

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

KATERINE DA CRUZ LEAL SONODA

VIOLÊNCIA URBANA NO DISTRITO FEDERAL: HISTÓRIAS DE VIDA DE
VÍTIMAS INDIRETAS E SEUS TRABALHOS DE LUTO

Orientadora: Terezinha de Camargo Viana

Brasília, DF
Setembro de 2016

KATERINE DA CRUZ LEAL SONODA

VIOLÊNCIA URBANA NO DISTRITO FEDERAL: HISTÓRIAS DE VIDA DE VÍTIMAS
INDIRETAS E SEUS TRABALHOS DE LUTO

Tese de doutorado relacionado à linha de pesquisa II: Psicanálise, Subjetivação e Cultura, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, apresentado à banca como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Aprovada em 26 de setembro de 2016

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Terezinha de Camargo Viana (Presidente). Universidade de Brasília

Profº. Dr. Rafael González Fernández (Membro externo). Universidad Complutense de Madrid

Profº. Dr. Henrique Carneiro (Membro externo). Universidade de Pernambuco.

Profº. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes. (Membro interno). Universidade de Brasília

Profª. Dra Maria Inês Gandolfo Conceição (Membro interno). Universidade de Brasília

Profª. Dra Veridiana Canezin Guimarães – Centro Universitário UDF

Brasília, DF
Setembro de 2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta tese, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Aos participantes dessa pesquisa
À minha avó Gilda (*in memorian*)
Ao meu sogro, Luiz Alberto (*in memoria*)

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

dSO699 da Cruz Leal Sonoda, Katerine
v Violência urbana no Distrito Federal: Histórias de
vida de vítimas indiretas e seus trabalhos de luto /
Katerine da Cruz Leal Sonoda; orientador Terezinha
de Camargo Viana. -- Brasília, 2016.
354 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica
e Cultura) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Violência
urbana. 4. Histórias de vida. 5. Luto. I. de Camargo
Viana, Terezinha, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

“Uma poeta norte americana chamada Muriel Rukeyser disse uma frase que sempre me pareceu esplêndida: **O mundo não é feito de átomos: o mundo é feito de histórias.** Eu acredito que sim, porque são as histórias que a gente conta, que a gente escuta, recria, multiplica, que permitem transformar (...) o que está distante em algo próximo, possível, visível” (Eduardo Galeano, trecho de entrevista do programa Sangue Latino).

Não se trabalha durante anos, sobre uma questão, sem se transformar. Este doutorado foi a continuação dos estudos que iniciei em minha graduação. Ainda que a escrita de uma tese tenha sido um trabalho muito solitário, eu não estive todo o tempo sozinha. Recebi muito ajuda e gostaria de agradecer, com gratidão, a algumas pessoas e instituições tornaram esta pesquisa de doutoramento possível.

À minha orientadora, professora Dra. Terezinha de Camargo Viana

Agradeço com muito carinho a minha orientadora, que me apoiou desde sempre e me fez acreditar que era possível. Deu bronca e fez elogios nos momentos mais oportunos. Fez-me ver o que não estava claro e esteve junto mesmo quando não estava perto. Apoiou-me, além de tudo, a fazer minha primeira viagem internacional, quando da apresentação de um trabalho em congresso na Argentina. E depois, não satisfeita, foi a maior incentivadora de minha ida para Madrid, para realização de Estágio Doutoral no Exterior.

Ao meu orientador no exterior, professor Dr. Rafael González Fernández

Agradezco con mucho cariño al profesor Rafael, “el mudo”, que me recibió en Madrid, me dio las llaves de su despacho y me ayudó en todo que necesité. Me incentivó a participar de congresos, me dio cosas para leer, me enseñó muchísimo.

Rafa, mi nuevo amigo del viejo mundo, ¡¡muchas gracias por las copas, por las charlas, por los paseos, por todo ánimo y por toda atención!!

Ao meu amor e marido, Luiz Alberto Arend Filho

Ao meu guim, que é a alegria da minha vida e com quem divido meus projetos e sonhos. Foi meu revisor e crítico mais cruel da tese e me comprou centenas de cápsulas de café expresso nos últimos anos. Fez comida, arrumou a casa e me cuidou muito bem. Te amo!

Aos participantes desta pesquisa

Toda minha gratidão pelo tempo que compartilharam comigo e pela confiança que me concederam quando me contaram suas histórias, tristezas, desventuras, esperanças e projetos. Contem comigo!

Aos professores que me influenciaram e serão sempre referência em minha vida

Vitor Quintan (Pré-vestibular), Marcelo Lopes de Souza (UFRJ), Rita de Cássia Ramos Louzada (UFRJ), Antonio Geral do Peixoto (UFRJ), Tania Maria de Freitas Barros Maciel (UFRJ), Alexandra Tsallis (UERJ), Simone Gonçalves de Assis (ENSP/Fiocruz), Miriam Schenker (ENSP/Fiocruz), Eliana Riggotto Lazarini (UnB).

Aos professores que participaram de meu Exame de Qualificação e da Banca de defesa de tese

Obrigada pela leitura cuidadosa do meu manuscrito, pelas críticas construtivas, sugestões, elogios e indicações bibliográficas.

À minha família linda, de onde eu vim

Que fez de mim quem eu sou. Aos meus pais, Elizabeth e Gilson, “suficientemente bons”, por terem proporcionado o possível e o impossível para sermos uma família feliz. À minha irmã polly, minha primeira melhor amiga.

Aos que se foram, cedo demais

Aos que virão: Luíza ou Valentin, nossos projetos de futuro

Aos queridos colegas do Laboratório de Psicanálise e subjetivação da UnB

Aos amados amigos

Velhos e novos, doces presentes da vida: Patrícia Rachel & baiano, Márcia Rosa (pm), Márcia Portela, Eliane Cruz (lili), quel & Marcelo, Rose & Celso, Graci & dogi, Thaís Renata, Flávia Lana, Sebastião Rodrigues (sebaba), Matildes, Aline & Ricardo, Keyla, Felipinho, Karine Brito, Cássio & Renata.

Aos altamente especializados da UFRJ: Jorge, pri, Yuri, Shana & Eric, vini, Beto.

À Monica Ayala (e suas aulas maravilhosas de Scrapbook).

Aos que a Espanha me deu: Cao Yifeng (Felícia, mi corazón), Fernando, Vesselin, Sabrina, Silvia & Rafa.

Agradecimentos institucionais

À Universidade de Brasília e à Universidad Complutense de Madrid

Instituições que escolhi (e que me escolheram) para realização deste doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior



Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES - Programa de Demanda Social (DS) n. 00.889.834/0001-08) pela bolsa de doutorado que recebi durante a maior parte do curso e pela concessão de uma bolsa para realização de Doutorado Sanduíche no Exterior (CAPES – Processo n. BEX 99999.010558/14-4. Período de concessão: 01/03/2015 a 29/02/2016).

Fui uma das últimas contempladas com a referida bolsa antes de o programa ser suspenso em consequência da crise econômica e política brasileira que culminou em 2016. Faço aqui um elogio a esta instituição e aos seus técnicos (sempre muito amáveis e eficientes). O Programa Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) foi para mim uma possibilidade de internacionalização, excelência acadêmica e crescimento cultural.

Ao Pró-Vítima



Programa da Subsecretaria de Proteção às vítimas de violência, da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal (SEJUS) e seus funcionários, que me possibilitaram a realização de boa parte do trabalho de campo desta investigação. Por mais políticas públicas como esta!

Em especial, agradeço a duas pessoas:

Gildete Pires, psicóloga clínica do Pró-Vítima, que me recebeu com muito carinho e me orientou em tudo que precisei. Virou uma amiga e parceira de textos, congressos, eventos. Gratidão!

Valéria Velasco, uma grande mulher, idealizadora e coordenadora do programa durante meu trabalho de campo, que me recebeu com muita atenção e autorizou o desenvolvimento da parte empírica de minha pesquisa com algumas vítimas de violência atendidas no Pró-Vítima.

Ao Ministério das Cidades

Pela licença concedida ao meu marido, servidor público nesta instituição, o que permitiu nossa estância em Madri pelo período que planejei. Em especial, agradeço aos senhores Cássio Felipe Bueno e Johnny Ferreira dos Santos.

Foi sangrenta
Foi sangrenta toda terra do homem.
Tempo, edificações, rotas, chuva,
apagam as constelações do crime,
o certo é que um planeta tão pequeno
foi mil vezes coberto pelo sangue,
guerra ou vingança, armadilha ou batalha,
caíram homens, foram devorados,
depois o esquecimento foi limpando
cada metro quadrado: alguma vez
um monumento mentiroso,
às vezes uma cláusula de bronze,
depois conversações, nascimentos,
municipalidades, e o esquecimento.
Que arte temos para o extermínio
e que ciência para extirpar lembranças!
Está florido o que foi sangrento.
Preparar-se, rapazes,
para matar, morrer de novo,
e cobrir com flores o sangue.
Pablo Neruda



Retirado do livro: Maier, C.; Simon, A. (2012) Freud: Uma biografia em quadrinhos. São Paulo: Quadrinhos na Cia.

Resumo

Introdução: O medo de sofrer um crime violento não é novidade na cultura brasileira, mas se tornou rotineiro e mais intenso nas últimas décadas, sobretudo nas metrópoles. A questão central da pesquisa, realizada no Distrito Federal, foi responder por que algumas vítimas indiretas da violência urbana conseguem elaborar o luto e “seguir com a vida”, enquanto outras ficam estagnadas em um processo de luto “complicado”, “mal elaborado” ou “patológico”. Por acreditar que Freud é um autor fundamental no campo dessas reflexões, realizo um diálogo constante com a psicanálise, explorando e articulando os conceitos de trauma, resiliência e luto. O objetivo geral foi investigar, por meio do uso do método psicanalítico em uma *situação de pesquisa*, os mecanismos de reparação/ressignificação das experiências vividas por vítimas indiretas da violência urbana no Distrito Federal. **Método:** O principal instrumento utilizado para obtenção de dados foi a entrevista aberta e em profundidade, para coleta de História de vida. As entrevistas ocorreram livremente. “*Gostaria que me contasse a história da sua vida, da forma como o senhor (a) quiser*” foi, inicialmente, à única instrução dada aos participantes, que somaram 13. Detalho os critérios de seleção dos participantes, o desenrolar do trabalho de campo, como efetuei a categorização dos dados, os recursos que utilizei para apresentar estes dados e, por fim, as técnicas de análise. Sobre a etapa de categorização, destaquei a extração de um conjunto de oito instituições, a saber: família, igreja, trabalho, apoio social, ativismo, Terapia, medicação (psicotrópica) e drogas Ilícitas, todas associadas às principais possibilidades de enfrentamento - ou ressignificação - das experiências violentas que afetaram os participantes. **Resultados:** De maneira geral, os participantes que “ficaram bem” apresentam relações muito fortes e estáveis com as instituições tradicionais e seus projetos de futuro estão relacionados com estas instituições. A família foi a principal instituição tradicional a quem os participantes recorreram para passar pelo luto e seguir com suas vidas. Para o grupo que “ficou mal”, a saúde

foi bastante afetada e a ideação suicida é comum em seus discursos, além de um sentimento de culpa constante. Neste subgrupo, houve perda do sentido de viver. Foram participantes que desenvolveram mais sintomas psiquiátricos, não buscaram ajuda e não cuidaram de si.

Conclusões: Os processos de luto diante da perda de pessoas próximas por causas violentas foram bem sucedidos para a maior parte dos participantes. A análise conjunta dos dados, articulado com a literatura especializada, aponta que “ficar bem” ou “ficar mal” após sofrer experiências de perda extremamente dolorosas está diretamente relacionado com a saída ou elaboração (suficiente, precária ou inexistente) do trabalho de luto. E esta saída do luto também está relacionada com as instituições que ajudaram a “segurar a barra” de passar por uma experiência potencialmente traumática, além de ter relação também com o potencial de resiliência de cada sujeito. O processo interior de criação do relato autobiográfico possibilitou dar algum sentido para o que pode ser inominável, traumático ou insuportável.

Palavras chave: Violência urbana, luto, resiliência, enfrentamento.

Resumen

Introducción: El miedo de sufrir un crimen violento no es novedad en la cultura brasileña, pero se convirtió rutinario y más intenso en las últimas décadas, principalmente en las grandes ciudades. La cuestión central de esta investigación, hecha en el Distrito Federal, fue contestar por qué algunas víctimas indirectas de la violencia urbana consiguen elaborar el luto y “seguir con la vida”, mientras otras se quedan estancadas en un proceso de luto “complicado”, “mal hecho” o “patológico”. Por creer que Freud es un autor fundamental en el campo de estas reflexiones, realicé un diálogo constante con el psicoanálisis, explorando y articulando los conceptos de trauma, resiliencia y luto. El objetivo general fue conocer, por medio del método psicoanalítico en una *situación de investigación*, los mecanismos de reparación/resignificación de las experiencias vividas por los participantes. **Método:** El principal instrumento utilizado para la obtención de datos fue la entrevista abierta y en profundidad, para coger Historias de Vida. Las entrevistas ocurrieron libremente. “Gustaría que me contase la historia de su vida, de la manera como el señor(a) quiera”, fue, inicialmente, la única instrucción dada a los participantes, que sumaron 13. Detallé los criterios de selección, el desarrollo del trabajo de campo, como hice la categorización de datos, los recursos que utilicé para presentar estos datos y, por fin, las técnicas de análisis. Con respecto a la etapa de categorización, destacué la extracción de un conjunto de ocho instituciones, a saber: Familia, Iglesia, Trabajo, Apoyo social, Activismo, psicoterapia, medicación (psicotrópica) y drogas Ilícitas, todas asociadas a las principales posibilidades de enfrentamiento - o resignificación - de las experiencias violentas que afectaron a los participantes. **Resultados:** De manera general, los participantes que se “quedaron bien” presentaron relaciones muy fuertes y estables con las instituciones tradicionales y sus proyectos de futuro están relacionados con dichas instituciones. La familia

fue la principal institución a quien los participantes recurrieron para pasar por el luto y seguir con sus vidas. Para el grupo que “se quedó mal”, la salud fue bastante afectada y la ideación suicida fue común en sus discursos, además de un sentimiento de culpa constante. En este grupo, hubo pérdida del sentido de la vida. Fueron los participantes que desarrollaron más síntomas psiquiátricos, no buscaron ayuda y no cuidaron de sí mismos. **Conclusiones:** Los procesos de luto delante de la pérdida de personas próximas por causas violentas fueron exitosos para la mayoría de los participantes. El análisis conjunto de los datos, articulado con la literatura especializada, apuntan que “quedarse bien” o “quedarse mal” después de sufrir experiencias de pérdida extremadamente dolorosas está directamente relacionado con la salida o elaboración (suficiente, precaria o inexistente) del trabajo de luto. Y la salida del luto también está relacionada con las instituciones que ayudaron a “sostener la barra” y pasar por una experiencia potencialmente traumática, además de tener relación con el potencial de resiliencia de cada sujeto. El proceso interior de creación del relato autobiográfico posibilita dar algún sentido para lo que puede ser innominable, traumático o insoportable.

Palabras clave: Violencia urbana, luto, resiliencia, enfrentamiento

Abstract

Introduction: The fear of suffering a violent crime is not new in Brazilian culture, but it has become routine and more intense in recent decades, especially in cities. The central question of the survey, conducted in the Federal District, was to answer why some indirect victims of urban violence can elaborate mourning and 'get on with life', while others get stuck in a grieving process "complicated," "poorly prepared" or "pathologic". Believing that Freud is a key author in the field of these reflections, I realize a constant dialogue with psychoanalysis, exploring and articulating the concepts of trauma, resilience and mourning. The overall objective was to investigate, through the use of the psychoanalytic method in a research situation, the mechanisms of repair / reframing the experiences of indirect victims of urban violence in the Federal District. **Method:** The main instrument used for data collection was open and in-depth interview to collect life history. The interviews took place freely: "tell me the story of your life the way you want" was initially the only instruction given to participants, which was a total of 13. I detailed the criteria for selection of participants, how I carried on the field work, how I did the categorization of the data, the resources I used to present these data and, finally, the analysis techniques. On the stage of categorization, highlighted the extraction of a set of eight institutions, namely: Family, Church, Work, Social Support, Activism, Therapy, Psychotropic Medication and Illicit Drugs, all associated with major coping possibilities - or reframing - violent experiences that affected the participants. **Results:** In general, participants who "went well" have very strong and stable relations with the traditional institutions and their future projects are related to these institutions. The family was the main traditional institution which participants resorted to go through the grief and move on with their lives. For the group that "was bad," health was greatly affected and suicidal ideation is common in his speeches, and a feeling of constant guilt. In this subgroup,

there was loss of the sense of living. They were the participants who developed more psychiatric symptoms, have not sought help and did not care of itself. **Conclusion:** The grief process at the loss of close people from violent causes have been successful for most participants. The analysis of the data, in conjunction with the literature, points out that "look good" or "get ill" after suffering extremely painful experiences of loss is directly related to the output or preparation (enough, poor or non-existent) the work of mourning. And this mourning output is also related to the institutions that helped to “segurar a barra” to go through a potentially traumatic experience, and having regard also to the potential resilience of each person. The inner process of creating autobiographical account possible give some sense to what can be unspeakable, traumatic or unbearable.

Keys words: Urban violence, grief, resilience, coping.

Résumé

Introduction: La peur de la souffrance d'un crime violent n'est pas nouvelle dans la culture brésilienne, mais, elle est devenue courante et plus intense pendant des dernières décennies, plutôt aux grandes villes. La question centrale de cette recherche, faite à Distrito Federal, a été de répondre pourquoi certaines victimes indirectes de la violence urbaine réussissent à l'élaboration du deuil et à "continuer à vivre", tandis que d'autres se sont coincées dans un processus de deuil "compliqué", "mal élaboré" ou "pathologique". Assurée de l'importance fondamental de Freud au domaine de ces réflexions, je sutiens un dialogue constant avec la psychanalyse, en explorant et en articulant les concepts de traumatisme, de résilience et de deuil. L'objectif général a été d'enquêter, à travers l'usage de la méthode psychanalytique dans une *situation de recherche*, les mécanismes de réparation/resignification des expériences vécues par des victimes indirectes de la violence urbaine à Distrito Federal. **Méthode:** Le principal instrument utilisé pour l'obtention de données a été l'entrevue ouverte et en profondeur pour recueillir l'Histoire de vie. Les entrevues ont eu lieu librement. "*Je voudrais que vous me disiez l'histoire de votre vie, comme vous voulez*" a été d'abord la seule instruction donnée aux participants, qui ont totalisé 13. Je détaille les critères de sélection des participants, le cours de l'étude de champ, la procédure de catégorisation des données, les ressources lesquels j'ai utilisé pour présenter ces données et, enfin, les techniques d'analyse. À propos de l'étape de la catégorisation, je relève l'extraction d'un ensemble de huit institutions, à savoir: Famille, Église, Travail, Soutien Social, Activisme, Thérapie, Médication (psychotropique) et Drogues Illicites, tous celles associées aux principales stratégies de faire face – ou de resignification – des expériences violentes qui ont affecté les participants. **Résultats:** D'une façon générale, les participants qui "vont bien" ont des relations très fortes et stables avec les institutions

traditionnelles et leurs projets futurs sont liés à ces institutions. La famille a été la principale institution traditionnelle dont les participants ont fait appel pour passer par le deuil et suivre leurs vies. Pour le groupe qui "a été mauvais", la santé a été grandement affectée et l'idéation suicidaire est courante dans ses discours, ainsi qu'un sentiment de culpabilité souvent. Dans ce sous-groupe, il y a eu de la perte du sens de la vie. Les participants qui ont développé plus des symptômes psychiatriques n'ont pas demandé de l'aide et n'ont pas pris soin d'eux-mêmes.

Conclusions: Le processus de deuil face à la perte de personnes proches par des causes violentes a réussi pour la plupart des participants. L'analyse de toutes les données, par rapport à la littérature, souligne que "aller bien" ou "aller mal" après avoir subi des expériences de perte extrêmement douloureuses est directement liée à la sortie ou à l'élaboration (assez, pauvre ou inexistant) du travail de deuil. Et cette sortie du deuil est également liée à des institutions qui ont aidé à "prendre en charge" pour passer à travers une expérience potentiellement traumatique, ainsi que par rapport au potentiel de résilience de chaque sujet. Le processus interne de création du récit autobiographique permet de donner un sens à ce qui peut être indicible, traumatique ou insupportable.

Mots-clés: violence urbaine, deuil, résilience, faire face.

