminantemente é hábito proibido aos enfermos. Este é um dos regulamentos internos dos mais importantes e cuja transgressão os colocam na condição de infratores, passíveis de punição pela direção do Departamento hospitalar. Tal punição ao referido regulamento consistia na transferência para o Departamento do Isolamento. Para contribuir com a construção do hábito do silêncio, ao longo das paredes eram dispostos “letreiros fosforescentes (...) com permanentes pedidos de silêncio”.

A justificativa para o uso de tal regra é que as conversas sobre assuntos de tormentos pessoais do passado produzem “distúrbios de consequências imprevisíveis” não só para o paciente como para “o estado geral” de todos, e também da “disciplina hospitalar que deveria ser rigorosamente observada”. Para manter a disciplina, muitas vezes, é necessário a designação de plantões de vigilância severa, realizados por guardas do “regimento de lanceiros hindus,

aquartelados no Departamento de Vigilância”. Centremos nossa atenção na seção do Isolamento

Anexo ao Hospital Maria de Nazaré, encontra-se o Pavilhão Indiano, ou Mansão das Rosas, uma espécie de albergue destinado a abrigar os hóspedes que recebem alta da referida instituição. O nome foi dado ao lugar por associação a ambientação externa do prédio com paisagens clássicas da “velha Índia”, país celebrado pelo grupo de mestres a quem os hóspedes estavam ligados. Passemos ao ambiente da seção de Isolamento.

Quando o Espírito suicida desencarna e é acolhido na colônia Maria de Nazaré é passível de vivenciar momentos de sofrimentos, resultantes de experiências de situações de isolamento vivenciadas em “prisões” educativas. Compondo o departamento hospitalar, o setor de Isolamento configura-se como sendo uma dessas seções específicas para suicidas. Nela, são acolhidos para serem educados para a vivência espiritual.

Trata-se de um espaço reservado especificamente ao confinamento de Espíritos que cometem infração aos regulamentos do Hospital Maria de Nazaré. “Filial” desta instituição, o Isolamento recebe esta designação porque funciona como uma espécie de “prisão”. Neste espaço, os Espíritos infratores são detidos em seu próprio benefício e daqueles a quem amam. A existência de “prisões” de caráter repressivo no mundo espiritual se deve ao fato de ser necessário proteger esses Espíritos da atuação de Espíritos obsessores que atuam atacando Espíritos (des)encarnados, que com eles entram em sintonia, contribuindo para os seus desajustes.

Todos os Espíritos que são transferidos para este ambiente estão sob ação punitiva por parte da direção do hospital. A necessidade da observação rigorosa das normas hospitalares é justificada pelo fato de que a conduta dos infratores é passível de produzir distúrbios imprevisíveis, tanto nos Espíritos detidos como no próprio ambiente hospitalar.

Os habitantes do isolamento são tratados como infratores, detentos, não só por transgredirem os tais regulamentos, mas por si conservarem cativos de si mesmo, associado às paixões mundanas e pessoais que provocaram seu desregramento e afastamento da verdadeira fé cristã por meio do ato suicida. Inconformados com a sua situação atual, estes Espíritos negam-se a se depreender das lembranças do passado e se recusam a receber aconselhamentos dos Espíritos responsáveis por sua tutela na colônia. Muitos permanecem inflexíveis, endurecidos, envoltos em mágoas profundas; outros, atordoados, semi-inconscientes, imersos em inércia mental, são incapazes de compreender e aceitar as sugestões dos mentores espirituais e de vê-los, apesar de se materializassem o máximo necessário para tornar eficaz os cuidados despendidos.

No Isolamento os detentos ficam sob vigilância severa dos seus mentores e não podem se afastar a fim de visitar os familiares, uma vez que suas vibrações pesadas e chocantes podem, no contato com os entes queridos, sugestioná-los a ações indesejadas.

O Isolamento é especializado em acolher Espíritos envoltos em casos de suicídio resultantes de estados sentimentais extremistas. Na ótica espiritual, o sentimentalismo exacerbado é considerado uma enfermidade moral gravíssima. Muitas mortes são resultantes de casos de “suicídios sentimentais”, ou seja, do sentimento desequilibrado, a exemplo do amante dominado por paixão e ciúme, do chefe de família desorientado por conflitos, do pai desalentado diante da morte de um filho. Trata-se de hóspedes que apresentam sentimentalismo doentio, insatisfação, impaciência, irresignação, desânimo, engendrando motivos para sofrer por meio de autossugestões que lhe envenenam.

No Isolamento, encontram-se os mais variados casos de suicídios sentimentais, em que o infrator é tomado por sentimento em desequilíbrio. Trata-se de Espíritos para quem a dor, o desânimo, o desolamento, a inconformação e a revolta sobrepujavam o arrependimento pelo ato suicida praticado. Para eles o arrependimento está limitado a ideia insuportável de que o suicídio serviu, apenas, apara aumentar e prolongar os sofrimentos, antes considerados insuportáveis, e a decepção de se reconhecerem vivo e separados de seus entes queridos. Por isso, o Isolamento é um ambiente dominado pelo sentimento de desânimo, dor e sofrimento.

Toda a equipe de auxiliares do Isolamento, com exceção do corpo clínico que está constituído de “psiquistas” iniciados, é constituída de religiosos católicos. A direção, o cargo mais importante, como já foi dito, está sob a responsabilidade do ex-padre, Anselmo. Este além de diretor, ele atua também como sacerdote, conselheiro, educador, filósofo, psicólogo, cientista e iniciado em “altas doutrinas secretas da Índia”. O tratamento dispensado aos penitentes pelos trabalhadores voluntários é idêntico aos das demais filiais: inspirados na justiça, na caridade no amor fraterno.

Os métodos educativos são severos e a disciplina adota é “conventual”. Todos os detentos foram educados, quando na sua trajetória terrena, na ótica dos princípios católicos-romanos, por isso a reeducação é também realizada em ambiente católico no qual estavam habituados a viver. Desse modo, são instruídos pelo padre sobre a vida no mundo astral, acerca de conhecimentos e experiências que estavam além do dogmatismo que foram acostumados a vivenciar. Entre eles há católicos por comodismo e tradição, muitos deles incrédulos e desprovidos de crenças, também, sentimentalistas fanáticos e caprichosos. Outro ambiente do Departamento hospitalar é o Manicômio. Vejamos como se dá o seu funcionamento.

O Manicômio é a seção do Departamento Hospitalar cuja função é acolher os enfermos graves instalado no Colônia. Trata-se de Espíritos cujo estado mental foi, excessivamente prejudicado, por repercussões resultantes dos efeitos do gênero de suicídio, as quais impossibilitam o funcionamento regular da faculdade de raciocinar. Foi construído tomando como base “exigências da ciência médico-psíquica” e princípios da fraternidade cristã. (BOTELHO, 2004, p.299).

Segundo Botelho, (2004, p. 300), a direção do manicômio está sob a responsabilidade de um “antigo psiquista natural da velha Índia”, denominado João. Um conhecedor profundo da “ciência esotérica da alma humana” e alienista lúcido e experiente. É descrito como sendo de pele morena, olhos “perscrutadores”, “fronte ampla e inteligente”; perfil comum aos hindus. Possuía cabelos brancos e grande estatura; usava um turbante com uma pedra de esmeralda, e uma coroa de louros. Esta indicava e comprovava os seus méritos adquiridos como resultante do seu trabalho com os enfermos da Colônia. No dedo anelar, usa um anel com pedras de esmeralda que indicava sua posição de médico. Segundo informa, era a veste comum a todos “sábios iniciados” que trabalhavam na colônia, diferentes dos sacerdotes que, atendendo a injunções circunstanciais” preferiam usar a “alva sacerdotal”. É interessante notar a referência que o narrador faz a Velha Índia como “berço da sabedoria espiritual da Terra. ”

Os atendidos neste espaço vieram do vale do suicida. Como todos os outros, segundo explica o diretor ao enunciador Botelho, os Espíritos atendidos, apesar de aparência anormalizada e de muitos estarem em estado de alucinação e/ou imerso em prostração, requisitando cuidados especializados, são inofensivos. Tomando como referência os loucos dos manicômios terrenos, explica que eles não agridem, nem atacam, causando agravos conscientemente.

Os motivos de estarem acomodados e isolados no manicômio é porque representam perigos execrável não só para os homens como para desencarnados, ainda não imunizados por atitudes mentais sadias. Devido ao estado vibratório deplorável e do grau superlativo de depressão e inferioridade são passíveis de prejudicar um encarnado; se junto dele permanecer por um tempo de vinte e quatro horas, podendo levá-los ao suicídio inconsciente, causar-lhe enfermidade grave, alucinações ou loucura propriamente dita; desde que este ofereça analogias mentais e esteja suscetível de receber sugestões deste porte.

Além do mais, próximo a uma criança, por ser “melindroso e impressionável” e “suscetível de molestar-se”, poderá provocar-lhe um mal súbito que lhe cause a morte, se este estiver próximo de um adulto que possa atrair esse tipo de irradiações, vírus psíquico, ou que não disponha de uma terapêutica espiritual que possa ser aplicada de forma imediata. Casos

dessa natureza não são frequentes, mas podem ocorrer se existir semelhança de tendências entre desencarnados, afinidades. Muitas vezes, o Espírito é um causador “inconsciente” desses males, por isso precisa manter-se isolado e ser cuidado, pois todo mal causado a outrem, resultante do ato suicida será um ônus a mais que será somado a sua responsabilidade sobre o suicídio.

Trata-se de Espíritos que não conseguiram recuperar a serenidade, apenas se desvencilharam das exasperações, mas entraram em um quadro de apatia. Perderam, momentaneamente, a possibilidade mínima de reflexão e raciocínio que necessita para dar andamento aos tratamentos de que necessitam para recuperarem equilíbrio emocional. Encontram-se em sofrimento físico e moral, como resultantes de vícios adotados que os levaram a suicidarem, lentamente (suicídio indireto crimes contra si próprios), a saúde do corpo, levando-os para o desencarne antes do prazo previsto.

Os espíritos que buscam consolo (esquecer) dos seus sofrimentos na dependência do fumo e química (alcoólatras, cocainômanos, os amantes do ópio e entorpecentes em geral) são suicidas conscientes, por esse motivo, muito mais responsáveis são do que aqueles que se deixam abater por um momento de grande desalento e que cometem o suicídio movidos por paixões violentas. É a morte suicida chamada de suicídio indireto.

Por esse motivo São Espíritos envoltos em estado de depressão “vibratórias”, débeis mentais, idiotas, prejudicados moral, mental e espiritualmente, uma vez que os vícios prejudicaram não só o seu corpo carnal como deixaram consequências no corpo perispiritual, contaminando-o de impurezas. Em sua configuração astral estavam marcados os estigmas do vício a que haviam se entregado.

Os habitantes do Manicômio recebem o epíteto de ‘retalhados’. Locomovem-se com movimentos lentos e pesados, devido a diminuição de forças vibratórias necessárias para acionarem a mente. São sacudidos por espasmos e conservavam as cicatrizes resultantes do ato cometido, e se locomovem como se ataduras lhe tolhessem o movimento e agilidade das articulações.

Os espíritos que habitam o manicômio exigem dos trabalhadores da colônia muito trabalho de evangelização, inúmeras sessões de terapia fluídica. Todavia, toda essa assistência é insuficiente para tirá-los do quadro de revolta, raiva, angústia e inconformação pela situação que vivenciam e das quais não se consideram responsáveis, apenas, vítimas. São “irremediáveis na vida espiritual”, pois as “camadas de impurezas que envolvem suas faculdades” são muito espessas impedindo que sejam possibilitados os benefícios aplicados em internos de outras sessões, por isso Ficarão no manicômio, sob os cuidados dos trabalhadores, apenas o tempo

necessário para se refazem de crises violentas e, em seguida, partirão imediatamente para nova encarnação, a única terapêutica capaz de refazê-los do abatimento.

Estes enfermos, por sua vez, estarão submetidos à lei da fraternidade, dessa forma, continuarão sob a dependência da Colônia Maria de Nazaré, registrados no Manicômio e receberão assistência constantes dos médicos e vigilantes desta instituição até o seu retorno para o departamento acima referido.

Alojados em recintos extensos e superlotados e deitados em leitos, os referidos suicidas pertenciam diferentes classes sociais e provinham de inúmeros países que pertenciam a circunscrição da Colônia e de todas as modalidades de morte suicida: morte por armas, por tóxicos fatais, viciados unidos unicamente pela “inferioridade do caráter e dos sentimentos”. Muitos estavam em situação de incapacidade de locomoção, de verbalização, apenas esboçavam gemidos e se contorciam como se estivessem sendo atacados por “vírus desconhecidos”.

Queremos concluir este ponto fazendo um registro de como a presença dos hindus, como trabalhadores da Colônia Maria de Nazaré, chamou-nos a atenção, ou melhor dizendo, causou-nos surpresa. O fato foi verificado também pelo enunciador Botelho, como citamos acima. Decidimos não fazer um aprofundamento desta questão neste momento de pesquisa, todavia consideramos que verificar esta presença constante na narrativa do livro *Memórias de um Suicida* poderá vir a ser um interessante objeto de pesquisa.

O fato também chamou a atenção dos professores leitores do meu texto de Qualificação de Tese, especialmente da Profa. Dra. Lúcia Aburre Gnerre (2018)⁷⁹, pesquisadora no campo da cultura oriental que, a partir de suas leituras e pesquisas, esclareceu que a Índia, a partir dos orientistas do século XIX, tem sido considerada como a fonte primeira a jorrar conhecimentos sobre práticas espirituais relacionadas com o viver e o morrer. Explicou ainda que não é por acaso o fato de a posição de Psiquiatra ser originária da Índia: “Os antigos textos da Índia contêm as descrições mais antigas do Ego e do Superego, etc.” concluiu.

A conexão da Índia com o campo do Espiritismo, apresentado no livro *Memórias de um Suicida*, e a legitimação e veiculação do seu conteúdo pela Federação Espírita Brasileira (FEB) é também um interessante tema de pesquisa. Isto porque já é possível observar a execução de práticas orientais -no Brasil denominadas, pelo Ministério da Saúde, como vimos, de Práticas Integrativas Complementares-, em muitos Centros Espíritas brasileiros. Fato que vem gerando controvérsias no meio espírita. Cabe o seguinte questionamento: porque a FEB veicula um livro

⁷⁹ Citação escrita, resultante da análise do texto de qualificação, realizada pelo membro da banca profa. Dra. Maria Lucia Aubarre Gnerre.

cujo foco está centrado nas práticas espíritas orientais de cuidado com o suicídio e proíbe as mesmas no interior dos Centros Espíritas? É, de fato, uma questão geradora de inquietações.

2.4.4 Departamento de Vigilância: na mira dos Legionários de Maria

O Departamento de Vigilância (DV) é o núcleo responsável pela guarda da Colônia Maria de Nazaré e por todos os serviços externos promovidos pela instituição. Tratava-se de uma espécie de fortaleza constituída pelas seguintes seções: Seção de reconhecimento e matrícula; Seção de Relações Externas e a Torre de Vigia

Dentre os serviços que estão sob a responsabilidade deste departamento estão o fornecimento de guias para assumir a função de vigilantes no acompanhamento de Espíritos em visita à Terra; uma vez que esse deslocamento não poderá ser realizado sem a colaboração dos servidores deste departamento; a colaboração na guarda do ambiente quando em serviços realizados pelos Legionários nas dependências de Centros Espíritas; o fornecimento de elementos para expedições de resgate, tanto de espíritos alojados no Vale dos Suicidas que apresentem condições de serem resgatados quanto de Espíritos que se encontrem aprisionados por grupos de Espíritos que se arvorando na posição de juízes se comprazem em penalizá-los pela promoção da ação suicida. Cuida-se ainda do encaminhamento dos Espíritos resgatados, providenciando o encaminhamento para locais adequados às condições apresentadas pelos mesmos, quais sejam: o Hospital, o Isolamento, o Manicômio e também as dependências da seção da Torre de Vigia.

O Departamento de vigilância se ocupa por todos os serviços realizados no intercâmbio entre a referida Instituição e a Terra e/ou localidades vizinhas, por meio da Seção das Relações Externas.

O DV abriga um regimento de “milicianos e lanceiros” especializados em fazer a sentinela e defesa da colônia contra contratempos vindo do exterior. Integram o regimento, suicidas e obsessores suicidas. Todos iniciados à doutrina Cristã, a moral do Cristo. Além dos trabalhos que desempenham, antes de reencarnarem, também recebem orientações dos instrutores sobre noções como o Amor, a Justiça, o Dever, o Bem legítimo, a Moral do Cristo de Deus, o Todo-Poderoso. Compõe também o quadro do regimento, batalhões de lanceiros hindus. Trata-se de Espíritos voluntários que se dedicam a servir de modelo para os recém-arrepentidos, além de assumir a função de fiscalizá-los e ainda cooperar para sua reabilitação, além de outros afazeres. Os referidos hindus, são antigos discípulos dos iniciados domiciliados

na colônia. A eles é atribuído o modelo a ser seguido, no que diz respeito à ordem e a disciplina a ser observada pelos demais. Vejamos a seção de reconhecimento e matrícula.

A Seção de reconhecimento e matrícula é o local onde é realizada o reconhecimento e a matrícula do Espírito interno na Colônia. Uma vez matriculado, o interno passa a receber os cuidados disponibilizados pela instituição. Assim que chegam ao recinto, eles são encaminhados, em grupos de dez, para gabinete específico para realizarem o registro. Vários funcionários cuidam desta tarefa. Nesta seção, ficam os registros da identidade terrena do Espírito, as razões do suicídio, o gênero de suicídio e o local onde foi sepultado o corpo. Todas as informações necessárias eram complementadas pelo chefe da missão de resgate, caso o recém-chegado não as respondesse a contento.

Todo o trabalho de registro é realizado em até 30min, pois os dados são gravados em discos que funcionam, graças a aparelhamento magnético específico, como uma “espécie de álbuns animados de cenas e movimentos”. Os referidos álbuns reproduzem o som da voz, a imagem e todas as informações, que devem ser retidos e conservados, sobre o interno. Segundo informa Botelho, a identidade do Espírito é “fotografada” por meio da captação das imagens emitidas pelo pensamento, através de processo que ele não tinha conhecimento.

Após a matrícula, conforme regulamento da colônia, os pacientes são entregues aos servidores que operam na remoção de paciente para recintos adequados às suas necessidades. Neste momento, mulheres e homens são encaminhados para Departamentos específicos. O deslocamento é feito por meio de transporte apropriado utilizado nos usos internos da Colônia, meio de transporte leves, uma espécie de treinós, puxados por cavalos normando, capazes de transportar até dez passageiros.

Vinculado ao departamento de vigilância, há o setor de Seção das Relações Externas que desenvolve atividades relacionadas ao exterior da colônia, tais como fornecer guias vigilantes para acompanhar Espírito inexperientes, vinculados a colônia, em visitas de excursão à Terra, devidos aos perigos que existem em tais percursos; informar sobre a existência de instituições sérias de estudos e experiências psíquicas na ótica Cristã e os locais onde estão estabelecidas; disponibilizar fichas espirituais de médiuns membros de tais instituições; ceder técnicos para dirigir equipes de auxiliares na preparação de recintos destinados ao trabalho psíquico nos referidos recintos; providenciar Espíritos especializados para cuidar da segurança dos recintos onde ocorrem os trabalhos psíquicos. Orientar e acompanhar trabalhadores em estágios de aprendizagem na Terra. Enfim, colaborar na viabilização de trabalhos realizados no setor terreno.

A Torre de Vigia (TV), segundo Botelho, é uma seção do Departamento de Vigilância que está situada em zona perigosa de região do astral Invisível, encontra-se incrustada em camadas “acinzentadas da cerração”. Apresenta uma forma majestosa, infundindo simultaneamente, respeito e pavor, lembrando antigas fortalezas da Europa (BOTELHO, 2004, p. 151).

Considerado o “posto de maior responsabilidade de toda a colônia”, a TV possui uma direção autônoma, todavia trabalha em consonância, de ideias e ações, com a direção-geral do DV. Este posto da Colônia possui, dentre outros afazeres, a responsabilidade de combater, desviar e impedir o assédio de Espíritos, chamados de “assaltantes”, e de encaminhar os Espíritos resgatados para os setores competentes.

Funciona como uma espécie de fortaleza invencível, um posto avançado de vigilância que defende o ambiente de “investidas nocivas de múltiplos gêneros”, a exemplo de emanções mentais inferiores, consideradas como terríveis e temíveis invasões vindas do exterior.

A direção interna da Torre de Vigia está sob a responsabilidade de um português, ex-padre católico de nome, Anselmo de Santa Maria. A função de direção é exercida internamente como uma espécie de fiscalização, uma vez que as providências para a defesa do ambiente é incumbência da sede central do Departamento de Vigilância.

Os colaboradores desta seção são Espíritos iniciados dos Templos de Ciências da Índia - e outros não iniciados; “altos pastores de almas” que, segunda afirma Botelho (p. 252), em sua permanência na Terra haviam agido com hipocrisia, atribuindo “falsas e ardilosas” interpretações aos ensinamentos do Evangelho de Jesus. Voluntariamente, como expiação pelos desmandos cometidos, executavam serviços exaustivos, em regiões inferiores. É interessante notar como o trabalho voluntariado funciona como uma espécie de reparação pelos erros cometidos. No caso dos referidos colaboradores, o que está em questão não é o conhecimento adquirido, mas a forma como eles fizeram uso deste saber.

Conforme Botelho (2004, p.253), a Torre de Vigia, além dos trabalhos voltados especificamente para os suicidas, também oferece instrutores cuja incumbência é receber grupos de visitantes e instruí-los sobre o seu funcionamento. Conforme informa o enunciador padre Anselmo de Santa Maria, apesar de ser um local especializado no tratamento de suicidas, a Torre de Vigia, assim como todos os departamentos da instituição, encontrava-se sobrecarregado, executando atividades múltiplas e sofrendo carência de trabalhadores especializados.

Segundo informa Botelho (2004, p.254), os Espíritos instrutores, a TV é constituída por pavimentos. No pavimento mais alto, há um vasto salão circular, “imerso na penumbra”,

“rodeados de cômodos bancos estofados”. Em toda a circunferência há portas largas envidraçadas, as quais deixavam ver o que se passava no interior de cada aposento. As vidraças são constituídas de substâncias isolantes, à prova total de ruídos e a entrada nos cômodos não é facultada para visitantes.

Inúmeros gabinetes constituem este espaço. No primeiro, era possível identificar aparelhos parecidos com possantes telescópios, produzidos para sondagens de grandes distâncias. Uma espécie de ‘Raios X’; como afirma o narrador, capazes de pesquisar “os abismos do Espaço infinito, assim como do Mundo Invisível e da Terra”. Outros instrumentos compunha o ambiente, todavia totalmente desconhecidos da equipe de observadores, da qual fazia parte, explica Botelho (2004, p. 254).

No segundo gabinete, havia grandes telas luminosas cuja finalidade era retratar cenas e acontecimentos ocorridos em distâncias imensuráveis, com o objetivo de serem estudados e examinados por técnicos e observadores credenciados. Tais telas permitiam ao operador observar, nos mínimos detalhes, as mais diferentes situações, ocorridas nos espaços mais longínquos. No entanto, conforme regulamento, a ser rigorosamente observado pelos referidos técnicos, apenas poderia ser utilizado, em casos de extrema necessidade, explica Botelho (2004, p. 254).

No terceiro gabinete, o maior de todos, pois ocupava um andar da torre, assemelhava-se a uma oficina mecânica, posta em funcionamento por operários considerados “grandes vultos da Ciência”. Tratava-se de um local que abrigava a maquinaria magnética, espécie de “usina eletromagnética distribuidora de fluidos diversos”, que permitia o bom funcionamento, uso e a ação de todos os aparelhos existente na Colônia, inclusive o sistema de iluminação noturna. Em todos os compartimentos havia movimentação constante; trabalho incessante, árduo e exaustivo. Fazia também parte do quadro de funcionários figuras femininas. Segundo o narrador, vestindo alvos vestuários brancos, a semelhança de uniformes, movimentavam-se em silêncio, sérias e atentas, lembrando “figuras aladas” (BOTELHO, 2004, p.125).

Botelho explica que (2004, p. 256) os Espíritos instalados na TV, enquanto aguardam uma nova encarnação “expiatória”, trabalham e se instruem por meio do trabalho e da aprendizagem de noções indispensáveis, ensinada pelos instrutores, como o Amor, a Justiça, o Dever, o Bem legítimo, além de habilitar-se na Moral do Cristo de Deus e no respeito ao Todo Poderoso.

O enunciador Anselmo de Santa Maria faz referência a existência de batalhões de lanceiros hindus, discípulos dos iniciados domiciliados na Colônia, os quais de forma voluntária e abnegada, colocam-se na posição de modelo a ser seguido pelos “recém arrependidos”. Dentre

outros trabalhos prestados a instituição, eles fiscalizam e cooperam com a reabilitação dos mesmos, funcionando como “sustentáculo da ordem e da disciplina”, as quais devem ser mantidas entre os habitantes do local.

Além das atividades realizadas, a TV se ocupa dos cuidados com os reflexos perturbadores advindos de Espíritos habitantes da terra, do Vale dos Suicidas, de outras regiões inferiores habitadas por Espíritos desencarnados provenientes da Terra; de hordas de Espíritos que perambulam seduzindo Espírito “incautos e inexperientes” e das emanções mentais provenientes da Terra e dos próprios habitantes da TV. Das desordens advindas desses ambientes e de seus habitantes recebem-se reflexos perturbadores, por isso a necessidade de vigilância “incansável, rigorosa, minuciosa” de ondas de fluidos e emanções mentais invisíveis que “sobem da terra” e que se somando às que vem do “invisível inferior” são caçados como se cercam “micróbios endêmicos de peste”. p. 257. (BOTELHO, 2004, p.126; 257).

A proteção feita por meio de “caça aos micróbios” é realizada por meio de instrumentos, acima descritos. Por meio deles, é possível, por exemplo, manter ligação direta com o Vale dos Suicidas; observar e ouvir tudo o que acontece nele. Essa tarefa, poderia ser feita pelos “técnicos”, “funcionários” da Torre, por meio do exercício da clarividência, ou seja, visão à distância. No entanto, como trata-se de um serviço “vultoso” e “melindroso”, de ordem mental que pode afetar as “faculdades anímicas”, sacrificando-os sem necessidade, pois exigem grandes “dispêndio de energias preciosas” e “esforço supremo”, opta-se pelo uso dos referidos aparelhos que são produzidos para realizar o mesmo serviço sem exigir esforço mental.

Conforme explica, Anselmo de Santa Maria, os aparelhos “de visão e comunicação” fazem trabalhos de dupla função, ou seja, ao mesmo tempo em que protegem Espíritos do raio de ação de Espíritos transviados abrigados no próprio Vale dos Suicidas, facilita a capacitação de informações sobre aqueles que apresentam “condições de serem socorridos” e “transportados”.

2.4.5 O Departamento de Reencarnação: o “eterno” retorno

O Departamento de Reencarnação (DR) é um dos núcleos de serviço da Colônia Maria de Nazaré. Nele é oferecido todos os serviços relacionados ao retorno dos suicidas, acolhidos temporariamente em suas dependências, às novas existências corporais, a fim de continuar a cumprir “o compromisso da existência interrompida com o suicídio (Botelho, 2004 p.390). Trata-se de Espíritos que anseiam por voltarem a Terra para “repararem o passado cuja lembrança os desespera, de expiarem faltas, de recapitularem o drama íntimo”, (...) de vencer o

remorso esmagador” (BOTELHO, 2004, p. 381). Todos os Espíritos Suicidas que são internados temporariamente no Instituto Maria de Nazaré como tutelado necessitam passar por novas experiências reencarnatórias; desse modo, obrigatoriamente deverão permanecer internos neste espaço, realizando uma espécie de estágio, cuja duração, dependendo do estado em que se encontra, pode variar de um a dois anos.

Durante este período, o candidato trabalha intensamente. As atividades do estágio abrangem ações de colaboração, juntamente com seus instrutores, no processo de pesquisa para a escolha de seus futuros genitores. Estuda a programação da reencarnação vindoura através de aulas práticas, realizadas por meio da apresentação de quadros “inteligentes e movimentados” à semelhança de “cenas teatrais ou cinematográficas (BOTELHO, 2004, p. 393). Fazem viagem assíduas à Terra com objetivo de irem se adaptando aos hábitos necessários a execução da programação a ser vivida. Visitam seus futuros com o objetivo de familiarizar-se com eles e com o meio em que habitam; especialmente se forem conviver em um ambiente familiar hostil constituído por Espíritos estranhos, indiferentes e/ou inimigos de vidas anteriores.

Sobre essas viagens de ambientação, tivemos várias vivências nas reuniões de estudo e educação da mediunidade realizadas, no NEMB. Em certa ocasião, dialogamos com o Espírito de nome Roberto o qual relatou que estava se preparando para reencarnar e por este motivo estava nos visitando, acompanhados de seus tutores. Segundo afirmou, o referido Centro constava, no seu roteiro de visita, como sendo o primeiro lugar a ser visitado, pois nele iria receber as primeiras orientações necessárias para prosseguir a sua visita aos outros locais do ambiente onde viveria a sua nova experiência reencarnatória.

Na condição de interno da instituição, durante a sua permanência na Terra, o reencarnante na condição de suicida continua vinculado a colônia e, ainda, a ser tutelado pelos trabalhadores responsáveis pelo seu acompanhamento na nova experiência reencarnatória. Isto porque a reencarnação é considerada com uma espécie de recurso terapêutico que deverá ter o devido acompanhamento dos responsáveis pelo seu tutelado.

O conceito de reencarnação como recurso terapêutico poderá causar estranhamentos aos que não estão familiarizados com o princípio da reencarnação adotado pelo Espiritismo. A reencarnação, embora muitos a considerem como uma punição, ela funciona como meio de aquisição de conhecimentos e de progresso para o Espírito. No caso, específico do suicida, segundo informou o Espírito João, diretor do Manicômio, ao Espírito Botelho, a reencarnação funciona como um tratamento hospitalar: “Medicação, apenas! Um gênero de tratamento que a urgência e a gravidade do mal impõem ao enfermo” assevera. Isto porque para o suicida, devido as consequências resultantes do ato suicida em seu corpo espiritual, a reencarnação é, conforme

explicou o referido Espírito, o “único remédio capaz de lhes minorar a profundidade dos males que carregam”. Nascerão assim como “cancerosos e paralíticos, débeis mentais e idiotas, nervosos, convulsos, enfermos incuráveis, rodeados de complexos desorientadores” que desafiam a ciência médica terrena em busca de cura.

Esse acompanhamento, acontece geralmente durante o sono, momento em que o Espírito, parcialmente liberto, será acolhido pelo seu mentor e dele receberá aconselhamentos, instruções e conforto. Faz parte do tratamento do reencarnante suicida o despertar para o gosto pela sua nova experiência, uma vez que ele se “desencantou da permanência da sociedade terrena”, desejando outra forma de vida que lhe “falasse melhor aos anseios íntimos”. Geralmente, o suicida pode ser considerado como um Espírito “triste a quem coisa alguma alegrará, um inconsolável” (BOTELHO, 2004, p. 391;392).

Conforme o narrador, o Departamento é grande metrópole e bastante movimentada, constituída de grandes edifícios em estilo hindu. Trata-se de palácios ora circundado por colunas, ora enfeitados de cúpulas e as residências dos servidores eram miniaturas destes, transformadas em mansões residenciais. O estilo hindu predomina como estética local; encontrava-se ali “a verdadeira civilização hindu” afirma o narrador. Havia também “parques jardins lagos e cascatas”. (BOTELHO, 2004, p. 379).

A direção geral do departamento estava sob a responsabilidade da figura masculina, grandes iniciados, todavia muitos funcionários eram femininos. Segundo o narrador, foi identificada mulheres apenas neste departamento. O Departamento está sob a responsabilidade de um governo central, instalado em um edifício e o Espírito responsável por ele é tratado com a insígnia de governador.

Localizado em um dos extremos da Instituição, o local está composto por seis seções. Todas possuem atividades diferenciadas, todavia funcionam de forma integrada. São elas: Recolhimento, Análise, Programação das recapitulações, Pesquisas, Planejamento dos envoltórios físico-terrenos, Laboratório de restringimento.

O referido estágio neste Departamento possui a seguinte organização. O candidato, após receber a aprovação da direção da Colônia para uma nova experiência reencarnatória, é apresentado, pelos mentores responsáveis por seu acompanhamento, ao chefe do Departamento de reencarnação. Em seguida, este o encaminha para a sessão de Recolhimento.

Neste local é feito os registros referente a sua futura estadia na Terra. Nestas circunstâncias, guias específicos ficarão responsáveis por seu acompanhamento, darão assistência inclusive durante sua nova trajetória terrena.

O Recolhimento é uma espécie de albergue, composto de “extensos dormitórios”. Segundo o enunciador, a dirigente desta seção era uma religiosa que, na sua última reencarnação, viveu em um convento chamado Santa Maria (p. 389). A semelhança de um grande internato, era constituído de quatro pavimentos distintos, no entanto, com iguais disposições internas. Abrigavam o elemento feminino e masculino em alas distintas. No primeiro, ficavam instalados os “internos e aprendizes do Instituto”; no segundo, os que estavam no Hospital Maria de Nazaré e no Isolamento; no terceiro, os da Torre, e, no quarto, os dos Manicômio.

Neste espaço, o reencarnante é registrado e todas as suas informações são arquivadas. Dentre outros dados que não foram descritos, registra-se as seguintes informações: o seu nome, o local e a data de renascimento, o nome dos pais e o período de duração da reencarnação. Neste espaço, os internos permanecem até concluírem os preparativos para a nova experiência reencarnatória. Os dados seguem para a seção de análise.

Concluída parte do processo, entra em ação os técnicos da seção de Análise. Neste espaço trabalham funcionários intitulados de “iniciados superiores”. Todos possuidores de faculdades magnéticas capazes de propiciar que Espíritos, encarnados ou desencarnados, possam reviver, em minúcias, as experiências vividas, oferecendo assim a possibilidade de que técnicos especialistas possam analisá-las. Isto é possível porque, segundo explica o narrador, “todas as criaturas trazem a história de si mesmas impressa em caracteres indeléveis nos labirintos do ser”, este desencarnado ou encarnado. (BOTELHO, 2004, p. 382). O objetivo da sessão é elaborar um estudo dos dados selecionados para fazer a montagem do programa de sua futura existência. Concluída a análise, os técnicos responsáveis elaboram um relatório detalhado em minúcias contendo os (de)méritos, as quedas graves, as concessões do candidato e, em seguida, passam o caso para a seção de recapitulações.

Trabalham nesta seção, uma equipe de funcionários composta de senhoras, jovens e maduras e também anciãs, ambas dirigidas por sábios missionários e guias dos encarnantes. O objetivo é montar o programa de vida dos futuros candidatos à reencarnação. Uma espécie de “mapa” reencarnatório, elaborado com a colaboração do próprio reencarnante, quando apresenta condições, com base no relatório produzido no setor de Programação das Recapitulações e nas informações enviadas do Templo. O esboço de suas novas vivências, expiatórias ou reparadoras, são realizados de acordo com sua resistência moral (BOTELHO, 2004, p.382). Para tanto, observa-se as suas possibilidades de vitória; preveem os empreendimentos, as realizações, as facilidades ou dificuldades, enfim, “o panorama da vida” a ser vivenciado na Terra. Concluído o trabalho de recapitulação, chamado pelo narrador de

“epopeia sabiamente traçada” passa-se para o trabalho na seção de Pesquisa. Dessa forma, conforme o Espiritismo, só se retorna para uma nova reencarnação com um programa de vida delimitado.

Esta seção conta com uma equipe de “funcionários”, sob a direção de um chefe e de subchefes. Trata-se do setor de execução de pesquisas, desenvolvidas por equipes constituídas de dois a quatro membros e comandadas por um dirigente. Estes, advindos também de outras seções devido a insuficiência de trabalhadores, dirigem as “caravanas de investigações” enviadas, geralmente no período da noite, para a “crosta terrestre” com o objetivo de pesquisar “meios para a reencarnação” dos candidatos liberados para vivenciar uma nova experiência reencarnatória (BOTELHO, 2004, p. 409). O trabalho de pesquisa diz respeito a investigação do ambiente e da escolha dos futuros pais, inclusive o estado fisiológico deles: saúde, hereditariedade física, dentre outros aspectos. As ações desta seção contam ainda com o apoio de trabalhadores responsáveis pela manutenção e funcionamentos de “postos de emergências móveis” (BOTELHO, 2004, p. 413), espécie de apêndices vinculados à Colônia Maria de Nazaré.

Concluído o trabalho, um documento contendo os registros é encaminhado à direção-geral da colônia para que seja analisado. Algumas vezes, são necessárias emendas, tanto no campo das diminuições das provas como na concessão de acréscimos no volume das reparações. Todavia, como os técnicos desse setor são Espíritos de “elevada linhagem” (...) portadores de grande saber e gloriosa inspiração” (BOTELHO, 2004, p.191), os programas reencarnatórios recebem a aprovação do Governo Geral do Templo e seguem para a Seção de Planejamento de Corpos Físicos.

Neste local, cientistas esboçam o projeto dos futuros corpos com a aquiescência do Espírito reencarnante. O ambiente é descrito pelo narrador como sendo uma sala de grandes proporções, composto de salas menores, dispostas numa perspectiva circular; todas comunicando-se entre si por meio de portas e com o exterior por meio de passagem independente; traçadas engenhosamente por “inspirados engenheiros” da arquitetura hindu” (BOTELHO, 2004, p. 426).

Na fileira de salas, cientistas, situados em bancas de estudos e trabalho dispostas em semicírculo, debruçam-se sobre documentos pertencentes aos encarnantes, advindos das seções de Análise, de Pesquisas e do Templo com o objetivo de compor as instruções para a produção dos futuros corpos e, posterior encarnação. Concluído o trabalho de planejamento dos corpos, o resultado dos estudos é enviado à sala de Modelagem para a produção do esboço dos futuros corpos. No documento, segue instruções contemplando os seguintes aspectos: mutilado desde

o nascimento; passível de mutilação, por enfermidade ou acidente, no percurso da existência; passível de aquisição de doenças graves e incuráveis; e normais. Neste caso, a reparação se dará no campo da moralidade.

No espaço destinado para modelagem ficam arquivados a reprodução dos corpos primitivos, semelhantes a estátuas móveis, grandes e perfeitas, dispostos em pedestais e em local de fácil acesso. Guarda-se também a reprodução do corpo destruído com o suicídio; em casos de suicídio em que o corpo fica mutilado ou esmagado, os restos de corpo são fielmente reproduzidos. Em “placa fosforescente”, colocada junto ao corpo destruído pelo suicídio, ficam registrados os seguintes itens descritivos: “estado de saúde, volume das forças vitais, estado mental, grau de instrução social, ambiente em que viveu, data do nascimento, data do desencarne e da devida extinção da força vital; e data, local, “nome do infrator”, gênero e causas do suicídio. Segundo o narrador, o referido departamento parecia um “cenáculo de arte”, “um ateliê” dirigido por “artistas eméritos”, espécie de “mestres das artes plásticas” (BOTELHO, 2004. p. 426;428).

Concluído os esboços ou mapas dos corpos, produzidos rigorosamente de conformidade com as instruções recebidas este é, em seguida, encaminhado para serem revisados e aprovados pelo Templo, as seções de Análise, de Pesquisas e de Recolhimento e, também pelos encarnantes com a colaboração dos seus tutores. Nos casos em que o candidato não esteja em condições de opinar sobre o programa reencarnatório, a análise é feita por seus Guias, que atuam zelando pelos interesses dos seus tutelados, a semelhança de “advogados com seus constituintes”. (BOTELHO, p.429). Neste ambiente também só é permitido a entrada dos técnicos responsáveis.

Uma vez aprovado o mapa, ordens são expedidas para os trabalhadores a seção de Restringimento. Este é o local onde técnicos devidamente autorizados, iniciam as operações magnéticas necessárias ao renascimento do Espírito encarnante. O restringimento é o processo pelo qual o corpo astral assume a modelagem do feto. Os técnicos produzem a afinização do Espírito com o seu novo corpo e a harmonização com o corpo perispiritual da nova mãe. O fenômeno se dá por meio de uma força de atração provocada por correntes magnéticas poderosas, advindas de forças divinas, somadas a força “magnética e vibratórias dos psiquistas”, trabalhadores responsáveis pelo processo de encarnação.

Durante o processo reencarnatório, o qual acontece à proporção que a gestação progride, as vibrações, as faculdades e a mente do Espírito vão sendo comprimidas, provocando o fenômeno chamado de “esquecimento do passado”. O narrador explica que se trata de um estado preagônico, penoso que é agravado no caso dos Espíritos suicidas, devido a

desorganização do corpo astral, resultante do ato suicida. O quadro se reverterá em seu proveito se ao desencarnar se desprender de forma natural e lenta das “cadeias magnéticas que o prendem ao corpo” (BOTELHO, 2004, p. 399).

Nas dependências da Colônia Maria de Nazaré encontra-se o local denominado de Cidade Universitária. Vejamos a seguir como ela está organizada.

2.4.6 A Cidade Universitária

O relato sobre a Cidade Universitária foi realizado pelo narrador no lugar de observador participante, uma vez que a sua realização tomou como referência a sua posição e experiência de cursista no referido espaço de produção/aprendizagem de saberes acerca da espiritualidade.

A Cidade Universitária recebe o nome de Cidade Esperança. Trata-se de um departamento da colônia Maria de Nazaré. A Cidade Esperança está sob a responsabilidade de um diretor, é chefiada por um Espírito Masculino. Segundo Botelho, a sua criação foi ordenada por Maria de Nazaré, com o consentimento de Jesus Cristo. Diferentes dos outros departamentos, localiza-se em zona superior da colônia espiritual. No interior da cidade, há parques e arvoredos; nestes ambientes, é lugar comum a presença de grupos de Espíritos serem instruídas pelos seus respectivos mestres, sob os arvoredos.

Na Cidade Universitária, os internos inscritos são denominados de acadêmicos e os professores de preceptores. Neste local, o modo comum de locomoção dos Espíritos é a volitação, ou seja, o deslocamento pelo espaço, movimento que se dá devido ao impulso da vontade. Depois de alguns anos, os internos já possuem o conhecimento da técnica e já voitam, ao invés de caminharem pelo solo ou se locomoverem por meio de viaturas.

Na Cidade Universitária, entidades femininas, escolhidas entre o grupo de vigilantes, são indicadas para acompanharem os internos, tanto no processo de ambientação espiritual, em missão educativa como familiar. Sua função é ouvir as confidências, consolá-los, aconselhá-los, receber os pedidos e transmiti-los a diretoria da mansão e manter aceso o conceito de família. Exerciam suas atividades em um salão que precedia a sala de assembleias. Chamadas de Damas da Vigilância, essa nobre corporação de legionárias, exercitavam aprendizado no campo das tarefas femininas a serem experimentadas na Terra.

Os cursistas da Cidade Universitária são Espíritos que iniciam nova fase de aprendizagem no mundo espiritual, dentre eles estão Espíritos masculinos e femininos. Nem todos que são internos atingem condições de continuarem o aprendizado espiritual que necessitam para a reabilitação, no ambiente da Cidade Universitária. Os matriculados são

aqueles que apresentam condições para a aprendizagem do desenvolvimento mental e moral e a aquisição de novos conhecimentos, no que diz respeito a vida espiritual.

Os cursistas, em pequeno número, tanto masculino como feminino, liberados para a Cidade Universitária vêm do Hospital Matriz e, em sua maior quantidade, do Internato das Moças; jamais do Manicômio e raramente do Isolamento.

Na cidade universitária, os cursistas ficam na condição de residentes internos. Depois de inscritos, os cursistas são apresentados, em reunião específica, aos novos tutores responsáveis pela sua educação, em uma espécie de “aula inaugural”. O encontro é realizado na sala de assembleias, situada na sede central do Departamento. Toda a organização é realizada por trabalhadoras, responsáveis pelo serviço interno, inscritas no Departamento de Vigilância. Nesta ocasião, a verificação da presença é efetuada por um adjunto que secretaria a reunião. A chamada é feita seguindo a lista de nomes contida no volumoso livro, assinado pelos internos no momento da inscrição no DV. Na ocasião, o diretor profere o discurso de honra.

No ambiente de internação, os cursistas internos são agrupados em número de dez e alojados em locais separados da figura feminina, a exemplo dos outros departamentos; todavia, encontravam-se durante as aulas e em reuniões recreativas. A justificativa para a separação, o isolamento, é fundamentada no entendimento dos mentores de que o sexo é um entrave as conquistas espirituais, ao desenvolvimento do sentimento fraternal, do amor espiritual - elementos necessários para os arrebatamentos do Espírito-, porque “oprimem a vontade, turbam as energias da alma, entorpecem-lhe as faculdades, arrastando-a a vibrações pesadas e inferiores” (BOTELHO, 2004, p. 208).

Durante a permanência na universidade, os cursistas ficam reclusos, sem permissão para sair da Colônia a não ser quando escoltados em grupo por um trabalhador da vigilância para realizar visitas em outros departamentos para rever amigos e antigos mestres e levar consolo aos internos. Em compensação, viviam “rodeados de uma assistência seleta, no âmbito social de uma plêiade de educadores e intelectuais de elevada cuja elevação de princípios ultrapassava tudo quanto poderíamos conceber!” (BOTELHO, 2004, p. 2017). Segundo Botelho, os mestres foram contemporâneos de Jesus Cristo, tendo-o conhecido, ouvido suas pregações e falado com ele.

Os internos, devido ao “traumatismo vibratorial” resultante do suicídio os quais não permitem trabalhos continuados, -a exemplo dos instrutores que estão em atividade contínua- repousam e também se divertiam aos domingos. Podem, no final da tarde, reunir-se no parque da universidade, acompanhados dos seus orientadores e vigilantes de turma de aprendizes,

travar diálogos sobre a vida e as novas experiências; inclusive com as enfermas do Departamento Feminino, ampliando dessa forma o campo das relações de amizade.

Frequentam ainda reuniões instrutivas sobre Arte Clássica Transcendental, promovidas pelas vigilantes. Fato digno de nota, na Cidade Universitária não se presencia a valorização de regionalismos de qualquer ordem, apenas a Arte Clássica. Nestes momentos, do templo situado na Mansão da Harmonia, local onde se aglomeravam diretores e educadores, são prestadas homenagens à Protetora da Legião, Maria de Nazaré, e a Deus, por meio de cânticos entoados pelas vigilantes. Nestas ocasiões, o convite à oração, é um convite passível de ser recusado, embora a recusa não se constitua em prática.

Depois de um período de dez anos de internamento, é possível que os internos já possam transitar pelo ambiente usando não a caminhada ou uma viatura, mas a levitação que é um meio de locomoção comum no ambiente espiritual, o qual permite planar apenas com o impulso da vontade. Isto porque o corpo, está menos denso e menos sujeitos a atrações planetárias.

Na cidade universitária, é possível também estudar um idioma chamado Esperanto, mesmo nome atribuído a Cidade Universitária, Esperança. Trata-se de um conhecimento universal, entre homens e espíritos de todas as raças, de caráter unificador, considerado o “idioma fraterno do futuro”, um patrimônio universal. A Academia de Esperanto é, segundo o narrador, uma filial de uma grande Universidade Esperantista do Astral, localizada em esfera mais elevada do Astral. Nestes cursos, a presença feminina é verificada entre os aprendizes. Interessante notar que, historicamente, o Esperanto - considerado uma proposta de língua universal-, foi um projeto filosófico proposto pelo polonês Ludoviko Lázaró Zamenhor, publicado no ano de 1887 (SANTOS, 2010, p.1). Cabe notar aqui a simetria entre mundo material e mundo espiritual neste aspecto, todavia com uma ressalva; neste, a existência do Esperanto é datada em momento muito anterior.

Nas aulas iniciais, é mostrado, pelos métodos acima referidos, as civilizações terrenas desde as mais remotas até o século 20, envolta em insuperável multiplicidade de idiomas e dialetos; fato considerado um flagelo para a humanidade, uma vez que a heterogeneidade linguística resulta em conflitos nas relações entre nações, povos e indivíduos. O objetivo é a difusão da cultura e a aproximação dos povos visando a unificação do ideário.

O método adotado para aprendizagem é soletração de vocábulos, apresentados através de quadros vivos; em seguida eram expostos a leitura de sequências de vocábulos em espécies de álbuns e livros móveis animados, também são expostos “segredos” que possibilitam a conversação e a exposição fluentes em pequenas assembleias. Como estímulo ao estudo do

idioma, são produzidos espécie de congressos. Neste recebem visita de instrutores de outras esferas.

Na cidade universitária são oferecidas três modalidades de cursos: o curso de Filosofia e Moral Cristã; o curso de Ciência Universal e o curso de Aplicação Prática. Tais cursos são organizados com o objetivo de promover a reeducação intelectual e moral dos internos.

O curso de Filosofia e Moral Cristã apresenta a vida da humanidade desde os primórdios e concentra-se, mais especificamente, no conjunto de princípios do Cristianismo; sendo estes considerados como fundamentos da doutrina moral universal. As aulas são ministradas em um salão imenso de um edifício, um palácio, situado na Avenida Acadêmica. O salão, uma espécie de anfiteatro, foi construído no formato de semicírculo, com arquibancadas. No fundo, encontra-se instalado um aparelho de uso bastante comum, utilizado como recurso de trabalho, em outros departamentos. Trata-se de uma placa luminosa de grandes dimensões; todavia, mais aperfeiçoada, mais leve e de maior dimensão do que as utilizadas em outros ambientes de trabalho. Junto dela, ao centro, encontra-se a cadeira do expositor. Acima da tela está escrito o seguinte trecho do evangelho: “Vinde a mim, todos vós que estais aflitos e sobrecarregados, que eu vos aliviarei. Tomai sobre vós o meu jugo e aprendei comigo, que sou brando e humilde de coração, e achareis repouso para vossas almas, pois o meu jugo é suave e leve o meu fardo” (BOTELHO, 2004, p.209).

O método pedagógico utilizado na primeira aula deste curso consiste na apresentação da personalidade do instrutor aos alunos. Este apresenta os seus próprios exemplos de experiência de vida nas inúmeras reencarnações e vivências espiritual. Este procedimento é considerado de excelente aproveitamento, pois compreende-se que este recurso possibilita que os alunos aprendam a ouvi-lo, a acatar a sua fala e a confiar nele. Além de produzir laços de amizade e amor com o mestre, esta prática leva o aprendiz a confiar na eficácia dos preceitos que embasa a condução do comportamento e da elevação de caráter do seu orientador. O mestre, nesta circunstância, seria aquele que de fato, conjuga a teoria e a prática, a partir do seu exemplo de vida.

A apresentação do perfil do instrutor e de todas as narrativas efetuadas são realizadas por meio de um aparelho que possibilita que as palavras do mentor sejam traduzidas em imagens e cenas. Estas são apresentadas de forma nítida em uma tela luminosa, uma espécie de espelho, instrumento muito comum e bastante utilizado pelos orientadores da colônia. Por meio dele, as cenas são apresentadas com extrema nitidez e perfeição, provocando nos assistentes a sugestão de que participam não apenas como assistentes, mas enquanto personagens da narrativa exposta.

Trata-se de um recurso didático que exige sacrifícios do mestre e de seus auxiliares, isto porque para o seu funcionamento é preciso mobilizar um grande fornecimento de fluídos magnéticos, necessários a corporificação das imagens e reprodução dos sons. Nestes momentos, o magnetismo que envolve o ambiente possibilita para que cada assistente possa criar a sugestão de que vivenciaram os relatos narrados pelo instrutor, quando de fato apenas os ouvem e os assistem. O magnetismo superior do mestre, associada ao de seus colaboradores, possibilitam que as elucidações realizadas orientem o processo de exames e estudos de sua personalidade, por parte dos aprendizes.