Lista de Figuras

Figura 1 Resumo do caminho adotado no marco empírico da pesquisa	139
Figura 2 Relações entre as instituições tradicionais.....	158
Figura 3 Modelo de Tabela de Resultados adotado	168
Figura 4 Linha da Vida - Moema.....	183
Figura 5 Linha da Vida - Miriam	193
Figura 6 Linha da Vida - Rose	202
Figura 7 Linha da Vida - Madalena	211
Figura 8 Linha da Vida - José	222
Figura 9 Linha da Vida - Alex	236
Figura 10 Linha da Vida - Gilda	245
Figura 11 Linha da Vida - Ângela	254
Figura 12 Linha da Vida - Ester.....	264
Figura 13 Linha da Vida - Beatriz	276
Figura 14 Linha da Vida - Saramago	284
Figura 15 Linha da Vida - Sofia	291
Figura 16 Linha da Vida - Robert	297

Lista de Tabelas

Tabela 1 Óbitos por Causas Externas* no Distrito Federal/Brasília	44
Tabela 2 Óbitos por Causas Externas* no Brasil, em todas as Regiões.....	44
Tabela 3 Resultados - Moema.....	189
Tabela 4 Tabela de Resultados - Miriam	197
Tabela 5 Resultados - Rose	207
Tabela 6 Resultados - Madalena	217
Tabela 7 Resultados - José.....	232
Tabela 8 Resultados - Alex	242
Tabela 9 Resultados - Gilda	250
Tabela 10 Resultados - Ângela	259
Tabela 11 Resultados - Ester.....	270
Tabela 12 Resultados - Beatriz	280
Tabela 13 Resultados - Saramago.....	288
Tabela 14 Resultados - Sofia	294
Tabela 15 Resultados - Robert.....	301

Lista de Quadros

Quadro 1 Comparação do método psicanalítico em dois contextos distintos	131
Quadro 2 Breve caracterização dos participantes	175

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Relações dos participantes que estão bem com as Instituições Tradicionais antes do luto	310
Gráfico 2	Relações dos participantes que estão bem com as Instituições Tradicionais durante o luto	311
Gráfico 3	Relações dos participantes que estão bem com as Instituições Tradicionais após o luto ...	312
Gráfico 4	Uso das Instituições não Tradicionais pelos participantes que estão bem antes do luto.....	312
Gráfico 5	Uso das Instituições não Tradicionais pelos participantes que estão bem durante o luto...	313
Gráfico 6	Uso das Instituições não Tradicionais pelos participantes que estão bem após o luto	313

Lista de Fotografias

Fotografia 1 Arquivo pessoal da autora, quadro fotografado na Nationalgalerie, em Berlim 330

Sumário

<i>Os caminhos da investigação.....</i>	<i>1</i>
Sobre a construção do objeto e motivações para pesquisar o tema	3
Apresentação geral da tese: Por que contar a própria história?	10
Objetivos	13
Justificativa	14
Questões de pesquisa	15
Pressupostos	16
O feito	17
1. Sobre o Distrito Federal e as vítimas indiretas de violência urbana	23
1.1 O Distrito Federal e a cidade de Brasília.....	23
1.2 A Violência: das definições oficiais a uma discussão mais ampla	25
1.3 “Dramatizando causas”: violência como um fenômeno histórico, complexo e multicausal. .	29
1.4 A violência urbana é a violência contemporânea no Brasil?	35
1.5 Quem são as vítimas indiretas de violência urbana?	42
2. Trauma, resiliência e luto: Uma articulação dos conceitos entre si e com as histórias de vida.....	46
2.1 Revisitando o conceito de trauma em Freud	48
Momento 1 - Descobertas iniciais e a criança violentada: o trauma é essencialmente de natureza sexual	49
Momento 2: A descoberta da fantasia incestuosa inconsciente	51
Momento 3 - A Guerra e as neuroses traumáticas: A violência como trauma e o repetir para elaborar ...	52
Momento 4: Teoria da angústia e o desamparo.....	59
2.2 Violência e resiliência: O homem em busca de sentido	67
2.3 Recordar, repetir... Como elaborar? Sobrevivendo à perda de pessoas próximas por causas violentas	86
2.4 Historia de vida	90
2.5 Trauma, luto e resiliência	100
3. O caminho depois de percorrido: Sobre a natureza e o processo da pesquisa	105
3.1 O uso do método psicanalítico em um contexto de pesquisa.....	109
3.1.1 As condições da clínica freudiana	109
3.1.2 As condições da pesquisa psicanalítica	120
3.2 Considerações éticas	133
3.3 Método adotado	136
3.3.1 Seleção dos participantes	138
3.3.2 As Entrevistas Livres (trabalho de Campo)	140
3.3.3 Categorização.....	145

3.3.4 Linhas de Vida e Tabelas de Resultados.....	166
3.3.5 Técnicas de análise e interpretação dos dados e informações.....	169
4. Escutando histórias de vida de vítimas indiretas de violência urbana.....	173
4.1 “A história da minha vida é a seguinte”: Apresentação das Histórias de Vida dos entrevistados	180
4.1.1 Moema: “Procuro levar a vida sem pensar muito, senão enlouqueço”	181
4.1.2. Miriam: “Só deus sabe a dor que eu sinto por ter perdido ele”	192
4.1.3 Rose: “Minha história é essa... Minha história é triste”	201
4.1.4. Madalena: “Não tem um dia que eu não choro, não tem um dia que eu não sinta saudade”.	210
4.1.5 José: “Como pode a vida continuar? Não pode continuar, tem alguma coisa errada. Meu irmão foi assassinado!”	221
4.1.6 Alex: “Eu não pedi pra não sofrer, eu só pedi pra conseguir sofrer com dignidade”	235
4.1.7 Gilda: “A minha cruz é grande... Mas então a vida continuou, né? E eu to aqui, aos trancos e barrancos, sobrevivendo”	244
4.1.8 Ângela: “A gente não supera não... a gente só continua vivendo”	253
4.1.9 Ester: “Eu eliminei várias etapas do luto, várias etapas”	263
4.1.10 Beatriz: “Não tenho mais aquela alegria”	275
4.1.11 Saramago: “A vida da gente ta capengando, mas a gente vai procurar ajeitar!”	282
4.1.12 Sofia: “Eu achava que ia morrer... Nada pra mim tinha valor”	290
4.1.13 Robert: “Eu fiquei meio sem saber o que fazer”	296
4.2 Do “Não tem um dia que eu não choro” ao “E a vida continua, né?”: Projetos de futuro versus perda de sentido do viver.....	304
4.2.1 Considerações sobre os participantes que tiveram processos de luto suficientemente bons e ‘estão bem’ (nove em 13).....	308
4.2.2 Considerações sobre os participantes que tiveram processos de luto insuficientes e ‘estão mal’ (dois em 13).....	315
4.2.3 Considerações sobre os participantes sobre os quais não foi possível concluir sobre seus estados atuais (dois em 13).....	317
5. Considerações finais	322
Retomando os pressupostos e os objetivos da pesquisa	323
Outras limitações do estudo e lacunas para novas descobertas	337
Referências bibliográficas.....	339
Anexos	352

Os caminhos da investigação

"A utopia está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar".
Eduardo Galeano (1940 - 2015)

Meu desejo de seguir estudando o tema da violência urbana foi sendo constituído a partir das investigações que participei e desenvolvi nos últimos anos. Por isso, contarei a seguir sobre o meu percurso acadêmico (e, algumas vezes, pessoal) para que leitor compreenda de onde parti, quais são e como pretendo responder às questões postas no projeto atual.

A escolha de um tema de investigação se encontra inevitavelmente relacionada com a trajetória de vida e com as experiências do pesquisador. Não posso entrar em uma pesquisa como esta (sem a influência das opções e trabalhos que já fiz e) sem ser levada por motivações muito intensas. Não posso desconsiderar ainda as razões inconscientes. É preciso considerar ainda o meu próprio romance familiar e a minha trajetória social.

Por que se interessar pela dor, pela violência, pelo difícil, pelo insuportável e pelo potencialmente traumático? Por que eu acredito que a violência não é um problema apenas de quem a sofreu diretamente. É também um problema para as famílias e amigos das vítimas diretas, para a justiça, para a polícia, para o sistema de saúde, etc.

É preciso se interrogar a propósito do meu desejo e minhas motivações, pois se estou aqui, envolvida nesse tema árduo e triste, é preciso interrogar o porquê disso. E é apenas tendo alguma noção do meu próprio desejo que posso me situar em relação ao desejo do outro. Acredito no caráter transformador que se impõe a quem se coloca à escuta diante do excessivo. Cumplicidade que depois de escutar, também sinto. E é por isso que eu continuo insistindo no trabalho com vítimas de violência.

Por ter nascido (e crescido) em um dos estados mais violentos do Brasil, o Rio de Janeiro, a violência nunca foi uma “novidade” para mim. Pelo contrário, sempre foi grande motivo de preocupação dos meus pais (aonde ir, com quem, a que horas voltar, etc.). Eu sempre soube quais lugares evitar. Todos os dias os noticiários “vendiam” (“vendem”) violência, tragédias, morte. Dessa forma, a violência sempre esteve presente no cotidiano. Nesse sentido, Minayo (2010) lembra de que nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões desta investigação estão relacionadas a interesses e circunstâncias social e psicologicamente influenciadas.

A lembrança mais remota que tenho de uma experiência que entendi como violenta foi em um acidente de carro¹. Estava com minha família já muito perto da nossa casa. Eu não tinha mais que seis anos. Meus pais avistaram um carro batido. Tinha gente em volta. Eles pararam e perceberam que dentro do automóvel havia um casal e uma criança muito pequena. Tinha sangue. Meus pais tomaram uma atitude que hoje seria considerada imprudente porque não era possível saber a gravidade dos ferimentos: levou todos os acidentados para nossa casa. O que mais me marcou nesse episódio não foi o sangue. Não foi o carro completamente destruído. Tampouco o risco de o veículo cair barranco abaixo. O que me ocupou nas horas seguintes foi o fato do pai e da mãe do bebê estarem bêbados. O cheiro de álcool era muito forte. Minha inquietação veio da explicação da minha mãe para o acontecido. O carro bateu porque o motorista estava bêbado. Não foi acidente! Os pais daquele bebê não o haviam protegido. Não foram suficientemente bons. Para Freud, toda criança pequena pensa que seus pais são os

¹ E, a mais recente, aconteceu no final de junho de 2016, quando fui furtada dentro de minha própria casa, em um bairro nobre de Brasília. O ladrão escalou o edifício e entrou pela janela da cozinha. Levou dinheiro, minha mochila (na qual estava guardado meu laptop com todos os meus arquivos pessoais), além do *pen drive* no qual fazia o backup da minha tese. Esse episódio, ocorrido às vésperas de minha defesa, foi motivo de muita reflexão. O “objeto de pesquisa” chegou “perto demais” e isso foi fonte de muito estresse, desânimo e perplexidade.

melhores do mundo, mas depois questiona isso. Os meus também poderiam falhar! Estaria aí a minha primeira ferida narcísica? Começava a por em dúvida, como expos Freud em 1909, as “qualidades extraordinárias e incompatíveis” que eu lhes atribuía?

Sobre a construção do objeto e motivações para pesquisar o tema

Apesar de a violência urbana ser um problema do cotidiano carioca (pelo menos) desde que eu era muito pequena, foi apenas em minha graduação em Psicologia que as pesquisas sobre ‘violência’ me despertaram interesse acadêmico. Nunca fui militante ou ativista de causa alguma.

Nos parágrafos a seguir contarei o meu percurso de pesquisas. Esta é uma tentativa de apresentação do objeto de estudo. É a história de como a pesquisa modifica o pesquisador.

Ingressei na Universidade Federal do Rio de Janeiro no segundo semestre de 2003. Escolhi cursar a graduação em Psicologia (tendo sido aprovada ainda, em outras universidades públicas, nos os cursos de Economia, Agronomia e Relações Internacionais – que, é claro, nem cheguei a iniciar).

Nos primeiros períodos da graduação, o que mais me interessava era a grande categoria ‘psicologia social’ porque entendia que nessa subárea o estudo do indivíduo e da sociedade ocorria de modo mais integrado. Em 2004, comecei a trabalhar no grupo de pesquisas da professora Tania Maciel, como aluna de Iniciação Científica, junto com seus alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS/UFRJ). No ano seguinte comecei a receber minha primeira bolsa de pesquisa, ainda supervisionada pela professora (hoje amiga) Tania. Nesses primeiros anos estudei questões relativas à Ecologia Social e Psicossociologia de Comunidades. Cursei algumas disciplinas no Instituto de Geociências, para conhecer um pouco mais sobre ‘meio ambiente’, ‘desenvolvimento’ e ‘sustentabilidade’. Nesta mesma época, no entanto, a Tania se ausentou do

Brasil para realizar um Pós-doc e eu, que já fazia disciplinas na Geografia, tive a oportunidade de conhecer os trabalhos do professor Marcelo Lopes de Souza, que estava escrevendo, naquele ano, seu livro *“Fobópole: O medo generalizado e a militarização da questão urbana”*.

Candidatei-me a uma bolsa, tive aprovação e, quando iniciei um estágio no NuPeD - Núcleo de Pesquisas sobre Desenvolvimento sócio-espacial - , coordenado pelo professor Marcelo, em 2007, comecei a estudar o tema da violência do tipo urbana de forma sistematizada, sendo orientada pelo ‘velho mestre’. Por lá fiquei todo o resto da graduação (até 2010), como Assistente de Pesquisa.

Nesse grupo de pesquisa fiz investigações e descobertas que mudaram minha vida. Visitei favelas. Conversei com pessoas. Li muito. E, sobretudo, estranhei.

Concomitantemente ao desenvolvimento da minha monografia e ao trabalho de pesquisa desenvolvidos no NuPeD, trabalhei por três anos (2008-2010) na clínica escola da UFRJ (DPA: Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro) com atendimento clínico (equipe de Psicanálise) de crianças e adultos, onde fui supervisionada pelo estimado professor Antonio Geraldo Peixoto.

Ainda aqui os colegas carinhosamente me apelidaram de “A moça da violência”. Porque eu era muito corajosa: subia favela. Porque eu sabia diferenciar diversos tipos de armas. Porque eu aprendi dialetos e gírias que não eram do meu círculo de amigos próximos. Aprendi ainda a dançar funk como se dança na favela. E principalmente, porque eu falava muito disso: violência.

Oliver Sacks, neurologista inglês que faleceu durante a escrita desta tese (em 2015) relata o caso clínico de uma de suas pacientes autistas, que se referiu a si própria como “Um antropólogo em Marte”, para falar da estranheza que sentia em relação ao mundo das relações e dos afetos humanos. A paciente de Sacks não era capaz de entender o mundo a sua volta. Sensação parecida eu senti ao visitar as favelas. As primeiras incursões foram as mais

chocantes: crianças vendendo drogas, jovens com armas nas mãos, muita carência. Muita falta. Muito sofrimento. Cada favela com sua realidade: potencialidades e mazelas, suas leis não escritas, etc. Um cotidiano marcado pela violência e pela pobreza. E também pelas brincadeiras de rua, pelas cadeiras na calçada, pelos botequins animados. Como uma antropóloga em Marte, vivi na pele a estranheza, estranheza talvez próxima àquela sentida pela paciente de Sachs. Estranheza de quem se sentiu estrangeira em sua própria cidade.

Mas, apesar da estranheza, eu segui em frente. Concluí minha monografia de conclusão de graduação com um trabalho sobre líderes comunitários vítimas de violência urbana em favelas cariocas (Sonoda, 2009ab, 2010, 2011, 2012a), com orientação dos queridos professores Marcelo Lopes de Souza (geógrafo) e Rita de Cássia Louzada (psicóloga). Investiguei a possível relação entre violência urbana e mal estar psíquico em líderes comunitários residentes em favelas da cidade do Rio de Janeiro. Como resultados principais, além da constatação de que a violência urbana afeta a autonomia coletiva (Castoriadis, 1982, Souza, 2005, 2006a, 2006b, 2008), encontrei uma associação entre sofrimento psíquico (e problemas psicossomáticos) e violência urbana cometida por policiais e traficantes de drogas locais. Na investigação com líderes comunitários, concluí que a violência tem impactos negativos diretos na saúde. A violência (e a sensação de insegurança) nas cidades pode desencadear vários tipos de sofrimento, somatizações, mal estar psíquico e, dependendo da gravidade, psicopatologias. A contemporaneidade e as características do espaço em que se vive (espaço este marcado pela violência, pela precariedade, pela ausência do Estado) podem interferir no processo saúde-doença dos indivíduos.

Mas o que mais me intrigou nessa investigação foram os líderes comunitários que não adoeciam! Encontrei muitos relatos de experiências extremamente sofridas, às vezes traumáticas, mas alguns desses líderes não sofriram (ou não sofriram tanto) como outros. Que ‘mágica’ acontecia com alguns dos participantes? Como eles não ‘enlouqueciam’? Por que não

adoeciam (física e psicologicamente) ou eram menos impactados pela violência? O que ‘segurava’ ou servia de ‘continente’ para essas pessoas? Foi este grupo específico, dentro do meu grupo maior de entrevistados, que me motivou a continuar estudando e aprofundando o tema da violência e seus possíveis impactos na saúde e na subjetividade. Será que existem fatores que ‘protegem’ as pessoas? Quais seriam estes fatores? Seriam mecanismos individuais? Coletivos? É o que me propus responder – ou, pelo menos, contribuir para a elucidação – com a investigação desenvolvida em minha dissertação de mestrado.

Realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENPS/Fiocruz), com início em 2010, escolhi fazer meu mestrado em uma instituição de saúde, em primeiro lugar, pelas conclusões obtidas na pesquisa com líderes comunitários. Aqui tive a sorte e o prazer de conviver com minhas queridas orientadoras Simone Gonçalves de Assis e Miriam Schenker. Fiz parte da primeira turma da área de concentração “Violência e saúde” da ENSP. No mestrado, entrevistei ativistas sociais que foram vítimas da violência urbana e que fundaram ou escolheram trabalhar em organizações de ‘combate’ à violência. Minha questão era discutir se a participação em ativismo social poderia ser uma forma de elaborar e/ou dar sentido à violência sofrida. Os principais resultados demonstraram que a violência urbana se mistura e influencia a história de vida dos ativistas, em que o cotidiano e as atividades diárias foram modificados pelas experiências de violência urbana. A maior parte dos entrevistados afirmou ter tido a saúde alterada ou prejudicada por conta da violência. A lógica interna do grupo pesquisado apontou ainda que, ao contrário do que possa parecer, a atitude de lidar com a violência foi uma forma de proteção porque levou à construção de modos de enfrentamento e/ou redução da violência urbana. O ativismo surgiu em suas vidas como forma diferenciada de se contrapor à violência urbana, ressignificando as experiências sofridas.

Com o trabalho desenvolvido no mestrado ficou claro para mim que não é possível separar o psíquico do social: estes são constituídos como uma via de mão dupla. Percebi ainda

que existe um paralelo entre constituição psíquica e a constituição da sociedade. Todo psíquico é desde sempre social e por isso não faz sentido opor uma noção à outra, como se fossem fenômenos irreduzíveis entre si. Ao final do mestrado, diversas questões surgiram. Seria a violência uma categoria importante para entender o nosso tempo? Como as pessoas sobrevivem às perdas? Por que em alguns casos o luto tem um desenlace complicado? E, ao contrário, por que para algumas vítimas o fim ou o contorno do processo de luto se configura em um “*giro da morte em direção à vida*”? (para usar as palavras de Cremasco, Scheinemann e Pimenta, 2013). Em outras palavras, por que para algumas pessoas a vida simplesmente “segue” e para outras não? Como se dão estas relações complexas entre o inconsciente, o sujeito e a sociedade? Não posso responder às questões postas sem me apoiar nas contribuições da psicanálise e sem integrar na análise a dimensão inconsciente. Não posso pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo em uma dupla determinação: a social e a psíquica. Se o indivíduo é o produto de uma história, ele condensa, de um lado, o conjunto dos fatores sócio-históricos que intervêm no processo de socialização e, de outro, o conjunto de fatores intrapsíquicos que determinam sua personalidade. Estes questionamentos me motivaram a continuar meus estudos. Eu precisava fazer uma tese. E o doutorado foi o caminho que segui.

Dessa vez, por contingências e oportunidades da vida, escolhi viver em outro estado. Escolhi também deixar a minha atividade clínica em suspenso para me dedicar integralmente ao doutorado. Na capital federal, fui aprovada no concurso para o Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) da Universidade de Brasília, onde a professora Terezinha de Camargo Viana me recebeu com entusiasmo e aceitou me orientar nesse novo desafio. Comecei meu doutorado em outubro de 2012. Cumprí os créditos exigidos no PPGpsiCC, sendo uma disciplina cursada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia (Sociologia da Conflitualidade e da Violência). Esta, porém, não foi minha primeira

aproximação com a sociologia. Busquei outras disciplinas para conhecer outras explicações possíveis para os fenômenos que me interessam².

Ministrei uma disciplina no curso de Graduação em Psicologia, no primeiro semestre de 2013, disciplina esta que intitulei “Violência e contemporaneidade”. Foi uma experiência bastante interessante porque tive a oportunidade, pela primeira vez, de conduzir uma turma sozinha durante um semestre. Também participei de congressos, publiquei um artigo e submeti outros tantos, escrevi dois capítulos de livro e vários resumos em Anais de congressos. Realizei meu Exame de Qualificação em novembro de 2014 e em seguida me preparei para minha candidatura a uma bolsa no Programa Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE/CAPES).

Na Espanha, fui aceita pelo professor Rafael Gonzalez Fernandes, da Universidad Complutense de Madrid, como sua orientanda e como Professora Visitante na referida universidade. *Rafa me recibió de manera muy, pero muy amable en su ciudad.* E a experiência de viver no velho mundo e trabalhar com o professor Rafael foi incrível! Academicamente esse Estágio Sanduíche possibilitou intensificar o intercâmbio acadêmico com pesquisadores espanhóis, aprofundar a pesquisa bibliográfica sobre as categorias de análise desta tese, bem como da História de Vida, e enriquecer a análise dos meus dados obtidos em campo no Brasil. Dar aulas e participar dos seminários oferecidos na Universidad Complutense de Madrid possibilitou o intercâmbio de conhecimentos com estudantes de graduação e pós-graduação. Especificamente sobre a pesquisa de campo, morar em Madrid -, uma cidade bastante mais segura que as cidades brasileiras nas quais vivi -, foi importante para me afastar um pouco do

² Especificamente nesta época, para explicar o mal estar contemporâneo, eu tentava fugir das explicações psicológicas do tipo “culpa da mãe”. Muitos autores da psicanálise tendem a valorizar o meio familiar, as características dos vínculos intersubjetivos e as falhas dos cuidados parentais. Eles remetem para problemas na constituição do eu como consequência das falhas dos cuidados parentais em épocas muito precoces da vida do sujeito. Trata-se, portanto, de um conflito pré-edípiano. O problema é que estas teorias parecem desconsiderar os fatores atuais que contribuem para o perfil do mal estar e do adoecimento, além de desconsiderar os fatores macrossociais.

objeto de pesquisa e relativizar a sensação de insegurança, o medo e o risco de sofrer uma violência do tipo urbana, tão comum e tão real no meu cotidiano no Brasil.

Não poderia deixar de abordar nesta apresentação, ainda que de forma breve, a questão da violência na história do Brasil. Como disse o saudoso poeta Tom Jobim, “*O Brasil não é para principiantes*”. Quando se afirma hoje que a violência passou a fazer parte intensamente do cotidiano dos brasileiros nas últimas décadas não significa dizer que ela não existia antes, mas sim que ela nos afetava de forma distinta da atual (realizamos um genocídio contra os índios, tivemos mais de 300 anos de escravidão, três Ditaduras Militares - nove anos no Estado Novo e 21 anos no Regime Militar, incluindo o AI-5 -, temos a polícia que mais mata na América Latina, etc.). Milhares de vidas foram perdidas nos conflitos agrários (Sem Terra, Coronelismo, jaguncismo, extermínios, desaparecimentos, etc.). E por aí vai. O medo é uma característica impregnada na sociedade brasileira.

Citando estatísticas mencionadas por Darcy Ribeiro, Souza, Martins e Araújo (2011) destacam que, de cada 25 indígenas homens originais, só restou um; em relação aos escravos, os que trabalharam na boca da fôrnalha dos engenhos de cana de açúcar, sobreviveram no máximo por 10 anos. Dados do grupo Tortura Nunca Mais contabilizam centenas de pessoas presas, torturadas ou que tiveram seus direitos políticos cassados. Sobre a violência especificamente urbana, dados oficiais apontam para cerca de 50 mil pessoas assassinadas anualmente no país, apenas com armas de fogo. Isso significa mais de um milhão de brasileiros mortos nos últimos 30 anos (segundo Saporì e Soares, 2014). Tudo isso marcou profundamente as representações que os brasileiros temos sobre o fenômeno e, atualmente, somos um país ‘fora da curva’ no que se refere às mortes por causas violentas.

Somos uma democracia frágil e paradoxal porque é inegável que tivemos grandes conquistas do ponto de vista dos direitos fundamentais e do ponto de vista legal. Porém, também tivemos grandes violações desses mesmos direitos. A hipótese apresentada por Saporì e

Soares (2014), é que a cultura política no Brasil incorporou a violência como elemento da vida política.

Apresentação geral da tese: Por que contar a própria história?

Nesta apresentação geral da tese, destaco o tema e o objeto da pesquisa, além dos pressupostos epistemológicos e o que me motivou a escrever este trabalho. Apresento os objetivos da pesquisa, bem como as justificativas para a realização deste empreendimento. Início ainda a apresentação das principais teorias que pretendo utilizar nos capítulos e destaco as questões de pesquisa.

Na presente pesquisa de doutoramento, pretendi, além de conhecer as consequências da violência na saúde dessas pessoas, investigar ainda suas histórias de vida e as tentativas de enfrentamento da violência urbana. O que tem a trajetória de vida a ver com a forma como as vítimas ressignificam (ou não) suas experiências? É possível articular resiliência e psicanálise?

Os relatos de vida permitem perceber as articulações entre os fenômenos objetivos, as determinações inconscientes e as experiências subjetivas. O ser humano, como ser histórico, testemunha as relações que as histórias individuais mantêm com a história coletiva. Assim, investigar a cultura de uma época ajuda a entender os processos de subjetivação que constituem o sujeito.

Como já exposto, farei um constante diálogo com o pensamento freudiano para alcançar os objetivos propostos nesta tese. Contudo, os processos políticos, sociais e culturais são muito complexos para que a psicanálise possa dar conta deles sozinha. Por que, então, usar Freud como principal referência teórica? Por acreditar que sua obra continua atual e me ajuda a entender fenômenos pelos quais me interesso. Nas “Conferências Brasileiras de André Green”, este comentador é perguntado por uma pessoa da plateia: “*O que há de novo na Psicanálise?*” Eis a resposta de Green: “*Freud!*”.

O uso da psicanálise como principal fundamentação teórica se justifica também porque a articulação entre sujeito e sociedade faz parte da teoria, da clínica e da pesquisa psicanalítica. Freud não separa psicologia individual e psicologia social (considera o que é da ordem do micro, do psíquico, e o que é do macro, do 'social') e isso fica muito claro em seu texto "Psicologia de grupo e a análise do ego", de 1921. Freud recorrentemente faz uso de fenômenos coletivos para compreender processos individuais, tendo afirmado no referido texto que a "a psicologia individual é simultaneamente psicologia social" (p. 81).

Aqui Freud recusa a divisão indivíduo-sociedade. Demonstra que a influência das instituições modifica o psiquismo e considera que de igual modo, a entrada na vida social impõe modificações ao sujeito: a ontogênese é a recapitulação da filogênese (Freud, 1905a). A primeira é referente a toda história de vida do indivíduo, já a filogênese corresponde aos aspectos biológicos da espécie e da hereditariedade do indivíduo. Essa formulação permitirá a Freud inscrever o complexo de Édipo como princípio operador graças ao qual se efetua a passagem entre a psicologia individual e a coletiva. Para ele, as relações entre indivíduo e a história da humanidade devem ser pensadas de forma complexa. De um lado, o indivíduo só se realiza como sujeito por uma repetição abreviada e rápida dessa história, enquanto que, de outro, o sujeito advindo só o é ao se inscrever como agente do processo histórico e civilizacional em curso.

Multideterminados, somos produtos de uma história que diz respeito, ao mesmo tempo, à nossa existência singular e, portanto, ao nosso desenvolvimento psíquico inscrito em uma dinâmica familiar, e à nossa existência social, vista como a encarnação das relações sociais de uma época, de uma cultura, de uma classe social. Todas essas determinações não são equivalentes, embora sejam dificilmente dissociáveis (Gaulejac, 2002).

Como não existe constituição solipsista do psiquismo, Freud diz que a oposição entre a psicologia individual e a psicologia social (ou das massas), que à primeira vista parece muito

substancial, perde parte de sua nitidez. A psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos. Contudo, raramente a psicologia individual pode desprezar as interações desse indivíduo com os outros. As relações que interferem no indivíduo desde sua infância são, também, relações sociais.

A análise dos dados obtidos em campo foi enriquecida com as formulações propostas por Freud e outros autores psicanalistas sobre o tema da violência e da clínica. A clínica psicanalítica deve aproximar-se cada vez mais das questões que emergem em nossa sociedade, em que a violência ocupa lugar de destaque. Esta é uma realidade que já não pode ser ignorada, pois o sujeito não passa impune por uma experiência dessa ordem, que é fonte de intenso sofrimento e mal estar.

Além da pertinência e atualidade da Teoria Psicanalítica, o emaranhamento entre autobiografia e ciência marcou a psicanálise desde sempre. A guerra marcou a vida de Freud, de sua família e de seus escritos. A maioria dos seus textos traz sinais de sua vida. Estão entrelaçados, por vias importantes, com seus conflitos pessoais e suas estratégias pedagógicas. A interpretação dos sonhos é uma sequência de revelações pessoais. O caso Dora é uma luta pública entre necessidades emocionais e deveres profissionais. O “Pequeno Hans e o Homem dos Ratos” são mais do que simples documentos clínicos; Freud redigiu-os para embasar as teorias que havia desenvolvido no livro *Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905).

Freud não assistiu à Segunda Guerra Mundial, mas reagiu com muito desgosto à Primeira. Confessa seu pessimismo em uma carta a Andreas Salomé, em 25 de novembro de 1914: *“Não duvido que a humanidade se refará também dessa guerra, mas tenho por certo que eu e meus contemporâneos não veremos mais o mundo com alegria. É feio demais”*. Durante a Primeira Guerra Mundial, redige suas *“Reflexões para os tempos de guerra e de morte”* (1915) quando expõe a desilusão provocada pelo conflito bélico entre aqueles que tinham a esperança

da civilização se encontrar em um estágio mais elevado do que aquele que mostrou pelas atrocidades do embate, e uma modificação, operada pela guerra, da atitude do homem diante da morte. Este texto inaugura uma série de outros que denotam a inquietação de Freud diante da Guerra e da violência, que culminam com uma reviravolta em sua teoria e com uma nosologia descrita por ele como “neurose traumática”, diretamente relacionada com a guerra e/ou experiências violentas. Quando postula que existe nos seres humanos não só a pulsão de vida, mas também a pulsão de morte, o pai da psicanálise estava impactado com a Primeira Guerra Mundial e sob forte comoção pela morte de uma de suas filhas, Sophie, em 1919. Poucos anos depois, em 1923, morre também um de seus netos, filho mais novo de Sophie. Mesmo ano que Freud descobre seu câncer no palato (Gay, 1989).

Objetivos

Diversos outros autores falam sobre o uso do método psicanalítico além da clínica (Caon, 1994; Figueiredo e Minerbo, 2006; Freud, 1904, 1912b, 1914a, 1914b, 1919c, 1924, 1933a; Iribarry, 2003; Lo Bianco, 2003; e outros). O método psicanalítico é pautado na escuta e na interpretação, sendo possível sua aplicação em outros contextos que não apenas no *setting* analítico tradicional.

Figueiredo e Minerbo (2006) tecem algumas considerações sobre o alcance do método da psicanálise. Este pode ser usado para interpretar qualquer fenômeno que faça parte do universo simbólico do homem: sessões de psicoterapia, entrevistas, desenhos, fenômenos sociais ou institucionais, material clínico colhido de grupos de pacientes, etc. Mas alertam que o método de Freud não é adequado para descobrir relações de causa e efeito, para transpor descobertas feitas de um campo para outro e não se prestam para tratamento estatístico.

No mesmo sentido, Rosa (2004) afirma que a transferência apresenta-se como instrumento e método não restritos apenas à situação de análise. Discute ainda sobre a

contribuição da pesquisa em psicanálise para desvendar a relação entre o sujeito e os fenômenos socioculturais e políticos, o que chama de “psicanálise extramuros” (p. 331), designando uma abordagem de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos.

Objetivo geral:

Investigar, - por meio do uso do método psicanalítico em uma *situação de pesquisa* -, os mecanismos de reparação/ressignificação das experiências vividas por vítimas indiretas da violência urbana.

Objetivos específicos:

- 1) Apresentar as experiências e a vivência desse tipo de violência nas Histórias de Vida dos 13 participantes, destacando seus processos de elaboração do trabalho de luto diante da perda de pessoas próximas por causas violentas.
- 2) Apontar as principais tentativas de enfrentamento da violência urbana utilizadas no grupo estudado, com ênfase nas instituições que apareceram nos relatos e no potencial de resiliência para enfrentar adversidades.
- 3) Apontar para as possibilidades do uso do método psicanalítico em um contexto não clínico, especificando as aproximações e os distanciamentos entre a *situação clínica* e a *situação de pesquisa*.

Justificativa

A relevância social se justifica pelo impacto da violência sobre o perfil de saúde da população nos grandes centros urbanos brasileiros, temática que tem sido incorporada progressivamente na agenda das ações de saúde. A violência é a segunda principal causa de mortes no Brasil, e em algumas faixas etárias, a primeira (Souza e Minayo, 2005; Souza, 2008;

Soares, 2003; entre outros), sendo considerado um dos mais sérios problemas para a saúde pública. O espaço urbano apresenta as maiores taxas de criminalidade violenta, taxas estas confirmadas nas estatísticas oficiais e percebidas no cotidiano dos cidadãos, através do medo e da sensação de insegurança.

Do ponto de vista pessoal, esta pesquisa se justifica pelo meu interesse em continuar estudando o tema da violência urbana e entender mais um pouco sobre os ‘mecanismos de reparação’ ou de ‘ressignificação’ que as pessoas usam (ou não) diante de situações potencialmente traumáticas. Por que alguns ‘sucumbem’? Por que alguns reagem de forma inesperada? Por que outros ‘levantam, sacodem a poeira e dão a volta por cima’?³

Questões de pesquisa

A questão central da pesquisa é responder por que algumas vítimas da violência urbana conseguem elaborar o luto e ‘seguir com a vida’, enquanto outras ficam estagnadas em um processo de luto “complicado”, “mal elaborado” ou “patológico”. Em outras palavras, por que algumas pessoas ‘ficam bem’ enquanto que outras ‘ficam mal’ após vivenciarem experiências (potencialmente) traumáticas. Como as vítimas sobrevivem a estas experiências? Quais instituições servem como ‘continente’ para estes sobreviventes que passam por experiências potencialmente traumáticas?

Além desta principal acima descrita, outras questões nortearam esta pesquisa, a saber: É possível fazer aqui uma distinção entre ‘sofrimento psíquico’ e ‘sofrimento social’? Que marcas caracterizam o mal estar da nossa época? O que a violência urbana tem a ver com o mal estar?

³ Referência à música ‘Volta por Cima’, de Paulo Emílio Vanzolini (gravada em 1962). O refrão completo seria: ♪ Reconhece a queda e não desanima. Levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima ♪.

Não é novidade na psicanálise que “o social” incide sobre a psicopatologia (ou seja, do intrapsíquico para o intersubjetivo). Porém, existem fatores que ‘protegem’ ou vulnerabilizam esses sujeitos? O que a psicanálise e a clínica psicanalítica têm a dizer sobre a violência?

Pressupostos

Primeiro pressuposto: considero que as formas de sofrimento dos sujeitos são indissociáveis das transformações que remodelam o campo social. Assim, as formas de viver e de sofrer estão diretamente marcadas e influenciadas pela época / atualidade. Existe um paralelo importante entre a constituição do psíquico e a constituição do “social” (sujeito como produto e produtor da sociedade). A mudança na configuração da constituição da subjetividade parece estar diretamente relacionada às mudanças sociais. Logo, a estrutura de uma sociedade revela muito sobre os indivíduos que a compõem. O sujeito é marcado pelas influências sociais e políticas de seu tempo, inclusive nas formas de sofrer e adoecer.

O segundo pressuposto desta pesquisa é a violência urbana como fator social do adoecimento e do mal estar psíquico. O medo de sofrer um crime violento não é novidade na cultura brasileira, mas se tornou rotineiro e mais intenso nas últimas décadas, sobretudo nas metrópoles. Através das suas múltiplas manifestações, a violência pode ter impacto sobre a saúde psíquica de quem a comete, de quem a recebe e de quem a assiste. Uma vez impactado, as reações de um indivíduo podem ser as mais diversas, com diferentes graus de mobilização em sua vida, desde comportamentos evitativos, como por exemplo, deixar de frequentar certos locais em determinados horários em decorrência de um medo passageiro e/ou difuso, até, em situações mais graves, com desenvolvimento de sintomas fóbico-ansiosos ou psicossomáticos (Sonoda, 2009a, 2009b, 2011, 2013).

O feito

A pesquisa foi planejada com um desenho qualitativo e teve como tema principal a violência urbana, um dos fenômenos importantes para compreender a contemporaneidade.

O cronograma de atividades contemplou momentos para revisão bibliográfica; entrada e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; contatos com o campo empírico; realização do Exame de Qualificação; realização de um Estágio de Doutorado Sanduiche no Exterior; sistematização/análise de dados; e redação final da tese.

No ***capítulo 1***, discorro sobre o tema da tese: a violência urbana que atinge as vítimas ocultas (também chamadas de indiretas ou de invisíveis).

Definir a violência é tarefa de várias áreas do conhecimento das Ciências Humanas. Foram importantes as contribuições de alguns autores do campo da sociologia para a realização desta pesquisa. Aqui apresento apenas um olhar, entre outros possíveis, de compreensão desse fenômeno. Dada sua magnitude, considero a violência uma categoria importante para entender a nossa época. Contudo, outros fenômenos marcam a atualidade (como o padrão de consumo, o uso de drogas e as relações no mundo do trabalho, apenas para citar alguns exemplos) também são indispensáveis para pensar o ‘agora’.

Sendo a violência um fenômeno histórico, transgeracional, complexo e multicausal, não existe consenso entre os teóricos no que se refere à sua definição. Em comum, especialistas no tema apontam que não existe uma teoria integrada da violência capaz de propor uma explicação unificada satisfatória, que permita abraçar simultaneamente os níveis da personalidade e do indivíduo, os da sociedade, do Estado e do sistema de relações internacionais, etc. Outros fenômenos estão associados com a violência (como o estigma⁴, o conflito, a crueldade, etc.), porém não serão abordados neste trabalho.

⁴ Estigma e violência são fenômenos que abordei em outro trabalho, aceito para publicação na Espanha, a saber: *Dos caras de un mismo fenómeno: La violencia urbana y el estigma que matan a diferentes ‘clases de personas’* en

Apesar de ser fundamental considerar a complexidade do fenômeno ‘violência’ em suas múltiplas dimensões, esta pesquisa parte, também, de um recorte: o estudo da violência urbana, especificamente. A maior parte da população brasileira vive nas cidades⁵. É no espaço urbano que os investimentos de capitais são maiores. A cidade também é o palco principal dos conflitos sociais (Corrêa, 1989).

A violência urbana pode ser pensada em diferentes dimensões de tempo e de espaço, e ainda em diferentes escalas (da microlocal à internacional). Ela se apresenta em muitas manifestações (por exemplo, a violência no trânsito, a violência policial, a violência associada ao tráfico de drogas e às milícias ou grupos paramilitares) e possui diferentes causas (política, econômica, cultural, espacial, etc.). É sobre este tipo de violência, a urbana, que tratarei no primeiro capítulo.

O *capítulo 2*, de Marco Teórico, é o de articulação entre violência e psicanálise, além de trazer para a discussão o conceito de resiliência.

Rigorosamente falando, a violência não recebe um estatuto conceitual no pensamento freudiano, mas o termo aparece articulado a conceitos fundamentais da metapsicologia e também se encontra presente no âmbito da clínica.

O capítulo 2 está dividido em cinco seções. Na primeira, realizei uma revisão bibliográfica sobre o trauma na Teoria Psicanalítica, no qual abordo a questão do trauma estruturante e do trauma desestruturante.

Brasil. Já sobre o fenômeno da agressão humana, a diferenciação conceitual foi realizada, porém, optei por não apresentá-la aqui, mas sim em um artigo que está submetido para publicação.

⁵ Segundo o IBGE, a população brasileira é eminentemente urbana. Em 2000, a população que vive em cidades no Brasil ultrapassou 2/3 da população total, e atingiu a marca dos 138 milhões de pessoas. Disponível na internet em jun/2016: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/demograficas.html>

Apostei, na segunda seção, em uma articulação possível entre psicanálise e resiliência. O subtítulo “*Violência e resiliência: O homem em busca de sentido*” foi inspirado no livro de Viktor Frankl (2004), ele mesmo sobrevivente de três anos em campos de concentração nazistas (Auschwitz e Dachau). Para o autor, com o qual concordo, a busca pela razão de ser, ou seja, pelo “sentido da vida”, é uma força fundamental que move os seres humanos. E a resiliência é um dos fatores que possibilita essa postura, desejo ou vontade de “continuar vivendo”. Outro autor muito citado foi o espanhol Luis Rojas Marcos. Para ele, o primeiro objetivo que impõe os eventos que ameaçam a integridade vital é conservar a vida. Sobreviver é a condição necessária para poder superar qualquer calamidade e buscar a felicidade (ou algo próximo a isso), tanto se trata de um acidente ou doença, um desastre natural, um ato de violência ou um estado de desespero profundo pela perda de alguém querido ou de algo considerado indispensável para que a vida tenha algum significado ou mereça valer a pena.

Na terceira seção, discorro sobre o luto, com ênfase nas saídas possíveis frente eventos potencialmente traumáticos. A teoria da História de Vida está posta na quarta seção. Por fim, finalizo o capítulo com uma última seção de articulação entre as noções que utilizo de trauma, resiliência e luto.

O *terceiro capítulo* é o metodológico, em que descrevo, em detalhes, o passo a passo desta investigação. Foram os profissionais do **Pró-Vítima**⁶ (Programa da Subsecretaria de Proteção às Vítimas de Violência da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal) que me indicaram oito (de um total de 13) vítimas de violência urbana entrevistadas nessa pesquisa.

⁶ O Pró-Vítima é um projeto inovador destinado à assistência multidisciplinar às vítimas de crimes violentos do DF e a trabalhar por políticas públicas de prevenção e controle da criminalidade. Tem um olhar focado para as vítimas invisíveis, ou seja, aquelas que são vítimas indiretas da violência. São considerados crimes violentos, para as finalidades da Subsecretaria de Proteção às vítimas de violência, as ocorrências de homicídios, latrocínio, estupro, agressões domésticas tipificadas pela Lei Maria da Penha, roubo com restrição de liberdade e violência no trânsito.

O Programa foi parcialmente interrompido com a troca de governo no ano de 2014, de forma que tive que adaptar o cronograma e modificar a maneira como havia pensado selecionar os participantes da pesquisa. A forma que escolhi para selecionar novos participantes foi através de busca ativa associada com a técnica da ‘bola de neve’. Cheguei a um total de 13 entrevistados. Com todos, utilizei a Teoria da história de vida, que permite compreender como uma pessoa universaliza, através de sua vida, suas histórias e suas ações, a época histórica em que vivem.

Gostaria de destacar aqui que o método ‘cresceu’ muito durante o desenvolvimento da tese, sobretudo depois da organização e análise dos resultados. O destaque que o método ganhou ao longo do desenvolvimento desta pesquisa influenciou diretamente no título da tese, longo, mas didático: *Violência urbana no Distrito Federal: Histórias de Vida de vítimas indiretas e seus trabalhos de luto.*

As hipóteses (ou melhor, pressupostos) são fortes, como se espera que sejam em uma tese.

A *primeira seção* do capítulo metodológico foi dedicada a um diálogo entre as *condições da clínica* e as *condições da pesquisa* psicanalíticas. Antonio Quinet e Sigmund Freud foram os principais autores referenciados.

Freud enumerou ao longo de sua obra três aspectos da psicanálise: como tratamento (método de investigação do inconsciente), como pesquisa e como teoria. Dizer que esses níveis são indissociáveis quer dizer que qualquer mudança ou descoberta em um item muda os demais. Esses três aspectos se misturam ao longo de sua obra e são descritos principalmente nos estudos de caso (Dora, Homem dos Ratos, Homem dos Lobos, Pequeno Hans e Schereber) e nos artigos metapsicológicos.

Ainda que estivesse muito preocupado com os parâmetros de “fazer ciência” de sua época, por conta da natureza e do objeto de suas investigações, o pai da psicanálise foi levado

ao princípio metodológico da simultaneidade entre a investigação, o tratamento clínico e a teoria.

Nos seus “Dois verbetes de enciclopédia” (1922), ao definir ‘psicanálise’, ele estabelece um vínculo necessário entre método de investigação psicanalítico e procedimento terapêutico para produção de conhecimento. Assim, a noção de investigação e terapêutica coincide e estão presentes desde os primórdios da psicanálise.

Em “O futuro de uma ilusão” (1927b), Freud diz que a psicanálise é na realidade um método de pesquisa. Seu biógrafo Peter Gay (1989) nos lembra, ainda, da aplicabilidade da psicanálise, fosse empreendida junto ao divã ou à escrivaninha. “O divã e a escrivaninha de Freud ficavam muito próximos, tanto física como emocionalmente” (p. 313).

Nogueira (2004) afirma que o conhecimento que a Psicanálise começou a transmitir na cultura possibilitou a produção de provas psicológicas que puderam investigar, fora da relação analítica, aquilo que a psicanálise propõe. Assim, intervenção e pesquisa não estão em campos distintos na psicanálise. O psicanalista é sempre um pesquisador e um teórico.

Acredito que as informações sobre como os participantes experienciam suas vivências (nesse caso, suas experiências violentas) podem ser comparáveis às associações dos pacientes em análise. Em minha pesquisa de doutoramento não ofereci nenhum tipo de tratamento analítico⁷ às vítimas de violência urbana com as quais tive contato. Esses encontros não aconteceram no consultório (eu não usei divã), não cobrei e não “cortei” os entrevistados. Segundo Quinet (2009), eu não cumpri as 4 + 1 condições de análise. Nem era esse o meu objetivo.

⁷ Não estava contemplado no projeto nenhum tipo de tratamento psicológico aos participantes da pesquisa. Contudo, com o retorno ao campo empírico realizado entre os meses de março e maio de 2016, houve a demanda de uma participante por acompanhamento psicológico. Aceitei atender esta jovem no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos na Universidade de Brasília (CAEP/IP/UnB). Contudo, até a apresentação da Tese, ela não retornou meus contatos telefônicos e o tratamento não foi iniciado.

As *outras seções* que compõem este capítulo são relacionadas com o trabalho de campo desenvolvido, com a apresentação das categorias de análise, a classificação e a definição das instituições (tradicionais e não tradicionais), com as questões éticas, com o detalhamento sobre a seleção dos participantes, a coleta de dados, bem como a categorização e a análise destes.

O *capítulo quarto* é o de resultados, que estão apresentados em conjunto com a discussão. Este também está subdividido em seções, entre as quais se destacam: a exposição de cada uma das histórias de vida dos participantes (apresentação de cada história, suas experiências com a violência urbana, características do luto e as tentativas de enfrentamento da violência) e a discussão sobre as saídas do luto (quem “ficou bem” e quem “ficou mal” após sofrer experiências violentas).

O *quinto capítulo* é o de considerações finais, no qual retomo os objetivos e pressupostos da tese, apresento as conclusões e aponto os limites da pesquisa.

As referências consultadas estão disponíveis ao final desse documento.

Em anexo, inclui: 1) A aprovação de minha pesquisa no Comitê de Ética do Instituto de Humanidades da UnB e 2) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes da pesquisa.

1. Sobre o Distrito Federal e as vítimas indiretas de violência urbana

Neste capítulo, especifico o tema desta pesquisa: as vítimas indiretas de violência urbana no Distrito Federal. Inicio com alguns dados sobre o Distrito Federal, em uma seção voltada para a caracterização da Unidade da Federação na qual desenvolvi minha pesquisa de Doutorado.

E, na continuação, abordarei como a violência e, em especial, a violência urbana, estão associadas a diversos efeitos negativos, inclusive danos à saúde dos indivíduos. E, por fim, a partir desta associação entre violência urbana e saúde, concluo a segunda seção (e também este capítulo) especificando o conceito de *vítimas ocultas* da violência urbana.

1.1 O Distrito Federal e a cidade de Brasília

Brasília está localizada na Região Centro-Oeste do Brasil e ocupa parte do Planalto Central. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2015, a população estimada do Distrito Federal era de 2.914.830 habitantes, distribuídos em 5.780 km², sendo a quarta cidade mais populosa do Brasil. É uma das cidades com maior renda *per capita* do país e também uma das que abriga as maiores disparidades e desigualdades socioeconômicas. Modernista, abriga inúmeros monumentos projetados por Oscar Niemeyer e carrega o título de maior cidade construída no século XX.

A cidade planejada, das oportunidades, dos concursos públicos, do Lago Paranoá e dos Ipês coloridos apresenta índices muito altos de violência urbana. Estes dados serão apresentados ao final deste capítulo introdutório.