Este recurso de exposição de ideias e imagens, segundo o narrador, foi largamente utilizada por Jesus em suas pregações. Detentor da técnica, ele sozinho criava e corporificava as cenas que narrava. Posteriormente, seus discípulos se utilizaram do mesmo recurso, todavia com o trabalho de outros Espíritos colaboradores. Nestas ocasiões, as recordações e pensamentos eram colhidos e corporificados, por meio da sugestão, possibilitando que os ouvintes não só os escutassem, como também se sentissem participante ativo do evento.

A eficácia deste método, utilizado como procedimento para a instrução dos internos nas aulas, está no fato de impossibilitar que “interpretações pessoais, conceitos errôneos, sofismas ou interpolações” sejam produzidas pelos aprendizes (BOTELHO, 2004, p.2014).

O segundo curso, denominado de Ciência Universal é oferecido aos internos depois de dois anos do curso de iniciação Cristã. É ministrado alternadamente com o curso de moral porque a reeducação moral exposta nos Evangelhos é pré-requisito, uma vez que sem esta base poderia resultar em estéril ou prejudicial se mal utilizado. Este curso é ministrado em outro prédio da cidade, todavia com ambientação idêntica ao local do primeiro curso. O diferencial era o preceito grego posto acima da tela luminosa assim definido: ‘Homem! Conhece-te a ti mesmo!’ Antecedendo esta citação está a sentença cristã: “Ninguém entrará no reino de Deus se não renascer de novo.”. As aulas são ministradas para turmas mistas. (BOTELHO, 2004, p. 220).

O conteúdo do curso consiste em ministrar inicialmente conhecimentos sobre o surgimento e crescimento do Globo terrestre por meio da metodologia já citada: a apresentação das cenas vivas, com requintes de realidade e com a sugestão de vivência e participação nos eventos descritos. Aparelhos magnéticos são utilizados na apresentação das imagens. Esta forma de captação de imagens de acontecimentos é realizada por meio da atuação de uma equipe de “magos” especialistas na prática da fala e da sugestão. Tais profissionais, por meio do seu poder de atração, procura a cena que convém ser apresentada e a projete na tela através do

mecanismo da sugestão. Trata-se do processo já referenciado, por meio dele os assistentes sentem-se como se fosse personagem do cenário apresentado.

Neste curso é também oferecido, de forma gradual, rudimentos de uma doutrina secreta, cujo conhecimento integral só Jesus de Nazaré o detém. Era chamado de Ciência Universal porque veicula conhecimentos imortais da Ciência Psíquica, princípios que tem sido gradualmente apresentados aos homens tanto no mundo terreno como no mundo espiritual. Trata-se ensinamentos secretos oferecidos outrora a poucos iniciados e que depois da vinda de Cristo vem passando por um processo de popularização.

Simultaneamente a estes conhecimentos, aos internos é proporcionado um estudo profundo de si mesmo, por meio de práticas de autoconhecimento e de análises de si. Nele, o interno aprende a se conhecer e se autoanalisar, por meio da exposição e análise de suas vivências reencarnatórias, como também a compreender a dissecar o caráter dos outros integrantes da turma, inclusive da figura feminina.

A prática de analisar as experiências vividas em reencarnações passadas, ocorre da seguinte forma: o aprendiz é colocado diante da tela espelhada com a colaboração dos adjuntos do mestre. Nele, é posto uma espécie de diadema, igual ao utilizado pelos mestres durante as aulas. Objetivo é passar em revistas as existências passadas, iniciando do momento do ato suicida, com o objetivo compreender as circunstâncias da vivência reencarnatória que produziram a motivação para o desfecho do suicídio. Tudo realizado diante da equipe de aprendizes.

As aulas deste curso são temidas pelos enfermos. Sentimento que se entende inclusive para o mestre educador responsável por ministrá-la; isto porque as sessões de estudos específicas sobre cada participante, leva-os a rememorar eventos pessoais, estudá-los e analisá-los. O método utilizado pelo educador auxilia o aprendiz a esfolhar a própria consciência, levando-a a desdobrar recordações remotas de sucessivas migrações terrenas vividas no pretérito. Este procedimento resulta em sofrimentos de grande intensidade; segundo o narrador, o reconhecimento da inferioridade pessoal como método para o estímulo da elevação moral pela autoeducação é um trabalho árduo e sofrido. Nestas aulas, são utilizados os mesmos aparelhos já citados para a captação e apresentação das cenas vivas, mostradas com requintes de realidade e com a sugestão de vivência e participação nos eventos descritos.

O Terceiro curso consiste na aplicação dos princípios adquiridos durante os cursos acima referidos. A prática é realizada no exterior da academia, mais especificamente na crosta terrestre e nos domínios inferiores da colônia Maria de Nazaré Instituto, a semelhança de estágios.

Dentre as atividades de estudos práticos, uma consiste em conhecer particularidades da personalidade humana. Para tanto os aprendizes são conduzidos por seus mestres e adjuntos em caravanas, a fim de efetuar visitas nos Departamentos Hospitalares e demais departamentos, com o objetivo de observar a constituição dos corpos astrais dos internos.

Outra atividade consiste em descer a Terra para estágio de aprendizado e trabalho em hospitais e casas de saúde, com o objetivo de estudar o fenômeno dos desprendimentos do corpo físico. Esta prática de estudos de desligamentos é também realizada, no interior de cemitérios. Nessas ocasiões, processos penosos são objeto de aulas a serem ministradas pelos catedráticos.

Outra prática realizada, em caravanas de socorro, são as visitas ao Vale dos Suicidas, com o objetivo de examinar a existência de Espíritos em condições de serem conduzidos aos Departamento da Colônia específicos às suas necessidades.

De um modo geral, as matérias tratadas nos referidos cursos são alternadas com o evangelho. Versam sobre os seguintes temas: Gênese planetária ou Cosmogonia, Pré-História, A evolução do ser, Imortalidade da alma, A tríplice natureza humana, as faculdades da alma, A lei das vidas sucessivas em corpos carnis terrenos, ou reencarnação, Medicina Psíquica, Magnetismo, Noções de magnetismo transcendental, Moral Cristã, Psicologia e Civilizações terrenas.

No contexto desses ensinamentos, Jesus Nazareno é venerado como a sublime personalidade, o chefe supremo da Iniciação. Dessa forma, os princípios evangélicos são conteúdos transversais que atravessam todos os temas ministrados, funcionando como princípios basilares. A prática e a exemplificação são associadas aos estudos da teoria. Nesse contexto de associação entre teoria e prática, a reencarnação figura como uma prática com excelência comprovada; muitas vezes, nem sempre desejada com satisfação pelos aprendizes internados na colônia.

Princípio básico a ser adotado pelos aprendizes é que o conhecimento de si mesmo é imprescindível à elevação moral. Nesse intento, três temas são necessários: averiguar quem é, de onde vem e para onde vai, com o objetivo de adquirir o convencimento da importância de ser e de existir e atribuir a si mesmo a consideração e o apreço necessários à sobrevivência.

Assistidos pelos mestres e seus colaboradores, tanto a encarnados quanto à desencarnados trabalham em postos de emergência pertencentes a Colônia; integram caravanas de socorros a suicidas solitários que habitam o Invisível Inferior, como também nos “abismos terrenos”, submetidos a pressão de falanges de obsessores que se especializam na técnica de perseguição e indução ao suicídio. Realizam visitas frequentes a reuniões organizadas por discípulos de Allan Kardec, colaborando com o esclarecimento de espíritos sofridos, alheio ao ideário

espírita. Fazem visitas a hospitais e prisões, fortalecendo o ânimo e provendo socorro material, e também em domicílios de figuras de grandes personalidades que, apesar de cercados de glórias, são acometidos de dores intensas e de produção de ideário suicida. Trabalham ainda levando aconselhamento por todos os lugares onde exista Espíritos em sofrimento.

Na referida universidade existe a prática de prestar exames finais; são exercícios de avaliação apresentados a uma junta avaliadora para verificação do aproveitamento e compreensão da matéria. Trata-se da análise de temas desenvolvidos e apresentados em formato de textos, fundamentados em temas do Evangelho, na Moral e na Ciência; a exemplo de romances, poemas, noticiários, etc., se aprovados como sendo instrutivo e educativo, os trabalhos poderão ser ditados ou revelados aos homens por seus autores, por via mediúnica. Em casos de reprovação da atividade, a prática é a repetição da experiência até que esteja de acordo com os fundamentos da temática trabalhada.

A apresentação dos exames, em reuniões específicas, é prática adotada. Estas ocasiões são consideradas dias festivos para todos os internos da cidade universitária. O ambiente é decorado, inclusive com jogos e efeitos e luzes. Os instrutores fazem apresentação literárias, musicais e vale notar em “oratória descritiva”, ou seja, exposição mental de imagens autorais. Em tais eventos, caravanas de outras esferas se faziam presentes, inclusive para apresentações artísticas. Visitantes honrados da Terra também se faziam presentes. Nomes de grandes vultos como Victor Hugo e o compositor Frederic Chopin, este considerado pela espiritualidade como suicida, abrilhantam o evento. Este com suas criações artísticas no campo da música, aquele, suas criações literárias. Ambos se utilizam da técnica de apresentação descritiva das imagens.

Assim como procediam os mentores e os visitantes, os ensaios realizados são também apresentados por meio da produção das criações mentais em imagens e cenas, com a colaboração dos pesquisadores detentores das técnicas desta modalidade de exposição de ideias, ou seja, a captação do pensamento e a sua apresentação em aparelhos apropriados para tal transmissão. Como estímulo ao trabalho mediúnico, os Médiuns, os interpretes do mundo invisível, também são levados, por seus mentores, para apreciarem o evento, cada uma dentro das suas possibilidades de visualização.

O narrador faz referência a dois acontecimentos de grande importância: o encontro com parentes. Para esta ocasião, as trabalhadoras, as “damas da vigilância”, organizam os parques e jardins para a recepção. Utilizando-se de suas habilidades, criam recantos que reproduzem ambientes íntimos dos internos a serem visitados pela parentela e/ou amigos. Tais ambientes, recriados ao ar livre, nos parques, jardins, lagos e encostas de colinas sem a ciência dos aprendizes, resgatam recordações da infância, outros da juventude. Criados ao ar livre e

dispostos pelos parques e jardins, tais recantos duravam apenas o tempo do encontro, alguns lembravam o lar paterno, recantos de sala, varandas, pontes, trecho de praia, uma alameda. Cenários que representavam lugares e locais da casa, lareiras, bibliotecas, antigo lar terreno eram reproduzidos com o objetivo de consolá-los e serená-los.

O segundo acontecimento é a análise de si mesmo por meio de uma prática de rememoração que trata de extrair dos arquivos das memórias de reencarnação passadas, lembranças de eventos que afetam profundamente e que desejam não as rememorar, lembranças repudiadas. O objetivo é a análise das práticas praticadas pelo autor das ações, objetivando descobrir a origem dos males que o afligem e como foram produzidas por ele, diante de todos os assistentes. Segundo o narrador, o candidato é envolvido por jatos de luz e tomado por um leve torpor, todavia não adormece, continua lúcido e recorda o passado, ou melhor sente-se como se estivesse vivenciado a cena vivida.

Concluído o curso de reeducação moral, mental e espiritual, os cursistas estarão aptos a serem encaminhados para uma nova reencarnação. Durante a nova experiência reencarnatória, serão acompanhados por tutores. No retorno à colônia, a depender do sucesso obtido, poderão receber certificados de reabilitação que conferem o seu ingresso em habitações mais evoluídas do mundo espiritual. Notemos que o sistema de avaliação a que são submetidos os cursistas vinculados a Cidade Universitária não difere do adotado nas instituições acadêmicas do mundo material. Resguardando as devidas proporções, são práticas de comprovação de aquisição de saberes, controladas por regras que se assemelham. Para o Espiritismo a reencarnação funciona como modalidade de aquisição/produção de conhecimentos.

2.4.7 Departamento Feminino: o cuidado com o feminino

Como já foi colocado, o elemento feminino, recém-chegado do Vale dos suicidas, depois da inscrição no Departamento de Vigilância, é encaminhado para alojamento específico para este público. Sobre os departamentos femininos, o autor afirma que pouco pode acrescentar em referência ao que foi descrito acerca dos departamentos masculinos. Faz referência, apenas, quanto a certas particularidades de instrução e reeducação, algo diferente em torno de Espíritos que deveriam insistir em renascimentos, sob aparência carnal feminina, a fim de renovarem esforços fracassados ou repararem delitos graves no campo da sexualidade.

Apesar de serem específicos para alojamento femininos, os departamentos funcionam com normas gerais comuns utilizadas pela instituição. O convívio com o elemento feminino suicida

não é permitido nos departamentos, todavia na cidade universitária, apesar de serem visto e frequentarem os mesmos ambientes de aprendizagem, continuavam separados.

O Departamento Hospitalar Feminino é semelhante as mesmas filiais, tais como o Isolamento, o Manicômio; apresenta características idênticas no estado moral e mental das irmãs delinquentes, feitura semelhante nas disposições internas das acomodações. Todavia, diferente na questão da direção que, neste caso, era exercida e preenchida pelo elemento feminino. A única exceção a figura masculina era a abertura para o corpo clínico de cientistas iniciados os quais, assim como nos departamentos masculinos, operavam no anonimato e na solidão dos seus ambientes de trabalho. As funcionárias, embora na posição de auxiliares dos chefes iniciados, segundo informa Botelho, eram portadoras de maiores créditos morais do que seus próprios chefes.

Vale notar uma seção inexistente no residencial masculino, denominada pelas vigilantes de *Internato das Moças*. Trata-se de um espaço disponibilizado para o cuidado com jovens suicidas que cometeram o suicídio também por questões de desequilíbrio sentimentais e/ou desilusões amorosas. Esta é uma dependência comum nos departamentos femininos e também na cidade Esperança. Neles, as internas vivem isoladas dos outros departamentos. Todavia, no primeira, elas recebem tratamento psíquico da equipe masculina; na Cidade Universitária, o objetivo é prepará-las para a reencarnação e para o aprendizado de tarefas mais apropriadas ao modelo feminino. Uma espécie de curso cujo objetivo é ensinar-lhe a exercer o papel feminino pautados no ideário cristão.

Embora Botelho afirme que no mundo espiritual “o Espírito não é subordinado aos imperativos do sexo, tal como na terra se compreende”, nos departamentos da Colônia Maria de Nazaré, a figura masculina ocupa todos os cargos elevados na hierarquia local. Nela, a partição de sexo é também bem marcada; à semelhança dos espaços hospitalares terrenos, a Colônia também não oferece serviços mistos em nenhum dos seus setores. Tanto os serviços quanto as dependências são particularizadas para cada sexo. Segundo explica Botelho, o convívio com a figura feminina suicida, nos ambientes de tratamento jamais foi permitida com exceção dos setores acima referidos.

Outro ponto significativo é a presença feminina nos espaços educativos acadêmicos, segundo afirma Botelho, na sala do curso de Esperanto, a presença feminina era superior a masculina. Todavia, apesar de frequentarem os mesmos cursos, na Cidade Universitária, os contatos eram restritos e limitados ao ambiente acadêmico.

Outro dado digno de nota é que, segundo informa Botelho, a figura feminina, enquanto trabalhadora voluntária da colônia, atua apenas no Departamento Feminino e na Cidade

Universitária, no Internato das Moças e no Departamento de Reencarnação. Explica ainda que tais trabalhadoras conseguiram essas posições por muito terem insistido em viverem experiências reencarnatórias em corpos femininos.

Vale notar que conforme, definição de Botelho, o Departamento de Reencanação se localiza em um espaço privilegiado da Colônia; “limitava-se com as regiões propriamente consideradas espirituais, ou zona educacional”. Desse modo, a presença, embora limitada, da figura feminina neste espaço, não deixa de ser um indicativo de atribuição de um status de singularidade que a particulariza com certa positividade.

Concluimos que embora a presença masculina preencha a maioria dos espaços da Colônia, a figura feminina ocupa lugares e espaços de grande distinção, mais especificamente pela sua condição moral elevada, inclusive o próprio comando geral da instituição está sob a responsabilidade de Maria de Nazaré, figura feminina central no campo do Cristianismo. Dado que justifica os princípios cristãos que regem o funcionamento da Colônia. Podemos afirmar, portanto, que a Colônia Maria de Nazaré tem a sua existência e funcionamento marcados pela lógica cristã.

No contexto da colônia, portanto, não há estranhamento no modo de disposição dos cargos entre a figura feminina e masculina, uma vez que a hierarquia do poder leva em consideração o grau de saber e de moralidade dos Espíritos na disposição dos cargos. Também não há resistência em admitir que o maior grau de moral e de saber estão representados na figura masculina de Jesus, o qual figura como sendo o modelo ideal a ser seguido, tanto na referida colônia espiritual como em outros cenários religiosos, seja por adeptos católicos, evangélicos ou espíritas, e também por fiéis de outras instituições religiosas menos numerosas, nem por isso menos importante, em cujos contextos Jesus é considerado o filho primogênito de Deus, o próprio Deus encarnado ou ainda o Espírito mais elevado que já passou pelo planeta Terra. Estas afirmações podem ser observadas na fala do indiano João, diretor do Manicômio, dirigida a Botelho: “(...) o modelo ideal, o Instrutor insuperável, capaz de guiar-te à culminância do destino que te é reservado: Jesus de Nazaré, o Cristo de Deus.” (BOTELHO, 2004, p. 157).

2.4.8 O trabalho do Legionários de Maria nos postos da Colônia Maria de Nazaré

A Colônia Maria de Nazaré, em seu interior, dispõe de diversos postos de atendimentos, os departamentos. Vinculados à instituição, há também os chamados Postos de Emergências (PE). Trata-se de espécies de Departamentos Auxiliares (DA) móveis, mantidos pela instituição e localizados no seu exterior; nas proximidades do globo terrestre.

Nestes edifícios há dependências particulares, destinadas para cada grupo de trabalhadores da instituição, chamados de caravaneiros. São gabinetes específicos, aparelhado com instrumentos semelhantes aos utilizados na colônia, inclusive um parlatório secreto. Os referidos (PE) recebem o serviço de vigilância dos Milicianos da Legião de Maria, tanto nos arredores quanto nos portões de entrada. Os vigilantes também acompanham as caravanas em tarefas com o objetivo de garantir e resguardar a comitiva em ação.

Os referidos postos também recebem a colaboração dos internos da cidade universitária que neles atuam como servidores numa espécie de estágio, sob a orientação dos seus instrutores e colaboradores, quando matriculados nos cursos de Práticas deste Departamento.

A finalidade destes postos é tratar de variados e importantes serviços referentes a reencarnação de seus tutelados, além de outros serviços que tenham relações com a recuperação dos internos. Assim como na Colônia, as atividades realizadas nesses postos de emergência são constantes e diversificadas.

Os trabalhos dos Espíritos vinculados aos postos não se resumem aos cuidados com o corpo perispiritual dos desencarnados, mas também dos encarnados, bem como, se necessário, do seu corpo carnal (corpo físico-material). Isto porque em algumas situações de intervenção, por exemplo, é necessário que os Espíritos responsáveis pelas tarefas transmitam as vitalidades necessárias à saúde e conservação do corpo de carne, enquanto perdurar a necessidade de assistência ao corpo perispiritual do atendido. Como por exemplo provendo o corpo físico com reservas magnéticas.

Muitos Espíritos encarnados são curados nesses postos pela medicina do plano espiritual, outros são advertidos e orientados a se regenerarem e reintegrarem-se ao planejamento reencarnatório programado; consolados, aconselhados, salvos do suicídio, submetidos a exames rigorosos na sua organização perispiritual; diálogos são estabelecidos por Espíritos na função de conselheiros em gabinetes apropriados. Realizam-se trabalhos de investigação, pesquisas; tratamento magnético especializado, instrução de trabalhadores quanto as ações que devem realizar; aplicações fluídicas; análise do volume e grau das vibrações mentais nocivas emitidas e correções dos os excessos e/ou das deficiências apresentadas.

Espíritos temporariamente desligado do corpo carnal também são removidos para serem tratados nos postos emergências. Os Espíritos suicidas reencarnados recebem assistência nestes postos, muitos deles são levados até eles para serem reconfortados, por meio do avivamento de energias fluídicas em seu corpo físicoespiritual a fim de que possam suportar com êxito as lutas diárias.

Espíritos são transportados, durante o sono, para serem tratados, inclusive os Espírito temporariamente desligado do corpo pode ser temporariamente internado nas dependências do posto, a fim de receberem tratamento magnético específico para o reajustamento psíquico do sistema nervoso e mental.

Os centros Espíritas que colaboram, neste contexto, são também considerados como postos auxiliares dos serviços prestados pela colônia no mundo espiritual, a exemplo de reuniões mediúnicas para tratamentos específicos de suicidas.

Os conteúdos registrados neste capítulo resultaram das nossas leituras realizadas com o objetivo de lançarmos um olhar sobre o tratamento dado a categoria suicídio no campo do discurso Espírita. Nosso gesto de leitura possibilitou observar que o referido domínio produz cuidados específicos sobre o suicídio. Sobre as práticas espíritas realizadas com o objetivo produzir cuidados no campo do suicídio, notamos que elas ainda são em número reduzidos, levando em consideração a amplitude e a complexidade do fenômeno. Em muitos Centros espíritas, os cuidados do suicídio estão voltados mais para o tratamento de Espíritos suicidas, em reuniões mediúnicas de desobsessão, do que com a prevenção do suicídio entre Espíritos encarnados. Como bem apontou os organizadores do Projeto Caminhos. Todavia, nos últimos dias, o trabalho com palestras tem sido feito com mais regularidade em muitos Centros.

Em contraposição, o cuidado do suicídio na espiritualidade, veiculado no livro *Memórias de um suicida*, apresenta-se como bem mais articulado. Pela voz do autor espiritual, um espaço produzido especificamente com objetivo de elaborar cuidados para com Espíritos suicidas é apresentado, no caso a colônia Maria de Nazaré. Os serviços, disponibilizados pelos departamentos que constituem a instituição, recobrem o cuidado com o suicida, desde a sua chegada no mundo espiritual até as suas futuras reencarnações. Sobre os cuidados do suicídio na dimensão terrena, não temos o conhecimento de que haja um espaço específico, que lide com a problemática do suicídio à semelhança das práticas que nos foi apresentada pelo autor na referida colônia.

Nesta linha de cuidados específicos, temos o NIPPS, que figura ainda como um projeto cuja forma física ficará muito tempo no papel, uma vez que cresce no ritmo lento do trabalho voluntário. Que essa organização social apresentada por Botelho possa servir de inspiração para que o NIPPS, ou outros projetos de trabalho, possa tornar-se concreto e eficaz no trabalho de salvar vidas.

3 AUTÓPSIA ESPIRITUAL: O QUE OS ESPÍRITOS SUICIDAS TÊM A NOS DIZER SOBRE O SUICÍDIO?

Com o telescópio, ele [o homem] mergulha o olhar nas profundezas do espaço e, com o microscópio, descobriu o mundo dos infinitamente pequenos. Para penetrar no mundo invisível, Deus lhe deu a mediunidade. Os médiuns são intérpretes encarregados de transmitir aos homens os ensinamentos dos Espíritos; ou melhor, são os órgãos materiais pelos quais os Espíritos se expressam, tornando-se inteligíveis aos homens. Sua missão é santa, visto ter por objetivo abrir os horizontes da vida eterna.”

Allan KARDEC. O Evangelho Segundo o Espiritismo.

A produção desta pesquisa, como já foi dito na introdução, atende a diferentes demandas: o grito de socorro emitido pelo sofrimento dos familiares de suicidas; a sensibilidade da OMS em ouvi-lo e transformar o fenômeno do suicídio em problema de saúde pública e, em consequência, convocar a sociedade para a busca de soluções; o status atribuído pela OMS à religiosidade enquanto importante fator de prevenção do suicídio; o vazio acadêmico a ser preenchido no domínio de pesquisa de Ciências das Religiões com estudos neste campo; a vontade da pesquisadora em contribuir com suavização da problemática do suicídio; e, por fim, o desejo de ouvir uma voz recoberta por silêncios: a voz do suicida.

Pois bem, nesta seção, nosso objetivo é “ouvir” o que os Espíritos suicidas, que compõem a equipe de informantes desta pesquisa, têm a nos dizer sobre o suicídio. Nosso desejo é, portanto, produzir momentos de escuta da voz do suicida e, assim, buscar produzir uma leitura de como o tema foi tratado por esses sujeitos; dessa forma, vislumbrando a possibilidade de que práticas de intervenção possam ser, ulteriormente, inferidas a partir das suas histórias de experiência com a problemática.

Neste sentido, este capítulo registra também os procedimentos utilizados na produção desta escuta. Consideramos necessário descrever pormenores que recobrem o seu processo de organização e execução. Começamos pela feitura do projeto de pesquisa e, em seguida, tratamos dos relatos autobiográficos, inéditos, produzidos especificamente para compor o corpus desta pesquisa. A análise pautada, mais especificamente, na Análise de Discurso, foi realizada obedecendo a ordem cronológica em que os mesmos foram relatados. O conteúdo foi distribuído em 12 (doze) subseções, cuja disposição apresentamos a seguir.

3.1 A anuência dos sujeitos da pesquisa, a feitura e a aprovação do projeto

O desejo de realização do projeto de pesquisa era gritante; todavia, não sabíamos sobre a viabilidade de sua execução, devido à singularidade da natureza dos informantes/colaboradores que havíamos selecionado como participantes da nossa pesquisa: Espíritos suicidas. A colaboração destes seria por meio da produção de relato de experiência de sua vivência com a morte por meio do suicídio.

Assim sendo, no mês de dezembro de 2014, apresentei informalmente a proposta do projeto à dirigente do Núcleo Espírita Mensageiros do Bem (NEMB), do qual sou associada e trabalhadora voluntária, no entanto, afastada temporariamente desde novembro de 2018. A propositura do projeto não foi inicialmente compartilhada com os outros membros da equipe de trabalhadores da instituição, pois era preciso aguardar a informação de que contaríamos com os informantes, sem os quais o projeto de pesquisa seria inexecutável. Isto porque o nosso intento era formar um corpus de análise constituído de relatos escritos, produzidos especificamente para este projeto de pesquisa. Diante disso, resolvemos então aguardar, no silêncio, a possível confirmação da participação dos colaboradores e, apenas depois que ela ocorresse, produzir a escrita do projeto e realizar a inscrição na seleção do doutorado da Pós-Graduação do Curso de Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, o PPGCR

Dessa forma, no dia 20 de janeiro de 2015, na reunião de Estudo e Exercício da Mediunidade, que ocorre no NEMB semanalmente, às terças-feiras, às 20h, recebemos uma mensagem mediúnica psicografada por uma médium da referida instituição. Naquela noite, a mensagem foi lida, como via de regra, no final da reunião. Abaixo, a reproduzimos na íntegra:

O que queres de nós querida? Em que podemos te ajudar? Somos um *grupo de ex-suicidas que estamos em tratamento* para recompor o perísprito. Algum de nós já temos o trabalho de evitar que outros irmãos cometam esse ato lamentável. Teremos outras oportunidades de conversarmos, por ora é só. [Grifos nossos]. (Mensagem. Arquivo NEMB, 20/01/2015).

Inferimos, eu e a dirigente do Centro, que a citada mensagem era a confirmação que aguardávamos para darmos início à escrita do projeto. Ficamos satisfeitas em saber que, com a produção e posterior execução do projeto de pesquisa em foco, estávamos também atendendo a uma demanda de trabalho de prevenção, que já se desenrolava, conforme mensagem acima referida, no “lado de lá” da vida: “Alguns de nós já temos o trabalho de evitar que outros irmãos cometam esse ato lamentável”. Deste modo, fizemos ciência aos integrantes do grupo daquela

reunião sobre a proposta do projeto e explicamos o porquê da comunicação recebida. Elaboramos o projeto, que foi lido, revisado e aprovado pela dirigente do centro. Em seguida, fizemos a submissão na seleção de doutorado do PPGCR e o projeto foi aprovado.

A divulgação dos resultados provisórios das entrevistas, avaliação de currículos e aposição de nota dos pré-projetos foi realizada no 29/06/2015. No dia 30 de junho de 2016, dia da reunião de Estudos e Exercício da Mediunidade, no citado Centro, dirigi-me à dirigente da instituição e noticiei o resultado provisório da aprovação na referida seleção. Pedi-lhe para repassar a informação aos participantes do grupo, no final da reunião. Entretanto, não foi necessário fazer nosso pronunciamento, pois, durante a prática mediúnica, um médium recebeu duas mensagens: uma psicofonada e outra psicografada, ambas com o mesmo teor. A mensagem psicofonada não foi gravada, pois não utilizamos a prática de gravar as comunicações ali recebidas. Aqui, reproduzimos a mensagem psicografada na sua totalidade:

Meus irmãos! Recebemos com alegria o sucesso da implantação do projeto sobre o suicídio fora do campo religioso. Todos precisam entender a gravidade do ato. Nós aqui trabalhamos com Espíritos em tratamento, aqueles que já passaram por sofrimentos após o ato. Peço paciência, em tempo oportuno, eles virão a ter convosco para esclarecer as circunstâncias em que ocorreu o suicídio. Juntos, teremos a oportunidade de ajudar nossos irmãos que se equivocaram. (Mensagem. Arquivo NEMB, 30 de junho de 2015).

Uma semana depois, no dia 07 de julho, em meio a dúvidas lançadas por um dos membros da equipe de estudos mediúnicos acerca da exequibilidade da pesquisa, recebemos uma mensagem psicografada em apoio a sua produção. As mensagens citadas acima não tiveram aposição de nomes; esta, todavia, foi assinada com o nome “colaborador espiritual”, contendo o conteúdo descrito a seguir:

Meus queridos irmãos! Não tenham dúvida que o trabalho é deveras difícil, mas o principal é que tenhamos a vontade de salvar vidas e *dizer ao mundo, fora do ambiente religioso, que o suicídio é engano*. Perseverança, boa vontade e disciplina irá superar as muitas dificuldades que surgirão ao longo desse período de trabalho. Confiemos no mestre Jesus e não temam, porque aquilo que não for verdadeiro irá espontaneamente se desfazendo. Amo você irmão, um amor vindo de Cristo. Que a paz do divino mestre Jesus seja com todos nós. [grifos nossos]. (Colaborador espiritual. Mensagem. Arquivo NEMB, 07 de julho de 2015)

A seguir, apresentamos a proposta metodológica que elaboramos, por ocasião da feitura do projeto de pesquisa, com o intento de organizar a execução da pesquisa.

3.2 Histórias de vidas: seleção e análise de dados

A pesquisa, de abordagem qualitativa – no intento de observar o tratamento dado por Espíritos suicidas ao fenômeno do suicídio –, tomaria como referencial teórico de base, fundamentos da Análise de Discurso de linha Francesa (AD) – mais especificamente na perspectiva dos estudos realizados por Michel Foucault sobre o discurso –, utilizados para/na produção e compreensão de textos/discursos. Utilizaríamos o estudo de caso (YIN, 2001)⁸⁰ como método de pesquisa e a história de vida (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007)⁸¹, como técnica de coleta de dados. Quadros conceituais de outros campos naturalmente poderiam vir a ser mobilizados para a compreensão do objeto em foco, a exemplo do conceito de retextualização na abordagem produzida pelo linguista Luiz Antônio Marcuschi (2003); de autópsia psicológica, categoria estudada pela psicóloga Blanca Susana Guevara (2001, 2006) e a categoria de pessoa na área da antropologia (MAUSS, 1974). E os conceitos de saúde, cuidado, suicídio e suicida pelas óticas do campo médico (OMS) e do sistema religioso do Espiritismo.

Informamos no projeto que o acesso ao discurso do Espíritos suicidas seria através do processo mediúnico psicográfico, ou seja, pela psicografia⁸² (GONÇALVES, 2011); modo de produção de discursos legitimado pelo Espiritismo, o qual possibilita que a voz do “morto” possa ser “ouvida” por meio da escrita realizada por um médium. Nesta esfera de atividade, os textos psicografados são produzidos em grande escala; dentre eles figuram textos de autoria de Espíritos suicidas, a exemplo do livro *Memórias de um suicida*.

Assim sendo, inicialmente, compreendemos que o conjunto de relatos que constituiria o corpus seria colhido nos arquivos de Centros espíritas situados no município de João Pessoa-PB. Todavia, no andamento da pesquisa, observada a escassez de médiuns que psicografavam mensagem de Espíritos suicidas; a coleta de textos foi estendida para outros estados e

⁸⁰ YIN, Roberto K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2001.

⁸¹ NOGUEIRA, Maria Luisa Magalhães et al. **O método de história de vida**: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. Pesqui. Prát. Psicossociais, Ago 2017, v 2, nº 02, p 466-485. ISSN 1809.8908
BARROS, V. A. & SILVA L. R. A pesquisa em História de Vida. In I. B. Goulart (org.) **Psicologia organizacional e do trabalho**: teorias, pesquisa e temas correlatos; pp. 134-158. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.
BARROS, C.R., NOGUEIRA, M. L.M., & BARROS, V. A. “**Conte-me sua história**”: Reflexões sobre o método de história de vida. Mosaico: estudos em psicologia. V 1, Nº 1, p. 15-35. 2007.

⁸² Sobre a mediunidade de psicografia, encaminhamos o leitor à leitura do livro: GONÇALVES, I. C. F. **Psicografia: verdade ou fé?** João Pessoa: Ed. Universitária. Texto resultante da dissertação de Mestrado UFPB/CE/PPGCR.

municípios. Para tanto, vários contatos foram efetuados em instituições espíritas, seja por e-mail seja pelo aplicativo WhatsApp e/ou contato direto.

Nesse processo, tivemos a colaboração de colegas que compartilharam o e-mail com a documentação necessária: cópia do projeto; Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a serem assinados pelo(s) médium(s) responsável pelo registro da mensagem e pelo dirigente do Centro colaborador; pedido de disposição do arquivo da instituição, contendo os textos psicografados por suicidas; autorização para a tiragem de cópias dos mesmos.

Ao dirigente de Centros espíritas contatados foi explicado que o processo de produção da comunicação do Espírito informante se daria de forma espontânea, por meio de médiuns especializados na recepção de textos psicografados, durante as reuniões regulares de cada centro. Dessa forma, não se faria a evocação de Espíritos suicidas em sessões extraordinárias, com dias e horários especificamente tratados para esse fim, nem a delimitação de número de Espíritos comunicantes, nem do número de relatos produzidos por cada informante. Também foi explicado que o conteúdo dos relatos dos Espíritos suicidas deveria versar sobre os acontecimentos que girariam em torno de três momentos: antes de sua morte (a motivação do suicídio); durante a morte (o processo de morte (desencarne), e o pós-morte (vivência como Espírito após o ato suicida).

Quanto ao fornecimento de dados sobre a identidade dos Espíritos colaboradores como nome, idade, endereço, estado civil/situação conjugal, religião, ocupação, estes seriam deixados a critério do Espírito informante. A única orientação a ser seguida para a produção do texto é que o mesmo deveria ser produzido, na medida do possível, com riqueza de detalhes e informações.

Conforme o Espiritismo, pela psicografia é possível que a escrita do texto seja realizada de forma semimecânica e/ou de forma mecânica, ou seja, com pouca (quase), ou nenhuma interferência do médium no conteúdo do registro. Dessa forma, é necessário justificar que a escolha da produção do relato pela psicografia, como o modo de produção do discurso a ser utilizado pelo comunicante suicida - e não a psicofonia (registro falado) -, deveu-se ao fato de se utilizar textos onde a interferência do outro, no caso o médium, em seu conteúdo pudesse ser a mínima possível (GONÇALVES, 2011).

Isto explica também o fato de não termos escolhido a entrevista como instrumento de coleta, uma vez que, na nossa ótica, este recurso possibilita interferências do entrevistador/pesquisador. Outro inconveniente, no caso específico desta pesquisa, é o fato de, conforme a ótica do Espiritismo, não há garantias concretas de que um dado Espírito possa atender aos impositivos necessários à produção de uma entrevista como a fixação de local, dia,

horários e objetivos específicos. Quanto a este assunto, o Médium Chico Xavier repetia, incansavelmente, a assertiva de que “o telefone só toca de lá para cá”. A nossa opção pela coleta de dados através da técnica de história de vida se deu também com o objetivo de evitar interferências da pesquisadora na quantidade, no conteúdo, enfim na qualidade dos dados fornecidos pelos informantes.

A história de vida (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007), enquanto instrumento de coleta de dados, oferece inúmeras vantagens; aqui, elencaremos as que consideramos centrais. O referido instrumento permite colocar em evidência o discurso do informante, possibilitando que fale o mais livremente possível; oferece ainda a oportunidade de escolher dizer aquilo que entenda ser pertinente no momento da “fala”. Dessa forma, evita a ocorrência de possíveis riscos de condução da fala do colaborador informante, resultantes de uma pré-estruturação do discurso pelo pesquisador, e também da sua presença direta, a qual poderá produzir interferências indesejadas no processo de coleta dos dados.

Outra vantagem desse instrumento de pesquisa é que pode enriquecer o material de análise e o conteúdo da pesquisa, uma vez que favorece a emergência de informações não imaginadas/esperadas, inicialmente, pelo pesquisador, as quais poderão ser determinantes para a compreensão do universo do informante e do objeto em foco.

Aspecto positivo desse instrumento é também oferecer uma amplitude de possibilidades para se compreender o universo do informante; uma vez que o mesmo poderá dispor de mais tempo para relatar. Dependendo da situação, expressar-se diversas vezes sobre o mesmo tema, se entender que outras informações devem/podem ser ditas e/ou complementadas.

Entendemos que a técnica de história de vida permite uma melhor e maior exposição da experiência do informante; possibilita colocar em evidência a sua experiência e o seu ponto de vista acerca do objeto em estudo, em um dado espaço de tempo. Enfim, pode contribuir para que o pesquisador possa produzir uma compreensão mais ampliada do contexto de vida em que este sujeito está situado. (NOGUEIRA, 2017; BARROS, 2004, 2007).

Adotar a história de vida como instrumento de coleta de dados é também assumir que a temática a ser desenvolvida não está centrada apenas nos pontos acima previamente estabelecidos; que o informante, envolvido emocionalmente pelo momento do relato, pode tratar de assuntos não previstos. Em consequência, não há como, inicialmente, selecionar, delimitar e/ou fixar um dado número de categorias de análises. Estas só poderão ser delineadas a partir da análise do corpus a ser formado sendo, neste caso, identificado como um corpus do tipo experimental.

Sobre o tamanho do corpus, devido à natureza da pesquisa, dos informantes e do modo de coleta de dados, não foi estabelecido um número específico de relatos, uma vez que não seria possível saber quantos informantes estariam disponíveis, nem quantos textos seriam produzidos por eles em cada caso.

Para a escolha dos referidos dados (textos), informamos, portanto, que levaríamos em consideração um princípio adotado pela Análise de Discurso de linha francesa (AD) para a seleção de dados. Nesta perspectiva, o analista do discurso pode se debruçar sobre dados oriundos de uma linguagem institucionalizada e legitimada por instituições científicas, e, por esse motivo, muitas vezes, já analisados: o “dato rentável”, como afirma Possente (1996, p. 199); como também sobre dados oriundos da “linguagem ordinária”, o “dato crucial” e, ainda, sobre dados que fogem à “linguagem ordinária” advindos de campos da literatura, da doença mental, da aquisição da linguagem etc. Entendemos que estes dois últimos tipos de dados, por pertencerem ao contexto ordinário, são passíveis de colocar em xeque ou, no dizer de Michel Foucault, de fazer “ranger” teorias já estabelecidas. E é bem isto que estávamos propondo fazer com a implementação desta pesquisa.

Nesse sentido, os textos psicografados por suicidas, através da técnica de história de vida, seriam tomados como dados que ocupam uma situação limite, uma vez que sua identificação como pertencentes à “linguagem ordinária” ou a um discurso que “foge ao ordinário” dependeriam do lugar de fala ocupado pelo enunciatário. Do lugar que ocupo enquanto pesquisadora, assumi que os classifico como textos/discursos que “fogem ao ordinário” e, como tal, passíveis de fazer “ranger” e (des)construir teorias legitimadas, as quais circulam com o status de saber/poder de “verdade verdadeira”.

A opção por dados inéditos, “dato crucial”, pertencentes ao discurso que “foge ao ordinário”, e que ainda não foram tomados como objeto de análise, faz parte do nosso fazer de pesquisadora que, tomando estudos foucaultianos sobre o discurso como fundamentos, considera a produção de verdades como sendo passíveis de serem gestadas em lugares não oficialmente legitimados como espaços de gestação de verdades e, ainda, por sujeitos que não assumem posições oficiais na ordem dos discursos comumente legitimados na/para produção de conhecimento (FOUCAULT, 2000c, p. 13).

Inspirando-nos em Foucault (2000a, p. 35), reafirmamos que “é sempre possível dizer o verdadeiro no espaço de uma exterioridade selvagem”, embora saibamos que só estamos no verdadeiro de uma época se obedecermos às regras específicas de uma certa ‘polícia’ discursiva, ou seja, de uma dada ordem discursiva. Na vontade de ratificar nossos propósitos, recorreremos também a Pêcheux quando bem coloca: “Ninguém pode pensar do lugar de quem quer que

seja: primado prático do inconsciente, que significa que é preciso suportar o que venha a ser pensado, isto é, é preciso “ousar pensar por si mesmo” (PÊCHEUX, 1995, p. 304).

Por fim, concluímos nosso projeto de pesquisa afirmando nossa proposta de não apresentar um detalhamento de como se daria uma possível distribuição dos resultados da pesquisa no texto final, pois, como foi colocado acima, o corpus ainda não estava constituído. Também não selecionaríamos categorias por entender que apenas durante o andamento da pesquisa, teríamos a condição de identificar possibilidades de sistematização e distribuição do conteúdo. Assim sendo, deixaríamos que o próprio corpus sinalizasse e nos conduzisse à sistematização possível de ser realizada neste momento de pesquisa.

Tudo o que foi proposto em relação à análise dos dados foi cumprido por nós. Todavia, é necessário notar a mudança ocorrida no processo de seleção dos dados, quanto à modalidade de produção do texto mediúnico, que, ao invés de ter sido produzido apenas pela mediunidade de psicografia, foi mais especificamente produzido pela mediunidade de psicofonia. Circunstâncias que, como veremos adiante, provocou mudanças na metodologia proposta inicialmente. Assim, durante o processo de execução da pesquisa, recebemos entre os dias 30 de junho e 22 de setembro de 2015 cinco mensagens psicografadas do arquivo do NEMB. Entre março e abril de 2016, recebemos duas mensagens psicofonadas, e já transcritas, do arquivo do Centro Espírita Mensageiros do Bem (NUMBEM), situado em Sumé-PB. Todavia, os relatos psicofonados que constituíram o *corpus*, como veremos, surgiram em agosto de 2018; muitos meses depois do recebimento dos relatos acima referidos. Devido este lapso temporal, decidimos que apenas estes últimos formariam o *corpus* da pesquisa.

3.3 O chamado do campo: ecos do além

No dia 02 de agosto de 2018, recebemos a informação mediúnica do Espírito coordenador do grupo de Espíritos suicidas em tratamento, via médium associado ao NEMB, de que a colaboração dos seus assistidos, via relato, seria materializada pela mediunidade de psicofonia e não de psicografia.

O anúncio da mudança veio simultaneamente com a produção do primeiro relato psicofônico. Todavia, não fomos informadas previamente, pela equipe espiritual que organiza e conduz a atividade do núcleo, de que iríamos começar a receber, a partir daquela noite, relatos de Espíritos suicidas. Além do mais, na programação das reuniões do NEPPS, inicialmente, não havia a inclusão de manifestações mediúnicas. Estas foram sendo incluídas, com o decorrer do tempo, de forma espaçada e destituída de evocações. Na ocasião não perguntamos quantos colaboradores seriam, tampouco quando, nem quantos relatos, seriam produzidos. Não interrogamos sobre esses aspectos porque havíamos decidido, desde a propositura do projeto, que acataríamos a decisão de que todo o trabalho de produção de mensagens deveria ocorrer de forma espontânea, em tempo e dia não previamente determinados e do modo que fosse possível ser realizado.

Cabe notar que, nos casos de produção de texto pela mediunidade, não nos é permitido decidir sobre qual a modalidade de texto a ser produzida pelo Espírito comunicante; deste modo, restou-nos a opção de informar aos leitores que a modalidade de produção dos relatos pela psicofonia não foi a técnica escolhida pela pesquisadora, mas pelo Espírito coordenador do trabalho com os Espíritos suicidas que aceitaram colaborar com a pesquisa. A justificativa utilizada pelo Espírito coordenador do grupo foi a de que, para os referidos Espíritos, a prática do falar consiste em um processo terapêutico, necessário ao restabelecimento do equilíbrio emocional e físico espiritual dos mesmos, ainda em tratamento devido aos problemas causados no seu perispírito, resultantes do ato suicida. Interessante notar que a fala é também considerada um processo terapêutico no mundo espiritual.

As circunstâncias acima referidas demandaram uma significativa mudança em alguns aspectos da metodologia inicialmente planejada, e, inclusive, a modificação necessária no próprio título da pesquisa, originalmente intitulada: *Análise de narrativas psicografadas de Espíritos suicidas: uma autópsia espiritual* passou a ser nomeada de *Autópsia Espiritual: Análise de Narrativas Psicofonadas de Espíritos Suicidas*.

No dia do anúncio da referida mudança, a médium, sem aviso prévio, ficou de p pediu que a pesquisadora redigisse o relato. Vale nota que este foi único dia em que a médium fez o relato de pé. Durante os outros, ela se manteve sentada na cadeira, utilizada habitualmente para a sua participação nos estudos. Perguntamos se ela não poderia escrever, uma vez que era também médium psicógrafa. Respondeu negativamente e pediu que procedesse a escrita do relato.

Atendendo ao pedido, rapidamente peguei lápis e papel, que estavam sobre a mesa, e comecei o registro. O relato mediúnico foi produzido com velocidade superior à minha capacidade de realizar a escrita do mesmo. Além do mais, causou-me um certo embaraço, pois era a primeira vez que procedia ao registro de uma mensagem ditada por um Espírito ao um médium. Assim sendo, foi com muito custo que consegui dar conta da incumbência. Já exausta e com dores no punho, tivemos a ideia de usar o gravador do aparelho celular. Foram nove (9) páginas escritas com grande velocidade. Assim sendo, outra integrante da equipe do NEPPS, a colaboradora Jaismar de Oliveira, realizou a gravação da parte final do relato com o gravador do seu celular. Simultaneamente, continuei o registro escrito. Posteriormente, com a colaboração do áudio e de diálogo com o médium, foi-nos possível recuperar passagens do texto que não foram possíveis de escrever no momento exato do relato e preenchermos lacunas. Desse modo, conseguimos concluir o registro do relato com êxito.

Naquele mesmo dia, recebemos a informação de que os relatos seriam produzidos por um grupo de suicidas que seriam trazidos para o encontro do NEPPS, especificamente com o objetivo de produzi-los. Fomos orientados que eles estavam inscritos para falarem, um a cada vez, todavia não fomos esclarecidos - nem tampouco perguntamos - se teríamos uma sequência a ser observada; seguindo sempre o contrato inicial de que tudo ocorreria no tempo e no modo escolhidos pelos Espíritos colaboradores. Nesta ocasião, dada a dificuldade relatada na experiência anterior para fazer o registro manualmente, decidimos que as mensagens passariam a ser gravadas.

Dessa forma, o *corpus*, que inicialmente seria composto de relatos escritos pela psicografia, foi constituído por onze relatos orais, produzidos pela psicofonia, durante as reuniões do NEPPS, realizadas no Núcleo Espírita Mensageiros do Bem. Posteriormente, os textos passaram por um processo de transcodificação, ou seja, de transcrição do sistema sonoro para um sistema convencional de escrita. (MARCUSCHI, 2003, p. 52). Detalhes sobre esta temática é apresentada na subseção 3.5 .

Neste ponto, cabe notar ainda que, modificando a programação inicialmente estabelecida para o projeto, a pesquisa qualitativa “ganhou” “forçosamente” o *status* de pesquisa de campo. Afirmamos que “ganhou” porque este método de seleção de dados e natureza de pesquisa não foi propriamente uma escolha minha. Fui colocada no campo, não apenas para observar como também para participar da coleta dos relatos; com celular em punho para efetuar a gravação e, simultaneamente, muitas vezes, procurando acalmar o médium e o Espírito comunicante. Afirmamos que o campo não me oportunizou escolhas; programei receber mensagens de colaboradores que fariam os seus relatos em centros distintos e foi-nos

apresentado um grupo de Espíritos suicidas, em tratamento, acompanhados por um coordenador. Assim sendo, aceitei o trabalho de campo com a posição de pesquisadora que venho considerando: aquela que procura adotar a escuta do outro como instrumento de excelência na pesquisa (e na vida!).

Registramos, aqui, a nossa satisfação, resultante da constatação de que esta pesquisa recebeu o aval do campo religioso do Espiritismo, por meio do aceite dos Espíritos suicidas colaboradores, sem o qual ela seria inexequível; e, mais especificamente, pela existência, no domínio acadêmico, da Pós-Graduação do curso de Ciências das Religiões, campo do saber que acolheu o projeto e possibilitou a sua execução. A pesquisa, de caráter inédito e interdiscursivo, veio ocupar um espaço a ser preenchido nesta área do conhecimento, uma vez que, conforme observamos, resultados das consultas ao banco de dados da CAPES acusaram inexistência de estudos - concluídos e/ou em andamento -, que objetivem efetuar diálogos entre Ciências das Religiões, suicídio, espiritualidade, saúde, sistema religioso espírita e sociedade.

3.4 Os sujeitos da pesquisa: continuando o diálogo

O diálogo aberto com um dos Espíritos do grupo de suicidas, a partir do enunciado: “o que queres querida? Em que podemos te ajudar? Somos um grupo de suicidas (...)”, não mais parou. Foram cinco meses de contatos semanais, durante o horário das reuniões do Núcleo de Estudos Prevenção e Posvenção do Suicídio; encontros inusitados para as três colaboradoras do grupo NEPPS; dentre elas, a médium responsável pela intermediação na produção dos onze relatos psicofônicos. Após a produção do último relato, tivemos acesso aos dados que constituíram, conforme quadro a seguir, o perfil dos Espíritos suicidas participantes.

Informamos que a escolha das categorias, aposta no quadro 1, faz referência a dados comumente utilizados em pesquisas feitas, no campo em foco, com o objetivo de analisar e quantificar os casos de tentativas de suicídios e suicídios propriamente ditos.

Quadro 1 – Os sujeitos da pesquisa: perfil.