A fundação do Distrito Federal, que coincide com a da cidade de Brasília, data de 21 de abril de 1960. Os principais nomes envolvidos em sua construção são Oscar Niemeyer, Lúcio

Costa, Israel Pinheiro, Juscelino Kubitschek e os ‘candangos’ (nome atribuído aos trabalhadores migrantes que construíram a nova capital).

O plano urbanístico, popularmente conhecido como “Plano Piloto” ou “área central”, foi planejado pelo arquiteto Lucio Costa que, por meio de um concurso público, teve seu projeto aprovado. A cidade de Brasília, sede do governo do Distrito Federal, é formada pela Asa Sul, pela Asa Norte, pelo Setor Militar Urbano, pelo Eixo Monumental, pela Esplanada dos Ministérios, pelo Setor de Embaixadas Sul e Norte, pela Vila Planalto, pela Granja do Torto, pela Vila Telebrasil, pelo Setor de áreas Isoladas Norte, pelo Setor de Garagens e Oficinas, pela Área de Camping e pelo Setor de Indústrias Gráficas.

Diversas modificações foram realizadas no plano original de concepção da cidade e isso parece ter sido a principal razão do tombamento de Brasília pela UNESCO, em 07 de dezembro de 1987, como Patrimônio Histórico e Cultural da Humanidade. Só por curiosidade, trata-se do único monumento arquitetônico com menos de um século que recebeu esse título.

A Constituição Federal de 1988 proíbe a divisão do DF em municípios e isso faz com que tenha características únicas porque acumula funções de município e de Estado. Por exemplo, não existem eleições para prefeito e governador, as Regiões Administrativas não possuem autonomia política e os órgãos oficiais de pesquisa (como o IBGE e o IPEA, por exemplo) não diferenciam Brasília do DF. O mesmo ocorre com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM-DataSus). Os dados são os mesmos quando se restringe a pesquisa a Brasília ou ao DF. Brasília, no entanto, é apenas uma das Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal, que é formado, ao todo, por 31 RA’s, que estão dentro do “Quadrilátero de Cruls” e não são municípios⁸.

⁸ São elas: RA I Brasília, RA II Gama, RA III Taguatinga, RA IV Brazlândia, RA V Sobradinho, RA VI Planaltina, RA VII Paranoá, RA VIII Núcleo Bandeirante, RA IX Ceilândia, RA X Guarã, RA XI Cruzeiro, RA XII Samambaia, RA XIII Santa Maria, RA XIV São Sebastião, RA XV Recanto das Emas, RA XVI Lago Sul, RA

Dessa forma, o DF é formado, além de Brasília, também pelas “Cidades Satélites” que estão situadas fora do Plano Piloto. São “cidades sem serem cidades” (Torres, 2011, p.28), fundadas por imigrantes, migrantes, retirantes e trabalhadores que vieram para construir a nova capital. As Satélites foram habitadas pelas pessoas que não podiam pagar pelos aluguéis das moradias do Plano Piloto, ou que não tinham direito aos apartamentos funcionais.

Fora do “quadrado” estão as “cidades do entorno”, como são popularmente conhecidas aquelas que fazem fronteira com o DF. Uma tentativa de responsabilização por estes espaços levou à criação da área conhecida como RIDE: Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno, que abrange o DF e alguns municípios de Goiás e Minas Gerais. Juntos, totalizam um enorme contingente de 3.717.728 habitantes (segundo levantamento do IBGE, em 2010). Na prática, continuam sendo “terra de ninguém” porque nenhum governo se responsabiliza por elas e sua situação é ainda mais difícil que a das Cidades Satélites. Estão entre as áreas mais violentas do país.

1.2 A Violência: das definições oficiais a uma discussão mais ampla

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV, define a violência como “ações humanas individuais, de grupos, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (Brasil, 2001). No ano seguinte, a Organização Mundial de Saúde também

XVII Riacho Fundo, RA XVIII Lago Norte, RA XIX Candangolândia, RA XX Águas Claras, RA XXI Riacho Fundo II, RA XXII Sudoeste/Octogonal, RA XXIII Varjão, RA XXIV Park Way, RA XXV SCIA - Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (Cidade Estrutural e Cidade do Automóvel), RA XXVI Sobradinho II, RA XXVII Jardim Botânico, RA XXVIII Itapoã, RA XXIX SIA - Setor de Indústria e Abastecimento, RA XXX Vicente Pires e RA XXXI Fercal.

cria uma definição para o fenômeno bastante parecida com a proposta brasileira. Para a OMS, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), a violência é:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (p. 05).

Ao contrário da definição adotada pela PNRMAV, a definição utilizada pela Organização Mundial da Saúde associa a intenção com a prática do ato propriamente dito, excluindo, assim, da definição, as causas de morbidade e as mortalidades ditas acidentais, também colocando de fora as chamadas ‘vítimas ocultas’.

E tem mais: ambas as definições evitam levar em conta as discussões sobre a natureza e sobre a historicidade da violência. Não fazem qualquer alusão ao contexto em que ela se pratica, ignorando também a especialidade. E, enfim, de modo bastante caro para esta tese, excluem as vítimas indiretas da violência. Portanto, se levarmos em conta a complexidade do fenômeno, as definições oficiais soam um tanto simplistas.

Queiroga (1993) destaca que os principais equívocos no trato da violência surgem a partir de uma atitude reducionista frente à questão, entre eles a redução da violência ao crime, a associação mecânica da violência com a pobreza e a individualização da violência (que remete ao problema conceitual entre violência e agressão). Outro equívoco, a meu ver, é falar de violência como se ela fosse um fenômeno exclusivamente atual. Já se sabe que muitos períodos históricos estão banhados em sangue, marcados por guerras, crimes, torturas e todo tipo de morte violenta.

Para ilustrar a antiguidade do fenômeno “violência”, cito um artigo⁹ publicado por Lessa (2004) no qual a autora faz um estudo arqueológico do padrão e da distribuição das marcas de golpes e violações físicas que contribuem para o entendimento da emergência, aplicação, das motivações e do impacto da violência ao longo do tempo, bem como da sua manutenção. Segundo a autora, marcas inequívocas de golpes confirmam a ocorrência de episódios de violência física desde a época dos australopitecos, há mais de um milhão de anos, até a idade moderna, em todo o mundo. Foram encontrados, por exemplo, crânios desses antepassados distantes do *Homo sapiens* com uma espécie peculiar de fratura que consiste em duas depressões muito próximas uma da outra na parte superior da calota craniana¹⁰.

Os dados produzidos nesta área do conhecimento fazem cair por terra o mito do “bom selvagem”, no qual, supostamente, as sociedades ágrafas viviam pacificamente, em perfeita harmonia entre si, com formas de violência restritas a conflitos não letais ou a lutas rituais. A autora aponta que análises osteológicas voltadas para a questão da violência vêm demonstrando que esta não surge no contexto cultural somente a partir da ruptura social e econômica causada pelo contato estressante com os colonizadores europeus. Muitos sinais e achados arqueológicos apontam para a presença de violência física ainda em nossa pré-história: cenas de lutas e batalhas em pinturas rupestres, murais e decoração de artefatos, além de diversos tipos de registros arqueológicos que evidenciam conflitos a partir da presença de estruturas defensivas como trincheiras, barricadas e fortificações, achados de armas e pela observação de aldeias ou cidades destruídas ou abandonadas, principalmente quando são encontrados indivíduos que não tiveram um sepultamento intencional; e finalmente, pelo registro osteológico, que sinaliza a

⁹ Trata-se do artigo Arqueologia da agressividade humana, publicado na Revista História, Ciência, Saúde. A crítica que faço ao texto é que ele deveria se chamar “Arqueologia da violência humana”, por tratar aqui especificamente de violência e não de agressividade.

¹⁰ Em associação com esses crânios recuperaram-se úmeros de antílopes cujos côndilos articulares encaixavam-se perfeitamente nessas depressões, sugerindo fortemente que eles haviam sido utilizados para a aplicação dos golpes.

presença de golpes e outras violências: fraturas em depressão nos crânios; as fraturas na face, principalmente nos ossos nasais; as fraturas nos terços médio e distal nas ulnas; e a presença de pontas de projétil encravadas nos ossos (p. 284 a 287).

Minayo e Souza (1999) apontam que a violência é um comportamento aprendido e culturalizado. Assim, seria falsa a impressão de que ela faz parte da natureza biológica dos seres humanos. Além disso, diversos autores apontam a violência como sendo um processo histórico (não é a mesma de um período a outro), socioeconômico, político e cultural, que tem hoje uma configuração estrutural e não é uma; é múltipla. Ela é mutável, difícil de ser definida e designa realidades bastante diferentes, segundo lugares, épocas e circunstâncias (Chesnais, 1981). A violência é ainda um fenômeno complexo, que afeta todas as sociedades (Oliveira, 2008; Agudelo, 1989) e que sua reprodução e ‘superação’ dependem de relações institucionais, interpessoais e simbólicas (Minayo e Souza, 1999). A violência é em si uma expressão da exacerbção dos conflitos sociais, por desestabilizar a cidadania e a convivência. A mesma autora afirma ainda que, na história, sempre existem algumas expressões hegemônicas de violência. Cita, por exemplo, que o homicídio é o indicador mais universal de violência no tempo (história) e no espaço. O suicídio, historicamente é repudiado em muitas sociedades, que tendem a ocultar suas verdadeiras dimensões. Assim, há formas de violência que mobilizam a sociedade mais que outras. Violências de gênero habitualmente estão envoltas em segredos de família ou são vistas como violências menores, do âmbito privado ou como castigos merecidos. Mortes no trânsito são ‘apenas’ acidentes e etc.

Mas... O que é violência, afinal? As dificuldades para conceituar o termo ocorrem por se tratar de um fenômeno “da ordem do vivido, no qual também se inclui quem tenta teorizar sobre ela, e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia” (Minayo, 2003, p. 26). A violência ‘*dramatiza causas*’, pois, “ela não promove as causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso;

mas pode servir para dramatizar as causas e trazê-las à atenção pública” (Arendt, 2011, p. 99). Quando a palavra não tem vez, é trocada pela porrada (ou por um tiro, uma facada, uma direção perigosa).

1.3 “Dramatizando causas”: violência como um fenômeno histórico, complexo e multicausal.

A violência¹¹ é tão velha quanto à humanidade. Domenach (1981) apontava para isso no início dos anos 1980. O autor se perguntava como um fenômeno que sempre existiu pode se configurar particularmente como um problema contemporâneo. Durante muito tempo, vivemos o mito do passado pacífico. Contudo, sabe-se que a violência é um fenômeno que acompanha a história do homem. Entretanto, conforme afirma Wieviorka (1997, p. 5), “*a violência não é a mesma de um período a outro*”. Segundo este autor, as transformações recentes da história da humanidade são tão consideráveis que justificam a formulação de um *novo paradigma da violência*, que caracteriza o mundo contemporâneo e que inclui na análise do fenômeno aspectos objetivos e subjetivos. Não podemos mais abordar a questão da violência hoje como o teríamos feito há apenas 20 ou 30 anos. O mundo transformou-se consideravelmente. Mas será que existem modos de abordagem que permitam lançar um olhar novo ou renovado sobre o fenômeno? O que há de novo e específico na violência contemporânea?

Wieviorka (2007) apresenta três abordagens clássicas da sociologia que versam sobre o fenômeno. A abordagem mais clássica insiste que a violência é uma conduta de crise, uma

¹¹ “vi.o.lên.cia”. *sf* (*lat violentia*) 1 Qualidade de violento. 2 Qualidade do que atua com força ou grande impulso; força, ímpeto, impetuosidade. 3 Ação violenta. 4 Opressão, tirania. 5 Intensidade. 6 Veemência. 7 Irascibilidade. 8 Qualquer força empregada contra a vontade, liberdade ou resistência de pessoa ou coisa. 9 *Dir* Constrangimento, físico ou moral, exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a submeter-se à vontade de outrem; coação. Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, 1998-2009. Editora Melhoramentos Ltda. Disponível em maio de 2016: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=viol%EAncia>

resposta às mudanças na situação dos atores que reagem por frustração. Com o aumento da expectativa de vida, aumenta também a pressão social para que estas sejam atendidas, configurando em um caldeirão de expectativas não atendidas. A segunda corrente defende o caráter instrumental da violência, na qual esta seria uma conduta usada como meio para atingir fins. Por fim, a terceira linha clássica de abordagem postula o vínculo entre cultura e violência, em que certas culturas seriam mais favoráveis à violência.

Muitos elementos fazem com que a violência seja um fenômeno que as abordagens clássicas não explicam bem. É assim quando ocorre a crueldade, a violência gratuita, a violência pela violência, quando o ator não apenas destrói o outro, mas também se autodestrói. Ou ainda quando ele parece não conferir nenhum sentido a sua ação.

O autor esclarece que estas abordagens clássicas não podem ser esquecidas ou deixadas de lado, mas afirma que com muita frequência elas não satisfazem o pesquisador. Enriquece a teoria incluindo uma quarta abordagem de análise, que chama de “núcleo duro” da violência: o sujeito. A negação do sujeito surge como aspecto muito importante para pensar a violência contemporânea. Assim, a noção de sujeito pode trazer uma luz particularmente decisiva para a teoria. É assim que, a partir de uma definição geral do Sujeito – a capacidade de cada ser humano de se construir, de dominar sua experiência, de produzir suas escolhas –, Wieviorka propõe uma ‘tipologia do sujeito’, que corresponde cada um a um tipo de subjetividade (Sujeito flutuante, Hipersujeito, Não sujeito, Anti-sujeito - quando se nega sua humanidade-, e Sujeito em sobrevivência). Sobre os limites e potencialidades dessa categorização não abordarei aqui por ser bastante específica. Para os objetivos deste capítulo basta reforçar que o núcleo duro da violência seria a afirmação do sujeito.

O cenário macropolítico interfere na dimensão local. Esta tese é inquestionável e pode soar até banal. No entanto, Wieviorka aprofunda essa ideia e faz uma análise detalhada do que é esse ‘macro influenciando o micro’. Seu principal argumento é que a violência contemporânea é

de outra ordem, sendo preciso abarcar os efeitos da globalização. O autor pontua que atualmente a violência possui legitimidade no espaço público das democracias ocidentais e funciona cada vez mais como categoria geral para apreender a vida social e as relações internacionais. O fenômeno entrou de vez na pauta política, social, econômica e cultural. A violência como entendemos hoje é explicada por mudanças em escala mundial e local. Assim, a globalização econômica e cultural, o Fim da Guerra Fria, a ameaça terrorista e até os desastres ecológicos são fatores que devem ser analisados quando tentamos apreender a temática da violência na contemporaneidade. A ‘novidade radical’, segundo o autor, é que a violência tornou-se um fenômeno *globlocal*: o fato de ser ao mesmo tempo globalizada e localizada; geral e molecular; mundializada e fragmentada.

O sociólogo francês faz ainda uma distinção entre violência e crueldade, sendo esta última caracterizada por ser uma *violência pela violência* ou *violência absoluta* (2003, p.156), na qual as condições que a faz possível são a impunidade, o medo e a cultura do ódio. Essa definição de crueldade, associada ao fenômeno estudado nesse trabalho, é importante para a compreensão de justificativas como “matei porque estava seguindo ordens”, comuns nos discursos, por exemplo, de verdugos durante o Shoah e, mais recentemente, de agentes das Ditaduras latino americanas. Essa “violência pela violência”, aparentemente sem sentido, pode manifestar-se ainda na violência urbana, tema desta tese, quando analisamos o comportamento de torcidas de futebol (que brigam entre si durante e /ou após as partidas), de traficantes que matam ‘por nada’ (acerto de contas, vinganças, etc.) e policiais (acerto de contas, vingança, assassinatos disfarçados de autos de resistência, queima de arquivo, etc.). Todos esses exemplos se configuram em uma violência desmesurada, gratuita e, quase sempre, impune.

Nas sociedades ocidentais e, mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência urbana entra com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Segundo Minayo (2003), em todo mundo, 90% de toda produção

científica sobre violência está concentrada a partir da década de 1980 do século XX, que no Brasil coincide com a abertura democrática e com os movimentos sociais em prol dos direitos da mulher, das crianças, dos negros e dos homossexuais.

Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde começaram a falar especificamente do tema violência (e não apenas causas externas¹²). Segundo Minayo (2006), no Brasil, a inclusão da violência e da criminalidade na agenda da cidadania, coincide com o término oficial da ditadura militar (1985). Os movimentos sociais pela redemocratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública. Já a partir da segunda metade do século XX, há a incorporação da pauta de direitos de vários sujeitos sociais, desde a entrada da observação e da notificação da violência contra crianças, mulheres e idosos, até a discussão da violência social, no seu sentido mais amplo, afetando a saúde das populações.

Ao contrário de diversos autores que alardeiam o crescimento da violência nas últimas décadas, Chesnais (1981), historiador francês que estuda a violência nas sociedades ocidentais, afirma que a intolerância relacionada às suas práticas é resultado, na verdade, de sua diminuição. “Quanto mais um fenômeno desagradável diminui, mais aquilo que resta se torna insuportável” (p. 96.) Seus dados apontam que o número de homicídios diminuiu muito nos últimos séculos. Em 1800 a taxa de mortalidade por homicídio na Europa variava entre 60 e 80

¹² Mortes por causas externas são aquelas provocadas por práticas que precipitam a morte em corpos com saúde suficiente para reproduzir as condições necessárias à extensão da vida (Soares, 2003). A classificação Internacional de Doenças considera como causas externas (no capítulo XX) os acidentes, os suicídios e as violências. Dentre as causas externas, os homicídios dolosos – considerados como indicador de violência urbana em geral - constituem a segunda causa de mortes no Brasil e, em certas faixas etárias, a primeira. As faixas que correspondem à juventude concentram os maiores riscos de vitimização letal. A literatura especializada aponta ainda para um forte componente de gênero e cor envolvido no perfil epidemiológico. Além de jovens, as principais vítimas dos homicídios são homens negros.

por 100 mil habitantes, diminuindo para 3 por 100 mil atualmente. Seus estudos demonstram que a pacificação da sociedade é uma construção social e que, ao contrário do que possa parecer, somos menos violentos hoje do que fomos. Mas o Brasil é um ponto fora da curva... E apresenta taxas de mortes por causas violentas que, de tão altas, beiram o absurdo. A maior parte dessas mortes ocorre nas grandes cidades e por isso a urgência em tratar especificamente desse tipo de violência, que julgo ser a “violência contemporânea” do país.

Não se pode negar que os avanços tecnológicos, o aumento demográfico no planeta, a mídia que filma e tudo divulga e as desigualdades sociais são alguns fatores que contribuíram para globalizar e banalizar a violência, dando a impressão de que ela nunca foi tão grande. Está claro que a violência não é um fenômeno novo, mas possui atualmente novas e variadas manifestações e que não estamos em um momento histórico particularmente violento. Cada época denomina algumas práticas como violência e outras como naturais. Por ser histórica e “ter a cara” da sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social. E cada sociedade, dentro de épocas específicas, apresenta formas particulares de violência. Mas a consciência da violência (a intolerância contra ela) é um fenômeno recente. Quais seriam essas ‘novas’ formas de violência e seus impactos psíquicos?

Costa (2003) afirma que enquanto se destroem os direitos, as redes de sociabilidade, os lugares de convívio e a própria cidade, violam-se também, e ao mesmo tempo, o sujeito e o seu psiquismo:

O corpo ferido, como efeito do *a posteriori* da violência sofrida, constitui-se como elemento de ligação ante um perigo e um excesso que não podem ser contidos. A horrível surpresa para a qual não se está jamais preparado constituiria a própria essência do que traumatiza na neurose e, sob a experiência do terror, aprisiona o psiquismo nas exigências da sobrevivência e da autoconservação. (p. 117)

E continua seu argumento: “Dizer que o indivíduo é doente, mal constituído ou inverter a preposição, colocando em seu lugar a sociedade, pouco esclarece o problema.” (p. 245). Para ele, o impasse do indivíduo urbano não é o de saúde ou doença, sua ou da sociedade, mas o da dificuldade de escapar da teia da violência e insegurança em que se encontra.

O psicanalista Endo (2005) refere que as violências se cotidianizaram e se banalizaram com tamanha intensidade que obrigou a coletividade a preparar-se, diariamente, para a possibilidade do enfrentamento desse problema. Todos somos, em maior ou menor grau, vítimas possíveis da violência. E essa banalização da violência não ocorre sem consequências para a saúde, para a subjetividade e para as formas de nos relacionarmos com o urbano no Brasil.

Diversos estudos (Birman, 2001a; Glicken, 2006; Leite e Birman, 2004; Maciel e Santos, 2004; Peres, 2006; Sonoda, 2011, 2012a, 2012b) apontam os possíveis efeitos para a saúde da população exposta à violência. Medo, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, baixa autoestima, desconfiança, hostilidade, distúrbios do desenvolvimento e baixo rendimento escolar são alguns dos problemas que a literatura identifica como consequências da violência para a saúde mental das populações expostas. Sobre as vítimas diretas incluem, além dos já citados, as lesões físicas, como fraturas, desfigurações, queimaduras e abortos, além de situações clínicas crônicas, sobretudo psicossomáticas, como hipertensão, dor pélvica, cefaleias, síndrome do cólon irritável, fibromialgia, entre outros.

Gláucio Soares, Deyse Miranda e Dorian Borges (2006) destacam ainda a questão das vítimas ocultas da violência, que são os parentes ou pessoas próximas das vítimas diretas e que pouco se sabe sobre como reagem e sentem suas perdas.

Souza (2008) enfatiza que o medo parece estar enraizado na população das grandes metrópoles violentas, provocando consequências comportamentais e psicológicas diversas. A *fobópole*, termo cunhado e desenvolvido pelo autor, designa uma cidade em que boa parte de

seus habitantes sofre de estresse crônico e outras psicopatologias relacionadas à violência, ao medo da violência e à sensação de insegurança.

Metodologicamente, analisar a violência significa conhecer sua especificidade. Tratarei a seguir da violência urbana, entendendo esse tipo de violência como atual e específico da contemporaneidade. Esclareço, ainda, que a cidade é mais do que o cenário em que a violência acontece.

1.4 A violência urbana é a violência contemporânea no Brasil?

Concluída a discussão sobre violência, entro agora no debate de um tipo específico de violência: a violência urbana, conceito que ajuda a compreender melhor um dos recortes do tema desta pesquisa.

Para conceituar a violência urbana, utilizei a definição do geógrafo Marcelo Lopes de Souza (2005), que considera violência urbana não apenas aquela praticada na cidade, mas:

As diversas manifestações da violência interpessoal explícita que, além de terem lugar no ambiente urbano, apresentam uma conexão bastante forte com a *espacialidade* urbana e/ou com problemas e estratégias de sobrevivência que revelam ao observador particularidades ao se concretizarem no meio citadino, ainda que não sejam exclusivamente ‘urbanos’ (a pobreza e a criminalidade são, evidentemente, fenômenos tanto rurais quanto urbanos) e sejam alimentados por fatores que emergem e operam em diversas escalas, da local à internacional (p. 52).

Logo, a violência urbana não se refere tão somente à violência que tem como palco a cidade, mas sim àquela cujas diversas manifestações estão fortemente vinculadas à espacialidade urbana, que remetem a problemas como o estresse e a deterioração geral da ‘urbanidade’ ou ‘civildade’ no ambiente de uma grande cidade contemporânea. Para o referido autor, podem ser tomados como “típicos exemplares da violência propriamente urbana a violência no trânsito, os quebra-quebras, os assassinatos debitáveis na conta de grupos de

extermínio e os atos violentos perpetrados por quadrilhas de traficantes de drogas ou gangues de rua” (p. 52), em particular nas condições da segregação residencial nas grandes cidades. Estariam fora desta conceituação de violência urbana: os atos terroristas, as guerrilhas urbanas com motivação ideológica e os crimes passionais. Assim, como núcleos do conceito de violência urbana *stricto sensu*, estão as reações ‘não políticas’ dos desprivilegiados – assaltos, quebra-quebras, saques (Souza 1996), além de outras formas de violência, como a violência no trânsito ou por parte das torcidas organizadas de futebol.