Participante	Sexo	Idade	Situação conjugal Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Orientação Sexual	Nome	Religião
P1- Espírito	Feminino	Ignorada	Casada	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Citado	Cristã
P2- Espírito	Feminino	Ignorada	Solteira	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Citado	Cristã
P3- Espírito	Masculino	17 anos	Solteiro	Ignorada	Ignorada	Homossexual	Citado	Cristã
P4- Espírito	Feminino	Ignorada	Solteira	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Citado	Igreja Evangélica
P5- Espírito	Masculino	Ignorada	Solteiro	Ignorada	Ignorada	Homossexual	Citado	Igreja Católica
P6- Espírito	Masculino	Ignorada	Ignorado	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Ignorado	Cristã
P7- Espírito	Feminino	Ignorada	Solteira	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Citado	Cristã
P8- Espírito	Masculino	Ignorada	Casado	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Citado	Cristã
P9- Espírito	Feminino	Ignorada	Casada	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Ignorado	Cristã
P10- Espírito	Feminino	Ignorada	Separada	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Ignorado	Cristã
P11- Espírito	Masculino	Ignorada	Casado	Ignorada	Ignorada	Heterossexual	Ignorado	Cristã

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

Informamos, acima, que o fornecimento de dados sobre os Espíritos colaboradores seriam deixados a critério dos mesmos. Por sua vez, na introdução, explicamos que, para esta pesquisa, não fazia parte dos nossos interesses identificar os sujeitos comunicantes, mas observar como eles construíram um dizer sobre o seu suicídio. O quadro acima, confirma as nossas assertivas. Poucos dados identificatórios foram apresentados pelos participantes. Inferimos que 06 pertenciam ao sexo feminino e 05 ao sexo masculino. Destes, um declarou textualmente a homossexualidade como sendo sua orientação sexual; identificamos, por inferência, esta posição em outro participante. Nenhuma informação foi apresentada sobre a escolaridade ou ocupação dos mesmos. No que diz respeito a situação conjugal/estado civil, inferimos que havia cinco (05) participantes casados, quatro (04) solteiros e um separado e 01 (um) que não foi possível identificar. Quanto aos nomes dos colaboradores, apenas sete os citaram, em algum ponto do relato; todavia, não foi possível -nem tampouco era do nosso interesse-, saber se os mesmos eram nomes reais ou fictícios. Sobre a idade, apenas um informou ter 17 anos. Dentre os participantes, foi-nos possível inferir que havia jovens e adultos. Acerca da fé religiosa, apenas 02 informaram voluntariamente o sistema religioso ao qual estavam vinculados, a Igreja Católica e a Igreja Evangélica. Dos 09 restantes, embora uma tenha informado que não havia sido “muito” religiosa, inferimos que, por citarem termos como Deus, Jesus e algumas vezes Maria de Nazaré, todos professavam, em maior ou menor grau, a fé cristã. Considerando que os sujeitos dos relatos foram selecionados pela equipe espiritual, infere-se que houve um direcionamento quanto a veiculação do mesmo lugar do dizer, no caso, o campo do discurso cristão, lugar de fala pelo qual responde a Colônia Maria de Nazaré, instituição coordenada por Maria de Nazaré e criada com o aval de Jesus de Nazaré. Conforme observamos ficou evidente que os educadores voluntários da Colônia “subordinavam seus

métodos às normas estatuídas por Jesus de Nazaré, ao qual inequivocamente demonstravam venerar como orientador e chefe do movimento impetrado não apenas em nosso favor, como da Humanidade toda” (BOTELHO, 2004, p. 282).

Incluimos como sujeito participante a médium⁸³ responsável pela materialização das narrativas psicofônicas dos Espíritos suicidas porque compreendemos que, embora o foco da nossa pesquisa esteja centrado no discurso do Espírito comunicante, o médium atua, necessariamente, como colaborador, de indiscutível importância no processo de coleta de dados, em virtude de que somente por seu intermédio é possível de ser atribuída materialidade e visibilidade à “voz” do Espírito suicida. Figurando, neste campo discursivo, como aquele que assume uma “autoria” singular: aquele que possibilita a materialização um dizer sobre o qual não assume a posição de autor.

A médium colaboradora pertence ao sexo feminino, tem 55 anos, é casada, graduada em História. Exerce o magistério como professora no ensino fundamental, pela secretaria de educação do Estado da Paraíba desde o ano de 1988, atuando na mesma unidade de ensino a partir de 1999. No que diz respeito a sua orientação sexual, considera-se heterossexual, e quanto à sua fé religiosa, afirma estar vinculada ao Espiritismo há mais de 30 anos. Como informação complementar, afirmamos que a médium atuou como trabalhadora voluntária, do ano de 2010 até o ano de 2018, no Núcleo Espírita Mensageiros do Bem -local da recepção dos relatos-, do qual se afastou, temporariamente, para tratar de assuntos familiares.

Dentre os sujeitos da pesquisa não podemos deixar de registrar a colaboração da terceira integrante do NEPPS, a professora aposentada, Jaismar de Oliveira, sobre a qual já fizemos referência na subseção que versa sobre o NEPPS. Aqui acrescentamos que a participação da mesma foi de suma importância, durante a coleta de dados. Colaborou, de forma mais intensiva, na aplicação da técnica do passe, no Espírito comunicante e na médium, com o objetivo de auxiliá-los na organização do equilíbrio físico e emocional durante o processo de fala.

3.5 As narrativas psicofonadas dos Espíritos suicidas: os caracteres extralinguísticos da produção

Conforme Foucault (2000a, p. 100-115), para que sequências de elementos linguísticos possam ser consideradas e analisadas como um enunciado elas devem preencher quatro condições: uma relação singular do enunciado com um contexto enunciativo, uma relação

⁸³ Os dados referentes a médium e a terceira colaboradora do NEPPS foram colhidos em entrevista informal.

singular com um dado sujeito, possuir um domínio associado, possuir uma existência material. Apliquemos estes princípios na observação do contexto da produção dos relatos, objeto do estudo em foco.

O *corpus*⁸⁴ selecionado para a captação de dados está constituído de onze textos verbais orais que foram materializados por meio do processo de produção de discursos denominado de mediunidade de psicofonia. A mediunidade é um processo de produção de discursos popularizado pela doutrina espírita e que, por serem produzidos conforme circunstâncias e regras específicas e circularem em um campo bem determinado, “ganharam” o status de pertencerem a formação discursiva do Espiritismo.

Este método de produção de discursos se realiza por meio da ação conjunta entre dois Espíritos, um desencarnado e outro encarnado. O primeiro é aquele que transmite o texto e o segundo é o médium, aquele que o recebe. A transmissão de texto mediúnico pela escrita se chama psicografia⁸⁵ e pela fala recebe o nome de psicofonia, termos adotados pelo autor Espiritual André Luiz, ou conforme Kardec, mediunidade falante, termo em desuso. Os médiuns que escrevem são chamados de médiuns psicógrafos e o que falam são chamados de médiuns psicofônicos, termo de uso corrente.

Devido ao fato de os textos que compõem o corpus desta pesquisa terem sido materializados por meio da mediunidade de *psicofonia consciente* de um médium que detêm a técnica, trataremos brevemente sobre a psicofonia e os médiuns psicofônicos⁸⁶. Na mediunidade de psicofonia o Espírito, por falta do corpo carnal e de um aparelho fonador, utiliza-se dos órgãos vocais do médium para transmitir sua fala aos ouvintes. Esta modalidade é, conforme o referido campo, a forma mais utilizada no intercâmbio entre (des)encarnados, nas dependências dos Centros Espíritas. Nesta modalidade, observa-se três subtipos: psicofonia sonambúlica ou inconsciente, pneumatofonia ou voz direta e psicofonia consciente ou intuitiva. Para o objetivo da pesquisa, cabe-nos tratar desta última.

⁸⁴ Sobre o modo como o *corpus* foi constituído oferecemos maiores detalhes no capítulo III; lá, o leitor poderá encontrar maiores detalhes e, se desejar, fazer uma apreciação.

⁸⁵ Sobre o tema da Mediunidade de psicografia, encaminhamos o leitor para apreciar a leitura do livro *Psicografia, verdade ou fé?*, produto resultante do mestrado desenvolvido na Pós-Graduação do Curso de Ciências das Religiões, PPGCR, da Universidade Federal da Paraíba (GONÇALVES, 2010).

⁸⁶ Para uma leitura mais ampliada sobre a produção mediúnica, e mais especificamente, a mediunidade de psicofonia, orientamos a leitura do livro, de autoria do autor espiritual e do médium psicógrafo Francisco Candido Xavier, publicado pela Federação Espírita Brasileira (FEB) intitulado *Nos domínios da Mediunidade* (2005). Como referência acadêmica acerca desta temática, indicamos a dissertação de mestrado da pesquisadora Edileide Bezerra do nascimento, executada no Pós-Graduação do Curso de Ciências das Religiões, PPGCR, da Universidade Federal da Paraíba (Nascimento, 2015).

Na psicofonia consciente ou intuitiva o Espírito do médium afasta-se, alguns centímetros do seu corpo, e o Espírito comunicante, segundo André Luiz, inclina-se sobre o corpo do médium a ele se justapondo “à maneira de alguém a debruçar-se numa janela” (LUIZ, 2005, p. 61,). Neste caso, fios luminosos saem da frente do Espírito do médium e se ligam ao cérebro do Espírito comunicante, permitindo que o mesmo esteja ciente de todo o conteúdo que o comunicante pretende passar, antes mesmo de pronunciá-lo. Assim sendo, embora o Espírito utilize o órgão vocal do médium e consiga “enxergar, ouvir e raciocinar”, por intermédio do médium, este, como tem ciência prévia das intenções de fala do comunicante antes de ser enunciada, pode fiscalizar os “propósitos e expressões” do comunicante e selecionar o que é conveniente de ser dito.

Neste processo, o médium responsável deve permitir a “livre manifestação apenas até o ponto em que essa manifestação não colida com a harmonia necessária ao conjunto e com a dignidade imprescindível ao momento” explica André Luiz (2005, p. 62). Assim sendo, qualquer inconveniente, vindo por parte do Espírito comunicante, deve ser controlado -e também interrompido- com a volta imediata do Espírito do médium para o seu corpo.

Vale notar que nesta modalidade de comunicação, embora o médium possua o controle do que pode/deve ser dito, todo o sofrimento e mal-estar do espírito que se comunica é sentido pelo médium. Assim, as crises morais do Espírito comunicante refletem no corpo do médium, fazendo-o sentir as mesmas emoções. Vejamos textualmente a explicação do autor espiritual André Luiz: “o beneficiário desta hora [o Espírito comunicante] tem o cérebro perispiritico dilacerado e a flagelação que lhe invade o corpo fluídico é tão autêntica quanto a de um homem comum, supliciado por um tumor craniano” (LUIZ, 2005, p.65).

A informação sobre como os efeitos físicos da comunicação mediúnica do suicida pode afetar o médium pode ser ratificada com o relato do Participante 6, o qual tratou com clareza sobre o assunto: “(...) é penoso isso, é penoso para este irmão, esta irmã que fala por mim”, explica. O colaborador possui a ciência sobre o funcionamento do processo mediúnico que experiencia; por isso, procura controlar as suas emoções para não afetar o médium: “Vou procurar tirar essas... essas lembranças para não passar esses sofrimentos físicos”, afirma. A compreensão acerca do incômodo da situação o inquieta ao ponto de levá-lo a pedir perdão: “Peço desculpas ao meu intermediário, por causar essas sensações. (...) Perdão, perdão intermediário; perdão por fazer você passar por essas circunstâncias, por essas dores, por essas sensações”. Este é um exemplo típico de um caso de comunicação de Espírito suicida que ao se comunicar pode causar, maior ou menor, constrangimento ao médium.

Pela compreensão do incômodo possível de ser sofrido pelo médium nestas ocasiões, são poucos os médiuns preparados e dispostos a realizar esta modalidade de trabalho de cuidado com Espíritos comunicantes em grande estado de sofrimento. Por estes motivos, tivemos dificuldades em encontrar médiuns preparados para este tipo de recepção mediúnica.

Para a recepção das mensagens psicofônicas, contamos, com o preparo e a disposição de uma médium que atua no referido NEMB. Todavia, o ato de utilizar bem a técnica, não a isentou de sofrimentos na ocasião da recepção das mensagens. Ouvimos a médium, durante o processo mediúnico psicofônico, entrar em estado de sofrimento e conclui-lo agradecendo, muitas vezes, em prantos, pela assistência recebida e pela oportunidade de trabalho. Podemos afirmar que, de fato, a comunicação do Participante 6 foi a mais penosa para ambos, devido ao estado físico do Espírito suicida. A médium chorou muito, pois sentiu dificuldades imensas em reproduzir o referido relato. Neste dia, afirmou-nos que sentiu vontade de abandonar o trabalho de recepção, todavia, se rendeu ao impositivo da necessidade dos Espíritos em fazer o relato, uma vez que este fazia parte das técnicas de tratamento utilizadas pelos Espíritos cuidadores.

Sobre o processo de recepção dos relatos, consideramos interessante registrar percepções feitas, por meio de um relato realizado em áudio, pela médium colaboradora, acerca da sua atuação, e também dos Espíritos, na produção dos referidos relatos. O registro foi realizado com o objetivo específico de colaborar na construção das condições de produção em que as narrativas foram realizadas. A riqueza de detalhes deveu-se aos fatos de que contamos com uma médium colaboradora que também detém a técnica mediúnica denominada clarividência, através da qual o médium ouve e vê com clareza os Espíritos; além de obter detalhes do espaço físico espiritual em que ocorrem as comunicações.

Segundo a médium, os integrantes do grupo de participantes espirituais que se faziam presentes durante as sessões de produção de relatos, no momento reservado para as reuniões do NEPPS, era bem mais amplo do que tínhamos ciência. Compunha o grupo, os Espíritos colaboradores, os Espíritos “estudantes” e os Espíritos narradores.

Os colaboradores cuidavam da ambientação e do funcionamento da sessão psicofônica com o objetivo de orientar, incentivar e ajudar os colaboradores do NEPPS, os espíritos comunicantes e os outros participantes que se faziam presente. A presença deles era notada na sala pela médium, desde o início do estudo realizado pelos membros do NEPPS. Destes, alguns eram ex-suicidas. Os Espíritos estudantes, por sua vez eram trazidos para aprender com as experiências dos outros companheiros. Tratava-se de ex-suicidas em estágio avançado de recuperação, alguns se formando em futuros colaboradores. Composto o grupo dos 11 Espíritos relatores estavam aqueles que eram trazidos do hospital Maria de Nazaré, apenas, para

fazer o relato e, em seguida, voltarem, pois não estavam em condição de permanecer; e outros, já em melhor estado, que continuavam no ambiente para ouvir os relatos dos companheiros; integrando assim a equipe de aprendizes.

Quanto à disposição dos participantes da sessão psicofônica, segundo explicou a médium, eles ficavam sentados em cadeiras dispostas em forma de um semicírculo e o Espírito relator sentava-se em uma cadeira na frente, ao lado da Médium e das integrantes do NEPPS. Seguindo uma ordem de fala, eles ocupavam momentaneamente a cadeira reservada para o relator e, em seguida, retornavam para os lugares ocupados inicialmente, ou então eram levados de volta para o Hospital Maria de Nazaré.

Durante a sessão, os Espíritos presentes ficavam atentos aos relatos e também oravam pelos outros Espíritos. Conforme explica, o relato fazia parte do tratamento e servia como uma forma de os Espíritos suicidas “purgarem suas dores” através da fala; ao final do relato ele se sentiam mais equilibrados. Durante os relatos, afirma a médium, era possível observar e ouvir o choro de outros participantes que se sentiam representados no relato do outro. Concluindo a sua fala, a médium confessa que embora, lhe causasse sofrimentos, devido à grande carga emocional dos Espíritos comunicantes, considerou o trabalho de produção de relato, momentos de valia incontestável no cuidado espiritual com o suicida e na luta pela vida.

Fazendo um batimento do relato da médium com os relatos dos onze participantes, é possível, como veremos adiante nas análises das categorias, estabelecer pontos de convergência no que diz respeito, por exemplo, a referência à eficácia do relato como tratamento; à presença de ouvintes, de colaboradores cuidadores e dos membros do NEPPS e, ainda, à movimentação de Espíritos que eram trazidos do Hospital Maria de Nazaré.

O relato da médium forneceu detalhes da ambientação e do funcionamento das sessões mediúnicas, nas quais foram realizados os relatos dos participantes da pesquisa. Estamos considerando, portanto, a mediunidade de psicofonia como uma espécie de modalidade de produção de discursos, uma prática discursiva que, afora a questão de estar lidando com comunicação entre “vivos” e “mortos”, em muito se assemelha a modalidade de comunicação oral entre os “vivos”. O funcionamento da referida sessão mediúnica psicofônica nos remete a existência dos chamados grupos de apoios; já conhecidos por nós e, modernamente, muito em uso.

No campo da linguística, o linguista Luiz Antonio Marcuschi, pensando a relação entre fala e escrita, propõe a técnica que denominou de retextualização. Trata-se de uma prática utilizada para operar passagens do texto falado para o texto escrito. Para o autor este não é um processo mecânico, pois a passagem do texto oral para o escrito recebe “interferências mais ou

menos acentuadas a depender do que se tem em vista”. Trata-se, segundo o autor, do processo de passagem do texto falado de uma ordem para outra ordem: “a passagem da fala para a escrita não é a passagem do caos para a ordem: é a passagem de uma ordem para outra ordem” (MARCUSCHI, 2003, p. 47).

Um aspecto importante a ser levado em consideração nos processos de retextualização, segundo Marcuschi, é que para se dizer, de outro modo, o que foi dito ou escrito por alguém, deve-se inevitavelmente compreender o que esse alguém disse ou quis dizer, ou seja, em todas atividades de transformação textual há sempre um processo de compreensão que o precede. Dessa forma, no processo de retextualização poderá haver interferências, tanto na forma quanto na substância do conteúdo (MARCUSCHI, 2003, p. 52).

Associando a mediunidade ao conceito proposto pelo autor, diremos que o processamento do texto mediúnico pela mediunidade pode ser considerado como modos específicos de retextualização de mensagens do Espírito comunicante pelo médium, seja pela mediunidade de psicografia seja pela de psicofonia. Nos casos dos textos retextualizados pelo processo de psicofonia consciente, ele são retextualizados pelo médium e, se necessário, gravados para serem posteriormente transcrito.

Diferente da retextualização, a transcrição é a passagem do sonoro para o grafemático. Neste processo, há uma transcodificação por meio por meio de um sistema de transcrição a ser convencionalizado e adotado (MARCUSCHI, 2003, p. 52). Entretanto, as mudanças operadas por meio desta técnica devem ser realizadas de forma que não haja interferência na linguagem e no conteúdo do discurso produzido.

No caso dos textos produzidos especificamente para serem tratados nesta pesquisa, eles foram produzidos por Espíritos na posição de suicidas –assim descritos por terem passado pelo fenômeno da morte tipificada como suicídio-, e retextualizados⁸⁷ pela médium, pela modalidade psicofônica e, simultaneamente, gravados em áudio e, em seguida transcrito. Todavia, neste modelo de produção, a compreensão/retextualização do texto do Espírito comunicante é feita pelo médium em tempo recorde, milésimos de segundos. Cada relato teve a duração média de 20min e ocorreram, em sua maioria, após 30min do início de cada sessão.

A gravação foi realizada pela pesquisadora, ambos os processos ocorreram nas dependências físicas do Centro Espírita, denominado Núcleo Espírita Mensageiros do Bem. As sessões de psicofonia ocorreram durante os encontros semanais do Núcleo de Estudos Prevenção e Posvenção do Suicídio (NEEPPS), realizados às quartas-feiras, às 20h. Estavam

⁸⁷ Para uma leitura mais aprofundada sobre o processo de retextualização ver Luiz Antônio Marcuschi. Da fala para a escrita: atividades de retextualização. 4.ed. – São Paulo: Cortez, 2003.

presentes aos encontros três membros do NEPPS: a médium, a pesquisadora, e a colaboradora Jaismar de Oliveira.

O processo de transcrição dos textos psicofonados foi efetuado, posteriormente, pela pesquisadora, por meio da escuta criteriosa dos áudios. Com o objetivo de preservar a linguagem e o conteúdo dos relatos, cuidamos para que não houvesse perdas de informação. Dessa forma, para a transcrição dos relatos psicofonados, adotamos o seguinte sistema de notação: maiúscula para tons mais altos; silabação para fala pausada; comentários para indicação de aspectos circunstanciais; reticências para silêncios e hesitações.

3.6 As categorias de análises: descrição e análise dos dados

Nesta subseção, apresentaremos as categorias de análises e os dados coletados nos relatos psicofonados dos participantes da pesquisa -produzidos especificamente para esta pesquisa-. As categorias foram selecionadas de acordo com os objetivos propostos para a execução deste estudo, ou seja, ouvir o que eles tinham a nos dizer sobre a motivação do seu suicídio, o seu processo de morte (desencarne) e a sua vivência como suicida após o ato.

Neste sentido, são seis categorias e as mesmas estão dispostas na seguinte ordem: *categoria 1*, a produção dos relatos: o processo de assunção da autoria pelo espírito comunicante; *categoria 2*, as condições de produção da violência auto infligida: o suicídio; *categoria 3*, as condições de produção do desencarne: “morte”; *categoria 4*, as condições de produção do cuidado pós suicídio: “vida”; *categoria 5*, exortação à vida: o clamor dos Espíritos suicidas; *categoria 6*, os conceitos de suicídio e de suicida: a ótica dos espíritos suicidas.

3.6.1 Categoria 1: A produção dos relatos: o processo de assunção da autoria pelo Espírito suicida

Na categoria *produção dos relatos: o processo de assunção da autoria pelo Espírito suicida*, observamos nas narrativas dos participantes, a possibilidade de existência dos seguintes dados de análise: *pertença a grupo de suicidas em tratamento; vinculação ao hospital Maria de Nazaré; tutela dos cuidadores do Hospital Maria de Nazaré; aceitação da produção do relato; ciência do local de produção do relato; ciência da existência da equipe do Centro Espírita e modo de produção do relato, aposição da assinatura no relato.*

Quadro 2 - Categoria 1 - Assunção da autoria.

Participante	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
Pertença ao grupo de suicidas em tratamento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Vinculação ao Hospital Maria de Nazaré	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tutela dos cuidadores do Hospital Maria de Nazaré	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Aceitação da produção do relato	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ciência da produção do local do relato	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ciência da existência da equipe do Centro Espírita	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Modo de produção do relato	(F)	(F/P)	(F/P)	(F)	(F)	(P)	(F)	(F)	(P)	(P)	(F)
Aposição da assinatura no relato	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

Legenda: Fluente (**F**); Penosa (**P**); Fluente/Penosa (**F/P**).

A Participante⁸⁸ 1 (P1) produziu o seu relato no dia 01 de agosto de 2017. Neste dia, estavam presentes as três colaboradoras do NEPPS. A médium procedeu a transmissão do referido relato de forma tranquila; isto porque o Espírito comunicante não apresentou dificuldades em fazê-lo, diferente de outros colaboradores, como veremos mais adiante. O texto foi ditado, portanto, de forma fluente, célere e ininterrupta.

O relato da participante nos permitiu considerá-la como um Espírito que se mostra agradecido a bondade divina, aos Espíritos cuidadores e aos colaboradores do NEMB, enquanto agentes atuantes na sua participação como produtor do relato: “A bondade divina é que me traz aqui hoje para fazer este relato. (...) os irmãos que cuidaram de mim eu agradeço... e agradeço a vocês [integrantes do NEMB] a possibilidade de fazer este relato e dizer aos demais que estou aqui (...)”, afirma.

⁸⁸ Decidimos referenciar os Espíritos, colaboradores da pesquisa, com os termos Espírito suicida, colaborador, participante ou ainda com a letra “P”, seguida do número de ordem em que o relato foi recebido: P1, P2 e, assim, sucessivamente.

As circunstâncias em que o relato foi realizado, autoriza-nos a afirmar que a colaboradora estava ciente do seu pertencimento a um grupo de suicidas em tratamento, vinculados ao Hospital Maria de Nazaré, sob a responsabilidade de cuidadores voluntários da referida instituição: “agradeço a Maria de Nazaré e a equipe que me tratou.” Fica evidente que o mesmo aceitou a proposta de relatar sua experiência aos presentes, nas dependências de um Centro Espírita, em um grupo de trabalho coordenado por uma equipe de trabalhadores voluntários. Todos esses dados, fornecidos pelo Espírito, no contexto de produção, permite-nos asseverar que o mesmo estava em um estágio avançado do seu tratamento. Vale notar que o colaborador concluiu a narrativa apondo assinatura.

No que diz respeito ao processo de assunção de autoria da Participante (P2), informamos que o relato foi realizado no dia 08 de agosto de 2017. A P2 inicia a sua fala respondendo a saudação da pesquisadora. Logo em seguida, utiliza-se da expressão “chegou a minha vez”. Este enunciado traz para a nossa análise elementos do contexto onde o relato foi produzido. A partir desta afirmação, compreendemos que a P2 estava ciente do seu pertencimento a um grupo de suicidas, em tratamento - vinculados ao Hospital Maria de Nazaré-, sob os cuidados dos Legionários de Maria. Nesta posição, aceitou colaborar com a produção de um relato de sua experiência enquanto Espírito suicida, a ser realizado nas dependências de um Centro Espírita, ou seja, o NEMB, sob a coordenação de um grupo de trabalhadores encarnados, no caso o NEEPS: “Aqui, estou, meus irmãos, a mercê da misericórdia desses anjos, que trataram de mim e que, aqui, me trouxeram para falar”.

A colaboradora se identifica como autora do relato, antes mesmo de iniciá-lo: “Me chamo P2”, afirmou. Conforme explicou, precisou de coragem para fazer a sua narrativa pessoal, a qual ela atribui o epíteto de “triste história”. Para tanto, pediu a colaboração de Maria de Nazaré, a dirigente da Colônia: “E peço agora coragem, a virgem de Nazaré, prá relatar para vocês, minha triste história”.

Segundo a P2, antes de chegar a vez de falar, pensou que não sentiria dificuldade em narrar: “Achei que seria mais fácil sentar aqui e falar (...). Ainda me sinto fraca. Fisicamente, ainda me sinto cansada e o peito ainda dói”. Todavia, apesar de ainda não está curada, a colaboradora explica que se sentiu disposta a expor a sua experiência no grupo, e que estava agradecida pela oportunidade de fala. “Mas falarei! Contarei tudo! Contarei o que me levou a cometer o suicídio (...) agradeço pela oportunidade de falar. Muito obrigado, e obrigado aos meus anjos, enviados de Deus”. A P2 concluiu a sua fala se despedindo de todos com um “Até Breve!”, expressão que sinaliza a possibilidade de manutenção do diálogo.

Foi-nos possível depreender da análise do relato que a P2 estava integrada ao contexto de produção do seu discurso e ciente das atividades e objetivos do grupo ao qual estava vinculada. A produção deste relato, embora tenha ocorrido sem impedimentos, passou-nos o sentido de muito sofrimento. O ato de narrar foi doloroso, pois o resgate das lembranças trouxe, segundo explica o Espírito, um estado de mal-estar. Vejamos: “ai meu Deus como estou me sentindo mal! (...). Ai! Me sinto mal em falar isso”.

Um dado digno de nota neste relato é o fato desta colaboradora registrar a informação de que faria o relato sentada: “Achei que seria mais fácil sentar aqui e falar”. Dado que ratifica a informação da médium, acima apresentada, sobre o funcionamento da sessão mediúnica psicofônica.

Sobre o processo de assunção da autoria do Participante (P3). O colaborador produziu o seu relato no dia 15 de agosto de 2017. Ele figura entre os integrantes do grupo que se identificou pelo nome. Observamos que o enunciado que abre a sua fala: “Chegou a minha vez, de falar”, permite-nos inferir que o mesmo possuía ciência de que integrava um grupo de suicidas vinculados ao Hospital Maria de Nazaré, sob os cuidados dos Legionários de Maria, com o objetivo também de colaborar com a produção do seu relato. “Eu me dirijo, agora, a meus irmãos, que aqui estão. Que também fizeram o que eu fiz”. O P3 sabia que estava em uma fase do tratamento a ser realizado em um Centro Espírita, no caso o NEMB. Para tanto, contou com a equipe de trabalhadores do referido Centro: “E, aqui, me encontro ainda em tratamento”, asseverou.

O colaborador explica que se sentiu à vontade para falar porque estava diante de um grupo que estava passando pela mesma situação; e ainda porque estava na presença de trabalhadores “vivos” que se ocupavam do trabalho específico de prevenção do suicídio, os membros do NEPPS; e ambos o trataram sem censura: “Eu me sinto à vontade, porque estamos todos no mesmo erro. Mas também me sinto à vontade de falar, aqui. Saber que estão me escutando pessoas vivas. E que trabalham para que outras pessoas não façam o que nós fizemos!”.

O P3 afirma ter escutado aos que fizeram o relato antes dele, dado que confirma o fato do seu pertencimento ao grupo específico, no qual há uma assistência onde todos deverão escutar, enquanto o outro faz o seu relato sobre a mesma temática: “Escutei todos, meus irmãos, do mesmo infortúnio”. (...). Conforme o colaborador, a tarefa de relatar não foi fácil, todavia ele compreendeu que precisava falar; não só porque queria colaborar, mas porque, segundo explica, a produção do relato constituía uma das etapas do tratamento o qual todos deveriam se submeter para tomar ciência do ato que cometeram: “Este relato faz parte do tratamento, para

que a gente possa dizer, da nossa própria boca, o que fizemos; para termos consciência do ato que fizemos”.

Explica que o tratamento é demorado e que a fase de falar sobre o evento traz benefício a todos: “O tratamento é longo. (...). Mas, uma coisa nós já aprendemos. Eu e todos que estamos aqui (...). Como isso me faz bem! Está dizendo isso a vocês”. O P3 concluiu a sua fala agradecendo e convidando todos a rezar a Ave Maria; enunciado que aponta para a sua estada na posição de adepto que adota a posição do ideário cristão do sistema religioso do catolicismo.

Com a narrativa do P3, foi-nos possível inferir o porquê de os relatos não serem psicografados e sim psicofonados, uma vez que não haveria impedimentos, já que a médium, responsável pelo recebimento e transmissão dos relatos, também possui a habilidade de psicografar, como apontamos acima. Consideramos interessante notar que falar, no mundo espiritual, é um ato que faz parte do conjunto de procedimentos de cura para os suicidas; assim como no mundo material, na ótica da OMS, o ato de fala se constitui como sendo um dos principais fatores de prevenção do suicídio, senão o maior para aqueles que produzem o ideário suicida. Outro ponto que demanda registro, é a questão da importância da escuta desprovida de censura, nas duas perspectivas de mundo: “Obrigado por me escutar! (...) por não me censurar! (...). Muito obrigado! A vocês vivo e obrigado a vocês, meus irmãos, obrigado”.

Concluímos afirmando que P3 apesar de inicialmente sinalizar que não sabia se iria conseguir fazer o relato; embora quisesse e necessitasse colaborar. Entretanto, produziu sua narrativa sem apresentar hesitações nem impedimentos: “Não sei se vou conseguir, mas eu quero e *preciso* falar. Eu quero colaborar. Eu quero colaborar com todos (...). Isso é tão difícil! Me dói, quando começo a falar. Quando começo a relembrar. Eu não posso chorar, eu não quero chorar, eu quero contar”, explicou.

Acerca da assunção da posição de autoria da Participante 4 (P4), informamos que o mesmo fez o seu relato no dia 22 de agosto de 2017. A partir de sua narrativa compreendemos que a P4 possui o conhecimento de que integra um grupo misto de suicidas em tratamento, vinculado ao Hospital Maria de Nazaré, o qual está sob os cuidados de trabalhadores da instituição. Na sua saudação faz referência aos cuidadores e a aos presentes: “Meus irmãos, minhas irmãs”. A P4 afirma está ciente da sua colaboração e também da sua necessidade de produção do relato de experiência com o suicídio e, ainda, da existência de uma inscrição prévia como pré-requisito de acesso ao grupo de relatores: “Nesta hora, que eu me inscrevi para falar! E que eu preciso falar”. Compreende ainda a oportunidade de fala como uma necessidade de reflexão para si mesma e para os outros “E agora venho confessar, a mim mesma e a todos vós”, afirma.

A P4 expressa também a sua dificuldade em falar; faz menção ao sentimento de vergonha e a necessidade de estar, acima de tudo, encorajada a expor a sua experiência: “Meus irmãos, minhas irmãs, difícil, é difícil falar, minhas irmãs! Eu peço misericórdia ao meu Deus para que eu não fraqueje nesta hora”.

Observamos que a colaboradora possui a informação de que o grupo está reunido e sendo acolhido em um centro espírita e não fez nenhuma objeção ao fato de estar e permanecer neste ambiente: “Eu sei que estou num centro espírita. Coisa inimaginável para mim. Mas aqui estou, me sentido bem; me sentido... acolhida!”. A P4, na sua fala de saudação, faz referência a Jesus. O referido enunciado que aponta para a aceitação do ideário cristão; todavia, a afirmação de que estar e falar, em um centro espírita, é um fato inimaginável para ele, denuncia a sua vinculação ao sistema religioso evangélico, uma vez que para este campo religioso o Espiritismo é inaceitável enquanto domínio religioso. A referência feita à Maria de Nazaré também ratifica a sua fé religiosa: “sob as bênçãos de Maria de Nazaré. Da Nossa Senhora que a minha igreja não acreditava, que até nos proibia de venerá-la”.

A colaboradora não apresentou dificuldades em fazer o seu relato e concluiu o relato agradecendo pela oportunidade de fala a todos os que a acolheram e pelos cuidados recebidos e: “Eu quero agradecer por esta oportunidade bendita de vir aqui, de falar (...). (...) agradecer a todas essas pessoas bondosas, que me ampararam. (...). Então, muito obrigada a todos. A paz do senhor para todos nós! A paz do senhor!”.

Passemos para a análise das condições de produção da autoria do Participante 5 (P5). O colaborador produziu o seu relato no dia 29 de agosto de 2017. Iniciou sua fala pedindo perdão aos ouvintes. Demonstrou ter ciência de que pertencia a um grupo de suicidas, em tratamento no hospital Maria de Nazaré, que aceitou se submeter a produção de um relato sobre a sua vivência como suicida. “(...) E, aqui, estou meus irmãos. Contando a minha desventura para vocês. (...) Não sei quando terei condições de sair *desse hospital*. O corpo ainda dói... (...)”. O P5 trata os membros com o termo irmãos, forma de se referir que afirma a sua filiação a um mesmo grupo; “irmãos de infortúnios”, no caso o ato suicida.

O P5 narra fluentemente, sem interrupções, mesmo sentido dores no corpo perispiritual, dado que aponta para o fato de estar em estágio avançado de tratamento. Verificamos que há no enunciatador uma preocupação em justificar para os ouvintes a sua aparente frieza: “Eu não choro mais porque as minhas lágrimas secaram, mas a vergonha que eu sinto é tão grande...”.

Concluiu o relato, agradecendo aos integrantes do grupo por tê-lo escutado, sem fazer-lhe julgamentos. “Quero agradecer a vocês, irmãos de infortúnios... agradecer por ter me escutado. Porque não vejo, no rosto de nenhum, a censura; mesmo sabendo que eu cometi atos

tão graves... (...) Obrigado a todos. Fiquem na paz!”. O colaborador faz aposição do nome, no final da narrativa, juntamente com a referência a sua posição de sacerdote da Igreja Católica que assumia antes do suicídio.

Passemos a observar as condições de produção da assunção da autoria do Participante 6 (P6). O relato do participante foi realizado no dia 12 de setembro de 2017. Observamos que o colaborador apresentou, inicialmente, muita dificuldade em produzir o seu relato. Tossia muito, falava devagar com interrupções entre uma fala e outra. Diferente dos participantes, acima referido, não saudou os presentes e iniciou tratando do resultado do ato suicida. No decorrer do relato, afirma como se sentiu ao relatar: “(...) Ah! minha cabeça como pesa (...). Minha cabeça rodopia”, balbuciou entre gemidos.

O P6 faz referência a médium que transmitiu a sua mensagem, informando sobre como pode, muitas vezes, ser sofrido e penoso este processo de comunicação, tanto para o Espírito comunicante quanto para o médium, a quem chama de intermediário: “(...) eu preciso falar; é penoso isso, é penoso para este irmão, esta irmã que fala por mim... (...) Peço desculpa, ao meu intermediário, por causar essas sensações”.

O participante possuía também o conhecimento de como pode colaborar com o médium para que o mesmo não sofra, procurando manter o controle durante toda a narrativa: “(...) sinto as mesmas angústias agora relatando, (...). Vou procurar tirar essas... essas lembranças para não passar esses sofrimentos físicos. (...) Perdão, perdão intermediário perdão por fazer você passar por essas circunstâncias, por essas dores, por essas sensações”. Estas afirmações ratificam, como registramos acima, a fala do médium sobre o seu mal estar sofrido durante as comunicações.

O P6 demonstra compreender que o processo de fala pode funcionar como um alívio para as suas dores e uma oportunidade de recomposição das emoções: “Apenas estou aqui para relatar; estou aqui apenas para falar... para que essa a minha fala, sirva de expurgo para as minhas dores (...)”. Por isto, é imensamente grato aos seus cuidadores: “Venho (...), ... agradecer a bendita oportunidade...que nos é dada para nos recompormos (...)”.

O colaborador afirma ter ciência de estar presente em um centro espírita e de pertencer ao grupo de suicidas em tratamento, sob a responsabilidade de tutores vinculados ao hospital Maria de Nazaré: “(...) e cá estou, nesta escola bendita, neste educandário, neste hospital por intermédio de almas bondosas... não sou merecedor, mas como tutelado dessas almas, e sob a guarda de Maria de Nazaré”. A sua visão sobre o que seja um centro espírita coincide com os sentidos atribuídos ao termo “centro espírita”, pelo Espiritismo, como sendo educandário, escola e hospital.

O colaborador compreende que está falando para (de)sencarnados: “ (...) venho até vós irmãos, encarnados e desencarnados”. Na ocasião, aproveita a oportunidade de dizer sobre a importância do evento e da oportunidade de agradecer pelos cuidados: “(...) esse dia de hoje, representa muito, nessa estada, nesse educandário, pois hoje tenho aqui a oportunidade de dizer, em bom ... em bom tom e em voz alta. Pedi perdão e agradecer por esta oportunidade... (...) e obrigado, e obrigado, e obrigado”. A oportunidade, segundo afirma é muito importante; o seu gesto de ajoelhar-se reafirma o quão de considera agradecido: “Eu me curvo, eu me ajoelho diante de todos, e agradeço pela bendita oportunidade”.

A produção deste relato foi muito sofrida, tanto para o Espírito quanto para a médium, que terminou de transmitir o relato em prantos afirmando: “Meu Jesus! Meu Jesus amado! Misericórdia”. Durante esta comunicação, a imposição de mãos, ou seja, o passe foi utilizado, durante todo o processo com o objetivo de aliviar as tensões dos envolvidos neste processo mediúnico. Lembro-me que precisei usar também técnica de respiração para acalmar a médium.

Sobre as condições de produção dos relatos e a assunção da autoria da participante 7 (P7). O relato da colaboradora ocorreu no dia 26 de setembro de 2017. Observamos que participante 7 (P7) tem ciência de que integra um grupo de suicidas em tratamento: “(...) estamos ainda em tratamento”, afirma. Ficamos em dúvida sobre o local em que esta colaboradora afirma fazer o relato; conforme enuncia parecia estar sendo cuidada no próprio centro espírita onde narrou a sua experiência. Vejamos: “Foi assim que *eu vim parar... nesta casa acolhedora*; que venho me tratando...”. Como a sua narrativa foi feita de forma fluída, tranquila e sem hesitações e/ou sofrimentos, a nossa hipótese é que ela não possuía dúvidas sobre o local onde se encontrava e, neste caso, o NEMB também seria um local de prestação de serviços específicos a Espíritos suicidas desencarnados.

O enunciador estava ciente de que o encontro tem como objetivo a produção de um relato sobre a sua vivência como suicida: “Tô aqui para falar. Obrigado. Vou relatar como e porque cometi o suicídio (...). E aqui, hoje, sinto-me feliz por poder dizer tudo isso para vocês...”. Agradece a oportunidade de falar: “Eu quero agradecer esta oportunidade. Agradecer aos meus irmãos que me escutam, que compartilham comigo... a minha dor; que me entendem porque somos todos doentes da alma, que estamos ainda em tratamento”. Para esta colaboradora, o fato de estar em um grupo, compartilhando problemas relativo ao mesmo tema é um dado que registra a facilitação da produção da narrativa. A P7 comenta sobre o alívio de ter falado, embora tenha afirmado que não gostava de lembrar o evento: “Falarei bem rápido porque são momentos que eu não gosto de lembrar. (...). Me sinto bastante bem em ter falado. (...) Me sinto em paz”.

A autora do relato iniciou e concluiu a sua narrativa fazendo referência a Jesus. No seu agradecimento final, dirigiu-se aos irmãos e irmãs o que confirma a presença de espíritos (des)encarnados nas posições feminina e também masculina. Quanto a aposição do nome, a P7 se identificou pelo nome logo no início da narrativa.

Passemos a análise das condições de produção e da assunção da autoria do Participante 8 (P8). O colaborador produziu o relato no dia 18 de outubro de 2017. Informa sobre o compromisso de produzir um relato sobre a sua experiência como suicida: “Saúdo a todos, com a paz de Jesus... (...) E hoje estou aqui diante de vocês, meus irmãos, contando... tendo a coragem de contar (...)”. O P8 expressa a sua dificuldade em fazer o relato: “Eu achei que fosse mais fácil chegar aqui e contar. (...). É tão difícil você assumir”. Mostra-se ciente da necessidade de expurgação do seu sofrimento por meio do seu ato de fala: “Eu preciso contar! Eu preciso expurgar!”.

O P8 sabe da sua pertença a um grupo de suicidas em tratamento, tanto no que diz respeito ao corpo físico perispiritual como quanto ao sofrimento moral: “E quero, neste momento, agradecer a acolhida; o empenho dos irmãos que cuidaram de mim, que trataram das minhas feridas, mas sobretudo da minha dor moral”. Dentre os que o acolheram está Maria de Nazaré, a quem agradece pela proteção recebida: “Bendita és tu, Maria de Nazaré! Muito obrigado!”

Depois do relato, o P8 reafirma os efeitos do ato de fala para o seu tratamento: “Sou grato, também, a vocês... por ter me escutado. (...) Me sinto aliviado... é como se tivesse tirado o fogo de dentro de mim! ”. Este participante também iniciou e concluiu o seu relato fazendo referência a Jesus e no meio do relato se identificou pelo nome.

Acerca da análise das condições da produção do relato e da assunção da autoria do Participante 9 (P9). A narrativa foi realizada no dia 25 de outubro. Observamos que o colaborador sabia da sua pertença ao grupo de suicidas e que, ali, se encontrava com atribuição e a necessidade de fazer o seu relato: “Eu preciso abrir meu coração... (...) Eu não sei como começar... mas eu preciso. Estou aqui para isso!” O participante, entende sua fala como uma oportunidade que não pode ser desperdiçada: “Eu não posso perder esta oportunidade (...) Eu não posso, e nem quero desperdiçar essa oportunidade”.

Durante a sua narrativa, demonstra nervosismo e dificuldade para falar; suspira ofegante e afirma: “Então eu peço coragem, agora; peço a Jesus que me dê coragem...”. O P9 ficou emocionado com as lembranças e tentou manter o controle emocional: “Eu preciso me controlar... isso passou! Isso já passou! Isso já passou! Eu preciso! Eu preciso me controlar! ... Eu preciso!... Eu preciso! ... Jesus, Maria de Nazaré! Eu preciso!”.

O participante afirma ter sentido vergonha em contar, pela primeira vez, o motivo do seu suicídio; todavia demonstrou saber da necessidade de fazê-lo porque faz parte do seu tratamento: “Eu ainda sinto... tanta vergonha de contar o motivo, mas eu preciso dizer! Eu preciso! Eu disse que abriria meu coração; vou abrir... É a primeira vez que eu digo... (...) Mas hoje estou aqui... abrindo o meu coração”. A ideia da eficácia do processo de relatar é reforçada na conclusão da sua narrativa. “Oh, meu Deus! Meu coração ficou mais leve... (...) Obrigado a todos por me escutarem. Ah, que alívio!”.

No seu discurso, o participante fez referência a Jesus, a Maria de Nazaré, agradeceu aos participantes pela escuta da sua narrativa. Devido ao estado de sofrimento do Espírito comunicante, o processo de transmissão deste relato foi realizado com interrupções. Na ocasião, devido à dificuldade sentida no decorrer do processo mediúnico, a médium concluiu a transmissão do relato fazendo um agradecimento a Jesus. Notamos que o Médium foi estimulado a agradecer a Jesus, todas as vezes que a mediação é realizada com dificuldades e sofrimento, por parte do Espírito comunicante, o seu sofrimento, como já informamos, é também sentido pelo médium.

Passemos a análise das condições de produção do relato e da assunção da autoria do Participante 10 (P10). No dia da produção do relato, dia 01 de novembro de 2017, recebemos a visita da coordenadora do grupo de Espíritos suicidas colaboradores. Referiu-se a nós como servas de Maria e nos pediu para fazermos uma oração em prol do Espírito que iria fazer a sua narrativa naquela noite: “A paz de Cristo! Queridas servas de Maria, vamos retornar ao trabalho de escuta. Então, antes que a irmã fale, eu peço que se concentrem e façam uma oração para que ela tenha ânimo de relatar a sua história. A paz de Jesus, minhas irmãs!”. Assim procedemos. Em seguida, começou o relato da colaboradora.

Diferente dos membros do grupo acima referidos, a enunciadora inicia o seu relato sem fazer saudação aos ouvintes ou alusão a figura de Jesus. Observamos que a enunciadora começa explicando a sua dificuldade de falar: “Eu quero falar, mas eu não queria tá vendo o rosto dele... eu não... eu quero tirar essa visão do rosto dele, senão eu não consigo falar... (...) É tão difícil falar, minhas irmãs. É tão difícil lembrar tudo!” Todavia, a colaboradora sabe que mesmo resgatando lembranças dolorosas, a sua fala é necessária: “Mas eu preciso falar! Eu preciso falar. E aqui estou, diante de todos; confessando (...)”.

A P10 estava ciente dos objetivos de sua estada no ambiente onde se propôs a falar. Sabia do seu pertencimento ao grupo de suicidas em tratamento: “Estou sendo tratada. Já me sinto bem melhor”. Concluiu o seu relato agradecendo aos ouvintes pela oportunidade de ser

escutada: “Obrigado... pela oportunidade de ter sido... ouvida no meu relato”. E finaliza pedindo forças a Deus pela sua regeneração.

Durante o relato, a enunciativa falava de modo muito ofegante, com silêncios e hesitações, todavia a médium não demonstrou ter sentido dificuldades de realizar o processo de emissão da narrativa.

Por fim, analisemos as condições de produção da narrativa e a assunção da posição de autoria do Participante 11 (P11). Observamos que o colaborador começa a sua fala saudando os presentes e informando que será o último integrante do grupo a produzir o relato. Esta decisão foi tomada juntamente com os seus superiores, no caso, os responsáveis pelos cuidados com o grupo de suicidas. A iniciativa, segundo explica, foi tomada com o objetivo de estimular os colaboradores a produzirem os seus relatos: “Sou o último a falar (...) é... permiti ou entrei em acordo, né, com os meus superiores”.

O seu discurso ratifica a informações já apresentadas de que os informantes pertencem a um grupo de suicidas, que aceitaram relatar a sua experiência com o suicídio e que o ato de narrar faz parte do tratamento: “ Eu estou sendo o último deste grupo a falar (...) como também o mais antigo”.

Aproveitando que o colaborador não apresentou nenhuma dificuldade em falar, o que denota que estava em estágio de recuperação mais avançada, dialogamos com ele sobre o funcionamento do grupo. À pergunta realizada sobre a existência de outro grupo de colaboradores, respondeu-nos afirmativamente; todavia, não recebemos e nem tivemos notícias acerca de um novo grupo que manteria contato conosco.

O participante 11 afirmou que, mesmo em tratamento há mais tempo, ainda se emociona ao falar sobre o seu suicídio: “(..) meu coração ainda palpita para falar sobre o suicídio; sobre a forma... que eu usei para tirar a minha própria vida. (...)”. Não observamos dificuldades no processo de produção deste relato, seja por parte do Espírito comunicante seja da médium. Todavia, foram identificados, momentos de hesitações que não prejudicaram o fluxo da narrativa.

O P11 concluiu a sua fala agradecendo a Maria pelo acolhimento e a Deus pela sua misericórdia e ainda pela oportunidade de fala: “E eis-me aqui, em tratamento, mas agradecido pelo amor de Maria, pela misericórdia de meu Deus. (...) Eu quero agradecer por esta oportunidade de falar (...)”.

Quadro 3 - Categoria 1: Assunção da autoria

Pertença ao grupo de suicidas em tratamento	“(…) e me dirijo, agora, aos meus irmãos que aqui estão. Que também fizeram o que eu fiz. (...) Eu me sinto à vontade porque estamos todos no mesmo erro.” (P3); “Eu estou sendo o último, deste grupo, a falar e também o mais antigo da turma (...) é ... permiti ou entrei em acordo, né, com os meus superiores. (...)” (P. 11)
Vinculação ao Hospital Maria de Nazaré	“Não sei quando irei condições de sair desse hospital.” (P5); “Aqui, estou, meus irmãos, a mercê da misericórdia desses anjos, que trataram de mim e que, aqui, me trouxeram para falar.” (P2).
Tutela dos cuidadores do Hospital Maria de Nazaré	“Agradeço a Maria de Nazaré e a equipe que me acolheu e me tratou.” (P1); “E quero, neste momento, agradecer a acolhida; o empenho dos irmãos que cuidaram de mim, que trataram da minha ferida, mas sobretudo da minha dor moral” (P8).
Aceitação da produção do relato	“Este relato faz parte do tratamento, para que a gente possa dizer, da nossa própria boca, o que fizemos; para termos ciência do ato que fizemos.” (P3); “Eu preciso abrir meu coração... (...) Eu não sei como começar... mas eu preciso. Estou aqui para isso!” (P9).
Ciência da produção do local do relato	“Agradecer por estar aqui. Eu sei que estou num Centro Espírita. Coisa inimaginável para mim.” (P4); “Tô aqui para falar. (...) E aqui, hoje, sinto-me feliz por poder dizer tudo isto a vocês (...)” (P7)
Ciência da existência da equipe do Centro Espírita	“Saber que estão me escutando pessoas vivas. E que trabalham para que outras pessoas não façam o mesmo que nós fizemos.” (P3); “(…) eu preciso falar; é penoso isso, é penoso para este irmão, esta irmã [a médium] que fala por mim (...)” (P6).
Modo de produção do relato	“Achei que seria mais fácil sentar aqui e falar.” (P2); “Me dói, quando começo a falar.” (P3); “Meus irmãos, minhas irmãs, difícil, é difícil falar minhas irmãs.” (P4); “(…) Eu preciso falar; é penoso isso, é penoso para este irmão, esta irmã que fala por mim.” (P6)
Aposição da assinatura no relato	“Vossa irmã...” (P1); “Me chamo...” (P2); “(…), você está triste?”(P3); “Padre (...)” (P5); “(…) , o meu nome.” (P7); “(…), meu filho, seja sempre um homem de bem.” (P8);

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

Sobre a categoria *produção dos relatos: o processo de assunção da autoria pelo Espírito suicida*, (Quadro de nº), observamos que os participantes, cada um ao seu modo, apresentaram nas suas narrativas informações sobre os dados que constituíram a categoria acima tratada: a integração dos membros a um grupo de suicidas em tratamento, a vinculação do grupo com o hospital Maria de Nazaré, os cuidados recebidos pelos trabalhadores/tutores do hospital Maria de Nazaré, a ciência e a aceitação do relato como uma etapa necessária ao tratamento, o conhecimento acerca do local de produção do relato, a ciência da existência da equipe de trabalhadoras voluntárias do Centro Espírita e o modo de produção relato.

De um modo geral, foi possível observar diferenças no que diz respeito a dificuldades sentidas por cada participante os relatos foram feitos com grande carga emotiva e sofrimentos por parte de cada colaborador e também do médium. Pelo registro escrito não foi possível fazer a notação das emoções reveladas no momento da narrativa. Tais efeitos de sentidos só podem ser melhor observados, por meio da escuta dos áudios. Todavia, queremos notar o fato de o

participante P6 ter sido o único a se referir ao sofrimento físico que o seu estado emocional causou ao médium e, também, o seu cuidado em controlar as emoções para que o mesmo não viesse a sofrer. Afirmamos que esta foi a comunicação que causou maior impacto emocional para a médium, a qual concluiu a comunicação em prantos.

Outro ponto a ser notado é a questão da identificação da autoria do relato: dos 11 colaboradores, sete fizeram a aposição da assinatura no relato. Alguns citaram o nome no início, outros no meio, e outros no final da narrativa. A seguir, passemos a apresentação da categoria 2: As condições de produção do suicídio.

3.6.2 Categoria 2: As condições de produção da produção da violência autoinfligida: o suicídio

Na categoria *condições de produção da violência autoinfligida: o suicídio*, observaremos nos relatos dos participantes a possibilidade de ocorrência dos seguintes dados: *motivação para o ato suicida; modalidade de suicídio; local do suicídio e indução ao suicídio*.

Quadro 4 - Categoria 2 - A produção do suicídio.

Participante	Motivação	Meio da agressão (Instrumento/modalidade)	Local da ocorrência	Tentou outras vezes
P1	Adultério por parte do suicida	Veneno - Envenenamento	Residência (Inferência)	Não
P2	Prática de Abuso sexual: incesto	Faca – Esfaqueamento	Residência	Não
P3	Homossexualidade	Arma de fogo (Revólver)	Residência (Inferência)	Não
P4	Paixão e abandono	Enforcamento	Residência	Não
P5	Praticante de abuso sexual: pederastia (homossexualidade masculina)	Queda de móvel (Simulação)	Residência	Não
P6	Vício de cigarro	Cigarro - Fumante	Residência	Suicídio indireto
P7	Decepção amorosa (sedução e abandono)	Não identificado	Não identificado	Não
P8	Falência financeira	Fogo (Colchão embebido de álcool)	Residência	Não
P9	Praticante de roubo	Arma de fogo (Revólver)	Residência	Não
P10	Traição do cônjuge	Atropelamento induzido	Rua da cidade	Não
P11	Falência Financeira	Simulação de morte natural (Acidente de veículo)	Não identificado	Não

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

Iniciemos observando *as condições de produção do suicídio* da Participante 1 (P1). A colaboradora escolheu a Intoxicação Exógena (IE) por veneno como método para cometer o suicídio. O relato nos permite inferir que foi uma decisão premeditada: “Até que um dia, resolvi acabar com tudo e ingeri veneno”, afirma a participante. Segundo informa, resolveu dar cabo da vida porque não queria/podia “aguentar o escárnio” dos seus conhecidos; não possui a “coragem para ser julgada”, nem tampouco de vencer o “orgulho, a vergonha e o medo”. Entendeu, pois, que era “mais fácil acabar com tudo”.

A motivação para o suicídio resultou da sua dificuldade em resolver o conflito em que se envolveu: o seu ato de adultério e concepção de um filho, cuja processo de gestação embora não tenha sido descrito pela participante, é possível inferir que, pela situação inusitada, tenha-lhe gerado momentos de muitas angústias. Um pensamento era recorrente “se parecer com o pai? Se não tiver as feições do meu marido, todo mundo vai descobrir!”. Assim sendo, decidiu rejeitar a criança e a abandoná-la em um dado local. Posteriormente, descobriu que criança foi achada -exatamente no local em havia a abandonado-, e criada por outra família. A descoberta se deu porque a referida família foi morar perto da sua casa e, mãe e filho, acabaram se encontrando. Segundo afirmou, o encontro foi inusitado e chocante:

Após este evento, não teve mais sossego, foi acometida de um sentimento de medo. Todavia, conforme confessa, não sentia arrependimento pelo abandono; o motivador para o ato suicida foi a emoção do medo de ser descoberta. Um medo que se avolumou e que tornou impossível a ideia de viver nesta condição de sofrimento, levando-a a cometer o suicídio, por ingestão de veneno.

A P1, deixou a criança para se “livrar” da situação que lhe causava angústia; entretanto não considerou a hipótese de que a criança poderia ser encontrada viva e ser resgatada e criada por outra pessoa, por isso se considerava uma criminosa, uma mãe “assassina”.

O discurso do P1, permite-nos afirmar que houve uma circunstância que motivou o ato suicida, situação criada, e não resolvida, pelo próprio sujeito autor do ato suicida. Dessa forma, não houve a indução de uma segunda pessoa para que P1 cometesse o ato, a não ser as circunstâncias da impossibilidade de administrar os seus próprios sentimentos de orgulho, de vergonha; e, mais especificamente, do medo do enfrentamento das regras sociais vigentes no seu contexto social. As circunstâncias resultaram na produção/aquisição de um sentimento de medo exacerbado, que lhe causou um sofrimento insuportável. Para dar conta do seu intento de morte antecipada, houve uma escolha premeditada pelo método e, a partir do inteiro teor do relato, podemos inferir que o ato ocorreu em sua residência.

Passemos a observação das *condições de produção do suicídio* da Participante 2 (P2). Identificamos, no relato da colaboradora, que a motivação para o seu ato suicida foi a dificuldade de conviver com a dor, a angústia e a vergonha pela existência do acontecimento para o qual não contribuiu com a sua ocorrência. “Não pude conviver com a dor do ultraje. Não pude conviver... com a vergonha daquilo que eu não tive culpa!”, explica comovida. O evento motivador, segundo relata, foi o estupro sofrido por parte do marido da mãe, o qual se aproveitava da ausência materna para praticá-lo: “O infame era casado com a minha mãe. (...). E, sempre, na ausência da minha mãe, me estuprava”. Além do estupro era alvo de ameaças que a obrigava a silenciar o seu sofrimento: “me obrigava a ficar calada, que se eu contasse, ele mataria a minha mãe”, explica a P2.

O fato gerou conflitos emocionais de grande monta na narradora. Dessa forma, apesar de entender que não possuía culpa, algumas vezes, foi acometida por um certo sentimento de dúvida: “Às vezes, eu me sentia culpada, como se eu tivesse provocado aquela situação”. Sentindo-se acuada diante da situação constrangedora, vislumbrou o suicídio como solução única para o seu conflito.

O ato suicida foi provocado diante do olhar assustado do estuprador, no momento exato em que violentava a vítima, por meio de uma arma branca que a vítima habilmente conseguiu arrancar do seu agressor e cravá-la no seu peito: “E a solução que eu achei foi tirar a minha própria via. Então, quando aquele monstro, me atacou novamente. Ele sempre andava com uma faca e eu consegui pegar essa faca; e cravei no meu peito”. Como não teve morte súbita, a P2 pode ainda assistir a fuga do violentador do local do crime: “Não morri, no momento. Fiquei ali sem ânimo, sem forças; com aquela faca cravada. Ele me olhava assustada. Saiu de cima de mim; ajitou minhas roupas e fugiu dali”.

O relato nos permite concluir que P2 cometeu suicídio em sua própria residência, local onde *a priori* deveria estar em segurança; e violentada por pessoa a qual, teoricamente, deveria protegê-la. No ordenamento jurídico brasileiro, o estupro é considerado um crime tipificado no art. 213 do código penal. A sua prática pode levar o réu a uma pena de reclusão de 6 a 10 anos; caso a vítima seja menor de 18 anos, a pena de reclusão poderá chegar de 8 a 12 anos, e em caso de morte da vítima será de 12 a 30 anos.

Conforme resultados de pesquisa no campo do suicídio, a violência por abuso sexual é um fator de risco de suicídio, classificado como fator predisponente, ou seja, está entre “aqueles que criam o terreno no qual vai [ou poderá] se instalar um processo suicida” (BERTOLOTE, p. 69, 2012). No caso da Participante 2 foi o que ocorreu. Violada na sua liberdade sexual, constrangida e violentada sob grave ameaça, ela entrou no grupo de risco de suicídio, uma vez

que o estupro “preparou o terreno” para a efetivação do ato suicida, e, posteriormente, entrou efetivamente para o quadro de suicidas.

Conforme o *Atlas da Violência 2018*⁸⁹, produzido pelo Ipea e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), o processo de violência no país quanto ao estupro é bastante acentuado. Os dados mais recentes se referem ao período de 2006 a 2016; foram tabulados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e divulgadas no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Vejamos o quadro abaixo:

Fotografia 58 – Dados sobre estupro.



Fonte: Atlas da Violência 2018⁹⁰.

Segundo os resultados apresentados no referido Atlas, foram registrados no sistema de saúde 22.918 (vinte e dois mil, novecentos e dezoito) casos; como registros policiais foram computados 49.497 casos. No que diz respeito à idade das vítimas, 50,9% são crianças de até 13 anos; 17,0% são adolescentes de 14 a 17 anos, e 32,1% são vítimas acima de 18 anos. Quanto ao agressor, 30% dos casos de estupro apresentados contra crianças foram “perpetrados por familiares próximos como pais, irmãos e padrastos”; já 46,1% das pessoas adultas foram vítimas de indivíduos conhecidos.

Todavia, como há uma subnotificação dos casos de estupro, por inúmeros motivos os quais aqui não elencaremos -o caso do relato acima se configura como um exemplo-, tanto os casos de estupro quanto os de suicídios, motivados por esse fator predisponente, são bem maiores do que os apresentados oficialmente pelos números acima apontados, uma vez que a existência desses casos são marcados por silenciamentos, mais especificamente provocados pelos integrantes da família das vítimas. No caso de P2, não houve indução ao suicídio.

⁸⁹ Atlas da Violência 2018. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/atlas-da-violencia-2018/>. Acesso em: 08 de novembro de 2018.

⁹⁰ Atlas da Violência 2018. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_atlas_violencia_2108_Infografico.pdf. Acesso em 08 de novembro de 2018.

Vejamos as *condições de produção do suicídio* da Participante 3 (P3). Acerca deste evento foi possível identificar que o seu suicídio foi cometido aos 17 anos de idade: “(...) quando eu fiz isso; fazia poucos dias que eu tinha completado dezessete anos”. Questionado por um dos componentes do NEPPS se era permitido dizer o ano em que ele se suicidou, ele respondeu que não possuía muita noção de tempo. Sobre este ponto, o P3 continuava confuso, apenas afirmou que o fato havia ocorrido há mais de cinco anos: “Eu ainda não tenho muita noção de tempo, eu sei que já faz mais de cinco anos”, respondeu.

A modalidade utilizada pelo P3 para cometer o suicídio foi a arma de fogo. Segundo explica, foi um ato programado: “Atirei, atirei, atirei no meu próprio coração. Passei dias, noites premeditando”. A motivação que o levou ao suicídio está relacionada aos conflitos gerados pela questão de gênero vivenciada por ele. O P3 sentia vergonha da posição assumida por ele neste campo. Ele afirmou que não queria dar o desgosto aos pais e a família de saberem do fato vergonhoso de que ele não era homem: “vão saber que eu não sou homem, que eu sou maricas! (...) Preferi a morte, do que dá um desgosto ao meu pai, a minha mãe, do que ser a vergonha da família”.

Segundo informa, um dia antes do seu suicídio, uma vizinha sentiu que ele estava triste e se colocou à disposição para ouvi-lo: “ (...) uma vizinha que gostava de mim, e que dia antes de eu cometer o suicídio, ela olhou prá mim e disse: P3, você está triste? Meu filho, se você quer dizer alguma coisa, se está sentindo alguma coisa... (...)”. Todavia, ele negou que estivesse infeliz e tentou disfarçar a sua tristeza, mas não foi convincente: “Eu neguei, eu disfarcei! Você não quer falar, mas eu sinto que você está triste. Se você quiser falar, P3, pode vir aqui em casa, a gente conversa”.

O participante 3 decidiu não falar sobre o seu conflito e decidiu pela morte voluntária, todavia não foi possível identificar onde ocorreu o fato. À semelhança do caso do Participante 2, afirmamos que a questão de gênero é também considerada fator predisponente, capaz de criar o ambiente propício para a instalação do ato suicida. Conforme a Organização Mundial da Saúde, as questões de orientação sexual, a exemplo da homossexualidade, figuram comprovadamente entre os fatores de risco do suicídio. (p.12 Manual conselheiros). Nesta ótica, podemos afirmar que o P3 integra um grupo vulnerável ao suicídio, atualmente chamado de LGBT.

Pesquisas apontam que a incidência de suicídio é muito mais alta nos jovens e, mais especificamente neste grupo de jovens. Neste sentido, a representação da UNESCO no Brasil, no dia 07 de junho de 2016, posicionou-se reafirmando o seu compromisso sobre questões de violência de gênero e da garantia dos direitos da população LGBT.

O portal UNESCO no Brasil⁹¹ apresenta uma lista de materiais que subsidiam os educadores do país no processo de inclusão das questões de gêneros nas aulas e nos espaços educativos. Isto porque, para a UNESCO, a educação e o diálogo são considerados centrais na prevenção e erradicação de toda e qualquer violência e, mais especificamente, a violência de gênero. Conforme a UNESCO, um dos grandes compromissos dos seus países-membros é o cumprimento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada em 2015. Dentre os objetivos globais da Agenda está a garantia de ambientes seguros de aprendizagem e a promoção de uma educação que preze a igualdade de gênero e os direitos humanos, por meio de uma educação voltada para a sexualidade e gênero a ser instalada no sistema de ensino do país. Para a UNESCO há a necessidade de preservar marcos legais e políticos nacionais, além dos tratados internacionais que fazem referência a sexualidade e gênero nos sistemas de ensino.

Para reafirmarem a necessidade de resolver problemas resultantes desta problemática, no dia 17 de maio, é celebrado o Dia Internacional contra a Homofobia e a Transfobia (DIHT)⁹². Na ocasião, diferentes setores da sociedade promovem atividades acerca de temáticas relacionados à homofobia e à transfobia. Sobre como lidar com esta temática, há, além de outros, o documento apresentado pela UNESCO, intitulado Plano de aulas, conforme figura abaixo.

Fotografia 59 - Dia Internacional contra a Homofobia e a Transfobia.



Fonte: UNESCO - <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002286/228634por.pdf> (2018)

⁹¹ Representante da UNESCO no Brasil. Disponível em: http://www.unesco.org/new/pt/brasil/about-this-office/single-view/news/unesco_in_brazil_stands_against_gender_violence_issues/. Acesso em 08 de novembro de 2018.

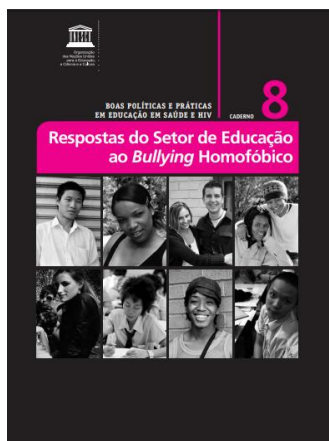
⁹² Representante da UNESCO no Brasil.

Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002286/228634por.pdf>. Acesso em: 08 de novembro de 2018.

A escolha destas temáticas, para serem trabalhadas pela sociedade de um modo geral, responde a demanda apresentada sobre manifestações homofóbicas e transfóbicas, mais especificamente sobre o bullying homofóbico e transfóbico. Estudos apontam que esta modalidade de bullying atua de forma impactante sobre a saúde mental de jovens lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT), resultando em violências autoinfligidas.

Sobre esta questão, em 2013, a Unesco lançou o caderno 8, intitulado *Respostas do Setor de Educação ao Bullying Homofóbico*⁹³, o qual trata de apresentar propostas com o objetivo de promover diálogos entre o campo da educação e a prática do bullying homofóbico, conforme figura abaixo:

Fotografia 60 - Bullying Homofóbico.



Fonte: UNESCO - <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002213/221314> (2018).

Esperamos que iniciativas como estas possam colaborar para a prevenção do suicídio neste público alvo; tomando como referência o exemplo do Participante 3, compreendemos que o direito de viver plenamente deve estar acima de qualquer preconceito ou sentimento de vergonha que impeça um indivíduo de se aceitar; e/ou de não ser aceito, por não constituir um dado quadro de “normalidades” de comportamento; desejado e esperado, por padrões sociais vigentes na atualidade, em diferentes sociedades.

Sobre as *condições de produção do suicídio* da Participante 4 (P4), observamos que a colaboradora escolheu o enforcamento como modalidade de suicídio. Realizou o ato na sua residência, após sua chegada da Igreja a qual frequentava. A P4 afirmou que o seu ato suicida

⁹³ Representante da UNESCO no Brasil.

Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002213/221314por.pdf>. Acesso em: 08 de novembro de 2018.

resultou da falta de fé e confiança em Deus, pois a sua fé em Deus, na sua igreja e na sua doutrina não conseguiram impedi-la de dar cabo da vida: “a minha fé, a minha igreja, a minha doutrina, não foram suficientes; não foram suficientes para me impedir de cometer o suicídio”.

Em seu momento de reflexão sobre o ato suicida, assegura que argumento algum poderia justificar a sua decisão. “(...) Eu não posso nem usar a desculpa que não conhecia a palavra de Deus. Eu não posso usar a desculpa, que eu tinha a proteção de Deus, que convivia com a palavra de Deus, que participava daquela igreja maravilhosa”. Compreendemos, portanto, que para a P4, o evento que resultou na sua decisão de morrer não foi um motivo que justificasse o ato. Segundo afirma, cometeu o suicídio após ter sido desmascarada na Igreja evangélica a qual frequentava, pois possuía o hábito de seduzir fiéis da sua igreja.

A P4 se autodefine como uma fiel dissimulada: “Debaixo das minhas vestes, vestes adequada à uma moça evangélica, escondia uma dissimulada criatura, que seduzia os irmãos da igreja. Fiz isso, muito tempo. Sempre escondida por trás das orações; por trás do meu rostinho angelical”, explica. Como resultante deste comportamento, apaixonou-se por um homem casado e o pressionou a deixar esposa e filhos: “Até que ele se apaixonou de verdade, e eu também! Mas ele tinha família, ele era um homem de Deus, e eu desviei. Eu o pressionava a abandonar tudo, para ficar comigo”, relata a colaboradora.

Contrariando as suas expectativas o “irmão”, decidiu pôr um fim no caso amoroso: “Mas ele caiu em si. Ele orou a Deus. Ele orou a Deus! E pediu libertação deste amor impuro!”. Inconformada com a decisão do amante, e desmascarada por membros da igreja, ela desistiu de viver: “Eu não aceitei. Como ele podia deixar de ficar comigo, que era bela, para ficar com a esposa e os filhos? (...). Contrariada, desmascarada! Fui para a igreja, e quando voltei da igreja, me enforquei”.

Como foi possível compreender, para a Participante 4, a motivação do suicídio foi a contrariedade, resultante do objetivo não realizado, no caso a possibilidade de vivência com o ser amado; uma vez que seu intento era que o amante deixasse a família. Se assim tivesse procedido, ambos seriam desmascarados, todavia, neste caso, a vergonha da descoberta do caso amoroso parecia ser passível de ser superada, se permanecessem juntos. Distanciada do acontecimento pelo tempo, a colaboradora conclui que o impedimento para evitar o ato foi a sua falta de fé em um Deus que lhe foi apresentado como aquele capaz de protegê-la de qualquer incidente e no qual ela não confiou. Desse modo, assume toda a culpa pela decisão da morte voluntária.

Segundo a OMS, as “crenças religiosas” e o “envolvimento na comunidade” são considerados como fatores de proteção. O caso da Participante 4, inicialmente parece

contradizer a eficácia desses fatores: “a minha fé, a minha igreja, a minha doutrina não foram suficientes para me impedir de cometer o suicídio”, pois não funcionaram como protetivos. Todavia, como deixou bem claro a Participante, o problema não estava na sua crença religiosa, “Se errei se caí, não foi culpa da minha igreja!”; mas na sua pouca fé: “Com tudo isso, me faltou fé, me faltou confiança!”. Portanto, a Participante 4 se enquadra nos fatores e situações de riscos que, segundo a OMS, dizem respeito ao grau, maior ou menor, das pessoas de se investirem das “competências para enfrentar problemas”, e pela “falta de controle da impulsividade”.

Passemos a observação das *condições de produção do suicídio* da Participante 5 (P5). Este colaborador cometeu o suicídio por meio da simulação de um acidente em sua residência. Assim procedeu porque não queria que soubessem que havia provocado sua própria morte: “Até que um dia, acordei de uma noite mal dormida e (...), não foi difícil, como já me achava fraco. Simulei a queda para que ninguém soubesse que eu tinha morrido por suicídio. Me joguei de uma certa altura de cima, de um móvel... da casa”. Não há descrição sobre o móvel utilizado como instrumento, todavia infere-se que a escolha foi estratégica, uma vez que a queda provocou a sua morte.

Conforme relata, cometeu o suicídio por não suportar conviver com a *culpa* de ter sido pederasta, seduzindo jovens da igreja na qual assumia a posição de padre. Segundo confessou, usou o altar para se promover: “A posição em que me encontrava, o cargo que eu exercia na vida não me dava o direito de agir de maneira vergonhosa. Eu enganei a todos, mas principalmente a mim mesmo”.

O P5 Possuía dúvidas sobre a sua vocação: “As palavras que eu dizia não tinham verdades porque eu não as sentia. Muitas vezes me perguntava, porque me tornei padre? O que eu estou fazendo aqui?”. Envolto em dúvidas, continuava como padre mesmo tendo ciência de que não agia de conformidade com a posição que ocupava: “Era um pastor descuidado com as suas ovelhas. Era um carneiro na pele de lobo”, explicava.

O Participante sentia-se culpado pelos seus atos. O seu processo de arrependimento veio acompanhado de muitas situações de sofrimento. Não conseguia dormir e, quando tentava, era acometido de pesadelos constantes: “eu já não dormia, tinha pesadelos, pesadelos horríveis”. Ora sonhava que estava no inferno, com a batina pegando fogo: “Primeiro a batina depois os restos das roupas e eu acordava, angustiado com aquele sonho”; ora sonhava que estava sendo julgado por juízes implacáveis. Ficava “no meio de um círculo e ao redor estavam formando o círculo uma espécie de juízes e todos me condenavam”, relata o padre.

Outras vezes, era acometido de alucinações quando estava rezando a missa, nesses momentos, afirma o P5: “vinha aquelas imagens, a minha batina pegando fogo. Aqueles juízes

que me condenavam. Depois comecei (...) sentia que tinha fogo na minha batina. Estava queimando”. E os pesadelos foram ficando cada vez mais frequentes. Passou a ver no rosto dos juízes, as pessoas que havia molestado. Todavia, tais pessoas não eram as do seu convívio; ele também aparecia nos pesadelos com outra aparência. Começou a vê-los, seja quando tentava dormir, seja quando acordado: “Já não mais dormia, ou dormia muito, pouco com medo! Mesmo em estado de vigília, eu sentia aquelas pessoas... me perseguindo, me chamando de falso profeta. Me chamando de pederasta”, explica.

Em meio a esta confusão mental perdeu a vontade de rezar a missa. Assim sendo, inventou que estava doente para se afastar das suas tarefas: “Então falei com os meus superiores, disse que estava doente que precisava de um tratamento, de um médico que me mandasse um substituto, por um tempo. Tive que *inventar* uma doença para justificar o meu pedido. Eu não tinha como dizer que estava tendo pesadelos”.

O P5 passou por um processo de indução ao suicídio: “estava sendo perseguido, por criaturas infernais”, afirma –falaremos neste tema em seção específica. Conforme relata, não foi difícil convencer os seus superiores de que estava doente, pois se encontrava muito abatido: “Eu não menti eu dizer que estava doente. Só omiti porque, porque que eu estava doente e fui piorando até *enlouquecer*”. Os seus obsessores se tornaram companhias constantes. Riam, debochavam, pediam justiça, levaram-no a loucura: “Num momento de *loucura*, de tortura rasguei a própria batina e gritei, gritava feito louco. Aquele espetáculo fez com que eles rissem, debochassem mais ainda”. Neste ponto, a indução chega ao grau maior: “Então um deles me disse. Vem prá o lado de cá. É aqui que te queremos. É aqui que tu vem acertar contas conosco. Não se demores! Tu sabes como fazer isso. Tu sabes como vir para cá, vem!”. Depois desta investida, o pensamento de cometer o suicídio ficou fixo, pois não estava mais encontrando um modo de livrar-se do assédio e pensou que a morte poderia ser um refúgio: “E aquilo ficou martelando, martelando... dia e noite. Eu comecei a pensar... do que adianta eu viver se esta vida prá mim é uma tortura. Talvez eu morrendo eu me livre”.

Com este pensamento fixo decidiu dar cabo de sua vida: “Até que um dia, acordei de uma noite mal dormida e resolvi anuir aos conselhos daquela criatura e cometi o suicídio”. A promessa dos obsessores foi cumprida: “E foi assim ... que eu... e eles estavam lá, cumpriram o que disseram estavam me aguardando”.

Observando a motivação para execução do ato suicida descrita pelo Participante 5, compreendemos que nenhum dos fatores de proteção do suicídio apresentados pela OMS, a exemplo do “envolvimento e integração social com a comunidade”, o “apoio de relacionamentos”; a “vida social satisfatória” e, mais especificamente a proteção das “crenças

religiosas”; foram suficientes para impedir o P5 de cometer o suicídio. Na nossa compreensão, a ineficácia desses fatores de proteção, no que diz respeito ao caso acima referido, deve-se ao fato de o P5 apresentar uma conduta que não condizia com a posição de padre posta em funcionamento pela igreja católica. Foi, portanto, o sentimento de culpa e de vergonha por não ter exercido a posição de sacerdote que o fez compreender que agia como um “pastor descuidado com as ovelhas”, um “carneiro em pele de lobo”, uma pessoa “abjeta”, “canalha”, um falso profeta que enganou uma comunidade, por longos anos. Como agravante, quebrou a regra do celibato eclesiástico, instituído pela igreja católica, seduzindo jovens; e, o mais inesperado, jovens do sexo masculino. Todavia, esses acontecimentos não vieram a público, pois cometeu o suicídio, antes de ser descoberto, movido pela culpa, pela vergonha e pela indução ao suicídio, realizada, segundo explica, por Espíritos desencarnados perseguidores que o chamavam de pederasta: “resolvi anuir aos conselhos daquela criatura e cometi o suicídio”, explica o participante.

O termo pederasta diz respeito a relação de homens adultos com jovens, modernamente, podendo ser observada como um certo modo de viver a homossexualidade com pessoas mais jovens; diferente da pedofilia que é caracterizada pela OMS como doença, classificada na CID⁹⁴ (Classificação Internacional de Doenças) na categoria F65- Transtornos da preferência sexual, no Grupo: F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento adulto, inserido no capítulo: F00-F99, intitulado Transtornos mentais e comportamentais com o item F65.4 que a define como sendo a "Preferência sexual por crianças, quer se tratem de meninos, meninas ou de crianças de um ou de outro sexo, geralmente pré-púberes".

Vejamos a seguir, as *condições de produção do suicídio* da Participante 6 (P6).

Analisando o referido processo a Participante 6, afirmou ter cometido o suicídio por meio do vício do fumo. Explica que foi informado, pelo médico, sobre o estado grave em que se encontrava o seu pulmão: “(...) Mesmo depois que os médicos constataram que meu pulmão já estava bastante danificado”; aconselhado por seus entes queridos; todavia não teve forças para se abster do hábito de fumar: “(...) continuei fumando mesmo sabendo que seria o motivo da minha morte. (...)”. Ele não conseguia mais controlar o vício e achava “que não tinha mais jeito e que de qualquer forma ia morrer”, explica. Dessa forma, continuou a fumar até a sua morte: “dei vasão a satisfazer até o último instante o vício do fumo... e morri, e morri”, afirma.

⁹⁴ CID - Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS). Disponível em: <https://previdenciaria.com/cid/F654/Pedofilia/aposentadoria-auxilio-beneficio-previdenciario/4-6-5-4/>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

O P6, analisando o seu ato suicida, compara a sua gravidade ao suicídio cometido por arma de fogo: “O tanto que eu fumei equivale a um... equivale a um suicídio por arma de fogo. Meu pulmão foi todo dilacerado”. Esta reflexão sobre a dimensão dos danos causados pelo hábito de fumar, como sendo uma modalidade de suicídio comparável a um suicídio por arma de fogo, só pode ser elaborada a partir de sua visão após a morte.

A partir do seu relato, entretanto, compreendemos que o participante, ainda em vida, já possuía a compreensão da gravidade do seu hábito. Sabia que ele anteciparia a sua morte. O espiritismo classifica esse comportamento como suicídio indireto (in)consciente. Este é conceituado como sendo aquele que é produzido pela pessoa que danifica um órgão do corpo, como resultante de um hábito nocivo à saúde; independente de que tenham ou não conhecimento teórico acerca do dano a ser provocado como consequência do hábito. No caso de P5, ele possuía conhecimento sobre a sua problemática.

Para o filósofo e Mestre em Bioética, Edilberto Raimundo Daolo (2011), o suicídio indireto é nomeado de comportamentos autodestrutivos indiretos, são exemplos dessa tipologia tanto o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, drogas lícitas e ilícitas, cigarros, alimentos quanto o descuido com a saúde, a automutilação, imprudência na condução um automóvel, dentre outros hábitos.

Conforme relatório da OMS⁹⁵, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) causam 16 milhões de mortes, prematuras e evitáveis, antes dos 70 anos; além de morbidades. O relatório propõe perspectivas para a redução de 25 por cento das mortes prematuras até 2025. Dentre as nove metas, relativas aos principais fatores de riscos de DCNTs, proposta no Plano de Ação da OMS, estão o consumo de sal, o uso do tabaco, sedentarismo, hipertensão e uso nocivo do álcool, dietas pouco saudáveis.

O relatório aponta que o número de mortes por DCNTs superam os óbitos por doenças infecciosas. Nesse contexto, a redução do consumo de cigarro e de álcool estão descritos, respectivamente como meta 5: “Redução relativa da prevalência do consumo atual de tabaco em 30%, em pessoas com 15 anos ou mais”, e meta 2: “Redução relativa do uso nocivo do álcool em pelo menos 10%, conforme o caso, no contexto nacional”. No Brasil, a taxa de mortalidade por DCNTs tem diminuído 1,8% ao ano. Como é possível observar, a morte

⁹⁵ Organização Pan- Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. *Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

prematura (suicídio indireto) e/ou morbidades, resultantes das DCNTs, é uma preocupação global.

Passemos a observar as *condições de produção do suicídio* da Participante 7 (P7).

Segundo informa, a P7 cometeu o suicídio por desilusão amorosa: “Depois que me vi seduzida e abandonada...grávida; ele disse que o filho não era dele, que não tinha nada a ver com a minha situação”. Diante do ineditismo da situação, ficou com receio da reação dos pais e buscou a morte como solução para o conflito: “Sem saída, com medo dos meus pais... me suicidei. Se eles descobrissem que eu estava desonrada... não sei se iam aguentar”. P7 informa que, antes de cometer o ato, descobriu que não estava grávida, todavia, não suportou a ideia de estar desonrada e abandonada: “(...) descobri que não estava grávida. (...), mas desonrada estava sim. (...) Ele não tinha o direito de me desprezar, de duvidar da minha honestidade; pois teve coragem de dizer que se eu cedi prá ele, eu poderia ter cedido para qualquer um, (...)”.

Embora a P7 tenha afirmado que iria dizer o como e o porquê cometeu o suicídio, ela somente expôs o porquê. Neste caso, segundo afirmou, muito mais do que os fatores de riscos como a desilusão amorosa, a desonra e a tristeza de ter sido injustamente abandonada pelo amado, pesou na sua decisão o medo da reação dos pais. Este foi tão intenso que a levou a desconsiderar, como fator de proteção, a sua “competência para enfrentar os problemas”, para os quais compreendeu que não havia uma “saída”. Segundo a OMS, os fatores de riscos, acima citados, estão entre as situações estressoras passíveis de predispor os indivíduos para a prática do ato suicida.

A leitura do relato não nos possibilitou inferir o modo como P7 cometeu o ato suicida; também não foi descrito se houve uma preparação ou se agiu por impulso. Todavia, é possível notar que não faltou o “apoio da família” como fator de proteção, pois, conforme explica a P7, os pais possuíam um bom coração e a amavam ao ponto de perdoá-la e acolhê-la; faltou, entretanto, a sua confiança na intensidade do sentimento de amor dos pais.

Segundo o espiritismo, os suicídios por “desequilíbrios sentimentais” e desilusões amorosas, no caso feminino, são numerosos; por isso, cuidados espirituais são dispensados pela colônia espiritual Maria de Nazaré, como já foi colocado. Segundo Botelho (2004, p.263) há, portanto, um lugar específico para acolhê-las chamado Internato das Moças, uma seção existente no Departamento Feminino do Hospital e da Cidade Esperança, especificamente para acolher jovens suicidas.

Vejamos como se dá as *condições de produção do suicídio* da Participante 8 (P8)

Observamos que, no caso do Participante 8, a ideia de cometer o suicídio foi motivada devido a derrocada financeira: “Eu quis dar uma vida a minha família, que não estava ao meu alcance

e acabei me endividando. (...) Quando me vi acuado... desmoralizado... Eu estava endividado; estava falido. (...) Eu não tinha mais como prover a minha família”. Uma vez em estado de falência, faltou-lhe coragem de informar a família sobre o acontecimento: “Eu não queria passar a vergonha de dizer a todos que não ia poder pagar quem estava devendo... saldar minhas dívidas. Não tive coragem de dizer a mulher e aos filhos que estava falido...”.

Sentindo-se acurralado e envergonhado começa a alimentar a ideia de morte: “Eu não tinha como sair dessa situação. (...) Eu tinha que acabar com tudo...”. A ideia de morte, ficou mais forte a cada dia: “Aí fui... aí fui... fui tendo uma ideia e essa ideia foi se avolumando; foi crescendo”. Assim sendo, definiu como iria dar cabo da vida: (...) Me enrolei... num colchão embebido de álcool. Molhei os cabelos... e toquei fogo!” Entretanto, arrependeu-se durante o processo de morte: “Quando começou a queimar, eu me arrependi e eu queria sair dali, mas não conseguiiii...”.

Como é possível observar, no caso do Participante 8, pelo menos três fatores estressores de riscos para o seu suicídio estiveram presentes: a perda financeira, resultando na dificuldade de continuar como o provedor da família, no formato que acreditava ser o único a ser seguido; a vergonha de assumir a sua falência e a sua pouca competência para gerir o conflito resultante das perdas.

Motivado pelo acontecimento, a sua ideação foi sendo produzida e a intenção objetivada em um plano claro que foi realizado na sua própria residência. No caso do P8, o seu arrependimento, durante o processo de morte, ratifica a ideia de que o suicida não deseja de fato morrer, mas livrar-se do sofrimento. Quanto ao planejamento, como ele decidiu esconder o seu problema financeiro da família; não encontramos no seu discurso evidências de que tenha realizado algum tipo de comunicação sobre a sua ideação e/ou plano para o ato suicida.

Sigamos fazendo a análise das *condições de produção do suicídio* da Participante 9 (P9). Conforme a P9, o seu suicídio foi motivado pelo *medo* de descobrirem que ela havia roubado dinheiro e joias: “Eu... eu roubei!... Roubei! E com medo que descobrissem... estavam bem perto de descobrir que tinha sido eu... que roubei... o dinheiro, joias. (...) Ah!... É isso! Eu sou uma ladra! Eu sou uma ladra! ... Foi por isso que eu me suicidei...”.

Segundo P9, o suicídio ocorreu na sua residência, na ausência dos pais e de familiares: “Numa tarde de domingo... a casa estava vazia; meus pais tinham saído... e todos tinham saído”. Foi, portanto, um suicídio programado: “Eu achei que a hora era propícia para pôr em prática aquilo que eu tinha, vinha planejando há dias. Já sabia onde estava o revólver. Eu já sabia como ia fazer. Eu já tinha perguntado... como... como atirar; ... como... usar um revólver...”.

Conforme o discurso da P9 sinaliza, havia um risco moderado de suicídio instalado, pois a mesma escolheu o local, no caso a sua residência; o melhor dia, o domingo; o momento propício no qual estivesse só no ambiente; o método, para tanto aprendeu a manusear uma arma de fogo e identificou onde estava guardada a arma.

No que diz respeito ao método escolhido, a experiência vivida pela P9 registra o princípio de que o acesso a meios de cometer o suicídio é, de fato, conforme a OMS, um dos fatores de risco para o suicídio. Fator este ainda ignorado ou subestimado por muitos leigos, inclusive pelos familiares da P9 os quais cultivavam o hábito de conservar uma arma guardada em um local da casa. Neste caso, fica evidente que a P9 “já sabia onde estava o revólver”, sugere-nos a ideia de que ela possuía o conhecimento de que havia uma arma e do local onde era guardada. Dado que facilitou a sua ação suicida.

A ação do suicídio resulta, é interessante notar, de um sentimento de medo, de culpa e de vergonha resultante de infração cometido, no caso a apropriação indevida, os quais foram alimentados e postos em sigilo para familiares, amigos e possíveis profissionais da saúde. Assim sendo, não houve uma ação de procura por apoio; nem tampouco uma identificação de riscos por parte das pessoas com as quais mantinha um relacionamento mais íntimo.

O desequilíbrio emocional da P9 foi, portanto, o estímulo que a precipitou para o ato suicida. Neste caso, o medo, emoção definida como aquela que originariamente tem a função de proteger o indivíduo, produzindo ações de fuga ou de luta de perigos eminentes, estimulou-a a efetuar ação de fuga. Nestas circunstâncias, fugir não com o objetivo de preservar a sua vida, mas para não assumir as consequências dos atos produzidos; resultando em fuga da situação por meio da desistência de viver.

Outro ponto digno de nota é que o comportamento aponta para a falta de conhecimento do P9 sobre a importância da manutenção do equilíbrio das emoções e do controle da impulsividade, de exercitar a competência para resolver conflitos, da importância da confiança no apoio dos familiares além de outros fatores; todos considerados, pela OMS, como sendo fatores protetivos para a evitação do suicídio. Como explica a P9, não houve acusadores, e antes que houvesse, ela antecipou a sua morte movida pelo medo e pela culpa resultante da própria avaliação crítica dos seus atos.

Vale salientar ainda o conceito de vida pós-morte e ainda o de penas, a serem sofridas por atos cometidos durante a existência, que sustentam a justificativa do ato suicida. A P9 compreendia que a morte seria a solução para todos os seus conflitos, pois lhe traria a paz almejada: “Achei que ia achar o silêncio; que ia achar o esquecimento, que ia achar o túmulo... o repouso”.

A P9, afirma ter sofrido indução, no caso de um obsessor, para realizar o ato suicida, no momento em que posiciona a arma: “Posicionei... aqui...”. Neste momento, o médium coloca o dedo indicador na face. O espírito explica o indutor o ajudou a posicionar a arma: “Senti que alguém naquela hora me ajudou... a ajeitar o....” Fez isto lhe dizendo: “Chegastes até aqui? Já resolvestes? Vá em frente! Vá em frente! Isso! ...”. Obedeceu e atirou em si mesmo: “Eu fiz e atirei”. Conclui sua descrição afirmando: “Essas recordações são amargas...”

Passemos a análise das *condições de produção do suicídio* da participante 10 (P10). A enunciadora afirmou ter cometido suicídio motivada pelo fato de não suportar ser traída e abandonada pelo marido, juntamente com os seus filhos: “Eu cometi o suicídio. Eu não aguentei ser abandonada... Eu dediquei a minha vida... aquela criatura ingrata... e ele me abandonou... por outra”. Segundo P10, foi grande a humilhação sentida: “O ódio foi crescendo, crescendo e todo aquele amor foi se transformou-se em ódio. Eu odiava, odiava aquela rameira”.

Apesar de já ter conversado sobre a separação, movida pelo sentimento de ódio e de humilhação, a P10 resolveu seguir o marido: “Eu sabia que ele ia se encontrar com ela. Mas eu precisava ver... para acreditar”. Dessa forma, saiu, andando, a procura do casal: “Eu não andava, eu rastejava de tanta humilhação. (...). Segui-o até a casa dela. Ela já o esperava... Ele, com a cara de felicidade... Ah! Ele não desceu do carro! Ela entrou”. Eles saíram no carro; ela continuou a segui-los, andando a esmo: “Perambulei por muito tempo pelas ruas da cidade, chorando, em desespero... E de repente, ao longe reconheci seu carro, e num impulso de revolta, de ódio. Quando ele se aproximou, eu me joguei na frente do carro”. A participante justifica o seu ato suicida, explicando que a sua intenção era acabar com a felicidade deles e também com o próprio sofrimento. “E assim fiz!”, afirmou.

Conforme explica a P10, o seu suicídio foi motivado pelo desejo de se livrar do sofrimento resultante do abandono do marido e também de fazer os amantes sofrerem com sentimento de culpa por sua morte. Observamos que, no caso de P10, foram os sentimentos de ódio, de humilhação e de vingança que estavam na origem da produção do comportamento impulsivo que a encorajou a atirar-se em cima do carro do marido. A narrativa da participante não nos permite inferir se a mesma alimentou o ideário suicida. A modalidade de morte escolhida e o local do evento, permiti-nos a possibilidade de inferirmos a compreensão de inexistência de um plano de ação suicida.

As informações apresentadas acima apontam que a P10 apresentou falta de discernimento, de controle da impulsividade e de competência para o enfrentamento de problemas; além de sentimentos de baixa autoestima e de desesperança. Segundo a OMS problemas familiares como eventos de separação, além dos já citados acima, funcionam como

fatores de risco para o suicídio. Chama-nos a atenção, neste caso, a dificuldade da P10 em controlar as suas emoções, em especial em lidar com as emoções de tristeza e de raiva, ambas, se bem conduzidas, podem levar o indivíduo a refletir sobre o conflito vivenciado e apontar novos sentidos e novas direções a serem seguida. No caso da P10, o grande vilão foi a impulsividade, segundo, a OMS um comportamento que acomete muitos indivíduos principalmente os mais jovens e que precisa ser conhecido para ser evitado, pois tem sido um fator de risco recorrente em casos de suicídio. Vejamos que, no caso da P10, a falta de discernimento, causado pela má gestão de emoções e sentimentos, provoca o esquecimento temporário do amor dela para com os filhos e da necessidade de proteção demandada por eles.

Passemos a observar as condições de produção do Participante 12 (P12). Este colaborador relata que cometeu o suicídio porque perdeu sua fortuna: “Não, eu não tinha grandes motivos para cometer o suicídio. Eu apenas não tinha... eu não gostava de ser contrariado. Só isso! ... Então... resolvi!”. O seu suicídio, conforme afirmou, foi uma simulação de morte natural por meio de acidente automobilístico: “Eu simulei uma morte natural. Não dei tiro! Não tomei veneno! Não me esfaqueei!... Mas fingi... fingi um acidente”. Afirma que cometeu o suicídio porque não aceitava ser contrariado em seus objetivos. Ficou tomado pelo ódio: “As coisas tinham que ser da maneira que eu decidisse. E eu tinha decidido que seria rico! E quando eu vi que tinha perdido, já muito da minha fortuna. Quase tudo! Que eu não ia poder levar uma vida... de riqueza; eu simulei um acidente”.

A distância temporal, que separa o momento do relato do evento do suicídio, e recuperação dos efeitos do ato cometido permitem ao P12 que ele analise o evento de sua morte por suicídio como um acontecimento resultante da sua derrocada financeira. Todavia, considera esta motivação um tanto fútil como justificativa do seu propósito de cometer o suicídio; por isso afirma não se considerar uma vítima: “mas, eu não fui vítima não, não! Não fui vítima!”. Inferimos que, no seu entendimento, o suicida é considerado uma vítima da ação de outro, enquanto estímulo que atua na base da produção do comportamento suicida. Em outro trecho da sua narrativa ela afirma que era prepotente: “Mas... ainda com todo o sentimento ainda de ... prepotência (...)”.

No nosso entendimento, o P11 não é vítima de outrem, mas vítima de si mesmo, ou seja, da sua falta de controle emocional, por não saber lidar com o desapontamento da perda financeira. Fator este já identificado pela OMS como um forte motivador de suicídios, mais especificamente no público masculino. Mais do que a sua pouca competência para gerir problemas, outro fator de risco para o suicídio, fica mais evidente o sentimento de orgulho e de ódio que se instalou, resultando na diminuição de sua capacidade de discernimento. No seu

caso, o fato de ser casado e de ter uma família, fatores considerados como protetivos, não foram suficientes para evitar a sua decisão de cometer o suicídio, ratificando a informação da OMS de que os fatores de proteção minimizam o risco, todavia, não o eliminam. O caso do P11, funciona como um reforço ao princípio de que o conhecimento sobre a gestão das emoções pode funcionar como um excelente fator de proteção de suicídios.

Como resultado da análise da categoria *condições de produção do suicídio*, quanto à subcategoria *motivação para o ato suicida*, verificamos que dos 11 participantes apresentados, quatro cometeram o suicídio por estarem passando por complicações em relações interpessoais no campo do relacionamento amoroso. Assim sendo, a P1 cometeu adultério e engravidou, a P4 seduziu irmãos da igreja, apaixonou-se, mas foi abandonada; a P7 apaixonou-se por um rapaz, todavia foi abandonada e a P10 foi traída e abandonada pelo cônjuge.

Nestes quatro casos, os suicídios foram cometidos por mulheres. A participante 7 é uma jovem que se suicidou porque foi desonrada e abandonada pelo homem que amava. É interessante notar que o acontecimento da sua “desonra” não se tornou público para a família; dessa forma, o relacionamento poderia ter chegado ao fim e a questão da desonra ter sido licenciada pela jovem. Todavia, o evento foi fixado como um fato traumático pela jovem, devido ao fato de ser considerado, em seu contexto cultural e familiar, um ato reprovável. Dessa forma, a jovem preferiu a morte do que afrontar os pais: “sem saída, com medo dos meus pais... me suicidei”. Observamos, neste caso, o comportamento de obediência às regras sociais, sendo impulsionado pela emoção do medo da percepção e da sansão familiar acerca do evento. Fica marcada a ausência da gestão do medo, enquanto instrumento passível de ser vivenciado como um elemento propulsor de luta pela sobrevivência, a prevalência da observância de regras sociais em detrimento do exercício do direito à vida e, mais especificamente, a falta de confiança no acolhimento dos pais, conforme explica a P5 no seguinte enunciado: “Não confiei no amor dos meus pais. Ele iam sofrer sim; iam ficar decepcionado comigo sim; mas eles tinham um coração tão bom, me amava tanto, que iam me perdoar, iam me acolher.”

No que diz respeito a Participante 10, o caso apresenta aproximações com a P7, pois o suicídio ocorre também devido o abandono do parceiro. Todavia, neste caso, havia uma relação marital e filhos gerados pelo casal. Desse modo, traição e troca de parceira atuam como o fator motivador do suicídio. Este, todavia, foi cometido não por medo e obediência à regras sociais, a exemplo do caso da P7, mas como uma forma de punição ao marido e a amante. O objetivo da P 10 foi provocar a infelicidade do casal, responsabilizando-os pelo evento da sua morte. Entretanto, compreendemos que foi a não gestão da emoção da raiva e dos sentimentos de ódio e de mágoa os principais móveis impulsionadores do ato suicida. Esta afirmação

encontra eco na autoanálise da P10 sobre o seu ato suicida: “Não era amor o que eu sentia... foi orgulho!. Hoje, eu sei que a culpada não foi os dois. Foi a minha fraqueza. O meu orgulho e a minha falta de confiança em Deus”. Completando as suas considerações sobre a decisão de desistir da vida afirma: “o motivo foi pequeno para tanta estupidez”.

No que diz respeito a Participante 1 há um ponto de ligação entre os dois casos anteriores: o fato de ser motivado por questões amorosas e de traição; todavia, a traição ocorreu não pelo marido, mas por parte da autora do suicídio, com o agravante da gravidez indesejada. Como explica p 7, foi o *medo* de ser descoberta em seus atos reprováveis, no seu contexto de vivência familiar, que a fez cometer o suicídio. Neste caso, o *medo* também comanda a situação. No entanto, ele, a exemplo da P7, também não funciona como elemento de luta pela sobrevivência, mas como fuga e desistência de prosseguir vivendo. “(...) o medo de ser descoberta. E aquele medo foi se avolumando” afirma a colaboradora.

A análise comparativa, no caso de suicídio por questões amorosas, a Participante 4, a semelhança da P7 e da P10, apaixonou-se e foi abandonada pelo parceiro. Estes casos aproximam-se da P1, pois o evento precipitante foi também um caso amoroso mau sucedido, uma vez que era fundamentado em ato de traição produzido pela narradora que, por este motivo, autoconceitua-se como sendo uma “dissimulada criatura, que seduzia os irmãos da igreja”. Assim, apaixonou-se por um deles, todavia, o amante não quis deixar a família e a abandonou. “Mas ele tinha família, ele era um homem de Deus, e eu desviei, afirma P4. Eu o pressionava a abandonar tudo para ficar comigo”. Contrariada em seus objetivos, e desmascarada pelos irmãos da igreja, resolve dar cabo da vida. O relato da participante apresenta um sujeito vivenciando comportamentos dissonantes com todo o ideário que adota: os princípios religiosos que professava, as regras sociais de convivência com os fiéis e a sua própria fé no Deus que lhe apresentado. No caso, a P4 não conseguiu solucionar a dissonância, assumindo a inadequação do seu comportamento diante das regras estabelecidas no seu convívio social e continuar a viver, resolvendo as consequências dos seus atos. Analisando o seu comportamento a P4 explica: “E hoje eu sei que aquilo não era amor. Era maldade; era despeito de sua esposa (...)”.

Continuando, a P2 e o P5 cometeram o suicídio motivados por questões relativas à prática de *abuso sexual*: a primeira, emerge como vítima de prática de abuso sexual incestuosa por parte do padrasto; o segundo, ao contrário, como autor de prática de abuso sexual por meio da sedução de jovens. A semelhança no dois casos é a ratificação da informação, já informada pela OMS⁹⁶, de que o autor de uma agressão sexual é, geralmente, alguém muito conhecido

⁹⁶ World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. (2003)

pela vítima, podendo ser um amigo, um membro da família, irmão, pai, padrasto, et.. Geralmente são do sexo masculino, “ricos e pobres, acadêmicos e sem instrução, religiosos e não religiosos”, e podem estar assumindo posições de “autoridades respeitadas e confiáveis”; como por exemplo, pessoas não suspeitas como “um médico, professor, guia turístico, padre, policial”. No caso da P2, vitimada por um abuso sexual advindo do padrasto - o qual a obrigava a ficar calada, sob a ameaça de matar a sua mãe-, dor, angústia, vergonha e sentimento injustificado de culpa se entrelaçam fazendo-a escolher o silêncio da morte, ao invés da denúncia do agressor. O relato da P2 confirma, portanto, os dados de pesquisas da OMS que aponta o abuso sexual como fato predisponente para comportamentos suicida, uma vez que o sofrimento físico, e mais especificamente o psíquico, é instalado de modo intenso.