Em algumas cidades, esta violência tem proporções alarmantes, influenciando diretamente no cotidiano, nas relações com o espaço e na saúde dos indivíduos. Alguns autores referem que a violência urbana afeta as relações, as rotinas de trabalho e as formas de circulação na cidade (Fernandes, 2009; Sonoda, 2008, 2013). Outros consideram que os homicídios (um dos indicadores desse tipo de violência) são uma epidemia (Soares, 2003). E, embora não seja, tradicionalmente, um problema da área saúde, a violência a afeta.

Souza (2006a, 2008) cunhou o termo “fobópole”, junção das palavras gregas “*phobos*”, e “*pólis*”, que significam, respectivamente, medo e cidade, para referir-se a cidades nas quais o medo e a percepção crescente do risco fazem parte do cotidiano e atingem em maior ou menor intensidade, todos os cidadãos. O termo *Fobópole* condensa o que o autor tenta qualificar como

Cidades nas quais o medo e a percepção crescente do risco assumem uma posição cada vez mais proeminente nas conversas, e noticiários da grande imprensa, o que se relaciona, complexamente, com vários fenômenos de tipo defensivo, repressivo ou repressor, levados a efeito pelo Estado ou pela sociedade civil (Souza, 2008, p. 9).

O medo de ser vítima de crime violento não é novo; sempre existiu, em maior ou menor escala, no espaço urbano. A violência urbana não é um fenômeno recente na história das cidades. Mas, quando a violência urbana passou a preocupar e definir definitivamente o

cotidiano e as relações sociais? O que justifica o uso do neologismo *fobópole* para caracterizar as grandes cidades contemporâneas como violentas?

Para Souza (2008), a novidade histórica, que justifica o uso do neologismo para caracterizar algumas cidades, é dada por dois fatores entrelaçados. Em primeiro lugar, a criminalidade violenta, especialmente aquela vinculada a razões econômicas (roubos, latrocínios, entre outros), tem sido um traço comum nas cidades ao longo da história, “mas não chegava a sobressair tanto assim em comparação com muitas outras preocupações, como fome, doenças e violência decorrente de guerras constantes” (p.38). Assim, embora a violência sempre tenha existido na história da humanidade, na atualidade ela tomou maior dimensão na vida cotidiana de forma a superar as preocupações (epidemias e guerras, por exemplo) que, em outros tempos, eram a maior causa de mortes e perdas. O segundo fator do neologismo *fobópole* é justificado pelo mesmo autor porque que:

No decorrer de um multissecular (e muito relativo) ‘processo civilizatório’, a violência fora de situações de guerra tornou-se bem menos comum, a ponto de um homicídio ou outro crime violento passar a ser, a partir de certo momento, motivo de escândalo e mesmo comoção. Esse momento é, ao que tudo indica, na Europa e também nas grandes cidades do Novo Mundo, o final do século XIX (p. 39).

E continua afirmando que, em comparação com períodos anteriores, particularmente “com o período de relativa ‘calmaria’ que se estende da era vitoriana e da *belle époque* até meados do século XX, faz com que a *fobópole* possa ser vista como um fenômeno dotado de ‘alguma’ novidade histórica” (p.39). A partir de um período datado historicamente, a criminalidade ‘ordinária’, sem motivação política ou ideológica direta, vai se tornando cada vez mais comum e intensa em diferentes países e regiões (e em diferentes escalas), o que justifica, portanto, o termo *fobópole* para caracterizar cidades dominadas pelo medo e pela sensação de insegurança.

De uma perspectiva sociológica, restrições têm sido levantadas contra o uso indiscriminado da noção de violência urbana que, aos olhos de alguns pesquisadores parece excessivamente vaga. No entanto, ao considerar a espacialidade das relações sociais, o geógrafo Marcelo Lopes de Souza tem insistido sobre as especificidades do entrecruzamento denso entre a violência e o urbano. Para esse pesquisador, a violência no trânsito ou as guerras entre traficantes de drogas de varejo em espaços segregados têm, sim, muito a ver com o ambiente - a organização espacial, os modos de vida, as particularidades da pobreza urbana -, da cidade e, sobretudo, da grande cidade. Faz sentido, portanto, falar em violência urbana, com o objetivo de chamar a atenção para essas particularidades, desde que não se infira daí que é a cidade em si própria que ‘produz’ a violência. As causas dos vários tipos de crime violento são, em última instância, muitos e nos remetem a fenômenos que ocorrem em várias escalas de tempo e de espaço (Souza, 2006b).

As práticas de violência não estão dissociadas do espaço (neste estudo, do espaço urbano). Na *fobópole*, o espaço comparece em sua dupla funcionalidade: produto social e condicionante das relações sociais. “É no mundo todo que se pode perceber que a problemática da (in) segurança pública, tendo por pano de fundo o medo generalizado, está se convertendo em um fator formidável de (re) estruturação do espaço e da vida urbanos” (Souza, 2008, p. 33).

A sociabilidade violenta é traço marcante no Brasil. Temos uma história fundada e marcada pela violência de diversos segmentos sociais e épocas históricas. O país tem uma tradição autoritária, certa tolerância à violência e o Estado nunca deteve o seu monopólio. Reproduzimos ao longo das gerações uma cultura da violência e da impunidade.

Nos últimos anos (entre 1996 e 2010) foram registrados 1,8 milhão de homicídios no país. É o nosso Shoah (do hebraico: catástrofe). E isto apenas quando avaliamos os dados oficiais. Existe um problema de subnotificação para todas as mortes por causas externas.

Diversos autores, entre eles Souza (2005), têm apontado que não apenas a “sensação de insegurança” está aumentando nos últimos anos, mas também a própria taxa de criminalidade violenta cresceu nas maiores metrópoles nacionais. O Brasil se consolidou nos últimos anos como um dos países mais violentos do mundo.

A taxa de homicídios (total de homicídios dividido pela população em grupos de 100 mil habitantes) é considerada um indicador da violência urbana em geral. São muitos os esforços empreendidos para fornecer uma representação objetiva da violência. Mas o fenômeno segue sendo altamente subjuntivo (como também o é a chamada sensação de insegurança). Será considerado como violência aquilo que em dado momento e em dado contexto um indivíduo ou grupo social assim considerarem.

Sapori e Soares (2014), em recentes pesquisas para responder à questão: *Por que cresce a violência no Brasil*, apontam para um aparente paradoxo da sociedade brasileira. Primeiro, destacam a peculiaridade do fenômeno no país, comparando o Brasil com dados de nossos vizinhos latinos. Segundo os autores, não há uma onda de violência assolando as sociedades ocidentais. Tampouco há, na América, um crescimento generalizado da violência. O Brasil é considerado duas vezes mais violento que a Argentina, Peru e Bolívia; quatro vezes mais que os Estados Unidos e 11 vezes mais violento que os países da Europa Ocidental. A violência crescente nas cidades brasileiras está relacionada mais a fatores internos do que externos ao país: “O problema está no nosso quintal e não é culpa do vizinho” (p.22).

Os dados oficiais confirmam que o Brasil está se tornando mais violento ao mesmo tempo em que melhoram as condições de vida, particularmente dos segmentos mais pobres, ou seja, o crime e a violência cresceram nas cidades que mais prosperaram e reduziram a desigualdade. E aí reside o aparente paradoxo que intrigou os referidos autores. O que se passa? Eles argumentam que a violência na sociedade brasileira não pode ser compreendida somente pelos fatores econômicos e sociais. O Brasil avançou muito na “questão social” desde meados

da década de 1990 e o aspecto mais intrigante dessa dinâmica social é sua simultaneidade com o crescimento da criminalidade violenta. A hipótese dos sociólogos citados é que o crescimento da criminalidade violenta está associado à consolidação do tráfico de drogas nas cidades, combinado com elevados patamares de impunidade (baixo grau de certeza da punição e baixa severidade desta) vigentes no arcabouço legal e com a precária atuação da polícia, da justiça e do sistema prisional. O paradoxo anunciado no início da obra citada é um paradoxo apenas aparente. O argumento que os autores defendem é que a dinâmica da violência urbana não é mera derivação da dinâmica da estrutura socioeconômica. Ou seja, fatores sociais e econômicos contam, mas não determinam os níveis de crimes e de violências. A elevada e crescente incidência dos homicídios na sociedade brasileira é afetada por fatores outros que dizem respeito à consolidação do tráfico de drogas, à persistente impunidade, à gestão ineficiente da política de segurança pública. A pobreza e a desigualdade socioeconômica são apenas o pano de fundo desse fenômeno.

Adorno e Pasinato (2010) apontam que nos últimos 40 anos cresceram os crimes contra o patrimônio e contra a pessoa, em especial os homicídios, associados ou não às formas organizadas de criminalidade, como execuções sumárias praticadas por esquadrões da morte e grupos de extermínio, linchamentos, abuso de força coercitiva praticada por agentes da lei de que resulta, com frequência, em mortes tanto de autores de infração penal quanto de inocentes. Segundo os autores, as instituições estatais legitimadas para enfrentar a violência (a polícia e a justiça) mostram-se cada vez mais incapazes de conter o crime. Somado a isto está a sensação de impunidade no Brasil, que gera uma forte descrença nas instituições da sociedade democrática encarregadas de aplicar a lei e a ordem. Essa crise de legitimidade compromete um dos eixos fundamentais das sociedades modernas: o monopólio estatal da violência.

Estudo a *violência do tipo urbana* com um recorte bastante específico: a violência urbana diretamente relacionada com a violência praticada por membros do tráfico de drogas de

varejo, por paramilitares (milicianos), por policiais, pela criminalidade violenta (praticantes de roubos, furtos e latrocínios) e por acidentes de trânsito.

Referindo-se à cidade de São Paulo, Endo (2005) afirma que qualquer habitante se remete a alguns traços comuns quando se fala das violências desta cidade (mas poderiam ser muitas outras *fobópoles* Brasil afora: Vitória, Rio, Brasília, Alagoas, São Luis, etc.). A própria vida posta em risco, a convivência com a angústia e com o medo, a morte exposta e nua. Viver sob a experiência cotidiana do medo, repetidamente, impõe, mais a uns do que a outros, o que o autor chama de *convivência com o traumático*, experiência que se procura evitar a todo custo, ao mesmo tempo em que a faz perdurar. Nesse custo, está incluído o isolamento, o apoio à ação policial dura e a permissividade ao desrespeito dos direitos civis, desde que eles sirvam para evitar uma nova repetição do trauma, ao mesmo tempo em que se criam as condições para a sua reprodutibilidade:

A violência letal é sempre traumática para o psiquismo e o obriga a uma contra-ação que expulse do corpo e do psiquismo sua presença indelével. Isso não só para aquele que foi atingido diretamente por um ato violento, mas muitas vezes para um número imenso de pessoas que gravitam em torno do acontecimento e da vítima (Endo, 2005, p. 287).

Assim, conviver com o (potencialmente) traumático não deixa de ser uma forma de perpetuar as condições excessivas que possibilitam o trauma, de instaurar as condições subjetivas de sua reprodutibilidade, repetindo compulsivamente, o que traumatiza e produz sofrimento. O que é excessivo pode vir à tona nos sonhos traumáticos, nas somatizações, nos relatos de sofrimentos acompanhados por um mal estar difuso, no qual o indivíduo não se dá conta do que exatamente sofre ou o que o incomoda. E, em casos mais graves, o excessivo ao psiquismo pode aparecer na forma de sintomas mais graves, ocasionando o desenvolvimento de psicopatologias, como Transtorno de Estresse Pós-Traumático, depressão, pânico e outras.

Costa (2011) aponta que três grandes tendências podem ser observadas na contemporaneidade: a) o aumento dos crimes contra o patrimônio (particularmente roubos, furtos e extorsão mediante sequestro); b) a emergência de novas dinâmicas relacionadas à criminalidade organizada (em especial ao tráfico de drogas e armas) e; c) o aumento dos conflitos intersubjetivos violentos. As estatísticas de homicídios refletem apenas algumas das consequências de uma variedade enorme de conflitos sociais. A violência ganhou visibilidade nas últimas décadas devido ao enorme crescimento da mortalidade por homicídio e da criminalidade nas áreas urbanas, de forma que somos todos impactados pela violência. Mas não da mesma forma nem com a mesma intensidade. Cada vítima (direta ou indireta) da violência reagirá de maneira singular a esta experiência. Voltarei a esta discussão nos capítulos que se seguem.

1.5 Quem são as vítimas indiretas de violência urbana?

A partir desta seção, tento levar a cabo a proposta de conceituação de vítimas indiretas de violência urbana. Soares, Miranda e Borges (2006) denominam estas vítimas de “ocultas” porque são desconhecidas pela sociedade civil e pelo poder público. Na literatura especializada também podem ser chamadas (além de ocultas ou indiretas), de secundárias ou invisíveis: são, por definição, parentes, amigos ou pessoas muito próximas às vítimas diretas.

Existem inúmeras pesquisas, no Brasil, sobre os impactos da violência na saúde de quem sofre, de quem presencia e mesmo de quem comete violência. Também são muitos os estudos sobre incidência e prevalência dos mais diversos tipos de violência em diferentes grupos populacionais. Os impactos econômicos e sociais da violência também são objeto de outras tantas investigações. Contudo, os efeitos da violência nas pessoas que conviveram com as vítimas fatais é praticamente esquecido, ficando, muitas vezes, restrito aos consultórios médico e psicológico (Cano, 2006).

Não se sabe bem quem são, quantos são, como reagem, a quem recorrem e como vivem as vítimas ocultas da violência. Exceção a esta lacuna é o livro publicado por Gláucio Soares, Dayse Miranda e Doriam Borges (2006), no qual tratam especificamente da natureza e das características dos sintomas de Estresse Pós-Traumático diagnosticados em vítimas ocultas da violência urbana no Rio de Janeiro. Os resultados, obtidos por meio de um método misto de pesquisa, apontaram para as lembranças da morte, a intensidade da experiência e as reações emocionais e físicas das vítimas indiretas, como problemas do sono e alterações negativas na saúde.

Todas as vítimas indiretas desta pesquisa tiveram seus parentes ou amigos assassinados ou mortos em acidentes de trânsito. Foram mortes evitáveis e precoces, o que, na maior parte das vezes, pode tornar o processo de luto mais difícil, além do necessário manejo de questões que envolvem culpa, impunidade e busca por punição [dos algozes], justiça e reparação.

Gláucio Soares, Dayse Miranda e Doriam Borges (2006) também destacam a dificuldade de calcular o número de vítimas ocultas da violência, bem como precisar as reações destas vítimas indiretas porque, quando se trata do fenômeno ‘violência’, cada pessoa reage a ele de formas bastante particular. Ainda assim, afirmam que, em uma estimativa conservadora, seriam três pessoas diretamente atingidas e muitas outras afetadas significativamente, para cada vítima direta. Levando em consideração essa proporção nos dados disponíveis dos últimos cinco anos, apenas entre 2010 e 2014 (entre o início do meu Mestrado e a realização do meu Exame de Qualificação de Doutorado), como foram registrados no Distrito Federal 10.751 mil mortes por Causas Externas, seriam pelo menos 32.253 vítimas ocultas da violência.

Quando analiso apenas os dados relativos às mortes por agressão e acidentes de trânsito, (que são as causas de morte violentas especificamente urbanas), seria 7.692 mortes no DF, no mesmo período, o que representa 71,5% do total de mortes por Causas Externas. Esse número

alarmante de mortes diretas representou, pelo menos, 23.076 pessoas que entraram para o rol das vítimas ocultas da violência urbana no quinquênio 2010-2014. Repito: É o nosso Shoah.

A Tabela 1 sintetiza o conjunto do número de mortes por Causas Externas do Distrito Federal e especificamente as mortes por agressão e acidente de trânsito que, juntas representam a maior parte das mortes evitáveis.

Tabela 1 Óbitos por Causas Externas* no Distrito Federal/Brasília

Evento \ Ano	2010	2011	2012	2013	2014**
V01-V99 Acidentes de Transporte	640	644	555	542	556
Y85-Y09 Agressões	882	977	1.031	919	946
Acidentes de Transporte somado às agressões	1.522	1.621	1.586	1.461	1.502
Total de mortes por todas as Causas Externas	2.140	2.183	2.202	2.085	2.141

Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de informações sobre mortalidade (SIM).

Organizado por Katerine da Cruz Leal Sonoda.

*Óbitos por ocorrência segundo Grande Grupo CID-10

** Dados preliminares

E a Tabela número 2 mostra os dados para todo o Brasil, com o mesmo recorte temporal. As diferenças inter (e intra) regionais são significativas. Porém, como não são objetos deste estudo, não serão apresentadas nem discutidas.

Tabela 2 Óbitos por Causas Externas* no Brasil, em todas as Regiões

Evento \ Ano	2010	2011	2012	2013	2014**
V01-V99 Acidentes de Transporte	43.908	44.553	46.051	43.452	44.823
Y85-Y09 Agressões	52.260	52.198	56.337	56.804	59.681
Acidentes de Transporte somado às agressões	96.168	96.751	102.388	100.256	104.504
Total de mortes por todas as Causas Externas	143.256	145.842	152.013	151.683	156.942

Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de informações sobre mortalidade (SIM).

Organizado por Katerine da Cruz Leal Sonoda.

*Óbitos por ocorrência segundo Grande Grupo CID-10

** Dados preliminares

Sobre as vítimas ocultas, concluo que estas sofrem muito e sofrem sozinhas. Apesar dos números absurdos e da magnitude do impacto da violência na vida das pessoas no Brasil, são praticamente nulas as políticas públicas de proteção específicas para as vítimas não diretas da violência.

No capítulo a seguir, de Marco Teórico, realizo uma revisão sobre a noção de trauma em Freud, para entender a potencialidade e as consequências das experiências violentas vividas pelas vítimas que sobrevivem. Proponho ainda a articulação possível entre a Psicanálise e o conceito de Resiliência, para estudar como as pessoas enfrentam situações adversas em suas Histórias de Vida.

2. Trauma, resiliência e luto: Uma articulação dos conceitos entre si e com as histórias de vida

A redação deste capítulo teve um duplo objetivo, servindo para auxiliar o levantamento e a interpretação dos dados empíricos; e, também, para subsidiar o tratamento das questões que nortearam a preparação deste trabalho de tese, que, lembrando, são: por que algumas vítimas indiretas da violência urbana conseguem elaborar o luto e ‘seguir com a vida’, enquanto outras ficam estagnadas em um processo de luto complicado? Ou, em outras palavras, por que algumas ‘ficam bem’ enquanto que outras ‘ficam mal’ após vivenciarem experiências (potencialmente) traumáticas? Como as vítimas indiretas da violência urbana sobrevivem a estas experiências?

De acordo com o objetivo especificado, dividi este capítulo em cinco seções.

Na *primeira seção*, trato da noção de trauma, intimamente ligada à origem da concepção freudiana de neurose. Em “Estudos sobre a histeria” (1893b/1895), na primeira teoria do trauma (escrita junto com Breuer), este já está posto como um excesso pulsional, de forma que o encontro com este excesso já seria traumático. Destaco, além deste, outros três momentos da teoria freudiana sobre o trauma.

Não é nova esta reflexão (sempre presente na teoria), mas, conforme especificou Uchitel (2001), cabe refletir sobre ele com um enfoque diferente, capaz de esclarecer quadros que não se desenvolvem a partir do conflito, mas do déficit: do desamparo, das falhas nos cuidados do mundo circundante e de irrupções que surpreendem e violentam (como catástrofes, terremotos, guerras, assassinatos, acidentes, abusos sexuais ou qualquer outra vivência com igual potencialidade traumática que coloque em risco a sobrevivência, física ou psíquica, do sujeito).

Mesmo tendo sofrido importantes modificações, o trauma sempre foi tema de grande importância na teoria freudiana, que o tempo todo esteve muito próxima da guerra, da morte, do desamparo e da violência.

Na *segunda seção*, abordo alguns estudos sobre *resiliência*, compreendida como um dos conceitos importantes para entender o enfrentamento de situações adversas. Para se falar de “tentativa ou possibilidade enfrentamento” (e dos efeitos da violência nas vítimas indiretas), é imprescindível um conceito como este. A associação entre psicanálise e resiliência é relativamente recente, mas as raízes epistemológicas não são incompatíveis.

Na *terceira seção*, apresento uma discussão sobre o processo de luto.

Na *quarta seção*, apresento uma revisão teórica sobre História de vida. A *trajetória biográfica* importa e determina os efeitos das experiências adversas sofridas e as saídas do luto. Para ilustrar a relação entre resiliência, histórias de vida e testemunho, utilizei alguns relatos de sobreviventes de campos de concentração nazistas em uma tentativa de mostrar como contar (ou escrever) a própria história pode ter um potencial de ressignificação e/ou elaboração de experiências (potencialmente) traumáticas.

A necessidade de testemunhar fica evidente quando se analisa os inúmeros livros de memórias redigidos após o Shoah. Até hoje se fala, se conta, se escreve, se teoriza e se perpetua a memória do que foi considerada a maior catástrofe coletiva promovida por uma sociedade (considerada das mais civilizadas do mundo): a matança nos campos nazistas. Para ilustrar com exemplos reais e articular história de vida e reconstrução, apresentarei alguns relatos autobiográficos de sobreviventes desses campos de concentração (Ruth Klüger, Primo Levi, Viktor Frankl e Ana Frank). Guardando as devidas diferenças entre as experiências destes escritores e as dos participantes desta pesquisa, o objetivo aqui é ilustrar, com a *literatura de testemunho*, esse potencial de transformação de vítimas em sobreviventes.

Por fim, finalizo este capítulo de Marco Teórico com uma *quinta seção*, na qual, em uma tentativa de articulação, exploro os conceitos de trauma, luto e resiliência, apresentados nas seções anteriores.

2.1 Revisitando o conceito de trauma em Freud

Inicialmente, Freud acreditava na violência como fator etiológico do sofrimento neurótico. Em suas primeiras formulações sobre a origem da histeria, baseado em sua experiência clínica, supôs uma sedução real, cometida por um adulto perverso contra uma criança. Esta primeira noção de trauma na obra de Freud eu chamei de “momento 1”.

Posteriormente, o trauma real dá lugar à fantasia (Freud, 1905a), marcando o que chamei de “momento 2” da teoria freudiana do trauma, quando Freud faz uma inflexão importante e deixa de entender o trauma apenas como fato real. Quando “descobre” a sexualidade infantil, a fantasia ganha importância e a criança inocente sai de cena. O excesso de sexualidade ou a sedução real não produz, necessariamente, uma neurose histérica, mas, por outro lado, sem esse excesso real, não haveria do que defender-se.

A problemática da destruição do homem pelo homem perpassa a obra de Freud, sobretudo a partir da segunda tópica. Em “Além do princípio do prazer” (1920), “momento 3”, o trauma volta à cena, na teoria e na clínica. Este texto destaca a incapacidade do aparelho psíquico diante do excesso pulsional veiculado na situação traumática.