No caso do Participante 5, seu relato apresenta um quadro dos possíveis conflitos que podem acometer aquele que se coloca nas posição de autor de prática de abuso sexual. Segundo afirmou, ele produziu comportamentos de sedução a jovens fiéis da igreja onde, em suas palavras: “pousava” como “bom padre dos jovens”. Usando e abusando do seu status de autoridade “respeitável” e “confiável”, ele entrou em um processo psíquico de culpa e remorso que o levou a cometer o suicídio, simulando um acidente para esconder a sua posição de suicida. Observamos que o comportamento de P5 entra em dissonância com os princípios adotados por ele, enquanto regras sociais, e divina, que deveriam regular seu modo de relacionamento com os seus fiéis. Para resolvê-la ele, a semelhança da P1, da P4 e da P 1, ao invés de gerir as consequências negativas resultantes dos seus atos, decide desistir de enfrentá-los escolhendo o suicídio como solução. No caso específico do P5, com simulação da queda com o objetivo de não levantar possíveis suspeição, especulação, estranhamento e escândalo que um ato suicida, de um sujeito na sua posição, poderia suscitar. Circunstâncias que apontam para a produção de um ato estrategicamente programado.

Dentre os casos de suicídio, identificamos dois motivados por falência financeira. O primeiro, Participante 8 preferiu fugir do sentimento de vergonha de ter de assumir a sua derrocada financeira, diante de sua família e de outras pessoas de suas relações. Os sentimentos de orgulho e a vergonha de não poder mais viver, nem proporcionar aos familiares, uma vida dentro dos padrões experimentados é o motivo central do ato suicida.

O Participante 11, também não consegue viver fora do padrão financeiro que estabeleceu para si e seus familiares. Todavia, ao contrário do P 8, a gestão do sentimento de ódio que sentiu por não mais poder desfrutar da sua fortuna e o sentimento de orgulho exacerbado levou-o a simular

uma morte natural para que não fosse descoberto em seu ato e tivesse a sua imagem conectada com uma morte por suicídio. Modalidade de morte que, por carregar o sentido de “covardia e de fraqueza”, não se coaduna com o sentimento de orgulho que alimentava e o estimulou a escolher a morte ao invés de uma vida simples, na “pobreza” como explicou o Participante. Os dois casos confirmam o princípio já confirmado pela OMS de que derrocada financeira é um fator precipitante de atos de suicídio, mais especificamente no público masculino.

Deixamos para o final de nossa análise três casos de suicídio, o do Participante 3, o do Participante 6 e o do Participante 9 por figurarem individualmente, sem que possamos estabelecer uma comparação. Vejamos. O P3 afirma ter cometido o suicídio por não querer que a família, mais precisamente seus pais, não passassem pela vergonha e pelo desgosto de saber que tinha um filho “maricas”, expressão usada por ele. É interessante notar que a sua condição de não “ser homem”, segundo afirma, era guardada em segredo; circunstância que denota que, na sua percepção, não seria aceito pela família na sua condição de homossexual, e mais inquietante é que ele também não se aceitava nesta condição; “tinha vergonha de mim mesmo”, afirma. Somada a rejeição de si mesmo vivia envolto no sentimento de *medo* de “errar”, ou seja, de assumir a sua homossexualidade, pois a considerada como um “erro”. No caso de P3, o sentimento de rejeição e vergonha pela condição de homossexualidade, guardada em segredo, juntamente com o entendimento –não da sua aceitação por parte da sua família, pois não há evidência da presença desta ideia no seu relato-, da vergonha a ser imputada, involuntariamente, a sua família, foi o móvel que o fez escolher a morte programada e antecipada e, com ela, a preservação do seu segredo.

O Participante 6, o qual cometeu suicídio por meio da adoção do vício do cigarro, tomou a decisão de continuar fumando mesmo sabendo que o referido hábito o levaria a morte. Afirma que não teve forças para controlar o vício. No seu caso, configura-se o suicídio indireto, ato consciente e voluntário que resulta na danificação e comprometimento do funcionamento do órgão afetado, de forma contínua e gradual, ocasionando a morte antecipada.

Por fim, a Participante 9 que por medo e vergonha de ser descoberta como ladra, diante da família, dos colegas de trabalho e dos amigos, preferiu antecipar a sua morte, ação planejada e levada a cabo.

Observamos que afora os casos das Participantes 2, 7 e 10, cuja motivação envolve diretamente a ação de terceiros - um incesto, um abandono e uma traição, seguida de abandono-, oito casos de suicídios, resguardado as devidas especificidades, foram resultantes de motivos gerados pelo próprio suicida. Um registro necessário a se fazer é que o caso do Participante 3, dependendo da ótica em que for observado, pode ser configurado, no CID 10 - F65.4, como

transtorno mental denominado de Pedofilia ou, simplesmente, como um caso de homossexualidade.

A motivação para o suicídio é um tema polêmico. Segundo, a OMS um dos maiores fatores de risco para o suicídio é a doença mental. Conforme o pesquisador, Marcelo Feijó de Mello⁹⁷ (2000, p.164), há controvérsias entre estudiosos renomados acerca do pressuposto teórico de que o suicídio seja ou não (sempre) motivado por uma doença mental. Alguns acreditam que a maioria dos suicidas estão acometidos de doença mental no momento do ato.

No caso desta pesquisa, a análise dos relatos nos permitiu afirmar que os 11 participantes não foram diagnosticados, em algum momento, como doentes mentais. Também não há registros de que tenham procurado algum profissional da saúde para tratar da questão de produção de ideário suicida. Estamos considerando os casos apresentados, portanto, como tendo sido realizados por uma escolha premeditada, decorrentes de momentos de experiências conflituosas, com ausência de qualquer relação com uma doença mental específica.

Compreendemos que todos os casos, mesmo tendo como pano de fundo situações que entrelaçam o fato social com o psíquico, é a questão psíquica o elemento preponderante, uma vez que foi identificado, em todos os casos, a dificuldade dos participantes em gerir emoções básicas como a raiva, a tristeza e, mais especificamente, o medo; e de sentimentos como o ódio, a vergonha, o orgulho, a rejeição, o desgosto, a desesperança, a culpa, o remorso, dentre outros. Entendemos que é a falta de conhecimento de como gerir emoções e sentimentos que resultam no fator de risco denominado pela OMS de impulsividade e incompetência na gestão de conflitos. No nosso entendimento, esses dois fatores estão na base da produção de ideários suicidas e dos atos de suicídio propriamente dito. Nos casos em foco, eles atuaram como fatores principais.

Quanto à subcategoria, instrumento/modalidade de suicídio, identificamos os seguintes casos: um envenenamento, um esfaqueamento (arma branca), dois por tiro de revólver (arma de fogo), um enforcamento, um suicídio por queda de móvel (simulação), um por vício de fumo (cigarro), um por queimadura (fogo ateado em colchão), dois atropelamentos de carro (indução), sendo um simulado e outro induzido e um não identificado. Concluímos que apesar de o número de participantes ser reduzidos a apenas 11 integrantes, foi apresentado uma

⁹⁷ Sobre a temática do suicídio e sua relação com doenças mentais apresentamos ao leitor o artigo *O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional*, do pesquisador Marcelo Feijó de Mello. O estudioso é também autor da pesquisa de mestrado intitulada *Observações e Reflexões sobre a Tentativa de Suicídio em Pacientes Internados em uma Enfermaria de Psiquiatria*. São Paulo: Hospital do Servidor Público Estadual. 1992, e ainda da pesquisa de doutorado nomeada *O Significado do Suicídio e da Morte para os Pacientes*. São Paulo: Hospital do Servidor Público Estadual.

heterogeneidade considerável de modalidades; chamando-nos a atenção, as duas que foram simuladas, as quais apontam para a ratificação da ideia da subnotificação de impossibilidade de quantificação exatas de eventos de suicídio, situação muito comum no campo da mensuração da morte voluntária.

Quanto à categoria local, um não foi identificado, dois ocorreram em via pública e nove ocorreram nas residências dos suicidas. Informações que apontam para a preferência da ocorrência do ato suicida no próprio lar dos suicidas. Sinaliza também para o paradoxo da proximidade e da invisibilidade de que se revestem as questões do suicídio dentro da intimidade das famílias, interpelando-as quanto ao gesto de percepção acerca da (não)ciência dos conflitos que acometem os seus integrantes. Passemos, a seguir à análise da categoria *condições de produção do desencarne*.

3.6.3 Categoria 3: As condições de produção do desencarne: a “morte”

Para a categoria as *condições de produção da “morte” (desencarne)*, selecionamos para análise os seguintes dados: *descrição do desencarne; presença de vermes; sofrimento do perísprito, sequelas e cicatrizes; recepção dos obsessores; vozes como gatilho de resgate da memória do evento; desorientação e desespero; morte como esconderijo, fuga, refúgio; ciência do princípio da imortalidade; menção a cemitério e túmulo; repetição contínua da cena do suicídio, indução ao suicídio*.

Quadro 5 - Categoria 3: A produção da “morte” (desencarne) .

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
Descrição do desencarne.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Presença de vermes.	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Sufrimento do perísprito.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
Sequelas e cicatrizes.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Recepção dos obsessores.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Vozes como gatilho de resgate da memória do evento.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Desorientação e desespero.	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Morte como esconderijo, fuga, refúgio.	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Ciência do princípio da imortalidade.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Menção a cemitério e túmulo.	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não
Repetição contínua da cena do suicídio.	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Indução ao suicídio	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

Iniciamos analisando o texto da Participante 1. Conforme descrição do seu processo de desencarne, a colaboradora informa que, depois do ato suicida, sentiu a imobilidade de todos os músculos do corpo. Ficou completamente sem ação por muito tempo. Do rosto imóvel e pela boca entreaberta sentia entrar e sair formigas e vermes. O sofrimento do seu corpo perispiritual foi imenso; sentia vontade de gritar, de pedir socorro, mas a imobilidade do rosto não a permitia verbalizar, apenas pedir socorro em forma de grunhidos. Em resposta ao seu desespero, ao seu pedido de socorro, escutou as vozes dos obsessores: “tu quisestes! Tu fizestes! Te arrependestes? Não sabes o que fizestes? Tu, como todos os outros fazem, tira a própria vida e depois chora, e depois se desespera? Tu não vais sair tão cedo daí. Tu te matastes, lembrás? Tu tomastes veneno, lembrás?”. As “palavras duras” referidas funcionaram como um dispositivo que a tirou da “letargia mental”, possibilitando que rememorasse a sua morte por ingestão de veneno.

Após compreender que havia “morrido”, começou a sentir a sua “cara marmorizada”: “E foi preciso que essa criatura desalmada viesse jogar na minha cara a minha desdita. Foi preciso jogar na cara que eu sou uma suicida”. Sentia-se desorientada: “Não sabia onde estava! Não sabia agir! Tinha vontade de gritar, de pedir socorro, mas aquele rosto continuava imóvel, imóvel”. Inconformada com a situação, sentindo-se injustiçada indagou: “Porque esta criatura está sendo tão malvada comigo? Porque ri de mim? Porque ri da minha desgraça?”. Diante da impossibilidade de falar, devido as sequelas no corpo perispiritual, do “rosto sem vida”; desistiu de tentar falar para não ter de escutar a voz do obsessor. Enquanto isso, os vermes continuavam corrompendo o seu corpo, todavia o rosto continuava intacto. Chegou a sentir a morte como um esconderijo, sentiu prazer em saber que ninguém a via, que podia manter-se escondida e livre da vergonha de ser descoberta: “(...) ninguém está me vendo mesmo. Eu fugi da vergonha”, desabafa. Na sua desorientação não compreendeu que havia sido descoberta pelo obsessor: “Estava longe de saber que estava sendo descoberta no meu ato”, afirma.

Aos poucos começou a entender a sua condição de Ser imortal: “Eu não tinha mais corpo, mas minhas vísceras doíam, queimavam. Eu não tinha mais corpo! E eu gritei, gritei o mais alto que eu pude, mas mesmo assim o meu grito não produziu a voz. Aquele grito era apenas na minha mente”. Enquanto os vermes continuavam a caminhar pelo seu corpo, deixando o seu rosto intacto, a ideia da imortalidade foi ficando ainda mais evidente: “E eu comecei a ver aquele rosto e eu me apavorava. Eu sabia que era o meu rosto. Meu Deus! E eu comecei a entender o ato insano que eu tinha cometido”. E, por fim, conclui afirmando:

“Comecei a sentir as lágrimas escorrendo no meu rosto. Comecei a sentir que o meu rosto tinha vida!”.

Ao contrário de outros relatos de Espíritos suicidas, como veremos adiante, o P1 não faz menção da cena repetida do ato suicida, apenas descreve os efeitos resultante do ato e afirma senti-lo durante muito tempo, sem precisá-lo exatamente: “fiquei assim, por muito tempo”, afirmou. Também não fala sobre a sua permanência no cemitério, embora possamos inferir que ela, lá, estivesse, uma vez que sentia as formigas e os vermes caminharem pelo seu corpo.

Passemos a observar a descrição do desencarne da Participante 2. A Participante 2 explicou que ficou desorientada por muito tempo, não sabia o que de fato havia ocorrido, pois não compreendia porque vagava, sem destino, com uma faca cravada no peito. Via sangue escorrer pela faca e pelas “partes íntimas”, além de ser vítima de pesadelos. Havia perdido a memória: “Tudo apagou da minha mente; era só um vazio. A minha mente não tinha nada; era totalmente vazia”. Nesses momentos, corria e gritava feito louca: “Perambulei muito tempo com aquela faca, cravada no peito sem saber porquê. (...) eu não sabia porque tinha aquela faca cravada no peito. Tinha pesadelos horríveis, além do sangue que escorria pela faca; escorria sangue pelas minhas partes íntimas”. Informa ter ouvido vozes, que a acusava de covarde, de infame, suicida: “Me deixe em paz. Me deixe em paz (...). Fostes covardes! Tirastes tua própria vida! És uma infame!”. As vozes atuaram como dispositivo que resgata os acontecimentos que motivaram o ato de suicídio. Como resultado, a P2 afirma que foi obrigada a reconhecer o cometimento do ato suicida “(...) me veio à mente, todo o meu drama”. A P2 afirma que a lembrança trouxe novamente o sentimento de ódio que sentia pelo seu agressor: “me veio a lembrança do monstro. Fez crescer em mim um ódio; um ódio grande”.

A narrativa da Participante 2 traz novos dados relevantes sobre as condições de produção do desencarne. No caso, a referência a existência de Espíritos obsessores de Espíritos encarnados ficou bem marcada. A colaboradora, apesar de ouvir apenas a voz de quem a acusa de suicida, trava um diálogo que culmina em uma parceria: “ não sabes o que me aconteceu? Não sabes que tive razão? Me ajuda, me ajuda a me vingar dele, me ajuda!”, exorta. Após a concretização do acordo, a P2, juntamente com o seu parceiro obsessor, encontra o “monstro” e passa a assumir a posição de sua obsessora. Assim sendo, apresentou-se para ele: “E tive ajuda daqueles comparsas para achar aquele monstro e me apresentei a ele, dia e noite, com aquela faca gravada no peito”.

Pressionado ao extremo pelas “visões” dos obsessores, movido pelo impulso, investidas e orientações recebidas, ele cedeu ao processo de indução ao suicídio e deu cabo da vida: “E a tal criatura não aguentou e seguindo ao impulso, as orientações as investidas minhas e dos meus

comparsas ele também tirou a própria vida, e vaga ainda por aí”. Conforme a P2, durante o processo obsessivo contra o seu agressor, dor e prazer eram os sentimentos presentes: “doía, ardia, sangrava, mas o prazer de vê-lo (...). O prazer de vê-lo assustado era maior do que a dor”.

Todavia, depois de ter realizado o ato de vingança sobre o seu violentador a P2, ao contrário do que pensava, sentiu grande remorso porque passou a carregar duas grandes culpas: o ato suicida e a indução ao suicídio que ela intitulou de homicídio: “Eu pensei que ia me aliviar, mas ao contrário porque agora sentia remorsos, porque além de suicida, era também assassina, ai meu Deus”. Dessa forma, concluiu que a sua situação havia se complicado: “e o que era ruim, ficou pior”, afirmou. Isto porque, agora eram duas cenas repetidas a lhe perturbar e a fortalecer o sentimento de culpa: “E a cena do suicídio, juntamente com a cena do homicídio foram minhas companhias por longos e longos anos. Enlouqueci, enlouqueci, enlouqueci porque hora eu odiava, hora tinha pena dele e tinha pena de mim mesmo, porque não resisti”. O sofrimento da P2, após a “morte”, foi intenso, a culpa moral pelo suicídio e pelo “assassínio” e o sofrimento físico do perísprito, sequelas resultantes do ato suicida.

Na descrição do seu processo de desencarne, a P2 não faz menção ao fato de ter permanecido no cemitério e sentido a presença de vermes corroendo o seu corpo, nem tampouco ao fato de considerar a morte como um esconderijo; todavia, o próprio ato de suicídio como uma forma de sair de cena, configura-se neste caso como uma forma de fugir da vida e de considerar a morte como a cessação da vida e, portanto, do sofrimento: “E a solução que eu achei foi tirar a minha própria vida”. Todavia continuou a viver. Embora a P2 não fale sobre o seu entendimento sobre a sua imortalidade, o próprio ato de vingança produzido contra o seu agressor representa, na ocasião, a sua compreensão acerca de sua sobrevivência, ou seja, a possibilidade de continuar em permanente ação após a morte por suicídio.

Vejamos, a seguir, descrição do desencarne do Participante 3. O colaborador informou ter ficado desorientado, vagando com um ferimento sangrando no peito: “(...) vaguei, vaguei noite, dias, com o peito aberto, sangrando”. Escutava o som insistente do tiro do revólver que utilizou para se matar, sentiu fome, sede e dor, chorou e viu o seu corpo sendo sepultado no cemitério: “Eu nada escutava, só o zumbido do revólver. (...) Perambulei sem saber onde me encontrava. Tinha fome! Tinha sede! Queria chorar! Queria que aquela dor passasse, nada! Nada! Fui colocado a força num buraco. Que depois vim a descobrir que era a sepultura”.

Escutou vozes que, gritando continuamente, o taxavam de maricas, suicida e zombavam do seu sofrimento: “E um cortejo macabro, gritava: o maricas não aguentou! O maricas cometeu suicídio! O maricas sofre! Sofre maricas. Meus Deus! Meu Deus! Meu Deus! Gritaram dias, noites”. Na sua desorientação pensava que estava vivendo um pesadelo, pois

além das vozes, a cena do suicídio se repetia insistentemente e não entendia porque mesmo havendo atirado em si mesmo e morrido, continuava a sentir dor e a sangrar pelo ferimento, resultante do tiro.

Segundo afirma o Participante 3, os perseguidores que o receberam, após o desencarne, eram em número de sete. Explica que conseguiu fugir da perseguição e sair do túmulo; todavia foi pego pelos “monstros” que o ultrajaram, o torturaram e riram do seu sofrimento: “(...) eu consegui sair daquele túmulo. Mas não fui muito longe, porque a dor, aquele sangue, aquele estampido no ouvido, (...). Fui ultrajado! Fui seviciado por criaturas má, que não tinham dó. (...). Chorei, chorei, chorei! Quanto mais eu chorava, mais eles riam”.

O Participante 3 considerava a morte como um refúgio, um esconderijo onde poderia esconder o seu segredo; entretanto, após a sua morte, descobriu que não morria e que o seu segredo, portanto, não poderia ser “guardado no túmulo”: “(...) aquelas criaturas sabiam o meu segredo!”. A descoberta da imortalidade, para o P3, foi sofrida: “não adiantou o meu segredo. Não levei para o túmulo. A morte me esperava com o meu segredo. A morte que não era morte! Quando sofria, eu pedia deixe-me morrer, eu quero morrer! Mas não morria. Que vida! Que vida!”.

Em meio a tanto sofrimento, arrependido e com remorso P3 entra em estado de oração, pedindo perdão e a misericórdia de Deus sobre ele. O colaborador é atendido e resgatado. Explica que ainda possui em seu corpo perispiritual a cicatriz do ferimento e que, até aquele momento, continua a doer: “Hoje trago no peito, essa horrível cicatriz, que, neste momento, dói”. Dos dados selecionados para compor a categoria em análise, não identificamos no relato referência acerca da sensação de estar sendo devorados por vermes.

Continuando, vejamos como se deu o desencarne do Participante 4. Observamos que o participante 4 rememorou o acontecimento como um momento de intenso sofrimento: “Ai, meu Deus! São dolorosos, esses momentos; lembranças. Como sofri!”. Conforme a P4, muitos foram os motivos do seu sofrimento no processo de desencarne. Ficou desorientada e desesperada por não compreender o que se passava com ela. Não suportava mais a escuta das vozes de obsessores destratando-a; mesmo se considerando merecedora de ouvi-las: “Não aguentava mais escutar tanto impropérios; sabendo que eu merecia!”.

Apavorava-se com a visão de parte do seu corpo no cemitério, dentro de um caixão: “Via metade do meu corpo, dentro de um caixão, debaixo da terra. Só a metade do corpo! Aquela visão me apavorara. Eu só via o corpo da cintura para baixo, sabia que era meu. E onde estava meu tronco, minha cabeça?”.

Para a colaboradora, o maior sofrimento foi ficar revivendo continuamente a cena do seu suicídio, fato que lhe causava desorientação e desespero. Vejamos, textualmente, como a autora relata estas circunstâncias:

Após o seu desencarne o seu perísprito continuou a sofrer os impactos resultantes da morte voluntária: “Não aguentava mais sofrer! (...). Me tira desta morte! Dessas mortes, porque eu morria sempre! Pulava, morria; pulava, voltava; não sei como que eu voltava para o mesmo ponto”. Como agravante, a descoberta da imortalidade não lhe trouxe imagens do seu perísprito deformado não foram nada confortadoras: “(...) não podia mover o pescoço”. (...) “pus a mão no meu rosto e me assustei. A minha língua estava para fora. Os meus olhos brugalhados”. O trecho que faz referência ao desencarne da P4 é breve, todavia apresentou riqueza de detalhes e dados necessários ao entendimento do seu desencarne.

Passemos a observar o processo de desencarne do Participante 5. Este colaborador, conforme relato, não passou por um processo de desorientação após a sua morte física; de imediato, compreendeu a nova situação que estava vivendo, pois veio a sua memória a fala dos seus obsessores antes da sua morte. Eles cumpriram o que haviam prometido sobre o reencontro pós-morte: “E foi assim ... que eu e eles estavam lá, cumpriram o que disseram estavam me aguardando”. Assim que os viu reconheceu quem eram: “Agora reconhecia quem eram pessoas, agora eu sabia o que tinha feito com aquelas pessoas...”.

Na percepção do P5, a perseguição pela qual passou e os pesadelos vividos, antes do suicídio, eram concretos, uma vez que os seus obsessores, após levá-lo a loucura e induzi-lo ao suicídio, o receberam após a “morte”. A sua tortura continuou “do lado de lá”: “Arrastavam aquele corpo, já quebrado da forçada queda. Jogavam prá lá e prá como se fosse uma bola”. Toda estas sensações eram sentidas no seu corpo perispiritual: “(...) meu corpo parecia um boneco, por conta da queda, onde os ossos haviam se quebrado, não tinha muita mobilidade parecia (...) um boneco de pano!”

Ficou desesperado, sentiu dor, medo, sede; ora sentia o seu corpo ser devorado por vermes, ora a batina pegando fogo “Eu gritava de dor, de desespero (...)”. O colaborador afirma ter ficado neste sofrimento durante muito tempo: “(...) passei muito tempo nessa situação, muito tempo mesmo, muito, muitos anos, anos a fio. Eu vivia o inferno que eu mesmo tinha pregado. Era pior, muito pior porque não tive direito a purgatório. Eu fui direto, sem escala, para o inferno!”. Nestas circunstâncias, dentre as práticas de tortura, os obsessores lhe inculcia a ideia de penas eternas: “(...) pensas que o Nazareno vai te salvar... de nós? Nunca! (...). És nosso. Não terais libertação, jamais!”.

Segundo o P5, o remorso demorou a chegar, pois ainda não tinha o sentimento que tinha errado: “(...) meu coração estava muito endurecido para que eu sentisse remorso de tudo que tinha feito... às vezes lamentava por não ter aproveitado aquela situação, de uma boa moradia de uma boa convivência com os fiéis. Só!”. Nessa condição, passou muito anos: “Eu não tinha o sentimento de que tinha feito nada de errado...”.

O P5, em seu texto, não faz referência sobre o fato de ter estado no cemitério, mas há o registro de que ele sentiu a sensação de ter o corpo devorado por vermes: “eu sentia que meu corpo era devorado por vermes”. Inferimos que não houve tempo, pois, conforme relata, assim que desencarnou o seu corpo perispiritual foi arrastado por Espíritos obsessores que o esperavam.

Voltemos nossa atenção para o discurso do Participante 6 sobre o seu desencarne. No registro de descrição do seu desencarne, o P6 afirmou ter passado por um processo de desorientação até compreender o que de fato se passava com ele. Entendia que havia morrido, mas não compreendia porque a cena final da sua morte se repetia insistentemente. O seu corpo perispiritual registrava os efeitos da sua problemática; por isso, continuou a sentir dores, sangrar, vomitar sangue; permaneceu com o cigarro entre os dedos e estranhou o fato de ouvir vozes lhe atribuindo a pecha de suicida: “(...) eu não entendia. (...) eu havia morrido, mas sentia muitas dores, escutava ser chamado de suicida... vomitava sangue... me sufocava com este sangue e não entendia porque ... e sempre com o cigarro entre os dedos (...) vomitando pedaços de... pulmão...”.

Além de todo este incômodo, segundo informa, foi recebido por obsessores: “(...) fechando-se a cortina da vida material, novos sofrimentos novas dores cá me esperava. Fui arrastado... a lugar sinistro, chicoteado.. (...); (...) escutava ser chamado de suicida... (...) Levei uma surra tão violenta, sob ameaças, sob... sob aquelas vozes, (...)”.

O relato do P6 sobre este o acontecimento do seu retorno é curto, faz registro sobre o sofrimento do corpo perispiritual, o fato de ser corroído por vermes, e menciona, com riqueza de detalhes, o modo como foi recebido pelos obsessores, no seu retorno ao mundo dos Espíritos.

Centremos, a seguir, a nossa atenção na descrição do Participante 7. A Participante 7, faz uma descrição muito rápida sobre o seu processo de desencarne; segundo explica, assim procederia porque são momentos que não gostava de lembrar. A colaboradora informa que, além de conviver com o sofrimento resultante da culpa e do remorso de ter feito seus pais sofrerem, com a sua morte voluntária, foi assediada pelos obsessores, com os quais foi obrigada a conviver temporariamente: “(...) aquelas pessoas... in-fer-nais, que me jogavam pedras, que

me perseguiram... que me chamava de mulher de vida fácil; desavergonhada, me fazendo sofrer e ter mais vergonha”. Explica que ficou presa no túmulo até ser resgatada: “E fui libertada, libertada do túmulo... ao qual ficou presa. Libertada da companhia daqueles seres”.

O relato da participante sobre o seu desencarne centrou-se na questão do seu sofrimento pelo sentimento de remorso, na libertação do túmulo e na alusão as vozes que a acusavam de levandades.

Passemos para a observação da descrição do Participante 8. Sobre o seu processo de desencarne, o P8 informou que se sentiu como se estivesse dentro de uma fogueira: “Não! Não, não, não, não, não! A sensação é que eu estava sendo enterrado, enterrado não, jogado em uma grande fogueira que queimava, queimava”. Descreve que ouviu vozes de seres, que definem como monstruosos, os quais lhe deram as boas-vindas, zombando dele: “E ao lado daquelas chamas, daquela fogueira, seres monstruosos gritavam... riam de mim. Jogavam mais combustível para que aquele fogo não apagassem... e diziam bem-vindo aos desgraçados”.

Descobriu que cometeu o suicídio, mas continuou a viver; explica que não havia contado à família a sua desdita; todavia, escutou deles palavras duras: “Não tive coragem de dizer a mulher e aos filhos que estava falido... Mas tive que escutar as mesmas pessoas dizendo: _Covarde! Morreu para não pagar! Covarde! Velhaco! (...)”.

Recebeu da família, apenas sentimentos de revolta: “Só a revolta... dos meus familiares, pela situação financeira na qual os deixei; pela vergonha; pela revolta de tê-los abandonado nessa situação”. Indignados, não lembravam dele com afeto: “Não tive nenhuma oração por mim”. O colaborador, procurou a morte com refúgio, entretanto não conseguiu a paz desejada: “ Não tive nem o sossego do túmulo”. A situação foi agravada, no pós morte, pois sentia no corpo perispiritual os efeitos do ato suicida: “Ainda guardo, não só as lembranças como as marcas de queimaduras. Todo o meu corpo, por dentro, por fora... (...)”. O relato breve do Participante, tomou como foco a questão da sensação do corpo perispiritual, a revolta da família e a recepção dos obsessores.

Sigamos observando a descrição do Participante 9. O Participante 9 começa a descrever o seu desencarne afirmando que depois do tiro, que provocou a sua morte, veio a dor, a escuridão e o medo: “O barulho! Senti que todos os ossos... do meu rosto... os olhos... saltaram!”. A colaboradora considerava a morte como um refúgio, por isso pensou que depois dela iria encontrar paz: “A minha vontade que tudo tivesse terminado. Achei que ia achar o silêncio; que ia achar o esquecimento; que ia achar o túmulo... o repouso... A minha ilusão... desapareceu como fumaça! (...). No túmulo... (...) só achei tormento!”.

Afirma ter sentindo dor e pavor em ver o seu corpo com as marcas do ato suicida: “Sentia dor... muita dor; pavor em ver os meus olhos... prá fora; e sentir gosto de sangue na boca... Não foi prá isso que eu tirei minha vida. Eu queria esquecer! Eu queria me livrar!”.

Além do sofrimento com o seu corpo perispiritual, relata que foi recebida pelo Espírito que a induziu a cometer o suicídio: “A criatura... que me ajudou, agora, ria; rodopiava ao meu redor... gritava... dizia que tinha se vingado”. Ainda muito confusa e desesperada, a colaboradora não compreendia o porquê de ter sido perseguida: “Ele dizia que eu já tinha roubado ele. Que tinha cometido o suicídio porque eu roubei o dinheiro dele. Eu, eu não me lembro! Não foi dele que eu roubei o dinheiro! Não foi! Não foi!”.

A fala do obsessor aponta para o fato de a P9 já possuir o hábito do roubo, antes mesmo de reencarnar, e de que ele foi uma vítima dela em uma outra encarnação e que, por este motivo, cometeu o suicídio. Deste modo, justifica o fato tê-la induzindo ao suicídio. Todavia, a colaboradora, como até o momento do relato não possuía o entendimento sobre o princípio da reencarnação, não conseguiu compreender a explicação dada pelo Espírito.

Poucos dados sobre o seu desencarne foram apresentados pela colaboradora, o ponto forte do seu relato, é portanto, a descoberta da sua imortalidade e o seu desapontamento: na sua busca pela morte como refúgio, não encontrou o “lugar seguro” nem tampouco a paz almejada.

Centremos a nossa atenção, a seguir, na descrição do Participante 10. Sobre o seu *desencarne*, a Participante 10 informa que após o atropelamento provocado por ela, outro veículo a esmagou: “Ele tinha me atropelado, mas outro carro passou por cima do meu corpo... Eu queria me levantar! Eu queria pedir socorro! A única coisa que eu conseguia era grunhir de dor, de desespero. (...) Eles desceram do carro... apavorados!”. A colaboradora explica que sentiu dores no corpo: “A sensação depois era que... meus ossos estavam sendo todos quebrado como galhos... Sentia muitas dores nas pernas...nas costas... Quis me levantar... e não consegui!”.

O sofrimento continuou ainda mais avolumado: “E foi assim; foi assim que começou meu verdadeiro sofrimento”. Isto porque, conforme explica, continuou no local sem saber por quanto tempo, pois estava em estado de desorientação: “Ah! Mesmo depois de retirados os carros envolvidos na batida, no atropelamento... eu permaneci naquele local”. Nesse ínterim, foi assediada e afastada do local por Espíritos obsessores: “Depois, mesmo com esse corpo todo quebrado; fui arrastada por pessoas muito más! Muito! Que não tinham dó da minha situação; pelo contrário, riam da minha desgraça!”.

A P10 relata que recebeu uma proposta de um dos obsessores para juntar-se a ele e vingar-se da “rameira” e assim aliviar o sofrimento de ambos, nestes termos: “Ele dizia assim: -Tu não odeias ela! Eu também! Vamos nos juntar e dar uma lição! Vamos dar uma lição na rameira!”.

A Participante 10 afirma que não compreendia o ocorrido, nem tampouco porque o Espírito insistia na referida proposta: “Eu não entendia bem o que tinha acontecido comigo...”, afirma. O Espírito, segundo ela, “fingindo amizade”, tenta explicá-la da seguinte forma: “Tua desgraça é culpa dela! Te matasse por conta dela! Tu vais sofrer aqui porque tu és suicida. Vais passar muito tempo aqui no local da tua morte... Há não ser, que aceites a minha ajuda”. A P10 não aceitou a proposta, preferiu continuar em sofrimento; todavia o Espírito não desistiu: “A criatura vendo que não podia contar comigo... não desistiu de me atormentar. Principalmente, quando ele sabia que eu estava orando. Não sei como ele sabia!”, explicou.

O relato da Participante 10 fez referência aos sofrimentos do corpo espiritual, resultantes do ato suicida, a sua permanência no local do suicídio e a recepção de obsessores.

Por fim, segue a observação sobre as condições do desencarne do Participante. Acerca do seu *desencarne*, o Participante 11 relata que foi recebido por Espíritos obsessores: “Desde o acidente, né, do suposto acidente que eu provoquei, né. Eu já fui recebido por eles. Me tiraram ainda ensanguentado do veículo... e me arrastaram... Eu gritava; mandava parar... mas eles não tinham piedade”.

Segundo informa, foi preso, por esses Espíritos, em uma espécie de círculo, e maltratado: “me prenderam por longo tempo... numa espécie de círculo, um círculo que tinha grades... e... éééé... eles ficavam caminhando em volta dessa grade”. Vejamos, textualmente, o modo como descreve esses Espíritos: “Vestiam túnicas pretas e né.. e com filetes vermelhos; que ficavam mais vivo, vermelho, quando eles se agitavam. É... de vez em quando eles... se encolerizavam e, nesse momento, me xingavam, me chicoteavam”.

Os referidos Espíritos gritavam alto, chamando-o de covarde e afirmavam que sabiam da simulação: “Aqueles homens de... vestes pretas, de túnicas pretas. Eles sempre gritavam, bem alto para que eu ouvisse. Chamavam de dissimulado, de covarde e que não adiantava fingir que tinha sido uma morte natural, ... que eles sabiam”.

Conforme explica, passou muito tempo preso neste círculo sendo permanentemente vigiado: “Passei muito, muito tempo sofrendo nesse... nesse círculo, que eu não sei...eu não sei de que era feito. Eu sei que tinham grades e que eles ficavam ali, dia e noite, para que eu não fugisse”.

O Participante 11 fala sobre sofrimentos resultantes do ato suicida; descreve com riqueza de detalhes as circunstâncias do seu aprisionamento por Espíritos obsessores e os sofrimentos sentidos no seu corpo espiritual, como resultantes do assédio dos referidos Espíritos.

Quadro 6 - Categoria 3: Produção da “morte” (desencarne).

Descrição de desencarne	Amostra de citações representativas da Categoria 3.
Presença de vermes	“(…). E aos poucos aqueles vermes iam corroendo o meu corpo.” (P1); “(…) eu sentia que o meu corpo era devorado pelos vermes (…)” (P5).
Sufrimento do perísprito	“Hoje trago no peito, essa horrível cicatriz, que, neste momento, dói.” (P3); “Sentia dor... muita dor; pavor em ver meus olhos... prá fora (...). Não foi para isto que eu tirei a minha vida. Eu queria esquecer! Eu queria me livrar!” (P8).
Recepção dos obsessores	“Então comecei a ouvir vozes, que me chamava de covarde. Gritavam no meu ouvido. Fostes covardes! Tirastes tua própria vida! És um infame!” (P2); “E as criaturas gritavam: pensas que o nazareno vai te salvar... de nós? Nunca!! (...) És nosso! Não terás libertação jamais.” (P5).
Voices como gatilho de resgate da memória do evento	“Não sabes o que fizestes? Tu como todos os outros fazem, tira a própria vida e depois chora, e depois se desespera? (...). Tu tomastes veneno, lembras?” (P1); Fostes covardes! Tirastes tua própria vida! És uma infame! (...) me veio a mente todo o meu drama.” (P2).
Desorientação e desespero	“(…) minha cabeça roda... eu não entendia (...) eu havia morrido, mas sentia dores (...) vomitava sangue... me sufocava com este sangue e não entendia porquê.” (P 6); “Não dei conta de mim mesmo! (...) Sentia dor... muita dor; pavor em ver meus olhos... prá fora. E sentir gosto de sangue na boca...” (P9).
Morte como esconderijo, fuga refúgio	“(…) ninguém está me vendo mesmo. Eu fugi da vergonha. (...)Estava longe de saber que estava sendo descoberta nos meus atos.” (P1); “A minha vontade que tudo tivesse terminado. Achei que ia achar o silêncio; que ia achar o esquecimento; que ia achar o túmulo... o repouso... A minha ilusão... desapareceu como fumaça! (...) No túmulo, só achei tormento!” (P9).
Ciência do princípio da mortalidade	“Eu não tinha mais corpo (...) gritei o mais alto eu pude, mas mesmo assim o meu grito não produziu voz. Aquele grito era apenas na minha mente. (...) comecei a sentir que o meu rosto tinha vida.” (P1); “(…) a morte que não era morte. Quando sofria, eu pedia: deixe-me morrer, eu quero morrer! Mas não morria.” (P3).
Menção a cemitério e/ou túmulo	“Fui colocado a força num buraco. Que depois vim a descobrir que era a sepultura.” (P3); “Via a metade do meu corpo, dentro de um caixão, debaixo da terra, sabia que era meu (...).” (P4).
Repetição contínua da cena do suicídio	“Me tira desta morte! Dessas mortes, porque eu morria sempre! Pulava, morria; pulava, voltava; não sei como eu voltava para o mesmo ponto.” (P4); “Perambulei muito tempo com aquela faca cravada no peito sem saber porquê (...) eu não sabia porque tinha aquela faca cravada no peito.” (P2).

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

No que diz respeito a categoria *condições de produção do desencarne* dos 11 participantes, identificamos semelhanças que funcionam como definidoras de traços que podem atuar como identificadores de desencarnes por suicídio.

Começamos com a questão da decomposição do corpo, atestando a *presença de vermes*, experiência apontados pelos participantes 1 e 5. Sentir a decomposição do corpo após a morte

está relacionado, segundo Kardec, com alguns gêneros de vida e de morte. No caso de mortes violentas e, mais especificamente, por suicídio é mais comum que o fato seja identificado. A explicação apresentada por Kardec é que nas mortes violentas, a exemplo do suicídio, o laço fluídico que une o Espírito ao corpo -ao contrário das mortes naturais na qual é rompido lentamente-, é partido abruptamente. Esta ruptura brusca pode causar repercussões no momento do desencarne, impressionando a percepção dos sentidos do perísprito de forma tão intensa que ele pode sentir a sensação dos vermes corroendo o seu corpo. Como vimos, a experiência não foi descrita por todos, todavia ficou registrado no relato dos participantes acima referidos: “(...) eu sentia que meu corpo era devorado pelos vermes”(...), explica P5; “A boca entreaberta por onde as formigas entravam e saíam e depois os vermes (...). E aos poucos aqueles vermes iam corroendo o meu corpo”, afirma P1. Vale ainda registrar que, no caso da P1, a referência foi feita não só a presença de vermes, mas também de formigas. (KARDEC, 2000a)

Outro aspecto a ser notado e que decorre do princípio de união do corpo com o laço fluídico é a questão da informação de que muitos suicidas permanecerem no local do acidente, e/ou no cemitério, até que sejam resgatados. Identificamos o registro em cinco participantes. A P1, a qual inferimos que permaneceu no túmulo: “Fiquei assim, por muito tempo, sem conseguir mover um só músculo. A boca entreaberta, por onde as formigas entravam e saíam e depois os vermes (...)”. A P3, que presenciou o próprio sepultamento: “Fui colocado a força num buraco. Que depois vim descobrir que era a sepultura”. A P4, que viu o corpo no caixão: “Via metade do meu corpo, dentro de um caixão, debaixo da terra”. A P7, que ficou presa no túmulo: “E fui libertada, libertada do túmulo... ao qual ficou presa”, e a P10 que ficou no local do acidente: “Mesmo depois de tirados os carros envolvidos na batida, no atropelamento... eu permaneci naquele local... Não sei por quanto tempo”. É interessante notar que, segundo esta participante, os Espíritos obsessores conheciam o princípio acima referido: “Tu vais passar muito tempo aqui no local da tua morte...”, afirmou.

Ao princípio da existência do laço fluídico que une o Espírito ao corpo, aludido acima, relaciona-se um fenômeno muito *recorrente*, no caso de desencarne por suicídio, que é a *repercussão da morte no corpo físico no perísprito*. Esta experiência foi identificada na maioria dos relatos dos participantes, com exceção da P7, do P8 e do P11. Ambos relatam a presença contínua de sequelas resultantes da modalidade de suicídio escolhida; além de uma repetição indefinida da cena do ato suicida. Retomaremos aqui as experiências da P5 e do P2. A colaboradora escolheu o enforcamento; explica que reviveu o momento da morte, repetidas vezes: “eu ficava morrendo sempre, sempre, sempre. Eu sempre estava pulando daquele tamborete. E morria, e pulava e morria”. A vivência da P2 foi com o esfaqueamento; afirma

que passou muito tempo sentindo a faca encravada no corpo: “Perambulei muito tempo com aquela faca cravada no corpo (...) além do sangue que escorria pela faca; escorria sangue pelas minhas partes íntimas”.

Ainda tomando como fundamento o princípio, acima referido, vejamos a problemática da *desorientação ou perturbação* que acomete muitos Espíritos em processo de desencarne, em especial em casos de suicídios. Justamente por conta da ruptura violenta do laço fluídico, o Espírito poderá ter a percepção de que continua vivo no corpo físico. Os participantes P1, P2, P3, P4, P6, P9 e P10 fazem registros desta experiência. Para ilustrar, retomemos as seguintes experiências: “(...) minha cabeça roda... eu não entendia (...) eu havia morrido, mas sentia dores (...) vomitava sangue... me sufocava com este sangue e não entendia porquê”, assevera P6, que, conforme foi dito, cometeu o suicídio indireto pelo vício do fumo. “Não dei por conta de mim mesmo! (...) Sentia dor... muita dor; pavor em ver os meus olhos... prá fora; e sentir gosto de sangue na boca...” explica P9 que, como vimos, escolheu a morte por arma de fogo.

Compreendemos que a desorientação se dá também porque estes Espíritos não compreendem o que seja o *princípio da imortalidade*. É sobre ele que falaremos agora. O estado de perturbação ocorre justamente porque o Espírito permanece ferido no corpo perispiritual, mas não morto. A desorientação termina quando o Espírito identifica a sua imortalidade. Dos 11 colaboradores, seis trataram de forma mais direta sobre o tema: P1, P2, P3 e P4. Como exemplo retomamos os seguintes trechos: “Eu não tinha mais corpo! (...) gritei o mais alto que eu pude, mas mesmo assim o meu grito não produziu voz. Aquele grito era apenas na minha mente. Comecei a sentir as lágrimas correndo no meu rosto. Comecei a sentir que o meu rosto tinha vida!”, explica a P1; “(...) A morte que não era morte. Quando sofria, eu pedia: deixe-me morrer, eu quero morrer! Mas não morria”, elucida o P3.

Com a descoberta da imortalidade, emerge como consequência o sentimento de *desapontamento*. Este é uma característica típica da morte por suicídio. Conforme pesquisas realizadas por Kardec, é muito raro que um Espírito suicida, em algum momento do seu processo de desencarnação, não tenha passado por esta fase. O desapontamento do suicida é tanto maior quanto maior for o seu sentimento de contrariedade por não ter atingido o objetivo planejado com a morte antecipada. Como observamos, vários foram os objetivos que podem servir de estímulo para um indivíduo produzir o desejo de antecipar a sua morte. Para muitos, a morte pode representar o desejo de passagem para vivências mais satisfatórias do que as que estão experienciando. Todavia, a descoberta da imortalidade do Espírito é um aspecto que funciona como um elemento surpresa capaz de causar desapontamentos indesejáveis, uma vez

que desejam a morte como aniquilamento e descobrem que a morte não existe; permanecendo vivos com a ampliação do sofrimento.

Identificamos o registro do sentimento de desapontamento no relato dos onze participantes. Vejamos aqui três deles: “Meu Deus, não adiantou, não adiantou tirar a minha vida para fugir dessa vergonha. (...) eu sinto vergonha de mim; mas não adiantou o meu segredo. Não levei para o túmulo. A morte me esperava com o meu segredo. A morte que não era morte”. (...) Que vida! Que vida!”, assevera o P3. “(...) cá cheguei pensando que tinha resolvido a situação. (...) era apenas o começo, fechando-as a cortina da vida material, novos sofrimentos, novas dores cá me esperavam”, afirma P6. “Não tive nem o sossego do túmulo. (...) Meus Deus que sofrimento... Ai, eu me arrependi!”, explica P8. “A minha vontade era que tudo tivesse terminado. Achei que ia achar o silêncio; que ia achar o esquecimento, que ia achar o túmulo... o repouso... a minha ilusão desapareceu feito fumaça! (...) “Não foi prá isso que eu tirei a minha vida (...) sofri tanto que pensei... era melhor eu tá onde estava mesmo! Talvez tivesse solução... Não sei!”, explica. “No túmulo, que eu queria paz, que eu queria esquecimento, só achei tormento!”, afirma P9.

Como última característica acerca do processo de desencarnação, fazemos referência a ideia de que Espíritos suicidas são recebidos por Espíritos obsessores que atuam como justiceiros. Identificamos o registro desta experiência nos 11 participantes. Vejamos: “Por que esta criatura está sendo tão malvada comigo? Por que ri de mim? Por que ri da minha desgraça?”, afirma P1. “Então, comecei a ouvir vozes, que me chamava de covarde. Gritavam no meu ouvido. Fostes covardes! Tirastes tua própria vida! És uma infame!”, relata P2. “E um cortejo macabro gritava: o maricas não aguentou! O maricas cometeu o suicídio! (...). Sofre maricas! (...) Fui ultrajado! Fui serviçado por criaturas más, que não tinham dó (...). Quanto mais eu chorava mais eles riam (...) tinha visões horrendas de monstros”, descreve o P3. “Não aguentava mais escutar tantos impropérios”, afirma P4. “E as criaturas gritavam: pensas que o Nazareno vais te salvar... de nós? Nunca! (...) És nosso! Não terás libertação jamais!”, assevera o P5. “Levei uma surra tão violenta, sob ameaças, sob... sob aquelas vozes”, explica o P6. “(...) ainda tinha aquelas pessoas ... in-fer-nais, que me jogavam pedras, que me perseguiram... que me chamavam de mulher de vida fácil; desavergonhada, e fazendo sofrer e ter mais vergonha”, explica a P7. “(...) seres monstruosos gritavam... riam de mim. Jogavam mais combustível para que aquele fogo não apagassem... e diziam bem-vindo aos desgraçados”. Relata o P8. “A criatura... que me ajudou, agora ria; rodopiava ao meu redor... gritava... dizia que tinha se vingado”, fala a P9. “Fui arrastada por pessoas muito más! Muito! Que não tinham dó da minha

situação; pelo contrário, riam da minha desgraça!”, relata a P10. “Foi muito forte a imagem daqueles que me prenderam por muito tempo... numa espécie de círculo”, explica o P11.

Segundo explica Botelho (p.11), estes Espíritos obsessores atuam como juízes aptos a julgar e castigar os suicidas. Dentre suas práticas comuns relacionamos, divertir-se com os sofrimentos dos suicidas, castigá-los apresentando-se como “seres fantásticos, fantasmas impressionantes e trágicos”, inventar cenas “satânicas” para supliciá-los; submetê-los a ações vexatórias; obrigá-los a realizar “torpezas e deboches”; participar de práticas obscenas, entre outras. Tratava-se, conforme explica o enunciador, de “entidades animalizadas e vis”, homens que na terra viveram como criminosos e que no mundo espiritual se faziam passar por “donos do império das trevas”, responsáveis por “cuidar” daqueles que escolheram a morte voluntária.

Conforme explica o enunciador, ele estão atuam nas duas esferas de mundo o espiritual e o material. Neste, eles agem induzindo pessoas a cometerem o suicídio, a exemplos dos casos da P2 que após o seu desencarne assumiu, por vingança, a posição de Espírito obsessor e induziu o seu padrasto ao suicídio; do P5 e do P9 que receberam indução de Espíritos obsessores para se matar; no caso de P9 não só indução como também colaboração, posicionando o revólver; e no caso da P 10 que recebeu o convite de um espírito obsessor para realizar uma ação de vingança dirigida a amante do marido.

Sobre este tema, é possível promover o diálogo entre o discurso espírita acerca das possíveis ações de indução ao suicídio, realizada por Espíritos suicidas, com o discurso médico, por meio do documento CID 10⁹⁸; mais precisamente nos problemas de saúdes enquadrados em certos casos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e transtornos psicóticos agudos e transitórios, agrupados nas categorias que recobrem casos enumerados de F20 a F29.

Segundo o CID 10, tais transtornos mentais apresentam fenômenos denominados de psicopatológicos. Trata-se de “distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados”, a exemplo de “percepção delirante”, de “ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade”, de “alucinações cênicas” e de “vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa”. Na perspectiva espírita, estes eventos são categorizados como resultantes de relações comunicativas entre Espíritos encarnados e Espíritos desencarnados e não como um problema de doença mental. Em casos de suicídio, trata-se da relação que um Espírito obsessor estabelece

⁹⁸ CID 10. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm. Acesso em: 22 de novembro.

com um Espírito encarnado com o objetivo específico de induzi-lo a cometer o suicídio; muitas vezes estimulados por um sentimento de vingança, a exemplo do caso da P2.

Consideramos que análise do discurso dos 11 participantes, acerca da categoria *condições de produção do desencarne*, ratifica traços caracterizadores do processo de desencarne por suicídio, apresentados pela ótica do Espiritismo. Esta temática que pode ser fartamente observada em obras espíritas como: O Livro dos Espíritos, A Gênese, Revista Espírita e Memórias de um suicida.

Compreendemos que os relatos dos Espíritos suicidas e o discurso espírita sobre o desencarne de Espíritos suicidas, mais especificamente acerca do “sintoma” da escuta de “vozes alucinatórias”, podem lançar luzes, no que diz respeito a caracterização e nomeação de comportamentos que podem/devem ou não ser diagnosticado como casos de transtornos mentais, passíveis de atuar como fatores preditivos no estímulo à produção de ideário suicida e do suicídio propriamente dito; e, conseqüentemente, na (re)formulação de modos de produção de cuidados em saúde e encaminhamentos relativos à prevenção do suicídio. Passemos a observação da categoria *condições do cuidado espiritual pós suicídio*.

3.6.4 Categoria 4: As condições de produção do cuidado espiritual pós suicídio: a “vida”

Acerca da categoria *condições de produção do cuidado espiritual pós suicídio* centraremos nossa atenção nos seguintes dados: *sofrimento, arrependimento, remorso, eficácia da oração, resgate e tratamento espiritual*.

Quadro 7 – Categoria 4 - O cuidado espiritual pós suicídio.

Participante	Sofrimento	Arrependimento	Remorso	Eficácia da oração	Resgate	Tratamento espiritual
P1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P2	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P3	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P4	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P6	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
P7	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P8	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P9	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P10	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
P11	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019).

Iniciemos com o Participante 1, a partir do trecho do seu relato abaixo disposto. No que diz respeito a *categoria produção do cuidado com o suicida* no relato da P1, identificamos que

a colaboradora considerou a sua insensatez por retardar o seu sentimento de arrependimento e o reconhecimento do erro pelo ato do suicídio: “Meu Deus, meu Deus! Como pude ser tão insensata? Mesmo depois de ter cometido aquele ato, mesmo depois de...e mesmo assim me faltava o arrependimento. Me faltava a certeza de que eu tinha errado”. Apenas após a compreensão da insanidade do ato cometido é que a P1 começou o seu processo de remorso. Este sentimento foi tão intenso que a levou a afirmar que o mesmo era mais corrosivo que o próprio veneno que havia ingerido: “E eu comecei a entender o ato insano que eu tinha cometido. O remorso começou a corroer minha mente. (...) Eu tentava me acalmar, mas eu não tinha paz e o remorso me corroeu mais que o veneno”.

Juntamente com o remorso, sentiu vergonha de ter se entregado aos momentos tristes que motivaram o ato suicida e sucumbido: “Me envergonhava cada segundo daqueles momentos tristes. E eu ficava pensando: será que não teria sido melhor me confessar diante de todos?”. Assim que o arrependimento e o remorso se instalou, ela passou por um processo de “desmarmorização” que a permitiu falar: “E daquele rosto marmorizado, duas lágrimas escorreram. E, como por milagre, eu pude falar”.

No auge do desespero, aos gritos pediu clemência a Jesus: “ (...) e gritei: Jesus de Nazaré, piedade desta criatura vil que sou eu! Desta criatura que escondeu o seu ato. Jesus de Nazaré, olha para mim! Piedade dessa criatura vil que sou eu (...). Jesus de Nazaré, me salva!” Após a evocação, veio o socorro, o resgate. Escutou uma voz suave que a ela assim se dirigiu: “filha Jesus é bondoso e misericordioso. O teu arrependimento não será desprezado, a tua dor te serviu como expurgo. Mas vem! Vem para o mestre!”.

Na sua desorientação e desespero, a P1 pensou estar em estado delirante, todavia resolveu se render a sensação de bem-estar, suavidade e proteção que a voz lhe inspirava: “Pedi as mãos, não sei prá quem! Mas me falava tão docemente, que me senti protegida. Que senti que devia dar as mãos. E a criatura me deu as mãos. E, fui!”.

Após o resgate, a colaboradora afirma ter sido instalada em um quarto e recebido tratamento: “acordei num quarto. (...). E cuidaram de mim.”. Acordada, os sentimentos de arrependimento e de remorso voltaram a perturbá-la:

Neste novo lugar, que inferimos ser o Hospital Maria de Nazaré, ela afirma estar em tratamento, pois continua a sentir os efeitos do ato suicida; no caso, no seu corpo perispiritual: “o queimou das vísceras, esse ainda sentia (...) por muitos e muito tempo eu senti dores atrozes...”. O agradecimento pelo tratamento recebido dos seus cuidadores, no referido hospital, foi feito no final do relato: “Agradeço, a Maria de Nazaré e a equipe que me acolheu e me tratou”. Da análise do relato, podemos afirmar que o P1, apresentou todos os dados que

compõem a categoria do cuidado espiritual após suicídio: o sofrimento, o arrependimento, o remorso, a eficácia da oração, o resgate e o tratamento.

Passemos a observar os cuidados recebidos pela Participante 2. O discurso da colaboradora nos permitiu observar que o mesmo experienciou o processo de arrependimento que resultou no remorso pelos atos cometidos: “Eu pensei que ia me aliviar, mas ao contrário, porque agora sentia remorsos, porque além de suicida, era também assassina; ai meu Deus!”. Como resultante do arrependimento e do remorso sentidos, emerge a necessidade de orar e pedir perdão pela indução ao suicídio e não pelo suicídio, pois entendia que este era imperdoável: “Meu Deus, meu Deus. (...), pedi perdão, não pelo suicídio, mas pelo assassinato; porque me considerava assassina. Pedi perdão pelo assassinato porque achava que prá mim mesmo, pelo suicídio eu não teria perdão (...). Sou duplamente culpada.”.

Após o perdido de perdão, em formato de oração, P2 alcançou a misericórdia divina, aqui representada por meio da chegada dos seus enviados, os “cuidadores divinos”: “Mas fui alcançada pela misericórdia de anjos bondosos, que aceitaram o meu arrependimento. (...) Aqui, estou, meus irmãos, a mercê da misericórdia desses anjos. (...) Obrigado aos meus anjos, enviados de Deus”.

No final do relato, já em processo de tratamento, P2 pede misericórdia e perdão aos “anjos” também pelo ato suicida e afirma a necessidade de permanecer em tratamento, não só para aliviar o sofrimento físico, no caso do perísprito, como também o sofrimento moral: “Sei que não vou me livrar tão cedo dessas lembranças dolorosas. (...). Vou extirpar do meu coração, da minha mente. (...). Voltarei, agora, para o meu lugar. Ainda me sinto fraca. Fisicamente, ainda me sinto cansada e o peito ainda dói”, explica a colaboradora. Assim como a P1, observamos que P2 passou por todas as etapas acima descritas.

Vejamos o Participante 3. Acerca das *condições de produção do cuidado pós suicídio* do P3, observamos que na descrição do seu desencarne, o colaborador, em meio a tanto sofrimento, arrependeu-se do ato cometido: “Meu deus, não adiantou, não adiantou tirar a minha vida para fugir dessa vergonha. Preferi a morte, do que dá um desgosto ao meu pai, a minha mãe; do que ser a vergonha da família. (...). Eu sinto vergonha de mim; mas não adiantou o meu segredo. Não levei para o túmulo”.

A reflexão sobre o ato suicida, o levou a rememorar o último encontro com a vizinha: “(...) Um dia, não sei quanto tempo durou isso. Um dia ou noite, eu não sei. Um certo momento por melhor dizer. Eu pensei... Meu Deus, porque naquele dia, quando ela me perguntou isso, eu não me abri com ela? Eu neguei, eu disfarcei!”. O arrependimento e o remorso o levou a suplicar, em forma de oração, a misericórdia divina: “Eu chorei, chorei e pedi, pela primeira

vez, prá Deus me perdoar; para que Deus tivesse misericórdia de mim. Pensei na minha mãe. Como ela poderia estar sofrendo. Pensei na Igreja. Pedi, mais uma vez, perdão (...). Evocou também Maria de Nazaré: “(...) e rezei, e pedi: Ave Maria, cheia de graça, o senhor é convosco (...)” e, finalmente, Jesus: “Jesus tem misericórdia de mim. (...). Me perdoa! Me tira deste sofrimento”.

Depois de toda a rogatória, ele recebeu água de um desconhecido: “(...) senti que alguém me dava um pouco de água. Eu tinha tanta sede! Perguntei: quem está me dando esta água? Você que me deu esta água, pode me dar um pouco de comida? Pode me tirar de dentro deste cemitério?”. Segundo informa, tratava-se de alguém que emitiu uma voz suave e firme: “(...) meu irmão, tu vais sair daqui! O teu arrependimento é sincero! O teu pedido é sincero! Te levaremos deste lugar”. O P3 o escutava, mas não conseguia vê-lo, todavia sentiu-se seguro: “Eu não conseguia vê-lo. Talvez porque eu não levantasse a cabeça ou porque a claridade que vinha, em sua direção, me impedia de olhar, mas eu confiei”.

Conforme o enunciador, o enviado não estava sozinho, colocaram-no numa maca, deram-lhe medicamento e, assim, conseguiu adormecer: “Então, neste momento, senti que outras pessoas estavam ao meu redor; me colocaram acho que numa maca; me deram remédio. Pela primeira vez, eu adormeci”.

No final do seu relato, o P3 informa que o tratamento ao qual foi submetido é longo e explica o motivo: “Às vezes, quando a gente pensa que a ferida está sarada, ela reabre. (...) Hoje trago no peito, essa horrível cicatriz, que, neste momento, dói”. No relato do P3, todos os dados selecionados para compor a categoria, em análise, foram identificados.

Passemos a análise do relato do Participante 4. Observando o relato do Participante 4, sobre as condições de produção do cuidado recebido no seu desencarne por suicídio, inferimos que a colaboradora se arrependeu e sentiu remorso pelo ato cometido: “Ah, não tinha coragem de falar com Deus porque sabia, me sabia pecadora. (...) Não aguentava mais sofrer. Não aguentava mais ouvir impropérios; sabendo que eu merecia. (...) Chorava, gritava!”.

No auge do seu desespero, a P4 se lembrou das orientações de sua evangelizadora: “(...) lembrei das minhas aulas dominicais. (...) da criatura que me evangelizou. Eu tinha um dez anos! E lembrei ela dizendo: P4, nosso Deus é vivo! Nosso Deus é maravilhoso”. Encorajada pelos ensinamentos recebidos ela faz uma súplica, em forma de oração, ao Deus no qual professa sua fé: “Então pensei, nesse Deus vivo, nesse Deus maravilhoso e tive coragem de clamar: senhor, senhor; não mereço! Sou pecadora! Me ajuda, alivia essas dores! Me tira desta morte! Dessas mortes, porque eu morria sempre!”.

Como efeito da rogativa, ela fica livre da corda: “E aquela corda, na hora que eu clamei ao senhor; aquela corda foi tirada do meu pescoço”. Em meio a emoções de medo e de dor, por não saber o iria acontecer, desmaiou e acordou no momento em que foi socorrida: “Eu estava numa maca... numa maca, mas a maca estava no chão. Não tinha... não era como uma cama, era... não sei, não sei dizer o nome! Estou dizendo maca porque não sei. Estava ali! Existia outras... outras pessoas”. Juntamente com ela, outros também foram socorridos: “Não pude olhar direito, que não podia mover o pescoço. Mas sentia que eram todos doentes”. Segundo informa, foi socorrida por dois homens: “Abri os olhos, e havia dois homens perto. _Se acalme, feche os olhos e aguarde, que vamos lhe levar. Eu não perguntei para onde, nem como; confiei, me calei. Fechei os olhos!”, afirmou a colaboradora. Em seguida, relata que adormeceu e, posteriormente, encontrou-se em outro ambiente, dividindo o espaço com outras pessoas: “Fechei os olhos! Vim acordar num quarto, também com outras pessoas”. Identificou que foi posto uma atadura no seu pescoço: “Meu pescoço, agora, tinha uma... uma atadura! Pus a mão no meu rosto, e me assustei. A minha língua estava prá fora. Os meus olhos, esbugalhado”. Assustada com o quadro, relata que recebeu um novo procedimento: “Gritei! Alguém se aproximou. Me aplicou, acho que uma injeção. E eu adormeci”, explica.

Ao acordar, nota a presença de sua antiga evangelizadora: “Quando acordei novamente, estava sentada ao meu lado, a minha professora de evangelização. Pegou a minha mão e repetiu: nosso Deus é vivo! Nosso Deus é maravilhoso! Eu não pude dizer uma só palavra. Só ficava olhando prá ela”.

Conforme relato, a visita e as orientação se repetiram: “Veio me visitar muitas vezes e foi me esclarecendo a minha situação”.

A participante 04 conclui sua fala afirmando que continuou em tratamento, e que está agradecida a todos que a ampararam e, especialmente, a Maria de Nazaré, personagem que a sua igreja não reconhece como figura a ser venerada: “E hoje me encontro, em tratamento, sob as bênçãos de Maria de Nazaré; da Nossa Senhora que a minha igreja não acreditava, que até nos proibia de venerá-la”.

Observamos que o relato da P4 contém todos os dados selecionados para compor o processo de cuidados recebidos depois do seu ato suicida. Um diferencial é que os dados foram apresentados de forma mais detalhada.

Vejamos, em seguida, o relato do Participante 5. A análise do relato das *condições de produção do cuidado pós suicídio* do P5, identificamos que o mesmo, segundo narra, demorou a sentir remorso dos atos praticados: “Eu sentia dor, eu sentia medo, sentia sede, mas meu coração estava mito endurecido para que eu sentisse remorso de tudo que tinha feito...” explica

o colaborador. Comportou-se dessa forma porque entendia que não havia agido errado: “Eu não tinha o sentimento de que tinha feito nada de errado... passei muito tempo nessa situação, muito tempo mesmo, muito, muitos anos, anos a fio”.

Os primeiros sinais de arrependimento foram marcados pela sua ligação com a divindade: “Mas a criatura mais vil; a criatura mais vil; o homem mais réprobo um dia lembra de que uma criatura de Deus” e, em seguida com Jesus: “(...) e um dia me lembrei de um sermão que falava do perdão, em que Jesus dizia perdoa não sete vezes, mas setenta vezes sete, então se Jesus pregou o perdão, ele podia me perdoar”. Tomou como referência o ensinamento acima referido e se questionou sobre o seu merecimento: “Eu ficava, eu peço perdão? Será que eu mereço o perdão? As minhas convicções religiosas me diziam que não porque eu não passei nem pelo purgatório! Então resolvi dizer baixinho timidamente. Jesus crucificado, mereço, eu, o teu perdão?”. Todavia, mesmo compreendendo que não merecia o perdão, resolveu arriscar: Jesus crucificado, olha por esta criatura, vil que sou. Jesus crucificado, eu peço perdão!”.

Arrependido, chorou. Nesse momento, afirma ter sido interrompido pelos seus obsessores nos seguintes termos: “(...) pensas que o Nazareno vai te salvar... de nós? Nunca! És nosso. Não terais libertação, jamais!”. Todavia, esperançoso continuou a orar bradando: “(...) gritei forte: Jesus crucificado, tende piedade de mim! Salva-me, perdoa-me!”. A suas rogativas foram ouvidas, segundo explica, não pelo Jesus crucificado. Vejamos: “(...) Jesus, não o Jesus crucificado, mas o Jesus resplandecente escutou o meu pedido. Pela primeira vez, vi um pouco de luz e só uma mão... estendida. Eu peguei aquela mão e pedia e gritava misericórdia, perdão”.

Naquele momento, afirmou que acreditava estar sendo resgatado por Jesus...” Então fui retirado, o corpo ainda dolorido, (...). Mas fui levado”. No momento do resgate ouviu os obsessores gritarem nestes moldes: “(...) solta ele é nosso. Solta, ele é nosso!”. Sentiu muito medo de não poder ser levado e continuou a rogativa: “E ficava pedindo, Jesus não me deixa! Jesus me salva! Jesus não me deixa! Jesus me salva!”.

Foi salvo; dormiu e acordou em outro ambiente: “Mas tarde acordei num quarto onde tinha uma luz fraquinha”. O P5 afirmou ter sentido necessidades físicas como dor, fome e sede: “(...) Estava sentindo dor, fome... então se aproximou uma senhora, me deu água, mandou que eu descansasse, eu quis fazer algumas perguntas. Não consegui. Obedeci! E adormeci”. Neste novo ambiente, o P5 recebeu cuidados diários sempre da mesma pessoa: “Todos os dias essa senhora ia me dar agua comida remédio. Só depois de muitos dias é que eu pude pronunciar algumas palavras... é que fiquei sabendo que em poucos dias iria para um hospital”.

O enunciador explica que ficou desorientado, pois não compreendia a situação que estava vivenciando: “Era tudo confuso para mim. Como um hospital? Onde estou? Que hospital é

esse? Que quarto é esse? E porque não me levaram logo para um hospital me deixaram naquele quarto de luz fraca?”. As respostas vieram algum tempo depois, momento em que recebeu a explicação de que o resgate não pode ser imediato: “Depois vim a entender que estava aguardando o dia de ser retirado dali. Que havia um plano de viagem, que eu não podia ter ido direto para o hospital. Teria de passar uns dias ali... é ... me escondendo para que eu não fosse pego (...)”. Chegado o dia planejado, ele foi deslocado para um hospital, que inferimos ser o Hospital Maria de Nazaré, e recebeu outros cuidados: “Fui para o hospital... fui; enfaixaram as fraturas do meu corpo”.

Depois desses episódios, ele afirma ter começado a entender a gravidade dos atos cometidos e a sentir remorso: “Passava o filme da minha vida e o bendito remorso começou a aparecer. Aos poucos fui me inteirando da minha situação fui tendo consciência da gravidade dos meus delitos”. O P5 conclui o relato sobre os cuidados recebidos após o resgate afirmando que continuou a sentir dor no corpo e não sabia quanto tempo duraria o tratamento, nem tampouco quando sairia do hospital.

No relato do P5 identificamos todos os dados selecionados. Vale notar que, segundo a sua narrativa, antes de ser resgatado pediu perdão pelos seus atos, circunstâncias que demonstra uma certa compreensão pelos erros cometidos. Todavia, o sentimento de remorso surgiu, posteriormente, durante a sua estadia no hospital. Outro dado a ser registrado é o espaço de tempo entre o ato suicida e o seu resgate.

Passemos a analisar o discurso do P6. Sobre as *condições de produção do cuidado pós suicídio* do Participante 6, pouco foi descrito. Há registros sobre os sofrimentos experimentados com a morte antecipada pelo suicídio indireto, todavia não identificamos descrições sobre possíveis sentimentos de arrependimento, remorso a não ser neste enunciado: “Mesmo uma alma como eu... que não teve força para controlar o vício (...)”.

O P6 fala brevemente sobre o seu resgate, tratamento e a prática da oração: “Não fiquei desamparado”, explica. Neste caso, interessa notar que, segundo explica, o seu pedido de “clemência”, de “salvação” foi uma decorrência de orações realizados por terceiros. Estas atuaram como um dispositivo que acionou a sua iniciativa de pedir socorro e, como decorrência, o atendimento do seu pedido de resgate e de tratamento espiritual. Vejamos: “As orações frequentes e insistentes de pessoas que deixei na terra me foram a porta de partida para o pedido de clemência, para o pedido... de salvação...”. Neste sentido, o P6 explica que não se considerava merecedor dos cuidados dispensados pelos trabalhadores do hospital Maria de Nazaré: “(...) e cá estou nesta escola bendita, neste educandário, neste hospital por intermédio de almas bondosas... não sou merecedor, mas como tutelado dessas almas, e sob a guarda de

Maria de Nazaré (...)”. O P6 conclui a sua fala, sobre esta temática, afirmando o seu agradecido pelo tratamento a ele dispensado: “(...) agradecer a bendita oportunidade... que nos é dada para nos recompormos”. Observamos que no relato foi identificado o registro de apenas quatro dados que compõe a categoria em foco.

Centremos nossa atenção, a seguir, no relato do Participante 7. Compreendemos das *condições de produção do cuidado com o suicida* que, conforme afirma, a P7 sofreu e arrependeu-se por ter cometido o suicídio: “Como eu me arrependo desse suicídio. (...) Gostaria de nunca mais, nunca mais cometer um ato desses; nunca, nunca, nunca, nunca”, assevera a colaboradora. Também sentiu remorso, especialmente por ter feito os seus pais sofrerem com a sua morte prematura. Explicou que o sofrimento dos pais a fazia sofrer, pois os ouvia se interrogarem dizendo: “O que foi que faltou para a nossa filha, P7? Não demos o amor suficiente? Porque a nossa filha não confiou em nós? Se estava com algum problema sério”.

Segundo a P7 foram as orações que sua mãe a ensinou quando criança e as orações proferidas pela mãe que a salvou: “Mas, as orações que a minha mãezinha, me ensinou quando eu era criança... eu comecei a orar. Eu orava com tanta fé. Pedia perdão; perdão Deus; perdão meus pais... E minha mãezinha me salvou, minha mãezinha me salvou com as suas orações”. Como consequência, ela foi libertada do tórumulo e dos obsessores: “E fui libertada, libertada do tórumulo ao qual ficava presa. Libertada da companhia daqueles seres”. A colaboradora explica que não conseguia ver a mãe, mas podia escutá-la “pelo coração”. Vejamos: “Fui levada! Eu não via minha mãe, mas escutava no meu coração. -Minha filha querida, Deus te perdoou. Eu te perdoei. Vem filha para os braços de Deus!”.

Segundo a P7, ela foi recebida para tratamento no hospital que inferimos ser o hospital Maria de Nazaré: “Foi assim que eu vim parar... nesta casa acolhedora; que venho me tratando...”. A P7 explica que todos os cuidados recebidos, levo-a a aprender a amar a Maria de Nazaré, a qual ela chama de mãe: “Oh, mãe! Aprendi aqui a amar, uma mãe muito maior: a nossa mãe, Maria de Nazaré”.

Compreendemos que a Participante 7 registrou em seu relato as subcategorias que, no nosso entendimento, recobre o processo de cuidados, recebidos pelos Espíritos suicidas, após o desencarne.

Passemos a observar o relato do Participante 8. Conforme o relato do Participante 8 sobre as *condições de produção do cuidado recebido após o seu suicídio*, identificamos que o seu arrependimento pela morte voluntária iniciou durante o ato suicida: “Quando começou a queimar, eu me arrependi e eu queria sair dali, mas não conseguiiii... Ah! E o fogo consumindo tudo, tudo, tudo”.

O método de suicídio por queimadura possui um alto grau de letalidade, todavia compreendemos que no caso do P8, que se enrolou no colchão e ateou fogo, o método permitiu que o fogo fosse se alastrando aos poucos, possibilitando que o mesmo pudesse refletir, por alguns instantes, sobre o seu ato. Este pode ser uma justificativa para que o seu arrependimento tenha iniciado durante o ato suicida.

Segundo P8, o seu arrependimento continuou depois da “morte”: “Não! Não, não, não, não, não, não! Meu Deus, que sofrimento ... Aí, eu me arrependi! Eu não podia ter feito. Eu devia ter ficado com a minha família; ter enfrentado”. O colaborador explica que foi esquecido pelos familiares e que deles não recebeu nenhuma oração. O seu sentimento de remorso o fez lembrar que a sua mãe não o esqueceria, pois demonstrava ter por ele um grande amor; “como pude esquecer do seu amor, do seu afeto... dos seus carinhos... dos seus dedos finos nos meus cabelos”.

Foi o reconhecimento deste sentimento que o fez pedir a sua mãe que intercedesse por ele a junto a Maria de Nazaré. Vejamos: “E pedi perdão a minha mãezinha. Perdão minha mãe, perdão! Me lembrando da minha mãe eu lembrei da mãe de Jesus. E clamei: minha mãe, pedi a mãe de Jesus que alivie o meu sofrimento; que tenha compaixão desse covarde!”.

Segundo afirma, o seu pedido foi atendido e o seu resgate foi realizado por sua mãe. “(...) a minha mãe... me retirou daquele fogo... e fui levado para tratamento”. A fala do P8 não nos permite compreender se a interseção da sua mãe se deu, apenas, pelo pedido de misericórdia feito a Maria de Nazaré ou se ela também participou do seu resgate. Lembramos que a mãe estava encarnada, ou seja, viva. Segundo o Espiritismo, as duas situações são passíveis de ocorrer. No caso, o resgate pode ter sido realizado pela mãe, devido a possibilidade de desdobramento que o Espírito encarnado possui.

O P8 informa que foi levado para receber cuidados na ala dos queimados “e fui levado para tratamento. Passei muito tempo na ala dos queimados...”. A referência a ala dos queimados, remete-nos a um ambiente de cuidados disponibilizados pelo hospital Maria de Nazaré, organizado para receber suicidas que cometeram o suicídio pelo método da queimadura.

No que diz respeito a categoria analisada, observamos que no discurso do Participante 8 foi possível identificar todos os elementos selecionados.

Passemos a observação das condições dos cuidados pós suicídio no relato do Participante 9. Sobre esta categoria, a colaboradora, segundo afirma, cometeu o suicídio porque queria se livrar da angústia que estava sentindo; desejava o sossego do túmulo. Todavia, o seu ato lhe provocou decepção e tormento, pois descobriu que não morreu: “ Não foi prá isso

que eu tirei minha vida. Eu queria esquecer! Eu queria me livrar!... porque... sofri tanto que pensei... era melhor eu tá onde estava mesmo! Talvez tivesse solução... não sei”.

Desesperada com a descoberta, pensou nos pais e, conforme explica, foi esta lembrança que a impeliu o arrependimento: “Lembrava da minha mãe e do meu pai; pessoas íntegras, só me ensinaram coisas boas...(…) Obrigado, meu pai!... Obrigado, meu pai e minha mãe que me ensinaram o que é bom! ... e que me fizeram... ter arrependimento do eu fiz”.

A P9 relata que foi resgatada e que continua em tratamento: “Então as noites; longas noites, longos dias de tortura... de dor... chegaram ao fim!... Porque almas bondosas... me resgataram e estão tratando de mim”. Descobriu, que o pai orava por ela: “Meu pai... tão amoroso... Depois... vinha descobrir que ele... todos os dias, me enviava uma prece. Obrigada, meu pai!”.

O relato da P9 sobre os cuidados recebidos no pós-morte foi sucinto, todavia recobre, embora de forma pouco detalhada, os elementos da categoria em foco.

Vejamos as condições dos cuidados dispensados a P10. Conforme a P10, o seu maior desejo, após a sua morte, era parar de sofrer: “Oh, Cristo amado! Eu não queria sentir aquelas dores, eu também não queria me associar aquela criatura, mas eu queria deixar de sofrer (...)”. Por isto ao invés de associar-se ao obsessão, decidiu fazer uma oração: “Resolvi orar baixinho... entre um gemido de dor... e um grunhido de..., quando a dor era maior... Demorava! Eu pedia perdão; lembrava dos meus filhos”.

A lembrança dos filhos foi o dispositivo que acionou o sentimento de remorso: “Meu remorso começou a chegar, pensando nos meus filhos. O que seria dos meus filhos? O arrependimento... Eu ficava pensando: porque não deixei os dois... prá lá, esquecer; e tinha ido cuidar dos meus filhos”. Embora não se considerasse muito religiosa, continuou a orar, pois sentiu que a oração a acalmava: “(...) e orava ... orava!... Nunca fui muito religiosa... mas nesses momentos me sentia um pouco aliviada... E minha mãe?... Será que minha estava cuidando dos meus filhos? Eu pedia, em oração: mãe, perdoa a tua filha e cuida dos teus netos”. Nesse monólogo pediu perdão: “E fui criando forças para pedir a Deus, pedir perdão” e conseguiu ser atendida, resgatada e receber tratamento: “E fui avançando, pela misericórdia de Deus. Fui retirada da via pública. Estou sendo tratada. Já me sinto bem melhor”.

Embora o relato tenha sido sucinto foi possível observar que ela contempla os elementos que constituem a categoria em análise.

Passemos a análise do relato do Participante 11 sobre as circunstâncias dos cuidados recebidos depois do seu suicídio. Segundo o P11, somente após um longo tempo, depois da sua prisão pelos seus obsessores, ele começou a sentir lampejos de arrependimento: “Depois de

muito sofrimento, eu ficava pensando... a pobreza teria sido melhor do que tanto sofrimento! ... Mas ... ainda com todo sentimento ainda de... prepotência; eu ainda dizia: pobreza não! Pobreza não! Eu aguento”. Com o passar do tempo o sofrimento foi ficando insuportável e o sentimento de arrependimento também foi crescendo: “Mas, as minhas forças foram se exaurindo... o sofrimento!”. A lembrança dos filhos trouxe também o remorso: “Agora, eu pensava naqueles que deixei... filhos, mãe, parentes”.

Resolveu pedir que seus entes queridos orassem por ele: “E ficava pensando, alguém ore por mim! Alguém lembre desse desgraçado! E chorava, chorava! Meu choro irritava... e quando eu chorava, eles me chicoteavam”.

O arrependimento e o remorso do enunciador foi impulsionando o seu desejo de orar: “Eu tinha vontade de fazer uma oração, mas me sentia envergonhado. Mas disse apenas, duas palavras: Deus, misericórdia!... Quando eu consegui dizer estas duas palavras, Ah! Senti um alívio tão grande, tão grande!”. O P11 compreendeu que o pedido de misericórdia lhe trouxe alívio; por isso sentiu-se encorajado a pedir para orar: “E pedi permissão a Deus para orar”.

Orou, pediu misericórdia e foi atendido: “No começo eram pequenas orações, mas eu fui me acostumando a orar, a orar. Sempre pedindo: Deus, misericórdia! Deus, misericórdia! E Deus teve sim misericórdia mim. Teve misericórdia...”. O P11 explica que as suas orações lhe trouxeram como resultado o seu resgate: “(...) e um grupo; um grupo de pessoas... chegaram perto deste círculo... dessas pessoas de túnicas negras. Lançaram uma... uns raios, que todos ficaram paralisados. Abriram, colocaram uma maca e me levaram”.

Segundo informa foi levado pelos legionários de Maria para receber os cuidados necessários: “Me levaram para o hospital. Me levaram para a Colônia de Maria de Nazaré. A misericórdia de Deus me alcançou. Os braços ternos de Maria me acolheram”. O colaborador, concluiu a narrativa sobre os cuidados recebidos, afirmando que continuou em tratamento: “E eis-me aqui, em tratamento, mas agradecido pelo amor de Maria, pela misericórdia de meu Deus”.

Consideramos o relato do P11 como aquele que descreve com riquezas de detalhes os elementos que compõem a categoria em análise. Atribuímos esta iniciativa ao fato de o referido participante, está em um estágio mais avançado de recuperação.

Quadro 8 - Categoria 4 - O cuidado espiritual pós suicídio.

Participantes	Amostra de citações representativas da Categoria 4.
Sufrimento	“Depois de muito sofrimento, eu ficava pensando... a pobreza teria sido melhor que tanto sofrimento! (P 11); “Não foi para isso que eu tirei a minha vida. Eu queria esquecer! Eu queria me livrar! Porque sofri tanto que pensei... era melhor eu tá onde estava mesmo! Talvez tivesse solução... não sei” (P9).
Arrependimento	“Como eu me arrependo desse suicídio. (...) gostaria de nunca mais; nunca mais, nunca mais cometer um ato desses; nunca, nunca, nunca” (P7); “lembrava da minha mãe e do meu pai; (...) Obrigado, meu pai e minha mãe que me ensinaram o que é bom! ... e que me fizeram... ter arrependimento do que eu fiz” (P9).
Remorso	“Eu comecei a entender o ato insano que eu tinha cometido. O remorso começou a corroer a minha mente. (...) Eu tentava me acalmar, mas eu não tinha paz e o remorso me corroeu mais que o veneno.” (P1); “Passava o filme da minha vida e o bendito remorso começou a aparecer. Aos poucos fui me inteirando da minha situação, fui tendo consciência da gravidade dos meus delitos” (P5).
Eficácia da oração	“Eu tinha vontade de fazer uma oração, mas me sentia envergonhado. Mas disse apenas duas palavras: Deus, misericórdia! (...). Ah! Senti um alívio tão grande, tão grande!” (P11). “(...) e orava... orava! ... Nunca fui muito religiosa... mas nesses momentos me sentia um pouco aliviada (...)”. (P10); “Meu pai... tão amoroso... Depois... vinha descobrir que ele... todos os dias me enviava uma prece. Obrigada meu pai!” (P9).
Resgate	“E fui libertada, libertada do túmulo ao qual ficava presa. Libertada da companhia daqueles seres” (P7); “(...) filha, Jesus é bondoso e misericordioso. O teu arrependimento não será desprezado, a tua dor te serviu como expurgo. Mas vem! Vem para o mestre.” (P 1)
Tratamento espiritual	“Foi assim que eu vim parar... nesta casa acolhedora; que venho me tratando’ (P7); “Então, neste momento, senti que outras pessoas estavam ao meu redor; me colocaram acho que numa maca; me deram remédio. Pela primeira vez eu dormeci.” (P 3)

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019)

Como resultado da análise da categoria em questão, observamos que todos os participantes fizeram referência aos dados que constituíram a categoria em análise. Informaram, cada um a sua maneira, como vivenciaram os seus momentos de cuidados pós suicídio. Com exceção do participante 6 que não produziu registro direto sobre o arrependimento e o remorso sentidos com o seu suicídio; todavia, pelo seu pedido de perdão, inferimos que ele se arrependeu e sentiu remorsos pelo ato cometido. Registremos, logo a seguir citações representativas de cada subcategoria.

No que diz respeito ao sofrimento, observamos que cada colaborador afirma experienciar, de acordo com a modalidade de suicídio escolhida, o resultado do ato praticado; dessa forma, a morte autoprovocada soma, ao sofrimento inicial que a motivou, outras espécies de sofrer, seja aqueles decorrentes do ato no corpo perispiritual seja o sofrimento moral, e ainda transtornos emocionais que, neste caso, se instalam em grau bastante acentuado.

O sofrimento - que abarca também, conforme vimos no relato de alguns colaboradores, o desapontamento por comprovar o agravamento da situação existencial, a culpa por ter

deixado familiares tristes, desapontados, desamparados e, até mesmo, revoltados – impulsionou a produção do sentimento de arrependimento e do remorso e em consequência o resgate - ou o início - de uma relação mais estreita com a divindade, representados nas figuras de Jesus, de Maria de Nazaré e os “anjos” que integram a equipe de trabalhadores da Colônia Maria de Nazaré. Esta ligação é representada pelo ato de proferir orações. Uma vez aberto o diálogo com a divindade, inicia-se a ligação com os mensageiros divinos e a ação concreta de resgate e posterior tratamento espiritual se desenrola.

No nosso entendimento, o discurso dos Espíritos suicidas aponta para a questão do arrependimento, do remorso e do pedido de colaboração como pré-requisitos para o resgate e o atendimento e tratamento espiritual. Todavia, o arrependimento figura como o objeto chave, uma vez que, conforme relatou o P 5, o seu remorso foi sentido apenas no início do tratamento, durante sua acolhida no hospital.

Digno de nota é o registro de que os sentimentos de arrependimento e de remorso devem ser gestados e expressados pelo Espírito, todavia o pedido de intercessão a divindade e/ou aos seus representantes podem também ser feitos por familiares. Neste sentido, citamos, como representativa, a fala do Participante 6: “As orações frequentes e insistentes de pessoas que deixei na terra me foram a porta de partida para o pedido de clemência, para o pedido... de salvação...”. Exemplo significativo é também o da P 7 sete, que afirmou: “E minha mãezinha me salvou, minha mãezinha me salvou com as suas orações”. Citamos ainda a fala do P 8 o qual reclamou de não ter recebido orações de sua família, além de sua mãe: “ E clamei: minha mãe, pedi a mãe de Jesus que alivie o meu sofrimento; que tenha compaixão desse covarde”.

Todos esses discursos sobre a eficácia da oração pessoal e, mais especificamente, da intercessão dos que ficam no mundo material, chamou-nos a atenção porque se coloca em contraposição com um dizer que circula, em diferentes campos religiosos, os quais adotam às pernas eternas como punição e o inferno como o *locus* destinado para atos e sujeitos imperdoáveis, a exemplo do suicídio e do suicida.

Quanto ao resgate e ao tratamento - diferentes no atendimento de cada modalidade de suicídio, como foi mostrado nos relatos - todos os colaboradores confirmaram tê-los vivido a experiência, embora não se considerassem merecedores como afirma, por exemplo, o P6: “Mesmo uma alma como eu... que não teve força para controlar o vício (...). Não fiquei desamparado”. Nesta temática, ficou claro o objetivo de mostrar que não há “penas eternas” e que os erros cometidos podem ser reparados, embora a custo de muito sofrimento físico, moral emocional. Passemos a categoria 5.

3.6.5 Categoria 5: Exortação à vida: o clamor dos Espíritos suicidas

Na categoria *exortação à vida: o clamor dos Espíritos suicidas*, observamos os alertas produzidos pelos suicidas aos possíveis leitores do seu relato.

Quadro 9 - Categoria 5 - Exortação à vida.

Participante	Exortação à vida
P1	“(…) agradeço a vocês a possibilidade de fazer este relato e dizer aos demais que aqui estou. (...) E a vida é para ser vivida, é para ser enfrentada (...). Porque existe o perdão e diante de todos vocês aparecerá Jesus”.
P2	“Eu não me considero um monstro, mas uma pobre criatura que errou... perdão pelo ato do suicídio. Perdão por ter feito o outro se suicidar. Sou duplamente culpada”.
P3	“Mas uma coisa nós já aprendemos. Eu e todos que estamos aqui: a vida pertence a Deus. Não podemos tirá-la (...) não existe morte; do jeito que nós pensamos, que ao tirarmos a nossa vida, vamos encontrar a paz. Quando fazemos isso, só encontramos choro, dor, vergonha”.
P4	“Eu sei que as coisas não são do jeito que se pensam, que eles pensam, que nós pensávamos, que eu também pensava”.
P5	“eu inicio minha fala, meus irmãos, pedindo perdão (...). Não só por ter cometido o suicídio, (...). Eu agora quero viver o Evangelho verdadeiro, aquele que simulei o ensinamento. Agora eu quero viver verdadeiramente”.
P6	“O tanto que eu fumei equivale a um ... equivale a um suicídio por arma de fogo. (...) perdão, perdão aos que ofendi... com o meu vício, perdão aos que eu prejudiquei ... perdão, perdão...”.
P7	“Eu queria dizer, grita, espalhar prá todos os jovens que quando se sentirem acuado, com problemas que acham que são ... sem solução; falem com seus pais. Não tenham medo se vão ser repreendidos, (...) dizer a vocês que olhem para os jovens, que aconselhe. E que se forem mães, prestem atenção; antes de dar disciplina, deem amor. Façam com que seus filhos confiem em vocês, mesmo eles estando errados”.
P8	“Meu Deus, que sofrimento ... Aí, eu me arrependi! Eu não podia ter feito”. Eu devia ter ficado com a minha família; ter enfrentado. Termos levado uma vida sem luxo, sem nada, mas eu ia estar com eles ... Aí! (...) Como pude esquecer do seu [mãe] amor, do seu afeto ... dos seus carinhos (...) Aí ... Eu pedi perdão a minha mãezinha porque não me portei como homem de bem”.
P9	“A minha ilusão ... desapareceu como fumaça! (...) quero prometer ao meu pai e a minha mãe, que nunca mais, nunca mais farei isso!”.
P10	O motivo foi tão pequeno para tanta estupidez. (...) Hoje, eu gostaria de estar cuidando dos meus filhos. Sei que Deus ia me dar força para continuar (...). Mas, infelizmente, eu agi errado (...). O caminho ainda é longo, mas estou disposta ... a me curar, a me regenerar”.
P11	“Eu quero agradecer por esta oportunidade de falar ... e de dizer ... que a misericórdia de Deus alcança, mesmo os mais desgraçados, como sou eu. Obrigado! Obrigado! Que a misericórdia de Deus nos alcance sempre!”

Fonte: Elaborada pela pesquisadora (2019).

Observamos que a Participante 1 fez exortações à vida. Destacamos, o trecho em que fala acerca da produção do seu relato e do fato de continuar viva: “agradeço a vocês a possibilidade de fazer este relato e dizer aos demais que aqui estou”. Na certeza que a vida continuou depois da morte, a colaboradora orienta os possíveis leitores para a necessidade de que se deve buscar soluções para os problemas existências. “E a vida é para ser vivida, é para

ser enfrentada”. Conclui a sua fala fazendo referência ao perdão e a interferência de Jesus na sua experiência de “morte”: “Porque existe o perdão e diante de todos vocês aparecerá Jesus”.

A Participante 2 não registrou um discurso marcado sobre prevenção do suicídio; todavia o entendimento de considerar o suicídio como um ato equivocando e passível de perdão, produziu um modo de pensar que aponta para a nulidade do ato suicida. Apresenta, portanto, um discurso que pode funcionar com o caráter de medida preventiva: Eu não me considero um monstro, mas uma pobre criatura que errou... (...) perdão pelo ato do suicídio. Perdão por ter feito o outro também se suicidar. Sou duplamente culpada”, afirma a enunciativa.

Acerca da temática em foco, o participante 3 afirmou que o evento do seu suicídio serviu para que ela compreendesse que a vida é divina, por isso não cabe ao ser humano decidir sobre o seu término: “Mas, uma coisa nós já aprendemos. Eu e todos que estamos aqui: a vida pertence a Deus. Não podemos tirá-la”. Tampouco o suicida, ao contrário do que pensa, encontrará a paz objetivada com a morte prematura: “(...) não existe morte; do jeito que nós pensamos, que ao tirarmos a nossa vida, vamos encontrar a paz. Quando fazemos isso, só vamos encontramos choro, dor, vergonha”.

Sobre a Participante 4, podemos afirmar que em seu discurso, ela colocou a fé e a confiança, no Deus que lhe foi apresentado, como os fatores principais de prevenção do suicídio. É interessante notar a afirmação de que tanto ela quanto os adeptos da sua igreja possuíam uma outra forma de acreditar nas “coisas”; diferente da que ela passou a perceber, após o ato suicida: “Eu sei que as coisas não são do jeito que se pensam, que eles pensam, que nós pensávamos, que eu também pensava”. Entretanto, não deixa de registrar a importância dos fiéis da sua Igreja na sua doutrinação: “Agradecer, a igreja que me acolhia, e que me ensinou a amar um Deus vivo. (...) O que importa é que me ensinaram a amar a Deus, a respeitar”. Embora não tenha aplicado o ensinamento aprendido na sua igreja, interessa-lhe o fato de que continua a viver e de ser amparada: “Hoje, o que importa para mim é agradecer a todas essas pessoas bondosas, que me ampararam”.

Sobre a temática em foco, o Participante P5 não faz recomendações expressa em seu texto para os possíveis ouvintes, mas, ao pedir perdão pelo ato de suicídio e afirmar querer viver “verdadeiramente” o evangelho que simulou, inferimos a sua posição quanto a valorização da vida e a negação da morte por suicídio: “Eu inicio minha fala, meus irmãos, pedindo perdão. (...). Não só por ter cometido o suicídio, (...). Eu agora quero viver o evangelho verdadeiro, aquele que eu simulei o ensinamento. Agora eu quero viver verdadeiramente”.

Acerca da categoria *Exortação à vida: o clamor dos Espíritos suicidas*, o relato do Participante 6 chama a atenção para hábitos cotidianos inadequados que podem levar à falência

de órgão do corpo físico; comprometendo, dessa forma, a saúde ou provocando o suicídio indireto: “O tanto que eu fumei equivale a um... equivale a um suicídio por arma de fogo”. Pelo suicídio indireto, ele pede perdão: “perdão, perdão aos que eu ofendi... com o meu vício; perdão aos que eu prejudiquei... perdão, perdão...”. Mesmo não se referindo textualmente, o discurso indiretamente faz simultaneamente uma advertência aos vícios e a valorização de hábitos saudáveis.

Sobre a categoria em questão, a Participante 7 faz um apelo aos jovens para que não cometam o suicídio e que confiem os seus conflitos aos pais: “Eu queria dizer, gritar, espalhar prá todos os jovens... que quando se sentirem assim acuados, com problemas que acham que são... sem solução; falem com seus pais. Não tenham medo se vão ser repreendidos, (...)”. Em contrapartida, chama a atenção dos pais para que amem os seus filhos incondicionalmente e que conquistem a confiança dos mesmos: “dizer a vocês que olhem pelos jovens, que aconselhe. E que se forem mães, prestem a atenção; antes de dar disciplina, deem amor. Façam com que seus filhos confiem em vocês, mesmo eles estando errados”.

No que diz respeito ao participante 8, podemos considerar que o seu arrependimento e o seu pedido de perdão representam o sentido de negatividade que atribui ao ato suicida; funciona também como um alerta para o leitor do seu relato: “Meu Deus, que sofrimento ... Aí, eu me arrependi! Eu não podia ter feito”. Representa ainda um chamamento para o enfrentamento dos embates da vida: “Eu devia ter ficado com a minha família; ter enfrentado. Termos levado uma vida sem luxo, sem nada, mas eu ia estar com eles (...)”. O P8 chama a atenção para a valorização dos sentimentos da mãe para com ele: “Como pude esquecer do seu amor, do seu afeto... dos seus carinhos... dos seus dedos finos nos meus cabelos”. Por fim, a necessidade de lembrar que é necessário viver de forma digna e dentro das possibilidades momentâneas: “Aí... Eu pedi perdão a minha mãezinha porque não me portei como homem de bem. Eu quis dar uma vida a minha família, que não estava ao meu alcance e acabei me endividando”.

A Participante 9 fala sobre a oportunidade de pedir perdão aos pais pelos atos cometidos através do seu relato: “Eu não posso perder esta oportunidade. (...) Eu não posso, e nem quero desperdiçar essa oportunidade”. Na sua narrativa registra a sua decepção por ter descoberto que continuou a viver e, portanto, a sofrer os efeitos do seu ato: “A minha ilusão... desapareceu como fumaça!”. O sofrimento pós morte resultou em estímulo para o arrependimento e promessa de não mais cometer o suicídio: “quero prometer ao meu pai e a minha mãe, que nunca mais, nunca mais farei isso!”. Para a P9, considerar o suicídio como solução foi um engano.

O Participante 10, por sua vez, considerou o seu suicídio um ato estúpido injustificado: “O motivo foi tão pequeno para tanta estupidez”. Depois do sofrimento pós morte, compreendeu que deveria ter enfrentado a situação: “Hoje, eu gostaria de estar cuidando dos meus filhos. Sei que Deus ia me dar forças para continuar...”. Por tudo que vivenciou considerou o ato suicida como um engano a ser reparado: “Mas, infelizmente, eu agi errado... (...). O caminho ainda é longo, mas estou disposta... a me curar, a me regenerar”.

Observamos que o discurso do Participante 11 aponta para o sentido do arrependimento pelo ato suicida e do perdão e da misericórdia divina para com o suicida; um “desgraçado” conforme afirmou: “Eu quero agradecer por esta oportunidade de falar... e de dizer... que a misericórdia de Deus alcança, mesmo os mais desgraçados, como sou eu. Obrigado! Obrigado! Que a misericórdia de Deus nos alcance sempre!”.

As nossas leituras dos relatos dos participantes, sobre a categoria em foco, permitiram-nos afirmar que os onze participantes, cada um ao seu modo, produziram um discurso de arrependimento e negatividade sobre o ato suicida. Todos -alguns de forma mais objetiva-, orientam, aconselham e fazem advertências contra o suicídio e exortam diretamente os leitores com pedidos de ações a favor da vida: “E a vida é para ser vivida, é para ser enfrentada”, afirma a P1; “A vida pertence a Deus não podemos tirá-la (...). Que não existe morte do jeito que pensamos (...)”, assevera a P3. Com o objetivo de alcançar o público jovem, a Participante 7, objetivamente, chama atenção dos jovens para a questão da confiança que deve ter no amor dos pais: “Eu queria dizer, gritar, espalhar para todos os jovens (...) falem com os seus pais”.

3.6.5 Categoria 6: Os conceitos de suicídio e de suicida: a ótica dos Espíritos suicidas

Na categoria *conceitos de suicídio e suicida: a ótica dos Espíritos suicidas*, observaremos o tratamento dado aos termos suicídio e suicida pelos onze Espíritos participantes da pesquisa.

Quadro 10 - Categoria 6 - O conceito de suicídio e de suicida.

Participante	Suicídio	Suicida
P1	Suicídio como ato prazeroso por considerá-lo como possibilidade de esconder a motivação que o gerou; depois da descoberta da imortalidade, compreende-o como ato insano e insensato.	Suicida como insensato, réprobo, culpado, vil; passível de piedade, de misericórdia e de salvação, por meio de Jesus.
P2	Suicídio, considerado inicialmente como ato imperdoável; após os cuidados recebidos, como ato reprovável, porém passível de perdão	Suicida considerado inicialmente como um culpado, indigno de perdão; após os cuidados recebidos, como uma pessoa errada, porém passível do perdão e da misericórdia divina.
P3	Suicídio como fraqueza, erro e vergonha, e ato grave e imperdoável.	Suicida como fraco, passível de vergonha, todavia, também de misericórdia, de perdão e de tratamento.
P4	Suicídio visto inicialmente como ato imperdoável, condenável e injustificável.	Suicida considerada como pessoa errada, condenada, desprovida de fé e de confiança no divino; posteriormente, como culpado, todavia recuperável e passível de tratamento.
P5	Suicídio como ato culposo, condenável e imperdoável; posteriormente, como um ato alvo de perdão, piedade e reparação.	Considerava-se um suicida pecador, culpado, indigno de perdão, eternamente condenado ao inferno; posteriormente, como uma pessoa equivocada, passível de perdão, tratamento, recuperação; enfim de salvação e da piedade de Jesus.
P6	Antes de morrer, compreendia a morte com fim do sofrimento; após a “morte” compreendeu o vício como um suicídio indireto, todavia um ato reparável.	O suicida é compreendido como culpado pelo ato; entretanto, passível de misericórdia e de recuperação.
P7	Inicialmente, o suicídio é considerado como fuga; após o ato, compreende a imortalidade e passa a vê-lo como ato equivocado; passível de ser perdoado resultante da falta de confiança e amor aos pais.	Compreende o suicida um doente da alma, passível de perdão, misericórdia divina e tratamento.
P8	Antes da “morte” compreendia o suicídio como solução do conflito; no pós “morte”, passa a ser visto como engano e vergonha, todavia ato como perdoável, cujos efeitos podem ser tratados.	Considera o suicida como um covarde, sem méritos que, no entanto, necessita de misericórdia, compaixão e cuidados.
P9	Antes da “morte” considera o suicídio como uma forma de encontrar o esquecimento, o silêncio e o repouso; depois do ato passou a vê-lo como um engano, passível de ser perdoado e cujos resultados podem ser tratados.	O suicida como pessoa fraca, sem dignidade; passível de causar vergonha, que, mesmo sem merecimentos, recebeu cuidados.
P10	Compreendeu, inicialmente, o suicídio como uma possibilidade de fazer vingança e, simultaneamente, livrar-se do sofrimento; após o ato, passa a compreendê-lo ação estúpida, abominável, entretanto, passível de perdão e de refazimento.	O suicida é visto como fraco, orgulhoso e desprovido de fé em Deus.
P11	O suicídio como ato desaprovado e vergonhoso.	Suicida é considerado um desgraçado que prescinde de perdão e da misericórdia divina, pois ele é vítima e algoz de si mesmo.

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2019)

A participante 1, inicialmente, sentiu o suicídio como um ato prazeroso: “Ninguém está me vendo mesmo, eu senti prazer porque ninguém me via, ninguém sabia do meu ato. Eu podia me esconder”. Depois de descobrir que o seu segredo não pôde ser guardado com a sua morte, mudou de perspectiva e o considerou como um ato de insensatez, de loucura: “Como pude ser tão insensata? (...). E eu comecei a entender o ato insano que eu tinha cometido”. Em consequência, compreende a sua posição de suicida como sendo uma pessoa volúvel, vil, réproba e culpada: “Foi este o meu crime, abandonei aquela criança (...). Assassina (...). Eu deixei prá me livrar. (...) como pude ser tão cruel, (...) tão volúvel. (...) se eu pudesse, eu diria a todo mundo que ele era meu filho. Eu enfrentava o mundo (...). Sou réproba, sou culpada!”. Todavia, apesar de reconhecer-se culpada, considera-se passível de piedade, de misericórdia e de salvação. “Piedade dessa criatura vil que sou eu ... Jesus de Nazaré, me salva”.

Conforme o relato, identificamos que a Participante 2, inicialmente considerou o ato de suicídio como uma ação imperdoável e, consequentemente, o suicida como uma pessoa eternamente culpada: “pedi perdão, não pelo suicídio, mas pelo assassinato; porque me considerava assassina. Pedi perdão pelo assassinato porque achava que prá mim mesmo, pelo suicídio eu não teria perdão (...). Sou duplamente culpada”. Todavia, o fato de ter sido alvo da misericórdia divina, de ser resgatada e tratada, possibilitou que pudesse rever o seu conceito, tanto de suicídio quanto de suicida; passando a compreender, este, como um ato reprovável, mas passível de perdão e, aquele, como uma pessoa que cometeu um equívoco que pode ser corrigido: “Eu não me considero um monstro, mas uma pobre criatura que errou(...). Sei que não vou me livrar tão cedo dessas lembranças dolorosas (...) sei que vou arrancar do meu peito. (...). Ainda me sinto fraca. Fisicamente, ainda me sinto cansada e o peito ainda dói”.