Já em sua última leitura do trauma, que chamei aqui de “momento 4”, Freud postulou que este não é o acontecimento em si e concluiu que os sonhos traumáticos obedecem ao propósito de recolocar a impressão traumática em cena (Rudge, 2009). A repetição, enquanto tentativa de elaboração psíquica, pode ter duas saídas, em que, em uma delas, simplesmente mantém a experiência traumática como aquilo que nunca se esgota nem se modifica, jamais se tornando passado, configurando-se na pura ‘repetição do mesmo’. E, em outros casos, pode servir como instrumento pelo qual as experiências traumáticas poderão vir a ser, gradativamente, integradas aos domínios do princípio de prazer.

Nos parágrafos a seguir, descreverei com mais detalhes cada um dos “momentos” da teoria do trauma em Freud.

Momento 1 - Descobertas iniciais e a criança violentada: o trauma é essencialmente de natureza sexual

As descobertas iniciais no campo da histeria (Estudos sobre a histeria, 1893b) levaram Freud e Breuer a sustentar que os sintomas dessa neurose só poderiam ser compreendidos se remetidos às experiências de efeito traumático. Esses traumas estariam referidos à vida sexual da (o) paciente. O que provocava a histeria? Qual era a etiologia? Eram estas as questões que os autores pretendiam responder no final do século XIX.

Breuer¹³ e Freud verificaram, a princípio com grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguiam trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado, despertando o afeto (estrangulado) que o acompanhara. Quando a paciente descrevia esse acontecido, traduzia o afeto em palavras. A lembrança sem afeto quase invariavelmente não produzia nenhum resultado. Isso levou os autores a afirmar que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (1893a, p. 43).

Em “A etiologia da histeria” (1896b), Freud concluiu que, em todos os casos, o fator desencadeante era uma experiência sexual de caráter traumático. Em outras palavras, a causa última seria sempre a sedução de uma criança por um adulto abusador. Além disso, o evento traumático ocorreria antes da puberdade, embora a irrupção da neurose ocorresse após. As experiências sexuais infantis constituiriam a pré-condição fundamental da histeria (são elas que criam os sintomas histéricos), mas não o fariam de imediato, permanecendo inicialmente sem efeito e só exercendo uma ação patogênica tempos depois, ao serem despertadas, após a puberdade, sob a forma de lembranças inconscientes. Assim, durante a puberdade, ocorreria o segundo tempo do trauma, quando as lembranças esquecidas na infância viriam à tona

¹³ Breuer postulava uma predisposição natural das pacientes à histeria; enquanto Freud insistia nas causas psicológicas. Essa discordância parece ter sido o principal motivo que afastou os dois médicos.

conscientemente. Aqui Freud valorizava a realidade de um corpo infantil violentado. A primeira cena ofereceria a força traumática, enquanto que, a segunda, a condição traumatizante.

No mesmo ano, em outro texto (Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa, 1896a), Freud desenvolve o que já começara com Breuer em “Comunicação preliminar” (1893a). Como resultado da análise de 13 casos de histeria, escreve sobre a natureza desses traumas sexuais e, também, sobre o período da vida em que eles ocorrem. Para causar a histeria, afirma ele:

Não basta ocorrer em algum período da vida do sujeito um evento relacionado com sua vida sexual e que se torne patogênico pela liberação e supressão de um afeto aflitivo. Pelo contrário, *tais traumas sexuais devem ter ocorrido na tenra infância, antes da puberdade, e seu conteúdo deve consistir numa irritação real dos órgãos genitais* -, por processos semelhantes à copulação (1986a, p. 164).

Não seriam as experiências em si traumáticas, já que dependeriam também de sua revivescência como lembrança depois de o sujeito ingressar na maturidade sexual. O trauma era sempre sexual, cometido por um adulto perverso e recordado pela vítima anos depois. Em resumo, a teoria do trauma em dois tempos pressupunha a cena em que o impacto vinha de fora (do adulto perverso) e estava baseada no traumatismo sexual precoce (a criança não compreendia o que havia acontecido). Em um segundo momento, o do *posteriori* (ou seja, resultado da experiência ou dela conseqüente), já na puberdade, a lembrança da cena de sedução perpetrada pelo adulto podia ser associada, e a pessoa então entendia o conteúdo sexual, reorganizando e internalizando o ocorrido na infância. A reativação dessa recordação provocaria um fluxo de excitação de tamanha intensidade que transbordaria as defesas do ego. Se o acontecimento é chamado traumático por Freud, é pelo seu efeito *après coup*, de forma que o trauma vai sempre deixar uma marca, mas esta só terá efeito ‘no depois’. Inaugura-se aqui uma nova temporalidade, diferente da tradicional, que estava associada a um efeito linear do passado sobre o presente (Rudge, 2009).

O capítulo “A psicoterapia da histeria” (1893b), escrito apenas por Freud, marca a ruptura com Breuer e o abandono da hipnose, além da descoberta da resistência e da associação livre (ainda sem este nome) como método de acesso ao inconsciente.

Momento 2: A descoberta da fantasia incestuosa inconsciente

Pouco mais tarde, em 1897, mesmo ano que inicia sua autoanálise, Freud manifesta, na carta n. 69, a qual envia a Fliess, sua decepção a respeito da teoria traumática: “Já não acredito mais em minha neurótica” (p. 309).

Quando Freud não mais acredita em suas histéricas, a cena se desloca do adulto incestuoso para a criança incestuosa. São os desejos das crianças que as transtornam e lhes provocam sofrimento. Esta época marca o abandono da teoria do trauma em favor de uma teoria da fantasia. Escrevendo à Fliess, Freud afirma que perdera a convicção na teoria do trauma centrada na sedução, porque a narrativa de suas pacientes não tinha o estatuto de acontecimento, como concebera até então. As seduções eram, na verdade, fantasmas (fantasias). Não eram produzidas pela realidade material, mas pela realidade psíquica.

O fator traumático torna-se mais abrangente, incluindo aspectos como a constituição psíquica e a história infantil. O trauma em dois tempos permanece, mas com uma sofisticação a mais. O material não é mais a sedução sexual, mas outras experiências que aparentemente não apresentam sentido. Este vem *no depois*, produzindo as fantasias, que estão ligadas à sexualidade e ao desejo.

Uchitel (2001) lembra de que a fantasia também produz realidade e a importância do conceito de sedução como valor etiológico é reconsiderado, mas não desaparece. Freud não negou a sedução, mas sim o papel que ela desempenhava na etiologia da neurose. O alcance da experiência da sedução como fator etiológico se minimiza, mas a importância do trauma nunca desaparece.

Para Birman (2006), o discurso freudiano realizou uma verdadeira operação de salvação da figura do pai. Isso porque, para deslocar o lugar da sedução com trauma, do registro do acontecimento para o do fantasma, Freud teria afirmado literalmente, em carta à Fliess, que não poderia aceitar que seu pai pudesse ser uma figura perversa, sedutor de infantes (no caso, suas próprias irmãs).

Em 1920, contudo, caiu por terra a operação de salvação do pai empreendida por Freud, na medida em que, na nova descrição da experiência psíquica proposta, aquele não podia mais proteger o sujeito da experiência traumática. Desde então, portanto, a figura do pai foi delineada em uma posição de falha no discurso freudiano, não porque fosse sedutor (abusador de crianças), mas porque não poderia mais prever os acontecimentos que pudessem ter um efeito traumático na subjetividade. O pai não protegeria do pior.

Momento 3 - A Guerra e as neuroses traumáticas: A violência como trauma e o repetir para elaborar

O terceiro momento da teoria do trauma freudiana é inaugurado com o divisor de águas “Além do princípio do prazer”, de 1920. Aqui o trauma reaparece, resiste e persiste. Mas não é o trauma que muda, mas sim a forma de olhar para ele. O que determina se um acontecimento será traumático (ou não) será a relação de forças que se estabelecerá entre aquilo que invade o psiquismo de forma abrupta e o *quantum* de reserva de energia com que este pode contar para lidar com a experiência. Assim, *serão traumáticas quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para romper o escudo protetor* (Freud, 1920, p. 40).

Na metáfora da vesícula (já presente no Projeto para uma Psicologia Científica, de 1895), o aparelho psíquico é comparado a uma vesícula viva submetida à pressão de excitações externas e internas. Para se defender das excitações externas, a vesícula desenvolve uma

camada protetora. Em relação às excitações internas, das quais não se pode fugir, seria necessário se proteger através de outras defesas.

Para Freud, ao ocorrer uma situação traumática, o escudo seria rompido e, correlativamente, haveria a invasão de altas intensidades energéticas, ameaçadoras da integridade narcísica do sujeito, cujo ego esteve submetido a uma experiência terrorífica. A compulsão à repetição da dor, do sofrimento e do desprazer responderia a sucessivas tentativas de ligar esse excesso, dominá-lo, ainda que esse movimento gere desprazer e mais sofrimento. Surpreendido e invadido, algum ordenamento se impõe.

O estabelecimento da neurose traumática indicaria um transbordamento de excitações no aparelho psíquico causado por uma falha na antecipação da angústia, já que não foi possível, nesses casos, nenhuma preparação para o choque. Foram necessários alguns anos e outros escritos para que pudesse ser um pouco mais esclarecida a questão sobre porque alguns escudos “rompem” e outros não.

O ponto de vista econômico (pulsional) adquire grande importância na teoria, servindo para contornar alguns problemas da clínica. A guerra influenciou diretamente a produção teórica do psicanalista. Além do Princípio do Prazer, texto precursor da segunda tópica (inaugurada efetivamente em 1923, com O Ego e o Id), desenvolve a dimensão da repetição e a paradoxal noção de pulsão de morte.

Antes de 1920, Freud postulava que o curso tomado pelos eventos mentais estaria regulado pelo Princípio do Prazer, que fundamentalmente consistia em uma redução da tensão (ou conservação da quantidade de excitação presente), com uma evitação de desprazer ou com uma produção de prazer. A psicanálise relacionava prazer e desprazer à quantidade de excitação presente no aparelho psíquico, de forma que um aumento desta excitação provocaria desprazer, e, a diminuição desta, resultaria em prazer.

Outro argumento que colaborou para a ‘crença’ de uma dominância do Princípio de Prazer na vida mental dos sujeitos estava baseado na hipótese de que o aparelho mental se esforça por manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, ou, pelo menos, mantê-la constante. Assim, esta seria outra forma de descrever o Princípio de Prazer, pois, qualquer coisa que faça aumentar a quantidade de excitação no sistema seria sentida como desagradável. A tendência primária do princípio de prazer seria, pois, evitar tensão. No entanto, algumas coisas não ficavam bem explicadas com o que foi acima descrito. Haveria algo além da dominância pela busca do prazer. Segundo o pai da psicanálise:

É incorreto falar na dominância do princípio do prazer sobre o curso dos processos mentais. Se tal dominância existisse, a imensa maioria de nossos processos mentais teria de ser acompanhada pelo prazer ou conduzir a ele, ao passo que a experiência geral contradiz completamente uma conclusão desse tipo (Freud, 1920, p.19).

Freud continua este argumento afirmando que existe, no máximo, uma forte tendência no sentido da busca pelo prazer. Mas, como chegou a isto?

Ele descreve a condição das neuroses traumáticas (violências, desastres e, sobretudo, a guerra) e conclui que a Primeira Guerra Mundial ‘trouxe’ uma nova entidade clínica: a neurose de guerra. Depois de sofrer certo trauma de guerra, as relações (com o corpo, com os outros, e com si mesmo) do sujeito se alteravam e estes sobreviventes eram constantemente acossados pela lembrança do trauma (sonhos traumáticos).

Diante disso, Freud (possivelmente) perguntava-se: por que o sujeito reedita em sonhos as experiências que teme? Como a repetição aflitiva podia harmonizar-se com o princípio do prazer? Por que, ao invés de viver o trauma, dar uma resposta e seguir em frente, o sujeito retoma e retoma e retoma o evento desagradável?

Aparece também neste mesmo texto (1920), o exemplo da brincadeira do menino de um ano e meio, seu neto. Esta criança atirava para longe qualquer objeto que estivesse ao seu

alcance. A brincadeira, para Freud, uma encenação, que representava simbolicamente a saída e a volta da mãe, era conhecida como Jogo do Carretel Fort (ir embora) Da (ali). Freud viu ali uma expressão da pulsão de morte: a repetição dolorosa de uma mesma experiência traumática e psiquicamente insuportável. O uso que o menino fazia com seus brinquedos era “ir embora” com eles, e esta era a brincadeira completa: aparecimento e retorno. O garotinho brincava com o traumático. Freud conclui que a criança não podia ter sentido a partida da mãe como algo agradável ou mesmo indiferente. Como, então, a repetição aflitiva (o jogo) harmonizava-se com o princípio do prazer? Por que a criança repetia o que mais a angustiava?

Voltando aos casos dos sobreviventes neuróticos de guerra, na neurose traumática, a modalidade de elaboração é outra. Este traumatismo específico caracteriza-se pela natureza e pela intensidade do fator traumático contra o aparelho de “para-excitação” ou barreira protetora do Ego. A natureza do *estímulo é não sexual* e tem a ver com uma ameaça de morte. A intensidade, por seu turno, é de uma grandeza tal que provoca um “rompimento” na superfície egoica. Clinicamente, o sujeito experimenta pânico, terror, confusão, estupor ou fenômenos conexos, até que medidas defensivas sejam ativadas. Todos esses sintomas apontam para um despreparo do psiquismo diante de uma situação inesperada. Não houve preparação para o choque. Ultrapassada essa fase, inicia-se um período de evocação repetitiva do evento traumático, geralmente através de sonhos ou pesadelos. Foi este período que despertou o interesse de Freud pelas neuroses de guerra ou pelas reações psíquicas a catástrofes ou situações aterrorizantes, em tempos de paz (Costa, 2003).

Estes sobreviventes da guerra apresentavam uma repetição insistente, compulsiva e desprazerosa, trazendo o paciente de volta à situação de seu acidente. Ao contrário de ser “guardião do sono” (Freud, 1900), os sonhos de angústia são capazes de despertar o sonhador pela evocação terrorífica que produzem, repetindo a catástrofe e impondo ao ego o sucessivo retorno à dor.

Do ponto de vista dinâmico, o que surpreende é a repetição do acontecimento desagradável, defesa oposta ao princípio de prazer (como acontece, por exemplo, com o neto de Freud e com os neuróticos de guerra).

Nas neuroses de guerra, o conflito se dá entre o eu e uma nova forma que este deve adquirir (eu pacífico x eu bélico), não se tratando de um conflito entre o eu e as exigências pulsionais (como nas outras neuroses de transferência). Implicado na guerra, o eu precisava desenvolver aptidões belicosas. O refúgio do antigo eu em uma neurose traumática se daria como uma medida de proteção narcísica.

Freud pressupôs que a função do sonhar parece ter sido perturbada pelo trauma, já que, ao não incluir nenhuma possibilidade de prazer para nenhuma instância, os sonhos traumáticos evidenciam o fato de eles não obedecerem ao objetivo primário de realização de desejo (a não ser que tenham alguma relação com as “misteriosas tendências masoquistas do ego”, 1920, p. 24). Os sonhos traumáticos reativam a angústia para dar chance ao ego de reagir ao choque da forma como não pode fazer no momento do acidente. Esta seria a indicação de que haveria algo no sonho traumático que supera, ainda que de maneira absolutamente elementar e precária, um estado de passividade egoica radical (marca do traumático).

Os sonhos angustiosos, a repetitividade que caracteriza o brincar infantil e as diversas formas de sofrimento que se enredam em torno do masoquismo, da transferência e da reação terapêutica negativa, são exemplos que se configuravam em obstáculos ao princípio do prazer. Freud questiona a dominância desse como regulador da atividade psíquica dos humanos. Haveria algo mais primitivo, elementar e pulsional. A leitura deste texto conduz à hipótese da Pulsão de Morte. Ao lado de Eros, no qual se incluiriam as pulsões sexuais, existiria também a pulsão destrutiva, caracterizada pela dimensão de silêncio e pela ausência dos representantes da pulsão.

Freud, então, revê sua teoria pulsional. O conceito de Pulsão de Morte introduz um novo tempo. Causou grande espanto no movimento psicanalista, sendo uma noção em grande parte rejeitada. O conceito faz sua entrada na teoria psicanalítica a partir da impressão que a violência (da guerra) causa em Freud, como também por suas observações clínicas sobre a insistência por caminhos que levavam ao sofrimento.

Freud recorre à biologia para tentar explicar uma tendência natural que os organismos vivos teriam para a morte: algo falharia na vida desde o início. O organismo vivo, devido ao seu próprio funcionamento, inviabilizaria a vida (produzindo toxinas, produto do próprio metabolismo). Os próprios resíduos da vida levariam o organismo à morte. Isso levou Freud a inferir que o mesmo aconteceria no aparelho psíquico. Freud chega a afirmar que “o objetivo de toda a vida é a morte” (p. 49), ou seja, o retorno ao inanimado. Esta tendência interna do indivíduo, que resulta do esforço de voltar a ser inorgânico, é, pois, própria do sujeito, e não de fatores externos. A sobrevivência do psiquismo é garantida via escoamento pulsional, sendo necessário dar um destino ao excesso que atravessa os sujeitos.

Na conferência XXXII, *Ansiedade e vida instintual* (1933a), Freud afirma que as pulsões são entidades míticas e “magníficas em sua imprecisão” (p. 98). Aqui ele se pergunta por que precisou de um tempo tão longo para reconhecer uma pulsão agressiva.

Uma diferenciação aqui se faz necessária. As pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação são consideradas pulsões de vida por serem conservadoras (mantém padrão de repetição e mesmice organísmica e garantem o caminho normal para a morte). Freud instaura um novo dualismo com sua pulsão mortífera:

Nossas concepções, desde o início, foram dualistas e são hoje ainda mais definitivamente dualistas do que antes, agora que descrevemos a oposição como se dando, não entre pulsões do ego e pulsões sexuais, mas entre pulsões de vida e pulsões de morte (Freud, 1920, p. 63).

A pulsão de morte seria a pulsão por excelência. Ela não recebe esse nome à toa: é de morte mesmo. Por um lado, a repetição está destinada a um tipo de fracasso: a mesma coisa parece dar em nada porque a relação da pulsão é com o vazio. E a criação desse vazio é da ordem de uma exigência interna da qual não se pode fugir; o desejo sempre fracassa. Por outro lado, a criação do vazio é necessária para a criação do desejo. Neste sentido, é *potência criadora* (o erótico da pulsão) na vida, no luto, no trauma. A pulsão de morte traz consigo essa possibilidade, pois é dentro do circuito de repetição que pode surgir o desejo, e o sujeito pode retomar sua vida desejante. Pode, por exemplo, ir do luto à alegria. Saudável é desejar, ainda que o conflito psíquico seja inerradicável (a saúde para a psicanálise implica certo *pathos*, mas a equação entre sintoma, inibição e angústia tem que ser razoável para que o sofrimento psíquico não ‘varra’ o desejo).

Seu movimento produz um desequilíbrio para ‘o vir de novo’, ou seja, saímos de uma ordem passando, necessariamente, por uma desordem. No entanto, trata-se de uma novidade que não vem sem riscos. Nessa desconstrução, há o risco de não se reconstruir nada. O tempo da pulsão de morte seria o tempo do acaso, pois foge de toda previsibilidade, não podendo, portanto, ser antecipado. E vai se expressar como exigência de outra coisa. Este seria o tempo para marcar uma diferença diante da cesura temporal. Resta-nos apenas responder a isto que não podemos simbolizar.

Depois de 1920, não importa mais o que atingiu o sujeito, mas como. Um mesmo acontecimento pode não comportar a mesma carga traumática em pessoas diferentes (ou mesmo na mesma pessoa, em momentos distintos de sua vida). A afirmação de que o traumatismo está relacionado com uma fonte de excitação interna implica que o traumatismo externo só tem valor ou ressonância traumática em relação com a mesma. Consequentemente, o acontecimento é traumático só na relação que pode existir entre o encontro traumático e algo que o sujeito já conhece. O *apres coup* será visto como a própria constituição do sujeito.

O caráter traumático reside na ruptura da capa de proteção contra as excitações, provocada pelo excesso; no fracasso da ligação; mas também na falta do preparo ou produção da angústia, que faz do susto, da surpresa e do perigo de morte uma condição também essencial para o trauma.

Freud destaca aqui a importância determinante do efeito surpresa na configuração do trauma, de forma que uma situação é traumática para um sujeito quando se dá em um momento preciso de sua história (Fuks, 2000). Logo, nem todos os encontros (potencialmente) traumáticos produzem os mesmos efeitos. Cada sujeito responde com sua singularidade, segundo o momento em que se produz o trauma, segundo a ressonância que pode ter com sua própria história, e também segundo a posição que adota frente a esta experiência única. É em função do despreparo do ego, apanhado de surpresa, que se ergue o que chamamos de traumatismo psíquico (por isso algumas pessoas ficariam traumatizadas e outras não).

Em suas “Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise”, de (1933a), Freud segue discorrendo sobre o trauma. Na conferência XXXI (A dissecação da personalidade psíquica), ele utiliza a metáfora do cristal para dizer sobre a singularidade do trauma: “Se atirmos no chão um cristal, ele se parte, mas não arbitrariamente. Ele se parte segundo suas linhas de clivagem, em pedaços cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam determinados pela estrutura do cristal” (p. 64). Ou seja, quando o cristal (ou o homem) “quebra”, não quebra de qualquer jeito nem da mesma maneira. Isto remete ao fato de que um evento traumático se torna patológico não somente pelo acontecimento em si, mas por sua impossibilidade de inscrição psíquica.

Momento 4: Teoria da angústia e o desamparo

Em Inibições, sintomas e angústia (1926), texto metapsicológico mais tardio, o desamparo, enquanto dor de existir passa a ter lugar central na teorização, antes ocupado pela questão pulsional. Este desamparo original, estruturante do psiquismo, diz respeito ao erótico e

ao sexual da pulsão. Diz respeito ainda a um lugar infantil e à sexualidade traumática vinda da mãe, sendo, desde então, as organizações psicopatológicas relacionadas à castração da mãe e à cena primária, na medida em que a angústia não é somente um sinal para o perigo da castração, mas também uma reação perante uma separação (perda de amor).

O que se desenha aqui é outra configuração da subjetividade, na qual o trauma é uma possibilidade sempre presente e virtual. Isso indicaria uma fragilidade inerente ao psiquismo, por definição, entreaberto por suas fissuras diante do traumático. Por isso mesmo, o discurso freudiano forjou outra teoria da angústia em 1926, na qual a maior preocupação do sujeito seria a de se antecipar a qualquer acontecimento que pudesse ter um efeito traumático. Com efeito, o psiquismo produziria antecipadamente a angústia-sinal para evitar a angústia traumática. O evento traumático é uma situação de desamparo: o desamparo constitui o núcleo da situação de perigo, no qual um perigo real é aquele que ameaça uma pessoa a partir de um objeto externo, e um perigo neurótico é aquele que ameaça a partir de uma exigência pulsional. “Em relação à situação traumática, na qual o paciente está desamparado, convergem perigos externos e internos, perigos reais e exigências pulsionais” (Freud, 1926, p. 163).

Uma situação de perigo seria uma situação reconhecida, lembrada e esperada do desamparo. O ego, que experimentou o trauma passivamente, agora o repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso. Assim, o traumático deixa de ser um privilégio do encontro do sujeito com algo que venha do exterior, que o surpreenda, e passa a se referir, também, ao excesso pulsional, sendo que esse excesso adquirirá características de exterioridade, para que o psiquismo possa se preparar para sua defesa.

Ainda neste texto, Freud deixa de considerar a angústia como um derivado do processo de recalçamento. Ele inverte sua suposição anterior; a angústia passa de determinada a

determinante: “Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade” (p. 111).

Em sua “História do movimento psicanalítico” (1914b), Freud pontuou que, com a atividade sexual dos primeiros anos de infância, também foi reconhecida a constituição herdada do indivíduo:

A disposição e a experiência estão aqui ligadas em uma unidade etiológica indissolúvel, pois a *disposição* exagera impressões – que de outra forma teriam sido inteiramente comuns e não teriam nenhum efeito –, de modo a transformá-las em traumas que dão margem a estímulos e fixações; por outro lado, as *experiências* despertam fatores na disposição que, sem elas, poderiam ter ficado adormecidos por muito tempo e talvez nunca se desenvolvessem (p. 28).

Não existe constituição solipsista do sujeito. Isso significa que não é possível uma constituição autoengendrada. Não é possível tornar-se sujeito fora do “social”. O trabalho de constituição psíquica implica em nos haver com nossa herança familiar, no confronto com o outro. Já em Totem e Tabu (1913a), Freud discorre sobre as mais primitivas formas de transmissão da vida psíquica. A vida psíquica de gerações anteriores influencia nossa própria constituição, havendo, portanto, uma transmissão por identificação dos modelos parentais e uma transmissão genérica, formada por traços da pré-história do sujeito e de suas gerações precedentes. A ideia de uma constituição herdada do sujeito não anula, contudo, a importância da experiência individual.

Também em Moisés e o Monoteísmo (1939), estudo acerca da intolerância, Freud retoma a questão do trauma e da transmissão na teoria psicanalítica. Foi a partir da transmissão de uma geração a outra de um trauma coletivo (o assassinato de Moisés) que a religião judaica se perpetuou. Escrito durante a fuga de Viena para Londres, Freud estava atormentado por outra Guerra que se aproximava. Não por acaso, aqui ele retoma o tema do trauma. Hipotetiza sobre a origem egípcia de Moisés e postula que a religião judaica remete a um evento

traumático, o assassinato de Moisés pelos hebreus. Freud parte da premissa de que Moisés era egípcio; tornando o grande homem da religião judaica um estrangeiro. Moisés apresenta uma nova religião aos judeus e introduz entre eles o hábito da circuncisão (comum entre os egípcios).

Ainda no referido texto, Freud afirma que o que é operante na vida psíquica de um indivíduo pode incluir não apenas o que ele próprio experimentou, mas também coisas que estão inatamente presentes nele, quando de seu nascimento, elementos com uma origem filogenética - uma *herança arcaica*. Assim como na história coletiva, o trauma também explica o movimento repetitivo no sujeito individual.

Os efeitos do trauma seriam de dois tipos: positivos e negativos; sendo os primeiros tentativas de “por o trauma em funcionamento mais uma vez, isto é, recordar a experiência esquecida ou, melhor ainda, torná-la real, experimentar uma repetição dela, ou fazer revivê-la dentro de um vínculo análogo com outra pessoa” (Freud, 1939, p. 90), caracterizados por uma compulsão a repetir (repetição da vivência original). Já os efeitos negativos seguiriam um sentido oposto, nada do trauma pode ser recordado ou repetido; o que resultaria nas evitações (fugas), inibições e fobias.

Em seu “Esboço de psicanálise” (1940), texto inacabado, mas não incompleto, são mantidas as últimas considerações sobre o trauma e a neurose, e fica claro que nenhum sujeito está livre do trauma que o constituiu. Somos todos constitutivamente traumatizados porque nenhum ser humano está a salvo das vivências traumáticas, tenham elas origem nas demandas pulsionais ou nas excitações externas:

As impressões e experiências externas podem fazer exigências de intensidade diferentes a pessoas diferentes e aquilo que é passível de ser manejado pela constituição de uma pessoa pode ser uma tarefa impossível para outra. Essas diferenças quantitativas determinarão a variedade dos resultados (Freud, 1940, p. 197).

E continua afirmando nas páginas seguintes que nenhum indivíduo humano é poupado de tais experiências traumáticas; nenhum escapa às repressões a que elas dão origem. A transformação do puro id em um sujeito civilizado exige o atravessamento de um período imensamente longo de desenvolvimento cultural. Exigência esta possibilitada pela disposição hereditária, mas que quase nunca pode ser conseguida sem o auxílio adicional da educação e da influência parental, que, como precursora do superego, restringe a atividade do ego mediante proibições e punições, e incentiva ou força o estabelecimento de repressões.

Um novo trauma está sempre relacionado com o trauma primevo. Ao lidar com os eventos adversos da vida, estarão sempre inter-relacionados fatores da vida real e fatores da própria constituição psíquica. Exceção seriam as neuroses traumáticas, porque são consequência de traumas não constitutivos (como é o caso dos acidentes graves e das violências) e sem relação com a sexualidade.

Assim, nas origens do aparelho psíquico, antes de qualquer princípio, de qualquer organização e de qualquer defesa, encontra-se o trauma (Maia, 2005). A história do sujeito guardará as marcas dessa origem traumática. Cada nova situação que evoque a primeira revitaliza essas marcas. A controvérsia clássica entre pensar o trauma como consequência de fatores psíquicos ou como efeito do impacto da realidade externa se dilui na evidência de que os mesmos acontecimentos não têm os mesmos efeitos sobre os vários psiquismos.

Existe uma articulação intrínseca e indissociável entre psiquismo e sociedade para o estabelecimento, ou melhor, (re) estabelecimento do trauma. A história individual, com suas escolhas, experiências, mudanças e rupturas, não pode ser compreendida senão em relação com esta articulação.

Para Gaulejac (2001, 2002, 2006), as relações entre psicologia e sociologia são difíceis, mas inevitáveis. Difíceis porque seus enfoques, os fenômenos humanos e sociais, se contradizem na maneira em que as duas disciplinas constroem seu objeto de estudo. E inevitáveis

porque estão confrontadas com os mesmos fenômenos, de tal maneira que para suas análises precisam articular-se. Fatores aparentemente “individuais” interatuam com fatores considerados “do social”. Mas uma separação deste tipo será sempre arbitrária e artificial. Os enfoques sociais e psicológicos não são mutuamente excludentes porque enfrentam a irreduzibilidade do social por um lado, e do psíquico por outro.

Nas palavras de Gaulejac:

O sujeito é produto de uma história complexa e diz respeito, ao mesmo tempo, à sua existência singular, portanto, ao seu desenvolvimento psíquico inscrito em uma dinâmica familiar, e à sua existência social, vista como a encarnação das relações sociais de uma época, de uma cultura, de uma classe social (Gaulejac, 2001, p. 37).

Existe, assim, uma complementaridade necessária e dinâmica entre o psíquico e o social. Todo fenômeno psicológico é um fenômeno sociológico na medida em que não se pode conceber um sujeito sem objeto, sem ideologia, sem a ordem simbólica através da qual esta se reafirma como tal. “Não buscamos o irreduzível psíquico ou o irreduzível social, mas a maneira que estes se interatuam nos destinos humanos” (*ibid*, p. 70). O significado das condutas humanas é inseparável do sistema de relação social no qual estas se inscrevem. Os comportamentos não podem ser explicados independentemente das condições sociais que os fazem possíveis. Ao mesmo tempo, o indivíduo não se reduz ao conjunto das determinações sociais e aos processos de socialização que o constituem.

Parece existir um paralelo importante entre a constituição do psíquico e a constituição do “social”. Então, se for correto o pressuposto de que na contemporaneidade esse eu é mal constituído, frágil, quebradiço e fragmentado, o “social” também não o seria? A falha na constituição do eu seria também uma falha na constituição do social?

Ao levarmos em conta que o sujeito é produto e produtor da sociedade, podemos entender melhor as relações entre a constituição do sujeito e a constituição do social.

Na contemporaneidade, perdemos a cota de segurança que justificou a renúncia pulsional da civilização. Teríamos, assim, uma dupla perda: a pulsional e a proteção. O sujeito pós moderno (ou contemporâneo) já nasce com o desafio de ser autônomo, bem-sucedido, performático, flexível... Enfim, responsável por fazer o próprio destino.

Pela primeira vez na história da humanidade, o futuro de cada homem está diretamente associado ao destino de todos os homens. Ameaça nuclear, aquecimento global, destruição dos recursos naturais (sabidamente finitos), poluição, transgênicos, guerra química, terrorismo... A ‘crise da civilização’ tornou-se mundial.

Comentando Freud, Mezan (2006) pontua que as principais causas do sofrimento psíquico na época vitoriana seriam devidas à insatisfação pulsional, impostas pela sociedade, dita patriarcal, na qual a religião possuía relevante peso, com uma moral que exigia pesadas renúncias, morais e sexuais, aos indivíduos. Assim, havia, por um lado, a repressão social e, por outro, a renúncia dos indivíduos a seus desejos e fantasias. Nesta renúncia, poderiam ser encontradas as razões da infelicidade, do mal estar, da insatisfação. Por que a infelicidade? Porque o indivíduo precisava renunciar aos seus impulsos, desejos e fantasias, para ter a segurança de pertencer a uma sociedade.

O mal estar na civilização não desapareceu. Nem nunca desaparecerá. Muito pelo contrário, hoje ele está mais presente que nunca, transvestido em novas formas. Segue sendo resultado de uma luta de titãs: Eros e Tânatos. Há, portanto, um mal estar na atualidade, assim como havia na modernidade, na antiguidade, etc. Um mal estar que constitui e caracteriza o humano, permitindo sua vida em sociedade. Mal estar como condição do estar na civilização e na cultura, “indicando que a própria cultura é sempre um lugar inacabado, um lugar impossível, incapaz de sustentar a humanidade do homem no que ela tem de mais radical: o desejo de morte intrincado ao desejo de vida” (Endo, 2005, p. 205).

Mas esse mal estar não é o mesmo de uma época a outra, resultando em diferentes modos de subjetivação. Por isso se diz que o sintoma é sempre social, já que carregará as marcas do seu tempo.

O homem moderno, que acreditara em um mundo inteligível, regular e indubitável, já não tem certeza de nada. O projeto moderno falhou. As promessas da modernidade não foram cumpridas. Nossos antepassados sabiam que não estavam seguros. Mas eles tinham a esperança de que ficariam seguros. Do decorrer da modernidade, no entanto, a sensação de um futuro melhor foi frustrada; e foi isso que mudou na condição subjetiva do homem moderno.

No mundo anterior à ciência, o homem costumava endereçar suas questões/angústias a um coletivo, que fornecia respostas satisfatórias. A cultura podia, em maior ou menor grau, ‘inocentar’ o sujeito da sua responsabilidade sobre seu próprio sofrimento. Quando esse suporte falha em oferecer segurança, advém a patologia. Deus garantia algumas respostas. O pai provedor, outras. O sujeito nascia em um mundo que respondia às suas demandas. O sujeito que Freud trata já não tem mais isto: tiveram que lidar com suas questões e não tinham mais a orientação profunda da sociedade. No passado ou na contemporaneidade, “*Viver é um negócio muito perigoso*”, como disse Riobaldo Tatare, uma das personagens do romance “Grande Sertão: veredas”, de João Guimarães Rosa (1956). Sempre foi e sempre será perigoso.

A ciência¹⁴ não tornou o mundo melhor nem mais seguro: ele continua um barril de pólvora. Nem a religião, tampouco o Estado. O que se refletiu na queda da legitimidade das tradições e no desamparo (Sonoda, 2013). Ao mesmo tempo, as instituições tradicionais (como a família, o casamento, a igreja, o apoio social e o trabalho) estão sendo remodeladas,

¹⁴ Ajudou a matar milhares de vidas em guerras de todo tipo, criou o gás que matou milhares nos campos de concentração nazistas, fez o boom em Hiroshima e Nagasaki, criou tranquilizantes e calmantes que entorpecem a alma... Foi preciso muita ciência para matar tantos homens.

transformadas ou reconfiguradas e continuam sendo fonte de suporte e continente para os sujeitos.

A mudança na configuração da constituição da subjetividade parece estar diretamente relacionada às mudanças sociais. A estrutura de uma sociedade revela muito sobre os indivíduos que a compõem. Como afirma Birman (2001c), o que caracteriza a subjetividade na cultura do narcisismo – e aqui tomo a contemporaneidade como profundamente narcísica - é a impossibilidade de poder admirar o outro em sua diferença radical, que não consegue se desconectar de si mesma. E para o referido autor, com o qual concordo, este é o cenário para a explosão da violência (social e mortífera) na cultura contemporânea. Violência que assume não formas diversas, mas também inéditas.

2.2 Violência e resiliência: O homem em busca de sentido

Resiliência é um termo que vem do latim *resilie* e significa ‘voltar a entrar saltando’ ou ‘pular para cima’, inicialmente usado na física e nas engenharias para caracterizar a propriedade do material de retomar a forma ou posição original, uma vez cessada a pressão sobre o mesmo. O que aqui trato como resiliência, no entanto, foi uma apropriação que as ciências humanas, principalmente a psicologia, realizaram do termo, para caracterizar uma dimensão psicológica relacionada ao enfrentamento - com sucesso – ou a superação de eventos estressantes e situações adversas da vida. Neste contexto, a noção de resiliência nasce junto com o surgimento de relatos inesperados dos sujeitos que sofreram experiências difíceis e/ou (potencialmente) traumáticas.

Para Marcos¹⁵ (2012) não existe outra palavra melhor atualmente para conceituar a mescla de flexibilidade, resistência, adaptação e recuperação. O autor destaca que a ideia de que os seres humanos superam terríveis diversidades não é nova, tampouco a noção de que adversidades podem produzir mudanças positivas para quem as afronta. Contudo, o estudo metódico desse fenômeno é relativamente recente.

O mesmo autor relata um estudo pioneiro (do que mais tarde passaria a ser chamado ‘resiliência’ nas ciências humanas) realizado por Emmy Werner e Ruth Smith, psicólogas especializadas em desenvolvimento infantil. Com um trabalho desenvolvido nas Universidades da Califórnia e do Havaí e, contando com suporte de uma extensa equipe (entre médicos, psicólogos e assistentes sociais), Emmy e Ruth localizaram 698 crianças nascidas em 1955 na ilha de Kauai (no Havaí). Neste estudo longitudinal, as norte-americanas avaliaram as circunstâncias do nascimento, condições físicas, psicológicas e sociais nas quais essas crianças cresciam e, então, seguiram estes sujeitos por 40 anos! A tese inicial era que, comparando crianças que nascem e crescem em condições seguras e saudáveis com crianças expostas a certos fatores de risco, estas últimas teriam mais chances de sofrer transtornos de aprendizagem, padecer de transtornos mentais, tornarem-se delinquentes e ter problemas de adaptação e afetivos na vida adulta. Nos resultados iniciais deste complexo estudo, as autoras identificaram 201 meninos e meninas que tinham sido expostos por quatro ou mais fatores de risco delimitados inicialmente. Destes 201 participantes, efetivamente, 129 mostravam, já na adolescência, problemas sérios de aprendizagem e comportamento. Aos 40 anos, as dificuldades emocionais e pessoais desses participantes eram evidentes e penosas. O que, no entanto, não

¹⁵ Luis Rojas Marcos é um psiquiatra espanhol residente em Nova York, que sobreviveu ao atentado às Torres Gêmeas de 11 de setembro de 2001. Autor importante no campo de estudos sobre superação de dificuldades, estuda os recursos naturais ou forças pessoais que movem a vontade dos seres humanos não apenas para lutar para sobreviver a situações perigosas mas a se adaptar às pressões mais intensas e vencer as desgraças que nos depara a vida. Por que tantas pessoas lutam e sobrevivem? Este é um dos principais questionamentos do autor.

estava previsto e que muito surpreendeu as pesquisadoras foi descobrir que os 72 participantes restantes do grupo, considerado de alto risco, tiveram um destino diferente, a saber:

Concretamente, na adolescência, 32 meninos e 40 meninas mostravam uma excelente capacidade para regular suas emoções e para aprender, nenhum deles tinha problemas acadêmicos ou de conduta e todos terminaram o bacharelato. Aos trinta e poucos anos, este grupo havia se transformado em homens e mulheres maduros. Todos desenvolveram vínculos estáveis de afeto, se sentiam competentes em seus trabalhos e expressavam um desejo verdadeiro de aproveitar as oportunidades que a vida lhes oferecia (p. 60, tradução minha).

As conclusões iniciais do estudo norte-americano apontavam esse subgrupo super-resistente como “meninos heróis” e durante muito tempo o público e a mídia os consideraram fabulosos, tendo sido conhecidos como “meninos de ouro”. Contudo, à medida que se efetuou uma análise mais profunda dos dados, foram identificadas características pessoais e sociais dos “pequenos vulneráveis invencíveis” e ficou evidente que sua resiliência (que não tinha esse nome na época) era nutrida por capacidades normais que se mantiveram intactas graças a conjunturas favoráveis e fortuitas. Esse subgrupo tinha traços em comum: nenhum sofreu danos cerebrais graves e, durante a infância, foram consideradas, por seus cuidadores, crianças ativas e “fáceis de cuidar”. A maioria pertencia a famílias com menos de quatro filhos. Todos os que superaram condições adversas haviam estabelecido vínculos seguros de afeto e apoio social com alguma pessoa compreensiva, carinhosa e solidária durante a infância (não necessariamente os pais). Outros estudos foram realizados demonstrando que, com o passar dos anos, o foco tradicionalmente centrado na fragilidade das vítimas, pouco a pouco passou a ser na fortaleza dos sobreviventes.

A partir do final da década de 1970, o conceito de resiliência começou a ser investigado mais profundamente pela psicologia e pela psiquiatria, “designando a capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental estabelecer-se durante a vida, mesmo após

a exposição a riscos” (Assis, Pesce & Avanci, 2006, p.18). Nos últimos anos, a noção de resiliência foi ampliada com novos estudos, sendo abordada também como um processo dinâmico, que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e de proteção. As mesmas autoras apontam que o conceito deve ser relativizado, e o termo “superação das dificuldades”, comumente associado à resiliência, não significa escapar inteiramente ileso de situações estressantes enfrentadas na vida. As adversidades deixam maiores ou menores marcas, que, por sua vez, são mais ou menos duradouras, de acordo com a forma específica de cada um responder às situações de risco às quais está exposto. O referencial de superação é particular e subjetivo, variando de pessoa para pessoa, de grupo para grupo, de sociedade para sociedade.

A resistência psicológica vai depender do tipo e da intensidade da experiência vivida, da história de vida pregressa, de características físicas e mentais das vítimas e do apoio social recebido (ou percebido). Aqui existe um paralelo importante com a teoria do trauma freudiano. Tanto a instauração do trauma como o potencial de resiliência depende de singularidades individuais, das circunstâncias de vida atuais, do momento de vida, da intensidade da experiência adversa, etc.

De acordo com este pensamento, encontrei, ao efetuar minhas pesquisas, pessoas que protagonizaram experiências potencialmente traumáticas (como vítimas diretas e indiretas da violência), certamente muito sofridas e que, - embora tenha encontrado respostas bastante interessantes nas formas de ‘enfrentamento’ e resignificação destas experiências, - não saíram ‘ileso’ destas experiências, corroborando as conceituações de resiliência e de trauma, aqui descritas.

Embora sejam conceitos com raízes epistemológicas distintas, aposto na articulação possível e teoricamente viável entre psicanálise e resiliência. Esta articulação não é inédita, já

tendo sido proposta por alguns autores, como se pode ver nos artigos de Cabral e Levandowski (2013); Sordi, Manfra e Houck (2011); Cremasco (2008) e outros.

A resiliência está baseada em uma atitude saudável frente à vida e às dificuldades que ela impõe. Os estudiosos do tema concordam que a dimensão individual é um aspecto importante, pois as pessoas respondem de forma diferente às adversidades e às situações de risco, mas inclui também processos externos (Glicken, 2006). Alguns autores reconhecem a resiliência como fator de proteção à saúde (Cordini, 2005) e como característica da saúde mental, excedendo o simples ‘superar’ das experiências adversas (Grotberg, 2005). Contudo, ela nada tem a ver com invulnerabilidade nem com o êxito social, sendo “a arte de navegar nas tormentas” (Cyrulnik, 2003, p. 24). Frederic Flach (1988) aponta a flexibilidade e a versatilidade como principais características da pessoa resiliente. A resiliência não é um estado adquirido e imutável, mas sim o resultado de um processo cuja construção inicia-se precocemente e continua a ser elaborado, transformando-se ao longo dos anos. A resiliência é um atributo individual e social, gerada no apoio social que o meio proporciona. Não é um dom exclusivo nem excepcional, sendo uma qualidade que se constrói com a “magia ordinária” que todos praticamos no cotidiano (Masten, 2001). Para esta autora, a maior surpresa que o estudo da resiliência humana proporciona é a constatação de que este atributo seja algo tão comum, corrente e normal.

Em livro dedicado inteiramente ao tema, Marcos (2012) propõe a resiliência como um atributo natural de sobrevivência, que se compõe de ingredientes biológicos, psicológicos e sociais. Estes componentes se dividem em dois grupos. O primeiro, chamado por ele de *Pilares da Resiliência*, está composto por seis fatores gerais ou globais, que formam parte da personalidade e da perspectiva de vida de cada indivíduo, e são independentes do tipo de adversidade. O segundo grupo é formado pelo que o autor chama de *Mecanismos Protetores*

Específicos ou respostas amortizadoras, que se ativam como consequência da situação estressante concreta ou do evento potencialmente traumático.

Os pilares da resiliência e os mecanismos protetores específicos propostos pelo espanhol foram apresentados em seu livro, didaticamente, de forma separada. Mas está claro que estes se misturam, se influenciam e, por vezes, se confundem. Respeitei a categorização proposta pelo autor, mas é preciso apontar que em alguns itens o nome do pilar e/ou do mecanismo protetor não se coaduna com a definição proposta. Essas incongruências serão apontadas.

Os pilares da resiliência, que constituem o primeiro grupo de componentes, são: 1) as conexões afetivas, 2) as funções executivas, 3) o centro de controle interno, 4) a autoestima, 5) o pensamento positivo e 6) os motivos para viver. Abaixo descrevo os significados de cada um dos pilares.

1- *Conexões afetivas*

As conexões afetivas são um elemento necessário da resiliência. Este pilar diz respeito aos vínculos afetivos entre os indivíduos. Aqueles que se sentem verdadeiramente vinculados a outros lidam melhor com as adversidades da vida do que aqueles que não contam com a atenção e o afeto de nenhum semelhante.

A base primordial em que a resiliência se ancora está em nossa capacidade de comunicação, de nos relacionarmos, de conviver conectados e efetivamente apoiados uns nos outros. Este pilar está diretamente relacionado com a noção de família e de apoio social, duas das categorias de análise desta tese e que serão apresentadas no capítulo de método. Diversas pesquisas concluem que pessoas com uma rede de apoio familiar, solidário ou de amigos apresentam um nível de resiliência muito superior que aqueles que vivem desconectados ou sem uma rede de suporte emocional.

Esta conexão se inicia já nas primeiras horas de vida, quando o bebê se conecta a um cuidador (em geral, os pais ou quem cumpre essa função) para sobreviver. Com o passar dos anos, esses vínculos vão sendo estendidos a outras relações, que não apenas as familiares.

Na descrição deste pilar, Luis Marcos Rojas vai ao encontro das formulações também expressas nos trabalhos de Boris Cyrulnik (2003), nos quais a capacidade para resistir às agressões continuadas depende de fatores inatos e adquiridos. Mas o indispensável para que qualquer vítima possa construir uma nova vida com sentido é que encontre sustento emocional, ainda que seja de uma só pessoa.