No que diz respeito ao participante 3, o seu relato nos permite afirmar que considerou o suicídio como um erro, um ato de fraqueza, vergonhoso; e o suicida o suicida como aquele que errou gravemente, por isto se considerou como um fraco, passível de sentir vergonha de si e, necessariamente, de promover o autoperdão: “Porque fomos fracos? Eu sinto vergonha de mim mas não adiantou o meu segredo (...). (...) está aqui o resultado do meu erro (...) ainda não me perdoei”. Apesar de todos os adjetivos acima elencados, compreendeu o suicida como aquele que é passível da misericórdia e do perdão: “Pedi, pela primeira vez para Deus me perdoar; para que Deus tivesse misericórdia de mim”; e, também, como passível de correção: “aqui me encontro em tratamento. (...) é longo”. Às vezes quando a gente pensa que a ferida está sarada, ela reabre”.

Observamos, no relato da Participante 4, que a mesma considerou o suicídio um ato condenável, uma vez que foi este o doutrinamento que recebeu na religião da qual era adepta:

“(…) me ensinaram a amar a Deus, a respeitar”. Explicou que o seu ato era injustificável: “Eu não posso usar a desculpa; que eu tinha a proteção de Deus, que convivia com a palavra de Deus, que participava daquela igreja maravilhosa”. Ciente das orientações recebidas no seu contexto religioso, ela isenta a sua religião da culpa de não ter conseguido evitar o ato, colocando-se como a única responsável: “Me faltou fé, me faltou confiança! (...) Se errei, se caí, não foi culpa da igreja, da minha igreja!”.

Para a P4 o suicídio inicialmente era um ato reprovado e o suicida é aquele que não possui, necessariamente, a fé e a confiança em Deus para evitá-lo, portanto, um condenado. Todavia, a sua experiência possibilitou que mudasse o seu conceito sobre os termos em foco: “eu sei que as coisas não são do jeito que se pensa, que eles pensam, que nós pensávamos, que eu também pensava”. Esta nova visão permitiu que pudesse considerar o suicídio como um erro reparável e o suicida como aquele que se equivocou, mas pode reparar o seu erro e se recuperar por meio de tratamento: “E, hoje, me encontro, em tratamento, sob as bênçãos de Maria de Nazaré. Da Nossa Senhora que a minha Igreja não acreditava, que até nos proibia de venerá-la”.

Quanto ao Participante 5, compreendemos que o suicídio foi, inicialmente, considerado, de conformidade com a fé religiosa professada, um ato imperdoável: “Será que eu mereço o perdão? As minhas convicções religiosas me diziam que não porque eu não passei nem pelo purgatório!”. A adoção deste princípio justifica o fato de, após o desencarne, ter pensado que havia passado direto para o inferno, sem direito ao purgatório: “Eu fui direto, sem escala, para o inferno!”.

Posteriormente, refletindo sobre os princípios que professava, lembrou-se que, juntamente com a doutrina da condenação eterna, havia aprendido sobre o perdão: “Um dia lembrei me lembrei de um sermão que falava do perdão; em que Jesus dizia perdoa não sete, mas setenta vezes sete; então se Jesus pregou o perdão, ele podia me perdoar”. Dessa forma, apesar de ter se considerado culpado, vil, canalha e pecador, conforme descreveu -“(…) será que era eu mesma aquela criatura? Tão abjeta, tão canalha que, por anos, consegui enganar toda uma comunidade religiosa. Pousando de bom padre de padre dos jovens. (...)Tenho certeza de que eu sou o mais pecador de todos vocês”- a lembrança do referido fundamento lhe permitiu considerar o suicídio um ato, assim como qualquer outro, passível de perdão; e, por sua vez, o suicida como um equivocado, cujo erro pode ser perdoado: “Jesus crucificado, tende piedade de mim! Salva-me, perdoa-me! E Jesus, não o crucificado, mas o Jesus resplandecente escutou o meu pedido”.

A descoberta digna de nota foi que o seu erro, além de ser perdoável, era suscetível também de reparação: “Não sei quando terei condições de sair desse hospital. O corpo ainda dói”. No seu entendimento, o perdão recebido não o eximia, todavia, do merecido castigo divino: “(...) me confesso culpado; por minha culpa, minha máxima culpa e sei que sou digno de ser castigado”.

Quanto ao Participante 6, identificamos, no seu relato, que ele possuía o conhecimento sobre o conceito de suicídio indireto, que é aquele resultante da falência de órgãos, devido um hábito que danifique as suas funções vitais e provoque a morte lentamente: “O tanto que eu fumei equivale a um... equivale a um suicídio por arma de fogo. Meu pulmão foi todo dilacerado. (...)Eu não tive forças... para parar com o vício e continuei fumando mesmo sabendo que seria o motivo da minha morte”.

Conforme o P6, ele não parou de fumar porque compreendia a morte como o término do seu sofrimento. Entretanto, a sua experiência de “morte” o fez compreender que continuava vivo e que, mesmo não merecendo, podia ser salvo por meio de tratamento: “mesmo uma alma como eu que não teve força para controlar o vício, não fiquei desamparada. (...) venho até vós (...) agradecer a bendita oportunidade... que nos é dada para nos recompormos”. Desse, o P6 passou a compreender a suicídio como ato reparável e o suicida como culpado, entretanto, passível da misericórdia e de recuperação.

Para o Participante 7, antes de cometer o suicídio, o considerava como uma forma de fugir de uma situação embaraçosa na qual se envolveu; mais precisamente, por conta do medo que sentia da reação dos seus pais: “Como eu me arrependo desse suicídio”. Não confiei no amor dos meus pais. Depois do ato suicida e da descoberta da sua imortalidade passou a compreendê-lo como um ato equivocados, resultante da sua falta de confiança no amor que os pais a devotava. Enquanto erro, o suicídio passou a ser considerado como um ato passível de ser perdoado -“E rogo a Deus, todos os dias, que eu possa me perdoar deste ato”-, cujas consequência podem ser reparadas: “Foi assim que... eu vim parar... nesta casa acolhedora”. Em consequência, entendeu o suicida como aquele suscetível de receber o perdão, a misericórdia divina e o tratamento necessário à sua recuperação: “somos todos doentes da alma, que ainda estamos em tratamento”, afirma. O Participante 8 cometeu o suicídio porque não via solução para o seu problema de falência financeira. Dessa forma, compreendeu o suicídio como uma forma de pôr fim ao seu conflito: “eu não tinha como sair dessa situação (...). Eu tinha que acabar com tudo”. Depois do suicídio, passou a vê-lo como um engano, um ato vergonhoso: “Não sei o que está doendo mais, se é a lembrança, a dor, ou a vergonha de ter feito isso. (...) Eu me arrependi! Eu não podia ter feito”. Apesar de entendê-lo como inadequado, percebe-

como um ato perdoável, cujos efeitos podem ser tratados: “E clamei: minha mãe, pedi a Jesus que alivie meu sofrimento”. No que diz respeito ao conceito de suicida, P8 considera como uma pessoa covarde que não possui merecimentos, mas necessita da misericórdia, da compaixão e de cuidados: “E, mesmo sem merecer... a misericórdia (...) fui levado para tratamento”.

O relato da Participante 9 nos possibilita compreender que, antes de cometer o suicídio, ela o considerou como um modo de acabar com todo o seu sofrimento; uma forma de se livrar da situação conflituosa que criou, de “achar o silêncio”, o “esquecimento” e o “repouso”. Entretanto, depois do ato, compreendeu que continuou “viva” e o seu sofrimento se avolumou: “No túmulo, (...) só achei tormento”. Desse modo, arrependida, passou a vê-lo como um engano -“(...) nunca mais; nunca mais farei isso”-, passível de ser perdoado e cujos efeitos podiam ser reparados: “então as noites, longas noites, longos dias de tortura... de dor... chegaram ao fim!... Porque almas bondosas... me resgataram e estão tratando de mim”. Entretanto, para a P9, ser suicida foi motivo de vergonha. Ser resgatada e receber tratamento -sem considerar-se merecedora desses cuidados-, foi um modo de demonstrar o seu agradecimento pelas “almas bondosas”, mas também a sua indignação pelo ato do suicídio: “É bom que todos saibam que foi isso que eu fui... que eu sou! Que eu não quero ser!”, explicou a colaboradora. Outro fato a ser registrado é que, apesar de ter sofrido indução ao suicídio, por parte do seu obsessor, culpou apenas a si mesmo pela iniciativa.

A participante 10 considerou o suicídio como a possibilidade de produzir vingança e se livrar do sofrimento, decorrente da separação conjugal: “A minha intenção era acabar com a felicidade deles... e acabar o meu sofrimento”. Segundo a colaboradora, o suicídio foi um ato estúpido, cuja motivação não o justifica: “O motivo foi tão pequeno para tanta estupidez”. Apesar de um ato abominável, a autora o entende como passível de ser perdão e de refazimento: “perdão aos meus filhos; a minha mãe; a Deus! E pedindo que todos me ajudem a dissipar as mágoas (...) eu podia ter evitado (...)”. Enquanto suicida, considera-se “fraca”, “orgulhosa” e desprovida de fé: “Foi a minha fraqueza. O meu orgulho... e a minha falta de confiança em Deus. (...) infelizmente, eu agi errado (...). E aqui estou (...) confessando a minha fraqueza”. A colaboradora chama a atenção para a importância de se preservar a vida e a manutenção do cuidado com os filhos. Estes, muitas vezes, esquecidos por aqueles que morrem por suicídio “Hoje, eu gostaria de estar cuidando dos meus filhos. Sei que Deus ia me dar forças para continuar...”. (PARTICIPANTE 10).

O participante 11 considera o como um ato desaprovado e vergonhoso: “eu em senti envergonhado”. Compreende o suicida como um “desgraçado”, que prescinde do perdão e da misericórdia divina: “Deus, misericórdia! Deus, misericórdia! E Deus teve sim misericórdia

mim..(...) a misericórdia de Deus alcança, mesmo os mais desgraçados”. O colaborador compreende o suicida tanto como vítima como algoz de si mesmo. No seu caso ele assume a culpa por produzir a motivação do ato: “Mas, eu não fui vítima, não! Não fui vítima! Se passei por essa situação, por essa experiência... foi unicamente... pelo aquilo que eu fiz, pelo aquilo que eu cometi”.

Cada um ao seu modo, todos os participantes registram a discordância acerca da produção do ato suicida. Percebemos que há uma mudança de conceituação sobre a categoria suicídio que se dá depois da experiência de morte, cujas circunstâncias são passíveis de produzir a mudança. Para os conceitos de suicídio e suicida diferentes sentidos foram produzidos. Resguardada as singularidades de cada participante, é o sofrimento o grande vilão do pós morte, pois ele funciona como o dispositivo que aciona o processo de mudança de conceptualização. De um modo geral, o suicídio é visto como um ato reprovável, mas passível de perdão e refazimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa representa a nossa movimentação em busca de respostas para um fenômeno complexo que, ressaltando questões culturais específicas e localizadas, inquieta e incomoda seres humano em todos os quadrantes do planeta: o suicídio. Em termos técnicos, trata-se de um tipo de violência autoprovocada voluntariamente que culmina em morte.

Com toda a firmeza que a experiência de vida e a idade pôde me proporcionar, assevero que esta pesquisa surgiu da minha vontade de compreender a problemática do suicídio e da esperança de poder contribuir com maior eficácia com a problemática. Afirmando que a pesquisa nasceu da curiosidade, do assombro e da estranheza que o fenômeno me causa. Dos lugares sociais que tenho ocupado, nesta existência, não haveria como permanecer insensível ao suicídio.

Entretanto, para que o meu projeto de pesquisa se tornasse concreto, havia barreiras a enfrentar. Enquanto pessoa, tenho procurado cultivar o hábito de procurar colaborar com o outro, por meio da escuta de suas queixas e inquietações. Pois bem, como pesquisadora também precisava ouvir a “voz” do suicida sobre a sua experiência com o suicídio. Entendo que só assim poderia compreender motivações que pudessem explicar o ato de sair de cena, antes do apagar das luzes e do fechar das cortinas.

Ouvir a voz do suicida para muitos, porém, pode parecer bizarro e, até mesmo, impossível de acontecer. Todavia, a minha experiência prática e de leitura no campo do Espiritismo sinalizou que o projeto era perfeitamente viável, desde que pudessemos contar com a colaboração voluntária de Espíritos suicidas, que se dispusessem a narrar as suas histórias de experiências com o seu próprio suicídio. O primeiro desafio foi vencido. Outro obstáculo foi o espaço acadêmico para a execução de um projeto de pesquisa nesses moldes; no caso, no Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB onde ele foi acolhido e executado. Como é notório, todas as barreiras foram vencidas e, nesta última seção, estamos registrando os resultados finais da nossa autópsia espiritual.

Nossas vontades de obter um discurso espírita atualizado sobre o suicídio, por meio da escuta sobre o que o Espírito suicida tem a nos dizer acerca do tema, e também de buscar compreender como este assunto foi tratado pela sua ótica, e ainda de possibilitar que práticas de intervenção possam ser realizadas a partir da sua fala, no nosso entendimento, foram consideradas com a execução da pesquisa.

Compreendemos que os procedimentos adotados, descritos de forma detalhada no capítulo III, funcionaram com eficácia no processo de desenvolvimento e execução da pesquisa, possibilitando que alcançássemos os objetivos almejados. A nossa prática de análise e funcionamentos de discursos, por meio da Análise de Discursos de linha francesa, permitiu-nos observar que o discurso do suicida emergiu por meio de condições sócio históricas específicas de produção de discursos e de um certo modo de produção de discursos, no caso a mediunidade de psicofonia, modalidade de comunicação legitimada pela doutrina espírita. Enquanto discurso, materializou-se em forma de relatos, um gênero apropriado para narrativas de autores espirituais; apresentou conteúdo temático específico sobre o suicídio ao qual pode ser atribuído um status de discurso preventivo; mostrou características individuais de cada sujeito autor e, ainda, uma construção composicional específica na veiculação das informações. (BAKHTIN, 1992).

Compreendemos que a nossa incursão no campo da saúde oficial - mais especificamente no cenário mundial, a partir da “escuta” de três fontes documentais: o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID10) e o SUPRA-MISS; no cenário brasileiro, a partir do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Psiquiatria, e do Conselho Federal de Medicina; e no contexto do município de João Pessoa, a partir de ações de prevenção, realizada com o objetivo de observar o tratamento dado ao fenômeno do suicídio -, possibilitou-nos o entendimento de que a movimentação dos cuidados em torno desta problemática vem ganhando contornos acentuado, tanto em nível mundial quanto nacional e estadual. Todavia, ainda representa muito pouco diante da complexidade constitutiva do suicídio.

Notamos que a OMS oferece fundamentos teóricos em abundância para subsidiar ações no campo da prevenção; todavia ainda são poucos veiculados e utilizados pelos seus estados-membros; demandando um esforço maior na divulgação deste material, por parte dos responsáveis dos setores aos quais ele se dirige. Infelizmente, a movimentação na produção de ações preventivas do suicídio tem recebido maior estímulo durante o período da campanha referente ao *Setembro Amarelo*. No contexto brasileiro, vale notar o trabalho ininterrupto de prevenção do suicídio disponibilizado pelo CVV em parceria com o Ministério da Saúde, ampliando o número de linhas em todo o território nacional. Em nível estadual, mais especificamente na cidade de João Pessoa, as ações ainda são escassas e descontínuas. O aumento do número de suicídios, inclusive no público infantil, sinaliza que a problemática continua a exigir cuidados especiais. Conforme preconiza a OMS: o suicídio é um problema

complexo de saúde pública que continua a reclamar solução, não só por parte de órgãos públicos, mas de todos os segmentos da sociedade.

A afirmação da OMS de que a religiosidade figura como um importante fator de prevenção do suicídio foi um grande estímulo para produção e execução desta pesquisa. Como resultado da observação do cuidado do suicídio neste domínio, a nossa incursão no campo religioso do Espiritismo nos possibilitou uma compreensão de como este campo funciona no objetivo de minimizar o problema. Constatamos que apesar de haver uma preocupação com a prevenção, as práticas postas em funcionamento nos Centros Espíritas ainda são insuficientes para colaborar na minimização do fenômeno, uma vez que estão mais voltadas ao atendimento de Espíritos suicidas em sessões mediúnicas, ou seja, o campo ainda está mais preocupado com os “mortos” do que propriamente com os “vivos”. De fato, é necessário registrar que apesar de o problema do suicídio ser antigo, a preocupação com a sua solução é bastante nova. Podemos considerar a hipótese de que a ideia do tabu produzido em torno dele, ao longo do tempo, possa justificar a atual limitação na produção de ações preventivas.

A novidade e a surpresa, inclusive para nós que, até a execução desta pesquisa, não havíamos feito a leitura de o livro *Memórias de um suicida*, foi a descrição, veiculada no livro, de um trabalho específico de cuidados com o suicida no mundo espiritual, através da Colônia Maria de Nazaré, instituição liderada pelo Espírito Maria de Nazaré. Ao contrário do que ocorre nas escassas práticas específicas de prevenção do suicídio, disponibilizadas na atualidade pelos Centros Espíritas, o referido espaço espiritual está organizado para resgatar, receber e cuidar de Espíritos suicidas, acometidos de problemas resultante de diferentes modalidades de suicídio, desde a sua chegada no mundo espiritual, após o fenômeno da morte física, até o seu novo reencarne e posterior desencarne. Chamou-nos a atenção, além dos departamentos, a existência de uma cidade universitária funcionando, em alguns aspectos, em moldes similares as nossas instituições universitárias, ressaltando, é claro, a questão da disposição de homens e mulheres. Outro detalhe a notar é que, para efeito de atendimento, os Espíritos femininos e masculinos ocupavam departamento distintos, e não identificamos menção sobre a questão dos cuidados dispensados a Espíritos com orientação sexual diversa.

Por fim, chegamos ao ponto de culminância da nossa pesquisa que foi a escuta das vozes dos suicidas, por meio dos relatos psicofonados, com o objetivo de observar o tratamento dados por ele ao fenômeno do suicídio, procedimento que denominamos de autópsia espiritual. Dentre as seis categorias analisadas, apresentadas no capítulo III, destacamos os seguintes dados:

Na primeira, *as condições de produção do relato*, vale notar que a maioria dos Espíritos, uns de forma mais clara e objetiva do que outros, apresentaram os seus relatos de conformidade com as circunstâncias requisitadas para a pesquisa.

Na segunda, *as condições da produção do suicídio*, chamou-nos a atenção a diversidade de motivação para o suicídio, e de modalidade de ato suicida. No que diz respeito a motivação, notamos a problemática do desequilíbrio emocional, da questão moral, da impulsividade e da incompetência na gestão de conflitos como os quatro principais vilões no quesito: fatores de risco para o suicídio. Quanto à modalidade, registramos a questão da simulação de situações que escondem o ato suicida a apontar para a questão da subnotificação dos números de suicídios.

Na terceira categoria, *as condições de produção do desencarne*, queremos chamar a atenção para a questão da existência da indução ao suicídio, por parte dos Espíritos obsessores; para o tema intrigante da recepção dos suicidas pelos obsessores, assunto apresentado por todos os onze colaboradores e, finalmente, para o sentimento de desapontamento apresentado por todos os participantes, com a descoberta do princípio da imortalidade e do agravamento dos sofrimentos como resultante do ato suicida.

Na quarta categoria, *as condições de produção dos cuidados pós-suicídio*, identificamos que todos os Espíritos colaboradores receberam tratamento específicos de acordo com as necessidades apresentadas. Cuidados que são acionados como resultante de três gestos: o arrependimento, o remorso e a conexão com Deus, Jesus e/ou Maria de Nazaré, por meio de oração.

A quinta categoria, *a exortação da vida pelos suicidas*, registra promessas de não repetir o ato, e pedidos para que os possíveis leitores dos relatos compreendam a ineficácia do ato de suicídio e valorizem a vida; resolvendo os conflitos ao invés de sucumbir, escolhendo a morte como solução última para a resolução de problemas.

Na sexta e última categoria, *os conceitos de suicídio/suicida na ótica dos Espíritos suicidas*. Quanto ao conceito de suicídio, observamos dois momentos de produção de sentidos, antes do ato e depois dele. No primeiro momento o suicídio é visto como solução para o conflito, para o sofrimento, uma vez que ele é a chave que dá acesso à morte enquanto fuga, refúgio, esconderijo; depois do desapontamento de se descobrir vivo após a morte física, o suicídio é visto como um ato inominável, um grave erro, um enorme desvio, uma desobediência às regras divinas sobre a preservação da vida. O conceito de suicida também se modifica nos dois momentos; no primeiro, não há a produção de um sentido; após a morte, o suicida é apresentado ora como covarde, ora como um culpado que não merece perdão, digno do castigo divino;

todavia, paradoxalmente, como uma alma sofredora, inconsequente, que necessita do perdão e da misericórdia divina para se retratar, recuperar-se e continuar a viver, já que a vida continuou apesar da morte do corpo físico.

Para a análise do corpus selecionado, utilizamos fundamentos da teoria de Análise de Discurso (AD). A AD considera que o texto/discurso, enquanto dado linguístico, é um objeto aberto e inacabado; assim sendo, impossível de ser apreendido e interpretado na sua totalidade. Por este motivo, asseguramos que o corpus analisado, nesta pesquisa, continuará à disposição de outros olhares; para que outras análises possam ser efetuadas e o impossível de ser apreendido, que escapou aos nossos olhos, possa ser identificado em outras análises, provocando movências de sentidos, para além dos já produzidos para os dados apresentados, por ocasião desta pesquisa.

Nesta pesquisa, como informamos, não nos interessou saber a identidade dos sujeitos enunciadoreis suicidas, ou seja, quem foram os autores do discurso, mas como os suicidas construíram a autoria do seu dizer sobre a sua própria morte. Falando de outra forma, não foi o nosso foco saber e/ou especular se a autoria do texto foi assumida por um sujeito de conhecimento público comprovado, a exemplo, de um dizer cuja autoria seja atribuída ao sujeito Espírito que afirma ter sido o presidente do Brasil Getúlio Vargas, morto por suicídio, ou, ainda, por um sujeito suicida desconhecido. Nesse sentido, a pesquisa buscou observar o discurso do sujeito enunciador suicida sobre o acontecimento do qual foi autor: o seu suicídio e produzir uma leitura de como produz um saber acerca da categoria suicídio. Isto porque o que nos interessou neste estudo não foi questionar a autoria, mas observar a função autor posta em funcionamento pelos Espíritos colaboradores (FOUCAULT, 1992).

As marcas discursivas apresentadas nas narrativas possibilitaram denunciar as diferentes posições e filiações discursivas de cada sujeito suicida e, também, de mostrar a interdiscursividade constitutiva dessa modalidade de discurso que, embora seja produzido no contexto do sistema religioso espírita, advém de diferentes lugares do dizer, (não) religiosos; contribuindo para reforçar, sedimentar e naturalizar princípios doutrinários basilares dessa doutrina sobre objetos como a morte, a vida, a imortalidade do Espírito, a vida no mundo dos espíritos e a reencarnação, dentre outros.

Em consequência do vigor e da globalidade com que o suicídio vem demarcando a sua presença, acreditamos que os resultados obtidos com esta pesquisa poderão ser relevantes, no que diz respeito ao estímulo e a elaboração de respostas a serem produzidas por outros pesquisadores acerca do suicídio. Inclusive de oferecer possibilidades de, a partir dos dados

levantados, pensar-se na formulação de ações alternativas de prevenção que possam colaborar para inibir a incidência de tentativas de suicídio e do suicídio propriamente dito.

Considerando o fato do ineditismo dos textos (dados) dos sujeitos autores suicidas, analisados nesta pesquisa e, ainda, do fato de que os estudos realizados no campo especializado nesta temática não se apropriou dessa modalidade de discurso com o objetivo de apreender os possíveis tratamentos dados a categoria suicídio pela perspectiva do próprio suicida, compreendemos que o corpus selecionado e analisado poderá se constituir posteriormente em significativo objeto investigativo, uma vez que poderá abrir espaços para que outras possibilidades de se pensar o suicídio sejam possíveis de ser produzidas.

Compondo o quadro dos neófitos no estudo do tema, compreendemos que os resultados desta pesquisa poderão contribuir, de forma significativa, com o quadro de pesquisas já efetivadas em torno do fenômeno do suicídio; colaborando com a construção e o fortalecimento da formação do banco de dados sobre o objeto em foco. Sua inserção neste cenário, contribuirá, de forma mais específica, com a formação do banco de teses da Pós-Graduação em Ciências das Religiões que ora se inicia, com a primeira turma da doutorado e da qual sou parte integrante; com os propósitos da UFPB em expandir e movimentar os elementos que compõem o tripé que justifica e sustenta sua existência no conjunto das Instituições de Ensino superior (IES): o ensino e, mais especificamente, a pesquisa e a extensão; com o campo médico que, ao eleger o suicídio como problema de saúde pública e ao legitimar a religião como fator de prevenção do mesmo, movimenta diferentes esferas da atividade humana em busca de respostas às problemáticas estabelecidas em torno do suicídio; com o Espiritismo, uma vez que poderemos conhecer o tratamento dado por este sistema religioso ao suicídio, seja no âmbito da conceituação, seja no campo de práticas preventivas; com a sociedade de um modo geral, uma vez que representa mais um possibilidade de leitura e reflexão sobre um tema que precisa necessariamente sair do limbo.

Intimamente, compreendo que viver é atribuir sentidos a existência. Por isso, sempre senti que a experiência do viver exige dos seres humanos um sentimento muito especial pela vida e, por que não dizer, pela morte. Para muitos, quando cessam os sentidos do viver resta extinguir a vida. Sempre busquei sentidos (muitos!!) para justificar a minha existência e alimentar a minha vontade de viver. Talvez seja por isso a causa da minha surpresa e tristeza quando tomo conhecimento que alguém desistiu da experiência do viver. Advém também destes sentimentos, a vontade de entender o fenômeno do suicídio e pensar modos de como preveni-lo.

Sentimentos de curiosidade e perplexidade, diante do fenômeno do suicídio, acentuaram-se e transformaram-se em vontade de aproximar-me cada vez deste objeto, inicialmente de forma tímida, e posteriormente, de forma aprofundada, cujo resultado é a execução desta pesquisa. Esperamos, portanto, que esta reflexão possa colaborar, de algum modo, com as pessoas que possuem ideário suicida e ainda com aqueles que passam por enlutamento devido a morte de parente por essa causa.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida**: conhecer para prevenir. 1 ed. Rio de Janeiro: ABP, 2009. [E-Book]. Disponível em: Acesso em: 20 de set. de 2017.

BARROS, V. A. & SILVA L. R. A pesquisa em História de Vida. In I. B. Goulart (org.) **Psicologia organizacional e do trabalho**: teorias, pesquisa e temas correlatos; pp. 134-158. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

BARROS, C.R., NOGUEIRA, M. L.M., & BARROS, V. A. “**Conte-me sua história**”: Reflexões sobre o método de história de vida. Mosaico: estudos em psicologia. V 1, Nº 1, p. 15-35. 2007.

BOTELHO, Camilo Cândido. (Espírito). **Memórias de um suicida**. [Pelo Espírito Camilo Castelo Botelho, sob a orientação do Espírito Léon Denis]; psicografado por Yvonne A. Pereira. - 2.ed. – Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2004 688p.; 21cm.

BRASIL **Política. Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm

BANDO, D. H. **Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil**: uma revisão sistemática. Revista Gestão & Políticas Públicas, São Paulo, vol. 4(2), p. 334-356, 2014. 113
PETERS, B. Guy. (1986) American Public Policy: promise and performance. Califórnia: CQ Press. 2013.

BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: _____. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 277-326.

BERNARDES, Anita Guazelli. **Potências no campo da saúde**: o cuidado como experiência ética, política e estética. *Barbaroi* [online]. 2012, n.36 [citado 2016-06-15], pp. 175-190 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782012000100011&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-6578. Acesso em: 10 de junho de 2016.

BRASIL. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 3 out.

BRASIL. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais Para Prevenção do Suicídio, A Ser Implantadas em Todas As Unidades Federadas, Respeitadas As Competências das Três Esferas de Gestão. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde** Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)**. 2006.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**. Lei 11.340/2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm Acesso em 29 de abril de 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Brasília 2013.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio**. Ministério da Saúde 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. In Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006 institui a **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Decreto lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acessado em: 24 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acessado em: 24 de fevereiro de 2017.

BRASIL, Lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências**. Disponível em: <https://cemitariosemisterio.com.br/documentos-necessarios-para-ser-cremado/>. Acesso em 10 de janeiro de 2018.

BRASIL. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>asil. 2017 a 2020. Brasília – DF. 2017. Acesso em: 20 de junho de 2018

Brasil. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [S.l]:MS; 2006. [acesso em 27 jan. 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf.

BRASIL. PORTARIA nº 737, de 16 de maio de 2001. http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf

BRASIL. PORTARIA n.º 1968/GM, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BTESHE, M. et al. **Suicídio na literatura religiosa**: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v.4, n.3, set. 2010

BOTELHO, Camilo Cândido (Espírito). **Memórias de um suicida** (pelo Espírito Camilo Cândido Botelho, sob a orientação do Espírito Léon Denis; (psicografado por) Yvonne A. Pereira. 2. ed. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2004.

BERTOLETE, José M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp. 2012.

BOTEGA, Neury J., WERLANG, Blanca S. G., Cais, CARLOS F. da S. & MACEDO, Mônica M. K. **Prevenção do Comportamento Suicida**. Revista Psico. Porto Alegre, V.37, n.3, p. 213-220, 2006.

BOTEGA, Neury José. **Suicídio**: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 29(1), p. 7-8. 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Disponível em: Acesso em 12 de junho de 2017.

CORDEIRO, A. M. & VENÂNCIO, A. (2004). **Automutilação**: para lá do sintoma. Psiquiatria Clínica, 25 (3), 173-184.

CORREIA, Humberto, BARRERO, Sérgio Pérez. VOLPE, Fernando Madalena. Epidemiologia do suicídio. In Humberto Correia e Sérgio Perez Barrero. **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo, Editora Atheneu, 2006.

COSTA JSD, VICTORA CG. **O que é "um problema de saúde pública"?** *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(1): 144-6.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir** / Associação Brasileira de. Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014. 52p. disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / - Brasília: CFP, 2013. 152p.

DAOLO, E. R. . **Condutas Autodestrutivas: O suicídio Indireto**. E-Locução – Revista Científica da FAEX, v. 1, p. 90-101, 2011. Disponível em: https://faex.edu.br/_arquivos/_revistas/503103001333372195_8.pdf. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DOYLE, Arthur Conan. A história do Espiritismo. São Paulo: Pensamentos, 1995.

DURKHEIM, ÉMILE. **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2005. 245p.

EMMANUEL. (Espírito). (1968) **Luz no lar**/ditado por Espíritos diversos [psicografado por] Francisco Cândido Xavier. 12.ed. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira. 2010.

EMMANUEL; LUIZ. André. (1963) Opinião Espírita/ ditado pelo Espírito André Luiz e Emmanuel [psicografado por] Francisco Cândido Xavier. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira. 2009.

FOUCAULT, M. **O que é um autor?** Tradução Antonio Fernandes Cascais e Eduardo Cordeiro. 4 ed. Editora Veja Passagens, 1992.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo, Loyola, 2000b.

_____. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2000c.

_____. Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault; tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro. Edições Graal. 2007.

GUIMBELLI, E. **O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

GIUSTI, Jackeline Suzie. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Tese (doutorado) Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria. São Paulo, 2013.

GOLDMAN, M. (1984). **A possessão e a construção ritual da pessoa no Candomblé**. Dissertação (Mestrado). Museu Nacional, UFRJ. Rio de Janeiro. 1984.

_____. Uma categoria do pensamento antropológico: a noção de pessoa. In: _____. **Alguma antropologia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política, 1999. (p. 20-35).

_____. **A construção ritual da pessoa: a possessão no candomblé**. Religião e Sociedade 12 (1): 22-54 (agosto 1985).

GONÇALVES, I. C. F. **Psicografia: verdade ou fé?** João Pessoa: Ed. Universitária. 2011.
 _____. Iracilda Cavalcante de Freitas (org.). **Suicídio: Prevenção, Posvenção e Direito à vida.** vol. 2.1.ed – João Pessoa- PB: CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017.

LEWIS, Ioan M. **Êxtase Religioso: Um Estudo Antropológico da Possessão por Espírito e do Xamanismo.** São Paulo: Perspectiva, 1977.

KARDEC, Allan. **Revista Espírita** Ano I (1858). Edições Junho, Setembro e Novembro. Federação Espírita. Rio de Janeiro.
 _____. **Revista Espírita** Ano II (1859). Edições Janeiro, Junho, Julho e Novembro dezembro. Federação Espírita. Rio de Janeiro
 _____. **Revista Espírita** Ano III (1860). Edições Junho e Agosto. Federação Espírita. Rio de Janeiro.
 _____. **Revista Espírita** Ano IV (1861). Edições Fevereiro, Abril e Junho. Federação Espírita: Rio de Janeiro.
 _____. **Revista Espírita** Ano V (1862). Edições Maio e Julho. Federação Espírita: Rio de Janeiro.
 _____. **Revista Espírita** Ano VI (1863). Edição Abril. Federação Espírita: Rio de Janeiro.
 _____. **Revista** Ano VII (1864). Setembro e Novembro. Federação Espírita: Rio de Janeiro.
 _____. **Revista Espírita** Ano X (1867). Edição Fevereiro. Federação Espírita: Rio de Janeiro.
 _____. **Revista Espírita** Ano XII (1869) Edição de janeiro. Federação Espírita: Rio de Janeiro.
 _____. **Obras Póstumas.** FEB, Rio de Janeiro, 1985.
 _____. **O Livro dos Espíritos.** FEB, Rio de Janeiro, 2000a
 _____. **O Livro dos Médiuns.** FEB: Rio de Janeiro, 2000b.
 _____. **O Evangelho Segundo o Espiritismo.** FEB: Rio de Janeiro 2000c.
 _____. **O céu e o inferno.** Brasília: FEB: Rio de Janeiro, 2000d.
 _____. **A Gênese: Os milagres e as predições segundo o Espiritismo.** FEB: Rio de Janeiro 2000e.
 _____. **O que é o Espiritismo.** FEB: Rio de Janeiro. 2004.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. de. **As políticas públicas para prevenção de suicídios.** Revista Brasileira de Tecnologias Sociais , v. 2, p. 161-172, 2015.

KOZINETTS, Robert. V., **Netnografia: Realizando pesquisa etnográfica online.** Porto Alegre: Penso, 2014. 203p.

KRUG, G. Etienne, DAHLDERG, L. Linda, NERCY, A. James, ZWI, P. Antony, LOZANO, Rafael. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde - OMS.** Genebra:2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

LUIZ, André. (Espírito). **Nos Domínios da Mediunidade/** ditado pelo Espírito André Luiz [psicografado por] Francisco Cândido Xavier. 32.ed. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2005.

_____. (Espírito). **Nosso Lar/** ditado pelo Espírito André Luiz; [psicografado por] Francisco Cândido Xavier. – 59.ed. – Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2007.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Da fala para a escrita**: atividades de retextualização. São Paulo: Cortez, 2004.

MATUMOTO, Silvia et al. **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família**: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Botucatu, v.9, n16, p. 9-24.

MAUSS, M. (1974). Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de "Eu". In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU. (p.369-397).

MERLEAU-PONTY, M. (1994). **Fenomenologia da percepção** (C. Moura, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. 1999

_____. **O visível e o invisível**. São Paulo: Perspectiva, 1984.

MIRANDA, Tatiane Gouveia de. **Autópsia psicológica**: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda. 2014. 159 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MOURA, Marta Antunes de Oliveira (Org), 1946 - **Mediunidade**: estudo e prática. Programa 1. / Marta Antunes de Oliveira Moura (organizadora). — 2. ed. — 1. imp. — Brasília: FEB, 2014.

NEVES; SEMINOTTI; SILVA. Transversalidade do suicídio: contribuições da construção social da morte para reflexo sobre prevenção e posvenção do suicídio. In: GONÇALVES. Iracilda Cavalcante de Freitas (org.). **Suicídio**: Prevenção, Posvenção e Direito à vida. vol. 2.1.ed – João Pessoa- PB: CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017.

NOGUEIRA, Maria Luisa Magalhães et al. **O método de história de vida**: a exigência de um encontro em tempos de aceleração. Pesqui. Prát. Psicossociais, Ago 2017, v 2, nº 02, p 466-485. ISSN 1809.8908

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Site**. Disponível em:

[https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-](https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search)

[BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search](http://www.who.int/&prev=search). Acesso em: 06 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde** - (CID). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>.> Acesso em: 10 de junho de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra; 2006. Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2009 Disponível em:

<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9849>. Acesso: 15 agosto 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** um manual para médicos clínicos gerais [online]. Genebra: OMS; 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf. Acesso em 27 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da mídia. [online]. Genebra: OMS; 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 28 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio:** um recurso para professores e outros funcionários da escola. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 28 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio:** um recurso para profissionais da atenção primária à saúde. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio em cadeias e Prisões.** Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio: como iniciar um Grupo de Sobreviventes.** (2006). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio:** um recurso no trabalho. (2006). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio:** um recurso para policiais, bombeiros e outros socorristas de primeira linha. (2009). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio:** um recurso para o registro de casos de suicídio (2011). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Acesso em: 30 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio:** um recurso para registro de casos de suicídio não fatal. (2014). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Acesso em: 30 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção primária de distúrbios mentais, neurológicos e psicossociais** (1998). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2018. Acesso em: 30 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura** (2012) (traduzido). Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>. Acesso em 25 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de Intervenção mhGAP**. (2011). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/. Acesso em 14 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool**. (2010). Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbdisport.pdf. Acesso em: 25 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Vigilância de lesões fatais em casas e hospitais: um manual para profissionais**. (2012). Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search> Acesso em: 26 de março de 2018. Organização Mundial da Saúde. *Plano de ação Integral em Saúde Mental 2013 – 2020*. Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>. Acesso em: 26 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenindo o suicídio: um imperativo global**. Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>. Acesso em: 25 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atlas da Saúde Mental da OMS** (2015). Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=ptBR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>. Acesso em: 26 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual prático para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autoagressão** (2016). Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>. Acesso em: 26 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatísticas Mundiais de Saúde 2016: Monitoramento da saúde para os ODS**. Disponível em:

<https://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>. Acesso em: 27 de março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um kit de ferramentas de engajamento da comunidade Versão piloto 1.0. (2016). Disponível em: <https://translate.google.com.br/translate?hl=ptBR&sl=en&u=http://www.who.int/&prev=search>. Acesso em: 03 de abril de 2018.

WHO (2002). **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS** : Protocol of SUPRE-MISS. World Health Organization: Geneva

PAULINO, Naray Jesimar Aparecida. **Considerações jurídicas sobre o suicídio**. In Humberto Correia e Sérgio Perez Barrero. *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo, Editora Atheneu, 2006.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.

PEREIRA, Yvonne A. **Devassando o Invisível**. 9ª ed. Brasília-DF. Federação Espírita Brasileira. 1994.

POSSENTI, Sírio. **O dado dado e o dado dado**. In PEREIRA DE CASTRO, Maria Fausta. O método e o dado no estudo da linguagem. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.

PERES JF, MOREIRA-ALMEIDA A, CAIXETA L., Leão F, Newberg A. **Neuroimagem durante o estado de transe**: uma contribuição para o estudo da dissociação. PLoS One. 2012; 7 (11): e49360.

POLAK, Ymiracy N de Souza. **A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem**. Tese de doutorado em enfermagem. Florianópolis, 1996. 135p.

REIS, Vânia, LEITE, Rener. **Projeto Caminhos**: Dependência Química, Suicídio e Depressão. Federação Espírita Brasileira. Coordenação Regional Nordeste da área de Atendimento Espiritual Sub-Região MA, PI e CE. Teresina. Piauí. 2014.

SANTOS. Roberto Mendes. **Comportamento Suicida na emergência psiquiátrica**: cuidando para prevenir, in: GONÇALVES. Iracilda Cavalcante de Freitas (org.). Suicídio: Prevenção, Posvenção e Direito à vida. vol. 2.1.ed – João Pessoa- PB: CuideSi Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017.

SANTOS. Dominique Vieira Coelho dos. **Uma resposta à questão do esperanto como proposta de língua universal sob a ótica da problemática das identidades**. v. 12, n. 13. 2010. Revista de Letras. ISSN: 2179-5282.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 31, n. 5. 1997 .

SILVA, M. A. et al. **Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências**. Epidemiologia de Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 57-64, 2007.

SMOLEN Jenny Rose; ARAÚJO Edna Maria de. **Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva. Núcleo de Pesquisa em Desigualdades em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, 2017.

SOBRINHO, Paulo da Silva Neto. **As Colônias Espirituais e a Codificação.** Belo Horizonte: MG. 2014.

SOUZA, Nei Ricardo de. **Sobrevivendo ao suicídio:** Estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Sociologia, Universidade Federal do Paraná, 2005.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014** - Os jovens do Brasil. Brasília, 2014. Disponível em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf. Acesso em 30 de março de 2017. WHO. World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. France, 2016.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R. & Fensterseifer, L. Índícios de potencial suicida na adolescência. *Psicologia Revista São Paulo*, 14 (1), 41-57, 2005.

WERLANG, Blanca Susana Guevara, BOTEAGA, José Neury. **Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) em Casos de Suicídio.** In Humberto Correia e Sérgio Perez Barrero. *Suicídio uma morte evitável.* São Paulo, Editora Atheneu, 2006.

_____, Blanca Susana Guevara. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio'** 01/02/2001 347 f. Doutorado em CIÊNCIAS MÉDICAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS Biblioteca Depositária: biblioteca Central.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre. Editora: Bookmam. 2001.

SMOLEN Jenny Rose; ARAÚJO Edna Maria de. **Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva. Núcleo de Pesquisa em Desigualdades em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, 2017.

ANEXOS

ANEXO A

PARTICIPANTE 1 (P1) - Primeiro relato (escrito e gravado parte em vídeo) (02-08-2017)

Cara de mármore

Fiquei assim, por muito tempo, sem conseguir mover um só músculo. A boca entreaberta, por onde as formigas entravam e saíam e depois os vermes, mas o meu rosto continuava imóvel. Não sabia onde estava! Não sabia agir! Tinha vontade de gritar, de pedir socorro, mas aquele rosto continuava imóvel, imóvel ! E assim fiquei sem poder ter ação alguma. Com muito esforço conseguir grunir; porque eu não falei, eu grunhi pedindo socorro. E a resposta, para meu desespero, foi que eu escutei: tu quisestes! Tu fizestes! Te arrependestes? Não sabes o que fizestes? Tu, como todos os outros faz, tira a própria vida e depois chora, e depois se desespera? Tu não vai sair tão cedo daí. Tu te mataste, lembra? Tu tomaste veneno, lembra?

Aquelas palavras duras, mas verdadeiras, me tirou da letargia mental. E eu pude recordar o momento em que eu bebi veneno. Seu efeito foi tão devastador e eu só me lembro de ter ingerido. Só depois, fiquei sentindo esta cara marmorizada. E foi preciso que essa criatura desalmada viesse jogar na minha cara a minha desdita. Foi preciso jogar na cara que eu sou uma suicida. Tudo isto que aconteceu, por mais que eu não quisesse aceitar, o fato é que me matei. Eu tomei veneno para morrer. Eu não queria! Eu não podia! Eu não ia aguentar o escárnio de todos que me conheciam. Eu não tinha coragem de ser julgada. O orgulho, a vergonha, o medo. E pensei que fosse mais fácil acabar com tudo.

Porque esta criatura está sendo tão malvada comigo? Porque ri de mim? Porque ri da minha desgraça? Resolvi me calar; não mais tentar falar, nem mesmo grunhir, porque aquele rosto sem vida, imóvel não me deixava falar. Mas para não escutar mais a voz daquela criatura que não me deixava mais falar...

E aos poucos aqueles vermes iam corroendo o meu corpo. Mesmo assim, eu pensava: ninguém está me vendo mesmo. Eu fugi da vergonha... Neste momento, eu senti prazer porque ninguém me via, ninguém sabia do meu ato. Eu podia me esconder.

Estava longe de saber que estava sendo descoberta no meu ato. Meu Deus, meu Deus! Como pude ser tão insensata? Mesmo depois de ter cometido aquele ato, mesmo depois de...e

mesmo assim me faltava o arrependimento. Me faltava a certeza de que eu tinha errado. Os vermes caminhavam pelo meu corpo, mas deixou o meu rosto. E eu comecei a ver aquele rosto e eu me apavorava. Eu sabia que era o meu rosto. Meu Deus! E eu comecei a entender o ato insano que eu tinha cometido.

O remorso começou a corroer minha mente. Eu não tinha mais corpo, mas minhas vísceras doíam, queimava. Eu não tinha mais corpo! E eu gritei, gritei o mais alto que eu pude, mas mesmo assim o meu grito não produziu a voz. Aquele grito era apenas na minha mente. E aquela voz: não adianta se arrepender, já fizeste! Eu tentava me acalmar, mas eu não tinha paz e o remorso me corroeu mais que o veneno. O ato que eu tentava esconder. Me envergonhava cada segundo daqueles momentos tristes. E eu ficava pensando: será que não teria sido melhor me confessar diante de todos?...

E daquele rosto marmorizado, duas lágrimas escorreram. E como por milagre eu pude falar e gritei: Jesus de Nazaré, piedade desta criatura vil que sou eu! Desta criatura que escondeu o seu ato. Jesus de Nazaré, olha para mim! Piedade dessa criatura vil que sou eu (...). Jesus de Nazaré, me salva! Aquelas lágrimas quentes banharam o meu rosto. Comecei a sentir as lágrimas escorrendo no meu rosto. Comecei a sentir que o meu rosto tinha vida! E uma voz doce e suave se dirigiu a mim e disse: filha Jesus é bondoso e misericordioso. O teu arrependimento não será desprezado, a tua dor te serviu como expurgo. Mas vem! Vem para o mestre!

Aquilo era tão bom, tão suave. Eu pensava que estava delirando! Mas se é um delírio, mas isso está me fazendo tão feliz! Eu vou deixar que esse bem-estar e esta alegria me invada. Pedi as mãos, não sei prá quem! Mas me falava tão docemente, que me senti protegida. Que senti que devia dar as mãos. E a criatura me deu as mãos. E fui!

Acordei num quarto. Olhei! Via meu corpo. Mas o queimor das vísceras, esse ainda sentia. Botei a mão no meu rosto. Chorei, chorei por longas horas, lembrando da minha existência. Lembrando do filho que eu rejeitei, que eu tive e abandonei. Foi este o meu crime, abandonei aquela criança para que ninguém descobrisse que aquele filho era fruto do adultério, fruto do adultério. E eu pensava: se parecer com o pai? Se não tiver as feições do meu marido, todo mundo vai descobrir!

Mas o destino foi cruel! O destino teceu contra mim. E esta criança que eu abandonei, foi criada por uma família. E um dia, esta criança apareceu na minha casa. Estava morando perto da minha casa. E brincando, deixou a bola cair no meu jardim! Tive um choque quando vi a criatura! Não sei como. Eu sabia que era o meu filho que eu rejeitei, o filho que eu abandonei. Ele olhava para mim e eu olhava para ele. Ele olhou prá mim e disse: - Mulher má!

Não gosto de você! -Criança mal-educada! Você deixa a bola cair no meu jardim e ainda me chama de mal educada, porque? Ela nada respondeu, saiu correndo!

Daquele dia em diante, eu não tive mais paz! Comecei a pesquisar de onde vinha aquela família. Quando foi que aquela mulher teve um filho. E conversa aqui, conversa acolá, fui encaixando. Até que soube que aquela criança foi achada e que aquela família criava. Fora achada em tal lugar, justamente no lugar onde eu tinha deixado. Não tive mais paz, não tive mais paz. Era um medo! Um medo que descobrisse que a mãe assassina estava perto. Assassina porque quando eu deixei, eu não deixei pensando que alguém pudesse achá-lo e criá-lo não! Eu deixei prá me livrar. Mas não pude conviver com isso. Não era o arrependimento por ter deixado, era o medo de ser descoberta. E aquele medo foi se avolumando. A presença daquela criança me incomodava.

Até que um dia, resolvi acabar com tudo e ingeri veneno. Meu Deus, como pude ser tão cruel, ter sido tão volúvel. Porque não criei aquele filho. Porque pelo menos não doe aquela criança na mão de outra pessoa. E deitado naquela cama, isso ia passando como um filme na minha cabeça. Chorava! Era um arrependimento profundo! Eu pensava: se eu pudesse eu diria a todo mundo que ele era meu filho. Eu enfrentava o mundo! Quanto mais eu pensava, mais queimava tudo dentro de mim. Uma dor, um queimor.

Meu Deus! Fui alcançada pela bondade divina. E cuidaram de mim, mas por muitos e muito tempo eu senti dores atrozes... A bondade divina é o que me traz aqui hoje para fazer este pequeno relato. Sou réproba, sou culpada, mas a bondade de Deus, os irmãos que cuidaram de mim, eu agradeço... e agradeço a vocês a possibilidade de fazer este relato e dizer aos demais que aqui estou. E a vida é para ser vivida, é para ser enfrentada. Porque existe o perdão e diante de todos vocês aparecerá Jesus. Agradeço, a Maria de Nazaré e a equipe que me acolheu e me tratou. Obrigado a vocês. Que a paz de Jesus seja convosco!

Vossa Irmã (omissão do nome). Muito obrigada!

ANEXO B

PARTICIPANTE 2 (P2) - Segundo relato (09-08-2017)

(Pode falar irmão!) Me chamo (omissão do nome). (Boa noite omissão do nome). Boa noite! Chegou a minha vez! E peço agora coragem, a virgem de Nazaré, prá relatar para vocês, minha triste história.

Achei que seria mais fácil sentar aqui e falar. Mas falarei! Contarei tudo! Contarei o que me levou a cometer o suicídio. Não pude conviver com a dor do ultraje. Não pude conviver... com a vergonha daquilo que eu não tive culpa! O infame era casado com a minha mãe. Ai! Me sinto mal em falar isso. Ai, como dói. E, sempre, na ausência da minha mãe, me estuprava e me obrigava a ficar calada, que se eu contasse, ele mataria a minha mãe.

Convivi com aquela dor, aquela angustia, aquela vergonha. Às vezes, eu me sentia culpada, como se eu tivesse provocado aquela situação. E a solução que eu achei foi tirar a minha própria via. Então, quando aquele monstro, me atacou novamente. Ele sempre andava com uma faca e eu consegui pegar essa faca; e cravei no meu peito.

Não morri, no momento. Fiquei, ali, sem ânimo, sem forças; com aquela faca cravada. Ele me olhava assustada. Saiu de cima de mim; ajustou minhas roupas e fugiu dali.

Não estava consumado. Perambulei muito tempo com aquela faca, cravada no peito sem saber porquê. Apaguei da minha mente as cenas com aquele monstro, as cenas com aquele monstro, mas eu não sabia porque tinha aquela faca cravada no peito. Tinha pesadelos horríveis, além do sangue que escorria pela faca; escorria sangue pela minhas partes íntimas. Naquele momento, eu corria feito louca, eu gritava feito louca. Me deixe em paz! Me deixe em paz!

Depois me concentrava só naquela faca, e ficava olhando, sem saber como aquela faca tinha entrado. Tudo apagou da minha mente; era só um vazio. A minha mente não tinha nada; era totalmente vazia. Tudo que era apenas pensar que... Então, comecei a ouvir vozes, que me chamava de covarde. Gritavam no meu ouvido. Fostes covardes! Tirastes tua própria vida! És um infame! E fui obrigada a reconhecer o que tinha feito e me veio à mente, todo o meu drama; e eu lembrei e, com a lembrança do momento, me veio a lembrança do monstro. Fez crescer em mim um ódio; um ódio grande. Só não ouvia, mais via quem estava me chamando de suicida. Eu disse: não sabes o que me aconteceu? Não sabes que tive razão? Me ajuda, me ajuda a me vingar dele, me ajuda. Ai, ai, ai, ai, ai, ai e o que era ruim, ficou pior. E tive ajuda daqueles comparsas para achar aquele monstro e me apresentei a ele, dia e noite, com aquela

faca cravada no peito; doía, ardia, sangrava, mas o prazer de vê-lo - ai meu Deus como estou me sentindo mal-, o prazer de vê-lo assustado era maior do que a dor.

E a tal criatura não aguentou e seguindo ao impulso, as orientações as investidas minhas e dos meus compassas ele também tirou a própria vida e vaga ainda por aí. Eu pensei que ia me aliviar, mas ao contrário porque agora sentia remorsos, porque além de suicida, era também assassina, ai meu Deus. Suicida, assassina... E a cena do suicídio, juntamente com a cena do suicídio foram minha companhias por longos e longos anos.

Enlouqueci, enlouqueci, enlouqueci porque hora eu odiava, hora tinha pena dele e tinha pena de mim mesmo, porque não resisti. Meu Deus, meu Deus. No auge do desespero, pedi perdão, não pelo suicídio, mas pelo assassinato; porque me considerava assassina. Pedi perdão pelo assassinato porque achava que prá mim mesmo, pelo suicídio eu não teria perdão. Mas fui alcançada pela misericórdia de anjos bondosos, que aceitaram o meu arrependimento.

Eu não me considero um monstro, mas uma pobre criatura que errou... que errou juntos. Aqui, estou, meus irmãos, a mercê da misericórdia desses anjos, que trataram de mim e que, aqui, me trouxeram para falar. Sinto um certo alívio. Sei que não vou me livrar tão cedo dessas lembranças dolorosas. Mas agora são apenas lembranças que eu sei que vou arrancar do peito. Vou extirpar do meu coração, da minha mente. E mais uma vez, reitero meu pedido, de misericórdia; perdão pelo ato suicídio. Perdão por ter feito o outro também se suicidar. Sou duplamente culpada. Agradeço a misericórdia desses anjos. Obrigado, muito obrigado. Voltarei, agora, para o meu lugar. Ainda me sinto fraca. Fisicamente, ainda me sinto cansada e o peito ainda dói, mas agradeço pela oportunidade de falar. Muito obrigado, e obrigado aos meus anjos, enviados de Deus. Até Breve!

ANEXO C

PARTICIPANTE 3 (P3) - Terceiro relato (16-08-2017)

Chegou a minha vez, de falar. (Pois não!) Não sei se vou conseguir, mas eu quero e preciso falar. Eu quero colaborar (graças a Deus!). Eu quero colaborar com todos. Escutei todos, meus irmãos, do mesmo infortúnio. Foi esponja minha estória, a minha dor. Isso é tão difícil! Me dói, quando começo a falar. Quando começo a relembrar.

Eu não posso chorar, eu não quero chorar, eu quero contar. Atirei, atirei, atirei no meu próprio coração. Passei dias, noites premeditando. Está aqui o resultado, do meu erro. Porque sofro. Porque ainda não me perdoei. Porque fiz minha mãe sofrer! Sofreu muito! Sofre! Oh! Quando puder, pedirei perdão a minha mãe. Meu Deus, vaguei vaguei noite, dias, com o peito aberto, sangrando. Eu nada escutava, só o zumbido do revólver, do estrondo que afetou os meus ouvidos. Mas aquela ferida, esta ferida, que hoje se encontra em cicatrização, sangrava.

Perambulei sem saber onde me encontrava. Tinha fome! Tinha sede! Queria chorar! Queria que aquela dor passasse, nada! Nada!. Fui colocada a força num buraco. Que depois vim a descobrir que era a sepultura. E um cortejo macabro, gritava: o maricas não aguentou! O maricas cometeu suicídio! O maricas sofre! Sofre maricas. Meus Deus! Meu Deus! Meu Deus!. Gritaram dias, noites. Eu fingia que não escutava, mas gritava com a dor, com muita dor, com muita dor. Eu pensava, é um pesadelo. Se eu atirei, eu morri e porque dói e porque sangra? Se eu pudesse dormir, assim eu pensava. Se eu pudesse tirar essa dor. Só que a dor não passava e, agora, eu via, repetidamente, eu atirando. Como se eu me matasse a cada segundo. E atirava e caia, e atirava de novo, e caia. e atirava e caia. E aqueles setes monstruosos, impiedosos gritavam aquilo que eu queria esconder. Eu pensava: meu Deus, se minha mãe; se meu pai escutar. Vão saber meu Deus, vão saber que eu não sou homem, que eu sou maricas! Meu deus, não adiantou, não adiantou tirar a minha vida para fugir dessa vergonha. Preferi a morte, do que dá um desgosto ao meu pai, a minha mãe; do que ser a vergonha da família. Mas aquelas criaturas sabiam o meu segredo!

Hoje trago no peito, essa horrível cicatriz, que, neste momento, dói. Eu me dirijo, agora, a meus irmãos, que aqui estão. Que também fizeram o eu fiz. Porque, porque nós fizemos isso? Porque fomos fracos? Eu sinto vergonha de mim; mas não adiantou o meu segredo. Não levei para o túmulo. A morte me esperava com o meu segredo. A morte que não era morte! Quando sofria, eu pedia: deixe-me morrer, eu quero morrer! Mas não morria. Que vida! Que vida!

Mesmo com os perseguidores, eu consegui sair daquele tumulto. Mas não fui muito longe, porque a dor, aquele sangue, aquele estampido no ouvido, não me deixaram ir muito longe. Tinha visões horrendas, de monstros. Sinto vergonha de contar tudo que me aconteceu, vergonha, dor. Fui ultrajado! Fui serviçado por criaturas má, que não tinham dó.

Um dia, não sei quanto tempo durou isso. Um dia ou noite, eu não sei. Um certo momento por melhor dizer. Eu pensei... uma vizinha que gostava de mim, e que dia antes de eu cometer o suicídio, ela olhou prá mim e disse: (omissão do nome), você está triste? Meu filho, se você quer dizer alguma coisa, se está sentindo alguma coisa... Meu Deus, porque naquele dia, quando ela me perguntou isso, eu não me abri com ela? Eu neguei, eu disfarcei! Você não quer falar, mas eu sinto que você está triste. Se você quiser falar, (omissão do nome), pode vir aqui em casa, a gente conversa. Eu chorei, chorei e pedi, pela primeira vez, prá Deus me perdoar; para que Deus tivesse misericórdia de mim. Pensei na minha mãe. Como ela poderia estar sofrendo. Pensei na Igreja. Pedi, mais uma vez, perdão, e rezei, e pedi: ave maria, cheia de graça, o senhor é convosco. Bendita sois vos entre as mulheres. Bendita é o fruto do vosso ventre, Jesus. Santa Maria, mãe de Deus, rogais por nós pecadores, agora, e na hora da nossa morte, amém!

Chorei, chorei, chorei! Quanto mais eu chorava, mais eles riam. Até que silenciou. Não ouvia mais aqueles berros, aqueles gritos. Eu continuei... Jesus tem misericórdia de mim. Eu tirei a minha vida, Jesus, para não envergonhar a minha mãe, o meu pai. Eu tirei a minha vida, Jesus, porque tinha vergonha de mim mesmo. Eu tinha medo, Jesus, de errar. Me perdoa! Me tira deste sofrimento. Neste momento, senti que alguém me dava um pouco de água. Eu tinha tanta sede! Perguntei: quem está me dando esta água? Você que me deu esta água, pode me dar um pouco de comida? Pode me tirar de dentro deste cemitério? E uma voz suave, mas firme! Disse assim: (omissão do nome), meu irmão, tu vais sair daqui! O teu arrependimento é sincero! O teu pedido é sincero! Te levaremos deste lugar. Eu não conseguia vê-lo. Talvez porque eu não levantasse a cabeça ou porque a claridade que vinha, em sua direção, me impedia de olhar, mas eu confiei. Irmão, eu disse! Eis um enviado de Deus? Eu sinto que és. Vou confiar em ti. Então, neste momento, senti que outras pessoas estavam ao meu redor; me colocaram acho que numa maca; me deram remédio. Pela primeira vez, eu adormeci. E, aqui, me encontro, ainda em tratamento. Este relato faz parte do tratamento, para que a gente possa dizer, da nossa própria boca, o que fizemos; para termos consciência do ato que fizemos.

O tratamento é longo. Às vezes, quando agente pensa que a ferida está sarada, ela reabre. Mas, uma coisa nós já aprendemos. Eu e todos que estamos aqui: a vida pertence a Deus. Não podemos tirá-la. Que não existe morte; do jeito que nós pensamos, que ao tirarmos a nossa

vida, vamos encontrar a paz. Quando fazemos isso, só vamos encontramos choro, dor, vergonha.

Como isso me faz bem! Está dizendo isso a vocês. Eu me sinto à vontade, porque estamos todos no mesmo erro. Mas também me sinto à vontade de falar, aqui. Saber que estão me escutando pessoas vivas. E que trabalham para que outras pessoas não façam o que nós fizemos! Muito obrigado! Obrigado por me escutar! Muito obrigado, por não me censurar! Eu... Eu não quero mais ter vergonha; eu quero ter forças para me curar. Muito obrigado! A vocês vivo e obrigado a vocês, meus irmãos, obrigado.

Eu quero só dizer que, quando eu fiz isso; fazia poucos dias que eu tinha completado dezessete anos. (Meu irmão, é permitido dizer o ano?) Eu ainda não tenho muita noção de tempo, eu sei que já fazem mais de cinco anos. Vamos rezar uma ave maria, antes que eu me retire? Ave Maria, cheia de graça. O senhor é convosco. Bendita sóis vós entre as mulheres. Bendito é o fruto do nosso ventre, Jesus. Santa Maria, rogais por nós, agora, e na hora da nossa vida, da nossa eterna vida. Amém!

ANEXO D

PARTICIPANTE 4 (P4) - Quarto relato (dia 23 de agosto de 2017)

Eu saúdo a todos com a paz de Jesus! Meus irmãos, minhas irmãs, difícil, é difícil falar, minhas irmãs! Eu peço misericórdia ao meu Deus para que eu não fraqueje nesta hora. Nesta hora, que eu me inscrevi para falar! E que eu preciso falar!

Meus irmãos, meus amados irmãos, a minha fé, a minha igreja, a minha doutrina, não foram suficientes; não foram suficientes para me impedir de cometer o suicídio. Meus irmãos! Eu não posso nem usar a desculpa que não conhecia a palavra de Deus. Eu não posso usar a desculpa, que eu tinha a proteção de Deus, que convivia com a palavra de Deus, que participava daquela igreja maravilhosa. Com tudo isso! Me faltou fé, me faltou confiança! E agora venho confessar, a mim mesma e a todos vós, o meu erro. Tenho vergonha, mas eu vou falar.

Debaixo das minhas vestes, vestes adequada à uma moça evangélica, escondia uma dissimulada criatura, que seduzia os irmãos da igreja. Fiz isso, muito tempo. Sempre escondida por trás das orações; por trás do meu rostinho angelical. Até que ele se apaixonou de verdade, e eu também! Mas ele tinha família, ele era um homem de Deus, e eu desviei. Eu o pressionava a abandonar tudo, para ficar comigo.

Mas ele caiu em si. Ele orou a Deus. Ele orou a Deus! E pedi libertação deste amor impuro!! Eu não aceitei. Como ele podia deixar de ficar comigo, que era bela, para ficar com a esposa e os filhos? E hoje sei que aquilo não era amor. Era maldade, era despeito de sua esposa, por ser realmente uma mulher, uma mulher de Deus. Contrariada, desmascarada! Fui para a igreja, e quando voltei da igreja, me enforquei.

Ai, meu Deus! São dolorosos, esses momentos; lembranças. Como sofri! Porque não morri só uma vez. Eu ficava morrendo sempre, sempre, sempre. Eu sempre estava pulando daquele tamborete. E morria, e pulava, e morria... Ah, não tinha coragem de falar com Deus porque sabia, me sabia pecadora. E morria! E mais uma vez, e sofria. E assim fiquei, meus irmãos, minhas irmãs, por longo tempo, por longo tempo. Não aguentava mais sofrer! Não aguentava mais escutar tanto impropérios; sabendo que eu merecia! Quando não estava repetidamente pulando e morrendo, pulando daquele tamborete e morrendo. Ah! Via metade do meu corpo, dentro de um caixão, debaixo da terra. Só a metade do corpo! Aquela visão me apavorara. Eu só via o corpo da cintura para baixo, sabia que era meu. E onde estava meu tronco, minha cabeça?

Chorava, gritava! Um dia me lembrei das minhas aulas dominicais. Me lembrei da criatura que me evangelizou. Eu tinha um dez anos! E lembrei ela dizendo: Luzia, nosso Deus é vivo! Nosso deus é maravilhoso. Então pensei, nesse Deus vivo, nesse Deus maravilhoso e tive coragem de clamar: senhor, senhor; não mereço! Sou pecadora! Me ajuda, alivia essas dores! Me tira desta morte! Dessas mortes, porque eu morria sempre! Pulava, morria; pulava, voltava; não sei como que eu voltava para o mesmo ponto. E aquela corda, na hora que eu clamei ao senhor; aquela corda foi tirada do meu pescoço.

Desmaie, desmaiei de emoção, de dor, de medo! Não sabia o que me aguardava! Depois acordei. Eu estava numa maca... numa maca, mas a maca estava no chão. Não tinha... não era como uma cama, era.. não sei, não sei dizer o nome! Estou dizendo maca porque não sei. Estava ali! Existia outras... outras pessoas. Não pude olhar direito, que não podia mover o pescoço. Mas sentia que eram todos doentes. Abri os olhos, e havia dois homens perto. _Se acalme, feche os olhos e aguarde, que vamos lhe levar. Eu não perguntei para onde, nem como; confiei, me calei. Fechei os olhos!

Vim acordar num quarto, também com outras pessoas. Meu pescoço, agora, tinha uma... uma atadura! Pus a mão no meu rosto, e me assustei. A minha língua estava prá fora. Os meus olhos, esbugalhados. Gritei! Alguém se aproximou. Me aplicou, acho que uma injeção. E eu adormeci. Quando acordei novamente, estava sentada ao meu lado, a minha professora de evangelização. Pegou a minha mão e repetiu: nosso Deus é vivo! Nosso Deus é maravilhoso! Eu não pude dizer uma só palavra. Só ficava olhando prá ela. Veio me visitar muitas vezes e foi me esclarecendo, a minha situação; E hoje me encontro, em tratamento, sob as bênçãos de Maria de Nazaré. Da Nossa Senhora que a minha igreja não acreditava, que até nos proibia de venerá-la.

Eu quero agradecer por esta oportunidade bendita de vir aqui, de falar, de pedir perdão a mim mesma, a todos. Ah! Agradecer, a igreja que me acolhia, e que me ensinou a amar um Deus vivo. Se errei, se caí, não foi culpa da igreja, da minha igreja! Eu sei que as coisas não são do jeito que se pensam, que eles pensam, que nós pensávamos, que eu também pensava. Não importa! O que importa é que me ensinaram a amar a Deus, a respeitar. Hoje, o que importa para mim, é agradecer a todas essas pessoas bondosas, que me ampararam. Agradecer por estar aqui! Eu sei que estou num centro espírita. Coisa inimaginável para mim. Mas aqui estou, me sentido bem; me sentido... acolhida! Então, muito obrigada a todos. A paz do senhor para todos nós! A paz do senhor!

ANEXO E

PARTICIPANTE 5 (P5) - (dia 30 de agosto de 2017)

Eu inicio minha fala, meus irmãos, pedindo perdão. Não só pelo meu ato. Não só por ter cometido o suicídio, mas peço perdão sobretudo por ser, por ter sido um falso profeta. A posição em que me encontrava, o cargo que eu exercia na vida não me dava o direito de agir de maneira vergonhosa de maneira eu enganei a todos, mas principalmente a mim mesmo. Usei o altar para me promover. As palavras que eu dizia não tinham verdades porque eu não as sentia. Muitas vezes me perguntava, porque me tornei padre, O que eu estou fazendo aqui? Isso era apenas pensamentos que vinham, mas eu repelia e continuava, continuava. Era um pastor descuidado com as suas ovelhas. Era um carneiro na pele de lobo. E foi com esse comportamento que eu seduzi alguns jovens.

As lembranças me fazem corar porque são vergonhosas; as vezes eu fico pensando será que era eu mesma aquela criatura? Tão abjeta, tão canalha que, por anos, consegui enganar toda uma comunidade religiosa. Pousando de bom padre de padre dos jovens. Mas eu já não dormia, tinha pesadelos horríveis. Sonhava que estava no inferno. Que minha batina ia pegando fogo. Primeiro a batina depois os restos das roupas e eu acordava, angustiado com aquele sonho. Outras vezes eu sonhava que estava no meio de um círculo e ao redor estavam formando o círculo uma espécie de juízes e todos me condenavam. Todos me condenavam. Esses pesadelos começaram a ficar constantes. E muitas vezes quando eu estava rezando a missa vinha aquelas imagens a minha batina pegando fogo. Aqueles juízes que me condenavam. Depois comecei sentido quando estava rezando uma missa, sentia que tinha fogo na minha batina. Estava queimando. E aqueles pesadelos foram aumentando de intensidade. Agora eu via no rosto daqueles juízes que eram pessoas as quais eu tinha feito o mal que eu tinha molestado... Não eram pessoas do meu convívio. Como também, eu tinha outra aparência, nesses pesadelos. Mas sabia que se tratava de mim mesmo. Já não mais dormia, ou dormia muito, pouco com medo! Mesmo em estado de vigília, eu sentia aquelas pessoas... me perseguindo, me chamando de falso profeta. Me chamando de pederasta, já não tinha mais vontade de rezar a missa. Então falei com os meus superiores, disse que estava doente que precisava de um tratamento, de um médico que me mandasse um substituto, por um tempo. Tive que inventar uma doença para justificar o meu pedido. Eu não tinha como dizer que estava tendo pesadelos, que estava sendo perseguido, por criaturas infernais. Mas como eu já me encontrava abatido, não foi difícil convencê-los de que estava doente. Eu não menti eu dizer que estava doente. Só omiti porque

que eu estava doente e fui piorando até enlouquecer. Dormia quase nada, não comia. As vezes nu pequeno cochilo já tinha pesadelo e aquelas criaturas se tornaram companhias constantes. Riam debochavam pediam justiça. Num momento de loucura de tortura rasguei a própria batina e gritei, gritava feito louco. Aquele espetáculo fez com que eles rissem, debochassem mais ainda.

Então um deles me disse. Vem, prá o lado de cá. E aqui que te queremos. É aqui que tu vens acertar contas conosco. Não se demores! Tu sabes como fazer isso. Tu sabes como vir para cá, vem! E aquilo ficou martelando, martelando... dia e noite. Eu comecei a pensar... do que adianta eu viver se esta vida prá mim é uma tortura. Talvez eu morrendo eu me livre. Fiquei com este pensamento fixo. Até que um dia, acordei de uma noite mal dormida e resolvi anui aos conselhos daquela criatura e cometi o suicídio, não foi difícil, como já me achava fraco.

Simulei a queda para que ninguém soubesse que eu tinha morrido por suicídio. Me joguei de uma certa altura de cima, de um móvel... da casa. E foi assim ... que eu e eles estávamos lá, cumpriram o que disseram estavam me aguardando. Arrastavam aquele corpo, já quebrado da força da queda. Jogavam prá lá e prá como se fosse uma bola. Eu gritava de dor, de desespero. Agora reconhecia quem eram pessoas, agora eu sabia o que tinha feito com aquelas pessoas... depois, eu sentia que meu corpo era devorado por vermes. Às vezes sentia que ainda estava de batina... que ela estava pegando fogo. E eles estavam lá não me deram paz. Eu sentia dor, eu sentia medo, sentia sede, mas meu coração estava mito endurecido para que eu sentisse remorso de tudo que tinha feito... às vezes lamentava por não ter aproveitado aquela situação, de uma boa moradia de uma boa convivência com os fiéis. Só! Eu não tinha o sentimento de que tinha feito nada de errado... passei muito tempo nessa situação, muito tempo mesmo, muito, muitos anos, anos a fio. Eu vivia o inferno que eu mesmo tinha pregado. Era pior, muito pior porque não tive direito a purgatório. Eu fui direto, sem escala, para o inferno! Mas a criatura mais vil; a criatura mais vil; o homem mais réprobo um dia lembra de que uma criatura de deus, e um dia me lembrei de um sermão que falava do perdão, em que Jesus dizia perdoa não sete vezes, mas setenta vezes sete, então se Jesus pregou o perdão, ele podia me perdoar. Eu ficava, eu peço perdão? Será que eu mereço o perdão? As minhas convicções religiosas me diziam que não porque eu não passei nem pelo purgatório!

Então resolvi dizer baixinho timidamente. Jesus crucificado, mereço, eu, o teu perdão?... Jesus crucificado, olha por esta criatura, vil que sou. Jesus crucificado, eu peço perdão! Chorei muito, muito! E as criaturas gritara: pensas que o Nazareno vai te salvar... de nós? Nunca!

És nosso. Não terais libertação, jamais! E agora com o coração cheio de esperança, dessa vez gritei forte: Jesus crucificado, tende piedade de mim! Salva-me, perdoa-me! E Jesus não o

Jesus crucificado, mas o Jesus resplandecente escutou o meu pedido. Pela primeira vez, vi um pouco de luz e só uma mão... estendida. Eu peguei aquela mão e pedia e gritavam misericórdia, perdão. Naquele momento achei que tinha sido realmente Jesus que tinha ido me salvar. Então fui retirado o corpo ainda dolorido, meu corpo parecia um boneco, por conta da queda, onde os ossos haviam se quebrado, não tinha muita mobilidade parecia um boneco...um boneco de pano! Mas fui levado. E eles gritavam solta ele é nosso. Solta, ele é nosso!

Tive medo... de não poder sair dali. E ficava pedindo, Jesus não me deixa! Jesus me salva! Jesus não me deixa! Jesus me salva! Mas tarde acordei num quarto onde tinha uma luz fraquinha. Estava sentindo dor, fome... então se aproximou uma senhora, me deu agua, mandou que eu descansasse eu quis fazer algumas perguntas. Não consegui. Obedeci!

E adormeci; todos os dias essa senhora ia me dar agua comida remédio. Só depois de muitos dias e que eu pude pronunciar algumas palavras e que fiquei sabendo que em poucos dias iria para um hospital. Era tudo confuso confio para mim. Como um hospital? Onde estou? Que hospital é esse? Que quarto é esse? E porque não me levaram logo para um hospital me deixaram naquele quarto de luz fraca? Depois vi a entender que estava aguardando o dia de ser retirado dali. Que havia um plano de viagem, que eu não podia ter ido direto para o hospital. Teria de passar uns dias ali... é ... me escondendo para que eu não fosse pego, e na hora oportuna eu seria retirado de vez. Fui para o hospital; foi enfaixadas as fraturas do meu corpo. Passava o filme da minha vida e o bendito remorso começou aparecer.

Aos poucos fui me inteirando da minha situação fui tendo consciência da gravidade dos meus delitos. E, aqui, estou meus irmãos. Contando a minha desventura para vocês. De todos nós que estamos aqui. Tenho certeza de que eu sou o mais pecador de todos vocês. Porque vocês cometeram o suicídio por desespero, muitas vezes pela perda de um filho, pelo um amor não correspondido, por dívidas. Porque tinha uma doença... no meu caso não. Eu me aproveitei da minha posição de sacerdote para semear o mal... aos outros e a mim mesmo. Porque ao invés de eu ser um pastor, eu fui o lobo. Não sei quando terei condições de sair desse hospital. O corpo ainda dói..., Mas hoje, mais uma vez peço perdão a todos, peço perdão a Jesus, peço perdão a nossa senhora e me confesso culpado por minha culpa minha máxima culpa e sei que sou digno de ser castigado. Eu não acho mais porque minhas lágrimas secaram, mas a vergonha que eu sinto é tão grande, tão grande... eu não sei se é maior a vergonha ou o remorso. Quero agradecer a vocês, irmãos de infortúnios... agradecer por ter me escutado. Porque não vejo no rosto de nenhum a censura, mesmo sabendo que eu cometi atos tão graves...

Eu agora quero viver o evangelho verdadeiro aquele que eu simulei o ensinamento. Agora eu quero viver verdadeiramente. Obrigada a todos. Fiquem na paz. Padre (omissão do nome).

ANEXO F

PARTICIPANTE 6 (P6) (dia 13 de setembro de 2017).

(Tosse muito!!!! E se engasga e fica sem ar... sufocado) Limpar ... é o sangue (respira com dificuldade). Eu não consigo controlar esse sangue. Eu me sufoco quando o sangue jorra pela minha garganta e vem até a boca. (silêncio prolongado!) O tanto que eu fumei equivale a um... equivale a um suicídio por arma de fogo (geme). Meu pulmão foi todo dilacerado. Mesmo depois que os médicos constataram que meu pulmão já estava bastante danificado. Eu não tive forças.. para parar com o vício e continuei fumando mesmo sabendo que seria o motivo da minha morte. Mesmo diante das rogativas das pessoas que me amavam. Eu já não tinha mais força para controlar o vício. E achando que não tinha mais jeito e que de qualquer forma ia morrer dei vasão a satisfazer até o último instante o vício do fumo... e morri, e morri.. e fechei os olhos, achando... ah! minha cabeça como pesa. Mas aqui chegando, eu preciso falar, é penoso isso, é penoso para este irmão, esta irmã que fala por mim... (silêncio) e cá cheguei pensando que tinha resolvido a situação. Pensando que era apenas uma morte dolorosa, pois sentia muitas dores, pois sangrava todos os dias...

Era apenas o começo, fechando-se a cortina da vida material novos sofrimentos novas dores, cá me esperava. (tossi) Fui arrastado... a lugar sinistro, chicoteado. E tendo a conta de suicida; minha cabeça rodava.. eu não entendia (tosse) Meu Deus! ... eu havia morrido, mas sentia muitas dores, escutava ser chamado de suicida... vomitava sangue... me sufocava com este sangue e não entendia porque ... e sempre com o cigarro entre os dedos... Levei uma surra tão violenta, sob ameaças, sob... sob aquelas vozes, vomitando pedaços de... pulmão... e nada adiantava meu choro... sinto as mesmas angústias agora relatando, mesmo sabendo... (silêncio) minha cabeça rodopia... (silêncio prolongado) peço desculpa, ao meu intermediário, por causar essas sensações. Vou procurar tirar essas... essas lembranças para não passar esses sofrimentos físicos. Apenas estou aqui para relatar; estou aqui apenas para falar... para que essa... a minha fala, sirva de expurgo para as minhas dores. Perdão, perdão intermediário perdão por fazer você passar por essas circunstâncias, por essas dores, por essas sensações.

Mesmo uma alma como eu... que não teve força deixar para controlar o vício. Não fiquei desamparada. As orações frequentes e insistentes de pessoas que deixei na terra me foram a porta de partida para o pedido de clemência, para o pedido... de salvação... e cá estou, nesta escola bendita, neste educandário, neste hospital por intermédio de almas bondosas... não sou merecedor, mas como tutelado dessas almas, e sob a guarda de Maria de Nazaré; venho até vós irmãos, encarnados e desencarnados, ... agradecer a bendita oportunidade... que nos é

dada para nos recompormos. A oportunidade de pedir perdão. Sobretudo agradecer... esse dia de hoje... esse dia de hoje, representa muito, nessa estada, nesse educandário, pois hoje tenho aqui a oportunidade de dizer, em bom ... em bom tom e em voz alta. Pedi perdão e agradecer por esta oportunidade... perdão, perdão aos que eu ofendi ... com o meu vício; perdão aos que eu prejudiquei... perdão, perdão... e obrigado, e obrigado, e obrigado. Que a glória do mestre Jesus nos salve a todos. Eu me curvo, eu me ajoelho diante de todos, e agradeço pela bendita oportunidade, obrigado, e obrigado, e obrigado. Meu Jesus! Meu Jesus amado! Misericórdia!! (médium chorando muito...) (muito penosa essa comunicação para o médium e para o Espírito comunicante!)

ANEXO G

PARTICIPANTE 7 (P7) (dia 27 de setembro de 2017)

A paz de Jesus!

Tô aqui para falar. Obrigado. Vou relatar como e porque cometi o suicídio. 1983..eu tinha dezessete anos. (omissão do nome), o meu nome. Depois que me vi seduzida e abandonada...grávida; ele disse que o filho não era dele, que não tinha nada haver com a minha situação. Sem saída, com medo dos meus pais... me suicidei. Se eles descobrissem que eu estava desonrada... não sei se iam aguentar. Antes de cometer o suicídio, descobri que não estava grávida. Era só um alarme falso, mas desonrada estava sim. Fiquei triste porque me entreguei por amor. Ele não tinha o direito de me desprezar, de duvidar da minha honestidade; pois teve coragem de dizer que se eu cedi prá ele, eu poderia ter cedido para qualquer um; que ele não ia casar comigo.

Como eu me arrependo desse suicídio. Não confiei no amor dos meus pais. Eles iam sofrer sim; iam ficar decepcionados comigo, sim; mas eles tinham um coração tão bom, me amavam tanto, que iam me perdoar, iam me acolher. O que eu consegui com essa atitude foi deixá-los bastante tristes. E eles se perguntando. Eles perguntavam um para ao outro. O que foi que faltou para a nossa filha, Maria de Lourdes? Não demos o amor suficiente? Porque a nossa filha não confiou em nós? Se estava com algum problema sério.

Essa amargura dos meus pais, me faziam sofrer... no além-túmulo. Porque, porque será que os jovens não confiam no amor dos pais? Eu queria dizer, gritar, espalhar prá todos os jovens... que quando sentirem assim acuados, com problemas que acham que são... sem solução; falem com seus pais. Não tenham medo, se vão ser repreendidos, se vai deixá-los triste; é só o impacto, do que você disser, do que você fez, mas o amor deles é grande, prá entender, prá lhe perdoar, prá lhe acolher.

Falarei bem rápido porque são momentos que eu não gosto de lembrar. Como se já não bastasse o remorso por ter feito os meus pais sofrerem, ainda tinha aquelas pessoas... infernais, que me jogavam pedras, que me perseguiram... que me chamava de mulher de vida fácil; desavergonhada, me fazendo sofrer e ter mais vergonha. Eu chorava, gritava; dizia que eu não era mulher da vida, que eu não desavergonhada... que se eu cedi aos impulsos de amá-lo, era porque eu o amava, confiava nele...

Mas, as orações que a minha mãezinha, me ensinou quando eu era criança... eu comecei a orar. Eu orava com tanta fé. Pedia perdão; perdão Deus; perdão meus pais... E minha mãezinha

me salvou, minha mãezinha me salvou com as suas orações. E fui libertada, libertada do túmulo.. ao qual ficava presa. Libertada da companhia daqueles seres. Fui levada! Eu não via minha mãe, mas escutava no meu coração. -Minha filha querida, Deus te perdoou. Eu te perdoei. Vem filha para os braços de Deus!

Foi assim que aconteceu. Foi assim que eu vim parar... nesta casa acolhedora; que venho me tratando... E rogo a Deus, todos os dias, que eu possa me perdoar deste ato. Peço a Deus a oportunidade de abraçar a minha mãe... e demonstrar todo o meu amor, toda a minha gratidão... e dizer prá ela. Oh, mãe! Aprendi aqui a amar, uma mãe muito maior: a nossa mãe, Maria de Nazaré.

E aqui, hoje, sinto-me feliz por poder dizer tudo isso para vocês... e dizer a vocês que olhem pelos jovens, que aconselhe. E que se forem mães, prestem a atenção; antes de dar disciplina, deem amor. Façam com que seus filhos confiem em você, mesmo eles estando errados (suspira).

Eu quero agradecer esta oportunidade. Agradecer aos meus irmãos que me escutam, que compartilham comigo... a minha dor; que me entendem porque somos todos doentes da alma, que estamos ainda em tratamento. Agradecer a Deus... pela misericórdia... e pela oportunidade...

Gostaria de nunca mais, nunca mais cometer um ato desses; nunca nunca, nunca, nunca. Obrigada minhas irmãs. Obrigado meus irmãos. Me sinto bastante bem em ter falado. Que Jesus seja com todos nós! Amém!

Me sinto em paz. Obrigado!

ANEXO H

PARTICIPANTE 8 (P8) (dia 18 de outubro de 2017)

Saúdo a todos, com a paz de Jesus... Eu não sabia que ia ser tão difícil, contar. Tô sentindo ainda... o fogo queimando tudo, tudo, tudo, tudo. Tô sentindo o meu corpo em chamas. Eu preciso contar! Eu preciso expurgar!

Quando me vi acuado... Desmoralizado... Eu estava endividado; estava falido. Eu não tinha como sair dessa situação. Eu não tinha mais como prover a minha família. Aí fui... aí fui... fui tendo uma ideia e essa ideia foi se avolumando; foi crescendo. Eu tinha que acabar com tudo... Me enrolei... num colchão embebido de álcool. Molhei os cabelos... e toquei fogo! ... quando começou a queimar, eu me arrependi e eu queria sair dali, mas não conseguiu... ah! E o fogo consumindo tudo, tudo, tudo.

Ah!.. Ah! Eu não sei o que está doendo mais se é a lembrança, a dor, ou a vergonha de ter feito isso. Eu achei que fosse mais fácil chegar aqui e contar. Ainda guardo, não só as lembranças como as marcas de queimaduras. Todo o meu corpo, por dentro, por fora...

Eu não queria passar a vergonha de dizer a todos que não ia poder pagar quem estava devendo... saldar minhas dívidas. Não tive coragem de dizer a mulher e aos filhos que estava falido... Mas tive que escutar as mesmas pessoas dizendo: _Covarde! Morreu para não pagar! Covarde! Velhaco!

Não tive nenhuma oração por mim. Só a revolta... dos meus familiares, pela situação financeira em qual os deixei; pela vergonha; pela revolta de tê-los abandonado nessa situação. Não tive nem o sossego do túmulo. Não! Não, não, não, não, não, não! A sensação é que eu estava sendo enterrado, enterrado não, jogado em uma grande fogueira que queimava, queimava. E ao lado daquelas chamas, daquela fogueira, seres monstruosos gritavam... riam de mim. Jogavam mais combustível para que aquele fogo não apagassem... e diziam bem-vindo aos desgraçados.

Meu Deus, que sofrimento Aí, eu me arrependi! Eu não podia ter feito. Eu devia ter ficado com a minha família; ter enfrentado. Termos levado uma vida sem luxo, sem nada, mas eu ia estar com eles ... Aí!...

Mas por mais desgraçado que seja a criatura; por mais covarde que seja... Aí... a minha amada mãezinha... com certeza, nunca esqueceu de mim. Como pude esquecer do seu amor, do seu afeto... dos seus carinhos... dos seus dedos finos nos meus cabelos. Me acalantar...

(omissão do nome), meu filho, como eu lhe amo. (omissão do nome), meu filho, seja sempre um homem de bem.

Aí... Eu pedi perdão a minha mãezinha porque não me portei como homem de bem. Eu quis dar uma vida a minha família, que não estava ao meu alcance e acabei me endividando. E pedi perdão a minha mãezinha. Perdão minha mãe, perdão! Me lembrando da minha mãe, eu me lembrei da mãe de Jesus. E clamei: minha mãe, pedi a mãe de Jesus que alivie meu sofrimento; que tenha compaixão deste covarde...

E mesmo sem merecer... a misericórdia... a minha mãe... me retirou daquele fogo... e fui levado para tratamento. Passei muito tempo na ala dos queimados... E hoje estou aqui diante de vocês, meus irmãos, contando... tendo a coragem de contar. É tão difícil você assumir.

Mais uma vez peço perdão... aos meus filhos, a minha esposa, a minha mãe querida! E quero, neste momento, agradecer a acolhida; o empenho dos irmãos que cuidaram de mim, que trataram das minhas feridas, mas sobretudo da minha dor moral. Sinto-me aliviado de ter contado.

Sou grato, também, a vocês... por ter me escutado. E olho, agora, nos olhos de cada um de vocês, meus irmãos de infortúnio!... e vejo, em cada um, uma lágrima... de agradecimento... a mãe de Jesus... que teve misericórdia de todos nós pecadores. E que nos abençoa que nos trata. Bendita és tu oh, mãe de Jesus! Bendita és tu, Maria de Nazaré! Muito obrigado! Me sinto aliviado... é como se tivesse tirado o fogo de dentro de mim! Que a paz de Jesus... para nós. Obrigado, obrigado, Jesus!

ANEXO I

PARTICIPANTE 9 (P9) (dia 25 de outubro de 2017)

(Tosse e tempera a garganta) Eu preciso abrir meu coração...(suspira ofegante) Eu não sei como começar... mas eu preciso. Estou aqui para isso! Eu não posso perder esta oportunidade. Então eu peço coragem, agora; peço a Jesus que me dê coragem... (suspira ofegante). Dói, ainda dói; ainda escuto o estampido... ainda tô sentindo; os meus olhos ... saltaram, saíram. Não, não, não, não, não, não! Eu preciso me controlar... isso passou! Isso já passou! Isso já passou! Eu preciso! Eu preciso me controlar! ... Eu preciso!... Eu preciso! ... Jesus, Maria de Nazaré! Eu preciso! Eu não posso, e nem quero desperdiçar essa oportunidade.

Numa tarde de domingo... a casa estava vazia; meus pais tinham saído... e todos tinham saído. Eu achei que a hora era propícia para pôr em prática aquilo que eu tinha, vinha planejando há dias. Já sabia onde estava o revólver. Eu já sabia como ia fazer. Eu já tinha perguntado... como... como atirar; ... Como... usar um revólver... Posicionei... aqui... (mostra o dedo indicador na face!) ... Senti que alguém naquela hora me ajudou... a ajeitar o... e dizia: _Chegastes até aqui? Já resolvestes? Vá em frente! Vá em frente! Isso! ... Eu fiz e atirei...

O barulho! Senti que todos os ossos... do meu rosto... os olhos... saltaram!... Escuridão! Dor! Medo!... (suspira), A criatura... que me ajudou, agora, ria; rodopiava ao meu redor... gritava... dizia que tinha se vingado... Não dei por conta de mim mesmo! A minha vontade que tudo tivesse terminado. Achei que ia achar o silêncio; que ia achar o esquecimento; que ia achar o túmulo... o repouso... A minha ilusão... desapareceu como fumaça! Sentia dor... muita dor; pavor em ver os meus olhos... prá fora; e sentir gosto de sangue na boca... Não foi prá isso que eu tirei minha vida. Eu queria esquecer! Eu queria me livrar!... porque... sofri tanto que pensei... era melhor eu tá onde estava mesmo! Talvez tivesse solução... Não sei!... Eu ainda sinto... tanta vergonha de contar o motivo, mas eu preciso dizer! Eu preciso! Eu disse que abriria meu coração; vou abrir...

... Eu... eu roubei!... Roubei! E com medo que descobrissem... estavam bem perto de descobrir que tinha sido eu... que roubei... o dinheiro, joias. Eu queria aquelas joias para mim. Aquele dinheiro eu achava que tinha direito... Ah!... É isso! Eu sou uma ladra! Eu sou uma ladra! ...Foi por isso que eu me suicidei... Essas recordações são amargas...

Ah! Eu quero o perdão! Perdão de mim mesma!... Eu sei que todos... sabiam do motivo. Todos aqueles que me socorreram!... Todos!...Eh! Meus superiores... nunca me acusaram!

Nunca me forçaram a dizer! É a primeira vez que eu digo... Eu tenho vergonha de mim mesma! Muita!!...

Aquele, aquele que me ajudou e que rodopiava direto, ao meu redor, gritando que tinha se vingado... Ele dizia que eu já tinha roubado ele. Que tinha cometido o suicídio porque eu roubei o dinheiro dele. Eu, eu não me lembro! Não foi dele que eu roubei o dinheiro! Não foi! Não foi!

No tumulto... que eu queria paz, que eu queria o esquecimento, só achei tomento! ... Lembrava da minha mãe e do meu pai; pessoas integras, só me ensinaram coisas boas... Meu pai... tão amoroso... Depois... vinha descobrir que ele... todos os dias, me enviava uma prece. Obrigado, meu pai!... Obrigado, meu pai e minha mãe que me ensinaram o que é bom! ... e que me fizeram... ter arrependimento do eu fiz.

Então as noites; longas noites, longos dias de tortura... de dor... chegaram ao fim!... Porque almas bondosas... me resgataram e estão tratando de mim. Eu tenha vergonha porque não mereço!... Tinha vergonha por esconder o verdadeiro motivo! Mas hoje estou aqui... abrindo o meu coração. Sou ladra! Sou ladra! Mas quero dizer; quero prometer ao meu pai e a minha mãe, que nunca mais; nunca mais farei isso! Perdão papai! Perdão mamãe!...

Oh, meu Deus! Meu coração ficou mais leve... e é bom que todos saibam que foi isso que fui... que eu sou! Que eu não quero ser! Obrigado a todos por me escutarem. Ah, que alívio! Perdão a todos! Perdão papai e mamãe! Obrigado! Meu Jesus! (o médium).

ANEXO J**PARTICIPANTE 10 (P10) (dia 01 de novembro de 2017)**

A paz de cristo! Queridas servas de Maria, vamos retornar ao trabalho de escuta. Então, antes que a irmã fale, eu peço que se concentrem e façam uma oração para que ela tenha ânimo de relatar a sua história. A paz de Jesus, minhas irmãs!

Eu quero falar, mas eu não queria tá vendo o rosto dele... eu não.. eu quero tirar essa visão do rosto dele, se não eu não consigo falar...

Eu cometi o suicídio. Eu não aguentei ser abandonada... Eu dediquei a minha vida... aquela criatura ingrata... e ele me abandonou... por outra... É tão difícil falar, minhas irmãs. É tão difícil relembrar tudo! Mas eu preciso falar! Eu preciso falar. O ódio foi crescendo, crescendo e todo aquele amor foi se transformou-se em ódio. Eu odiava, odiava aquela rameira. Era muita humilhação!...

Foi aí que um dia resolvi segui-lo. Eu sabia que ele ia se encontrar com ela. Mas eu precisava ver... para acreditar. Eu não sei porque, ele mesmo já tinha conversado. Ele já tinha me abandonado... Por que que eu fui insistir? Movida por um ódio profundo... por um sentimento de humilhação. Eu não andava, eu rastejava de tanta humilhação. É como se minha cabeça, meus ombros não tivessem forças para olhar para frente...

Segui-o até a casa dela. Ela já o esperava... Ele, com a cara de felicidade... Ah! Ele não desceu do carro! Ela entrou... (ofegante!) E eu segui! Saíram!... Perambulei por muito tempo pelas ruas da cidade, chorando, em desespero... E de repente, ao longe reconheci seu carro, e num impulso de revolta, de ódio. Quando ele se aproximou, eu me joguei na frente do carro. A minha intenção era acabar com a felicidade deles... e acabar o meu sofrimento.. E assim fiz!

A sensação depois era que... meus ossos estavam sendo todos quebrado como galhos... Sentia muitas dores nas pernas... nas costas... Quis me levantar... e não consegui!... Eles desceram do carro... apavorados! Ele tinha me atropelado, mas outro carro passou por cima do meu corpo... Eu queria me levantar! Eu queria pedir socorro! A única coisa que eu conseguia era grunhir de dor, de desespero. Ele apavorado!...

E foi assim; foi assim que começou meu verdadeiro sofrimento. Ah! Mesmo depois de retirados os carros envolvidos na batida, no atropelamento... eu permaneci naquele local... Não sei por quanto tempo. Depois, mesmo com esse corpo todo quebrado; fui arrastada por pessoas muito más! Muito! Que não tinham do da minha situação; pelo contrário, riam da minha desgraça!...

Entre eles, o mais... perverso... me fez uma proposta dizendo que podia... aliviar o meu sofrimento. Prá isso, eu teria que... ajudá-lo... a se vingar... dela. Ele dizia assim: -Tu não odeias ela! Eu também! Vamos nos juntar e dar uma lição! Vamos dar uma lição na rameira!

Meus Deus, como sofri! Quantas dores! Eu não entendia bem o que tinha acontecido comigo... E ele fingido amizade... disse: _Tua desgraça é culpa dela! Te matasse por conta dela! Tu vai sofrer aqui porque tu és suicida. Vais passar muito tempo aqui no local da tua morte... Há não ser, que aceites a minha ajuda.

Oh, Cristo amado! Eu não queria sentir aquelas dores, eu também não queria me associar aquela criatura, mas eu queria deixar de sofrer... Resolvi orar baixinho... entre um gemido de dor... e um grunhido de..., quando a dor era maior... Demorava! Eu pedia perdão; lembrava dos meus filhos. Meu remorso começou a chegar, pensando nos meus filhos. O que seria dos meus filhos? O arrependimento... Eu ficava pensando: porque não deixei os dois... prá lá, esquecer; e tinha ido cuidar dos meus filhos; e orava ... orava!...

Nunca fui muito religiosa... mas nesses momentos me sentia um pouco aliviada... E minha mãe?... Será que minha estava cuidando dos meus filhos? Eu pedia, em oração: mãe, perdoa a tua filha e cuida dos teus netos. A criatura vendo que não podia contar comigo... não desistiu de me atormentar. Principalmente, quando ele sabia que eu estava orando. Não sei como ele sabia! E fui criando forças para pedir a Deus, pedir perdão. E fui avançando, pela misericórdia de Deus. Fui retirada da via pública. Estou sendo tratada. Já me sinto bem melhor.

O motivo foi tão pequeno para tanta estupidez. Hoje, eu gostaria de estar cuidando dos meus filhos. Sei que Deus ia me dar forças para continuar... Mas, infelizmente, eu agi errado... E aqui estou, diante de todos; confessando a minha fraqueza; pedindo... mais uma vez: perdão aos meus filhos; a minha mãe; a Deus! E pedindo que todos me ajudem a dissipar as mágoas... e a seguir. O caminho ainda é longo, mas estou disposta... a me curar, a me regenerar. Para que um dia, eu tenha a oportunidade... e o direito de ver os meus filhos. Obrigado... pela oportunidade de ter sido... ouvida no meu relato.

Eu gostaria só de finalizar... dizendo: eu podia ter evitado, tanto sofrimento, se não fosse... o orgulho... porque não era amor que eu sentia... foi orgulho!. Hoje eu sei que a culpada não foi os dois. Foi a minha fraqueza. O meu orgulho... e a minha falta de confiança em Deus. Que Deus me guarde e me dê forças para a minha regeneração. Obrigado!

ANEXO L

PARTICIPANTE 11 (P11) (dia 20 de dezembro de 2017)

A paz... [a paz meu irmão] desejo a todos nós a paz; a paz de Cristo! Eu estou sendo o último, deste grupo, a falar. Sou o último a falar, como também o mais antigo da turma, e... deixei, né!; é... permiti ou entrei em acordo, né, com os meus superiores, que ficaria por último; para que... é... os outros não desistissem, né! Estavam imbuídos daquela coragem daquela ora e talvez se deixassem para mais tarde ou para outra ocasião, talvez não quisessem mais falar.

Eu posso fazer uma pergunta? Você é o último deste grupo. Teremos outro grupo. Sim! Sim!

Mesmo fazendo muito tempo, eu ainda, meu coração ainda palpita para falar sobre o suicídio; sobre a forma... que eu usei para tirar a minha própria vida. Antes mesmo de falar, foi muito forte a imagem daqueles que me prenderam por longo tempo... numa espécie de círculo, um círculo que tinha grades... e... éééé... eles ficavam caminhando em volta dessa grade. Vestiam túnicas pretas e né... e com filetes vermelhos; que ficavam mais vivo, vermelho, quando eles se agitavam. É... de vez em quando eles... se encolerizavam e, nesse momento, me xingavam, me chicoteavam. Essa imagem é muito nítida.

Mas, eu não fui vítima, não! Não fui vítima! Se passei por essa situação, por essa experiência... foi unicamente... pelo aquilo que eu fiz, pelo aquilo que eu cometi. Não, eu não tinha grandes motivos para cometer o suicídio. Eu apenas não tinha... eu não gostava de ser contrariado. Só isso! ... Então... resolvi! ...

Eu simulei uma morte natural. Não dei tiro! Não tomei veneno! Não me esfaqueei! ...Mas fingi... fingi um acidente. Estava tomado de ódio, por ter sido contrariado. As coisas tinham que ser da maneira que eu decidisse. E eu tinha decidido que seria rico! E quando eu vi que tinha perdido, já muito da minha fortuna. Quase tudo! Que eu não ia poder levar uma vida... de riqueza; eu simulei um acidente.

Aqueles homens de... vestes pretas, de túnicas pretas. Eles sempre gritavam, bem alto para que eu ouvisse. Chamavam de dissimulado, de covarde. E que não adiantava fingir que tinha sido uma morte natural, ... que eles sabiam. Desde o acidente, né, do suposto acidente que eu provoquei, né. Eu já fui recebido por eles. Me tiraram ainda ensanguentado do veículo... e me arrastaram. ... Eu gritava; mandava parar... mas eles não tinham piedade. Passei muito, muito tempo sofrendo nesse... nesse círculo, que eu não sei...eu não sei de que era feito. Eu sei que tinham grades e que eles ficavam ali, dia e noite, para que eu não fugisse.

Depois de muito sofrimento, eu ficava pensando... a pobreza teria sido melhor do que tanto sofrimento! ...Mas... ainda com todo sentimento ainda de... prepotência; eu ainda dizia: pobreza não! Pobreza não! Eu aguento. Mas, as minhas forças foram se exaurindo... o sofrimento! Agora, eu pensava naqueles que deixei... filhos, mãe, parentes. E ficava pensando, alguém ore por mim! Alguém lembre desse desgraçado! E chorava, chorava! Meu choro irritava... e quando eu chorava, eles me chicoteavam.

Eu tinha vontade de fazer uma oração, mas me sentia envergonhado. Mas disse apenas, duas palavras: Deus, misericórdia!... Quando eu consegui dizer estas duas palavras, Ah! Senti um alívio tão grande, tão grande!... E pedi permissão a Deus para orar. No começo eram pequenas orações, mas eu fui me acostumando a orar, a orar. Sempre pedindo: Deus, misericórdia! Deus, misericórdia! E Deus teve sim misericórdia mim. Teve misericórdia... e um grupo; um grupo de pessoas... chegaram perto deste círculo... dessas pessoas de túnicas negras. Lançaram uma... uns raios, que todos ficaram paralisados. Abriram, colocaram uma maca e me levaram. ... Me levaram para o hospital. Me levaram para a Colônia de Maria de Nazaré. A misericórdia de Deus me alcançou. Os braços ternos de Maria me acolheram. E eis-me aqui, em tratamento, mas agradecido pelo amor de Maria, pela misericórdia de meu Deus.

Eu quero agradecer por esta oportunidade de falar... e de dizer... que a misericórdia de Deus alcança, mesmo os mais desgraçados, como sou eu. Obrigado! Obrigado! Que a misericórdia de Deus nos alcance sempre!