Marcos vai além em seu argumento e afirma que nunca conheceu, em toda sua experiência clínica e pessoal, nenhum sobrevivente que passou por situações adversas que não tenha recebido carinho e apoio no momento mais difícil de suas vidas. Sejam doentes crônicos, vítimas de acidentes, sobreviventes de campos de extermínio ou de catástrofes naturais. Um dos fatores indispensáveis para que qualquer vítima continue vivendo é o suporte social: “Nos momentos mais duros, tormentosos ou de grande vulnerabilidade, os laços afetivos se transformam em salva-vidas” (Marcos, 2012, p.67, tradução minha).

2- Funções executivas¹⁶

O componente fundamental das funções executivas é a introspecção: a capacidade de observação interna, motivada pela necessidade de entender as causas dos nossos pensamentos, atos, emoções, sentimentos. Com a atitude introspectiva, tentamos encontrar explicação para as coisas que acontecem. Em termos simples, segundo o autor, são “conversas privadas conosco mesmos” (p. 69) ou, em termos psicanalíticos, algo próximo à autoanálise.

¹⁶ É preciso demarcar que o nome proposto para este pilar, “funções executivas”, não parece afim com a descrição que Rojas Marcos fornece para o mesmo.

O autor aprofunda a conceituação do segundo pilar pontuando que todos necessitamos nos familiarizar com nossos limites, potencialidades e aptidões para planejar e dirigir nossos projetos de vida e superar as dificuldades que se impõem.

Esta necessária e importante capacidade executiva de introspecção demanda esforço e prática. Leva-se tempo para aprender a refletir sobre si mesmo, analisar as opções e decidir sobre a governança da vida. Associado à função executiva da introspecção, está o autocontrole, expresso na capacidade de adiar recompensas e ‘frear’ os comportamentos impulsivos.

O funcionamento razoável das funções executivas é uma condição necessária para o enfrentamento das adversidades, sendo exemplos destas, além da introspecção, o autocontrole, a energia vital e a capacidade para dirigir os pensamentos, as emoções e as condutas.

3 - Centro de controle interno

Outro elemento fundamental da resiliência é localizar e manter um ‘centro de controle’ sobre nós mesmos, que vai refletir na maneira de superar a adversidade. Diante de ameaças perigosas, as pessoas que mantêm o sentido de autonomia e pensam que dominam razoavelmente suas circunstâncias, respondem com mais coragem, resistem melhor e enfrentam mais eficazmente a adversidade do que quem sente que não controla os eventos que os afetam (ou que suas decisões não contam) e põem suas esperanças em poderes alheios a eles. Interiorizar a capacidade de dirigir a própria vida ajuda a superar os momentos difíceis porque estimula tomar a iniciativa, tentar dominar as situações e se proteger.

Estudos com sobreviventes de cativo, sequestros prolongados ou campos de concentração coincidem que a sobrevivência depende, em grande parte, da atitude das vítimas em preservar algum espaço de ação independente, e para manter a sensação de controle sobre algum aspecto da vida diária (como, por exemplo, manter pequenas rotinas).

Indivíduos convencidos de que a solução para suas situações difíceis está em fatores externos a ele (como um deus, a sorte, o acaso ou o destino) sentem-se mais indefesos ou desprotegidos, e respondem às ameaças com passividade, impotência, desamparo ou resignação.

Diretamente relacionada com este terceiro pilar, está a esperança, que é um poderoso ingrediente terapêutico no enfrentamento de situações difíceis ou potencialmente traumáticas. Confiar que pode ocorrer o que esperamos que aconteça, protege do fatalismo e da indefesa. Nas palavras de Marcos (2012):

Em meus anos de prática, comprovei que se sentimos que o curso de nosso barco está em nossas mãos e pensamos que nossas decisões contam, tendemos a lutar com mais força contra os males que nos afligem do que quando acreditamos que a solução não depende de nós, ou que nada que façamos importa (p. 79, tradução minha).

4- Autoestima

A origem da palavra é composta pelos radicais auto (do grego *autos* = por si mesmo) e estima (do verbo estimar, em latim = *aestimare*, que significa avaliar, valorar, taxar).

A autoestima começa a se desenvolver desde os primeiros meses de vida de um bebê, nutrindo-se, inicialmente, do afeto materno e/ou de outros cuidadores. O sentimento de segurança vai sendo adquirindo com o crescimento.

À medida que o bebê cresce e se desenvolve, através das experiências, das valorações e reforços que recebem dos outros, a autoestima vai se constituindo e se fortalecendo. “O apreço das pessoas, a sensação de que dominam seu corpo e as coisas que lhes rodeiam, ver como objetivos com frequência se cumprem, cultivam nas crianças as sementes da confiança em si mesmo” (p. 81).

Dependendo a autoavaliação que fazemos, nos sentimos melhor ou pior conosco mesmos. Diversos fatores influenciam nesta valoração, entre eles, a inteligência, a aparência física, a capacidade de executar as mais diversas atividades e de dirigir a própria vida. Assim,

este pilar está relacionado com a noção de “projeto de futuro” que proponho nesta tese. Ter projetos de futuro (ou motivos concretos para viver) é um dos indicativos de que a pessoa “está bem” e que sua vida tem sentido. Voltarei a este ponto na seção 2.5 e no capítulo de resultados/discussão.

Para o autor, este pilar é decisivo na luta contra a adversidade. Quando a autoestima é positiva, a resiliência se fortalece direta e indiretamente porque uma autoestima saudável estimula a confiança, a vontade, a esperança e, principalmente, nos converte em seres valiosos para nós mesmos.

Existe aqui uma retroalimentação: pessoas que se sentem valorizadas e reconhecem suas qualidades e talentos tendem a também sentir-se valorizadas pelas demais. Ao mesmo tempo, pessoas com autoestima saudável tendem a conectar-se com mais facilidade com os outros e desenvolvem melhores relações (vínculos) que as pessoas que se autodepreciam.

5- Pensamento positivo

O pensamento positivo é congruente com a vontade de viver e perfeitamente compatível com a capacidade de valorar com sensatez as vantagens e os inconvenientes das decisões que se tomam e de lutar contra as adversidades.

Não significa, necessariamente, a representação do senso comum, de que pensar positivo equivale a achar que tudo vai sair certo. Trata-se, sim, de ter uma perspectiva favorável para o que pode advir.

Este pilar conecta o que está posto nos pilares autoestima e autocontrole. Nossa maneira de interpretar o mundo influencia nosso estado de ânimo e o contrário também é verdadeiro. Assim, quem costuma manter-se otimista, também mantém um estado emocional positivo e vice-versa. O componente esperança, assim como no pilar ‘centro de controle interno’, é essencial para o pensamento positivo. Este quinto pilar fortifica os outros pilares da resiliência,

facilita a busca por significados para viver e as potencialidades da vida. O otimismo influencia a autoestima e facilita a evocação de lembranças positivas, estimula estados de ânimo agradáveis e facilita as explicações positivas.

6- Motivos para viver

Uma vez que encontramos um significado para nossa existência, nos tranquilizamos, nos sentimos mais seguros e fortalecemos a motivação para suportar a dor e a lutar para vencer a adversidade. As pessoas são capazes de resistir aos mais cruéis infortúnios movidas pela paixão pela vida, por um amor, pela família, por projetos inacabados, etc. Esse sentido é, como se pode esperar, subjetivo e varia de pessoa a pessoa. Além disso, pode ser modificado com o passar dos anos.

Este sexto (e último) pilar da resiliência, descrito por Marcos (2012), resume quais seriam as razões concretas para viver. As mais frequentes costumam ser o amor (em suas diversas facetas), uma missão a ser cumprida ou um dever moral, a determinação de não render-se frente a adversidade e o medo da morte.

Nesta tese, diferente de Marcos (2012), não tomo os "projetos de futuro" ou as "razões concretas para viver" como um dos "pilares" de resiliência, mas sim como parte da definição de estar bem ou estar mal. Ou, para aproveitar a definição original do termo, que vem da engenharia, neste tese, os "projetos de futuro" não equivalem a uma propriedade que torna o "material" capaz de voltar mais facilmente a um estado original após sofrer uma deformação causada por uma determinada força, mas sim um sinal de que o "material não rompeu". A capacidade resiliente estará presente se apesar da experiência adversa e do luto, a pessoa continua encontrando motivos para viver (ou tendo projetos de futuro, para usar o termo empregado nesta tese).

Além dos seis pilares, os seres humanos ativam tentativas de enfrentamento e respostas protetoras específicas, com o objetivo de amortizar e vencer adversidades concretas. Estes são os “Mecanismos Protetores Específicos”, que somam sete e, segundo Marcos (2012), constituem o segundo grupo de componentes da resiliência, sendo eles: 1) ver o que não esperamos ver, 2) intuição e análise informada, 3) altruísmo e liderança nas tormentas, 4) explicar o sofrimento, 5) sentido de humor, 6) narrar, dividir e solidarizar e, por fim, 7) passar a página. Descreverei, a seguir, cada um deles.

1- Ver o que não esperamos ver

Aqui o autor supõe que os seres humanos estão predispostos à normalidade, inclinados a acreditar que não haverá grandes surpresas ou mudanças bruscas na rotina. E quase sempre é assim que as coisas se passam. Contudo, estar aberto a ‘ver o que não esperamos ver’ pode ajudar a ‘dar conta’ de eventos inesperados. E agir diante desses eventos. Da mesma maneira, reconhecer que as coisas podem ser diferentes do que se parecem ou do que costumam ser, ou ainda, de como gostaríamos que fossem, também pode ajudar a perceber e avaliar ameaças potencialmente perigosas.

A inércia e a negação levariam algumas pessoas a não querer saber sobre situações/problemas potencialmente perigosos. Saber implica ter que sofrer uma angústia insuportável e passar para a ação e, para evitar esse confronto com a realidade, algumas pessoas desenvolvem mecanismos de defesa que envolve negação, inércia e resignação, o que as levam a ignorar ou minimizar perigos reais.

Um exemplo real desse tipo de comportamento ocorreu na família de Anna Frank, que preferiu continuar vivendo escondida em Amsterdã durante a ocupação nazista, parecendo desconsiderar os perigos de não fugir quando puderam. Estudos realizados sobre esta família

revelam que a vontade de manter a mesma vida a qual estavam acostumados antes da invasão alemã, levou-os a acreditar que esconder-se era suficiente para sobreviver.

Outros exemplos dessa negação do problema são relativamente comuns entre algumas vítimas de violência urbana que acompanhei nos últimos anos, que parecem tentar “fugir” das experiências que viveram através de estratégias evitativas pouco elaboradas e eficazes (como o isolamento, a negação do que viveram, o uso de drogas, entre outros).

2- Intuição e análise informada

O que o autor classifica aqui como mecanismo protetor, também está inserido como uma função executiva, dentro do pilar da resiliência número 2.

A intuição permite perceber uma nova situação através de sinais subliminares que captamos do meio ambiente. Estes sinais se conectam de forma inconsciente com memórias ou experiências passadas, e provocam uma resposta emocional imediata, como a sensação de perigo de que algo vai acontecer. Trata-se de uma resposta emocional antecipatória, que pode salvar vidas, na medida em que possibilita pressentir riscos.

A intuição e a análise informada reforça o controle interno, outro pilar da resiliência (pilar número 3).

3- Altruísmo e liderança nas situações difíceis

Auxiliar e proteger o próximo transforma vítimas em resgatadores. É uma forma de atuar, intervir e manter ativas as funções executivas (pilar 2 da resiliência). Ajudar outros em momentos difíceis nos faz mais resistentes ao estresse e ao esgotamento físico e emocional. Também nos protege da tendência ao isolamento e ao perigo das emoções negativas.

Este mecanismo protetor é observado em um subgrupo bastante numeroso de vítimas de violência urbana, que passam a militar em causas relacionadas com ajudar outras vítimas e buscar justiça, como pude constatar entre os participantes de minha pesquisa.

O altruísmo e a liderança são mecanismos protetores porque fortalecem a autoestima, diminuem o sentimento de solidão, a dor crônica e a depressão. Ajudam no controle da ansiedade e da insônia.

4- Explicar o sofrimento

As pessoas têm uma necessidade de dar uma explicação às coisas que acontecem. Cada um percebe a adversidade de uma forma e, como se pode supor, a percepção particular modela a resposta. Ainda que todas as desgraças provoquem medo e tenham consequências, os impactos variam segundo a personalidade, as circunstâncias e os valores sociais. Por isso, calamidades aparentemente iguais, desencadeiam nas pessoas afetadas reações diferentes.

Dar ou encontrar uma explicação para o sofrimento é fundamental para uma suficiente elaboração do luto. Porém, o autor destaca que sofrer não é uma condição necessária para dar significado à vida. O sofrimento em si não tem sentido. O sentido do sofrimento somos nós quem damos. Há quem entenda as calamidades como desafios a serem superados. Outros, como castigo, infortúnios, desgraças. Outros como vontade de deus. O significado ou interpretação que damos a adversidade pode fortalecer ou minar a capacidade de superá-la

5- Sentido de humor

A função do humor é ajudar no distanciamento emocional da situação estressante. A perspectiva humorística constitui uma possibilidade engenhosa muito eficaz para nos defender do medo, da ansiedade e do desespero. É um mecanismo mental muito saudável porque permite tratar temas terríveis, muito penosos ou contraditórios e, ao mesmo tempo, reduzir a

intensidade emocional que causam. Estudos com sobreviventes de calamidades afirmam que o sentido do humor os ajudou a resistir ao abatimento emocional que provoca a exposição às adversidades prolongadas.

6 - *Narrar, compartilhar e solidarizar*

Contar a pessoas compreensivas e solidárias as coisas que nos atormentam é uma comprovada possibilidade protetora e eficaz porque ajuda a validar e legitimar seus efeitos. Está demonstrado que vítimas de desgraças, sejam do tipo que for se beneficiam do amparo e do suporte que recebem de outras pessoas. Falar ajuda a clarificar, validar e por as coisas em perspectiva.

A fala é o principal instrumento das psicoterapias. E tem um papel fundamental na construção do primeiro pilar da resiliência (as conexões afetivas).

Aqui é inevitável a articulação deste mecanismo protetor com a Teoria da História de Vida. Quando aceitamos e podemos contar nossa própria história, é possível evocar, em certo grau, nossa realidade psíquica. Contar a própria história permite suportar a realidade e talvez compreendê-la. A construção da própria história pode ser também uma reconstrução psíquica (no sentido freudiano de repetição como tentativa de elaboração).

A literatura de testemunho, conceituada dessa maneira a partir dos relatos de sobreviventes dos campos de concentração nazistas¹⁷, se articula como tensão entre a

¹⁷ Fernández (2008) lembra de que ações sistematicamente dirigidas contra os judeus começaram na Alemanha em 01 de abril de 1933. Um verdadeiro boicote foi perfeitamente organizado contra as empresas judaicas, além de uma campanha implacável contra intelectuais judeus. As leis de 7, 10 e 26 de abril excluíam praticamente a todo judeu do exercício da advocacia, do desempenho de qualquer função administrativa e, é claro, de toda e qualquer atividade docente, escolar ou universitária. Durante o ano de 1933, 65.000 judeus fugiram da Alemanha por esse motivo, salvando suas vidas e garantindo a continuação de suas atividades profissionais. O povo judeu foi vítima do que o sociólogo denomina “*violência coletiva*” (Fernández, 2006).

necessidade de contar a experiência da barbárie e a percepção da insuficiência da linguagem diante do horror (Seligmann-Silva, 2000).

Em outro texto (2008), o mesmo autor destaca que o testemunho escrito ou falado, sobretudo quando se trata do testemunho de uma cena violenta, de um acidente ou de uma guerra, nunca deve ser compreendido como uma descrição “realista” do ocorrido. A impossibilidade de uma tradução total da cena vivenciada é um dado a priori. O *après-coup* marca a reorganização ou reinscrição de uma cena que não foi “plenamente” simbolizada. O testemunho é, assim, radicalmente necessário e impossível.

O testemunho é o tema central da literatura da Shoah (que significa catástrofe, destruição ou aniquilamento) e tem como principal função, segundo Endo (2005), a de desorganizar as explicações e verdades definidas sobre as violências, fazendo-nos escutar de novo, e pela primeira vez, o que parecia já ter sido encerrado quando foi explicado. O mesmo autor vai dizer ainda que o testemunho é uma maneira de reconstruir, com o sujeito partido pela violência, uma linguagem capaz de colocar em sua história o fato violento que acabou de atravessá-lo. Essa tentativa de reconstituição histórica tem uma importância fundamental para o sujeito violentado: é uma possibilidade de reorganização do campo simbólico, ou seja, uma possibilidade de ressignificar os restos deixados pelo evento (potencialmente) traumático.

Maldonado e Cardoso (2009) abordam a questão da narrativa impossível, mas necessária, em algumas histórias de vida. As autoras articulam o trauma com o “indizível”, quando da impossibilidade de acesso à simbolização. Ao mesmo tempo em que uma experiência traumática aponta para uma narrativa impossível (pelo excesso de realidade que comporta), paradoxalmente, por outro lado, é fundamental poder relatar ao outro sua história, endereçando o testemunho à escuta de alguém que possa promover alguma possibilidade de representação ou simbolização do “inominável”.

A experiência dos campos de extermínio põe em evidência a diversidade da capacidade de reação em situações extremas. Essa capacidade depende, entre outros fatores, da força ou da vulnerabilidade interna do sujeito, do potencial de resiliência, bem como do apoio social (recebido e percebido). Fernández (no prelo), referindo-se ao *Terceiro Reich* alemão (1933-1945), pontua que o regime de Hitler mostrou um completo repertório de comportamentos coletivos de tamanha crueldade que necessitavam ser explicados com urgência. O horror nazista parece hoje ficção, mas um dia foi fato. Não é a toa que surgiram tantos livros escritos por sobreviventes do holocausto: foi preciso dar algum sentido para essa experiência.

Através de ampla revisão bibliográfica e da realização de trabalhos empíricos, Paez, Campos e Bilbao (2008) concluem que falar sobre episódios emocionais faz com que as pessoas se sintam socialmente mais integradas. Dividir emoções se associa a uma reconstrução e reorganização de crenças sociais positivas sobre o eu e o mundo social. A situação testemunhal (como são as reuniões de vítimas, as passeatas contra a violência, a psicoterapia, a escrita de um livro autobiográfico, o relato da história de vida, entre outros) ajuda a processar e organizar cognitivamente as experiências emocionais e é potencialmente terapêutica.

A necessidade absoluta de narrar pressupõe um interlocutor que ouça, como um paciente diante de seu analista ou um participante de pesquisa diante de um pesquisador, e, portanto, configura uma cena testemunhal. Trata-se de um sobrevivente buscando atenção e escuta de um outro. Apostando neste encontro, o testemunho é, em si, terapêutico enquanto possibilidade ou esperança de ressignificação e criação de sentido.

7 - Passar a página

Neste mecanismo protetor, a forma de lidar com a adversidade está em foco. Segundo o autor, todos que passam a página, abrem um novo capítulo em suas trajetórias biográficas. A

experiência será um marco na história de vida, mas não deve impedir as pessoas de ‘seguir adiante’.

Seriam três as aptidões que ajudam a “passar a página”: esquecer, adaptar e perdoar. Esquecer no sentido de passagem do tempo, que diminui a intensidade das experiências dolorosas e os sentimentos ruins relacionados a ela. Também está relacionado com perdoar. O perdão não pressupõe uma troca entre vítima e algoz, não sendo necessário o arrependimento de quem praticou a violência. Também não se trata de uma absolvição, mas sim de uma libertação. O autor vai destacar que, surpreendentemente, quase sempre a decisão de perdoar começa com a vítima, em um processo íntimo e doloroso de introspecção. Esquecer e perdoar não diminui a gravidade da ofensa e não impede a busca por justiça ou reparação. O objetivo do perdão é libertar-se da carga opressiva que carrega o rancor e debilita a vítima. A energia deve ser investida na reconstrução da vida, em fazer as pazes com o passado e “seguir adiante”.

Em resumo, a capacidade humana de encarar e superar desgraças depende, por um lado, das fortalezas dos seis pilares da força vital, que se chama resiliência. E o resultado de viver experiências adversas está condicionado ainda pelos mecanismos protetores na hora de enfrentá-las (Marcos, 2012).

Por outro lado, existem o que o autor chama de “venenos da sobrevivência”, que faz com que nos tornemos mais vulneráveis. No livro citado, o autor destaca quatro: o pânico (pavor intenso, mistura de terror e indefesa), o aturdimento (perturbação, que causa desorientação), a depressão (que consome a energia vital, destrói a autoestima e a esperança, minando a vontade de viver) e o estancamento (que é a paralisação em certos estados emocionais), sendo possível separar as pessoas que sobreviveram a calamidades, mas caíram no veneno estancamento, em quatro grupos. No primeiro grupo, as pessoas concluem que a superação do evento potencialmente traumático é uma meta importante a ser alcançada. São pessoas que se sabem incapazes de manejar suas vidas diárias, mas estão convencidas de que a

experiência que viveram “destruiu” suas personalidades de uma maneira que é impossível recompor-se. No segundo grupo estão os que se estancam no ódio e na necessidade insaciável de prestar contas com o agressor. O terceiro grupo é composto pelos negadores, que se encerram em um estado de negação e repressão. Tentam esquecer ou fazer de conta que não se lembram. Por fim, o quarto grupo é constituído por pessoas que se tornam vítimas eternas, que incorporam por definitivo a identidade de vítimas, mantêm-se em um ontem doloroso, fixados na experiência terrível.

A superação de experiências adversas impõe dois objetivos diferentes e sucessivos.

O primeiro consiste em encarar e sobreviver ao golpe ou à ameaça. E o segundo, está na capacidade de se recuperar das sequelas ou consequências da experiência adversa. O pânico e o aturdimento dificultam a possibilidade de superar o primeiro desafio. Já a depressão é nociva tanto para enfrentar a crise imediata como para superar suas sequelas em longo prazo. O estancamento inabilita a capacidade de recuperar uma vida razoavelmente satisfatória, depois que a experiência acontece.

É preciso esclarecer que não está correta a crença de que, quanto mais experiências ruins vivemos, mais fortes e resistentes nos tornamos. Para o autor, a forma mais correta de considerar o impacto da adversidade é dizer que as pessoas superam novos infortúnios apesar de ter enfrentado outros no passado, e não porque os enfrentou antes.

Está claro que existe um limite para a quantidade e a intensidade de situações adversas que uma pessoa consegue aguentar sem “surtar” ou desistir da vida. Nem todos sobrevivem e nem todos conseguem “passar a página” e continuar com suas vidas.

2.3 Recordar, repetir... Como elaborar? Sobrevivendo à perda de pessoas próximas por causas violentas

O texto freudiano que inspirou o subtítulo desse capítulo, escrito em 1914a, já continha a noção de repetição. Na clínica do trauma, segundo Freud, o paciente não recordava o que podia ser essencial em sua experiência. Este era obrigado a *repetir* o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, *recordá-lo* como algo pertencente ao passado. Como na brincadeira do *fort-da*, na qual não bastava a verbalização das palavras, era preciso efetivamente atuar, ali, no concreto, para que se pudesse desencadear internamente um processo de elaboração (ainda que elementar).

Segundo o esquema proposto no referido texto (e desenvolvido em 1920, com Além do Princípio do Prazer), a repetição mnêmica do trauma (ou do potencialmente traumático) é uma forma de elaborar essa experiência. Não apenas lembrar, mas repetir para esquecer. A principal diferença teórica entre os dois escritos é que em 1914a, a repetição ainda se caracterizava pelo retorno do recalçado. Já em 1920, passa a ser uma tendência pulsional.

Luto é um processo psicobiológico natural (e, portanto, esperado) diante do rompimento de um vínculo ou de uma perda significativa (Freitas e Michel, 2014) e se encontra *entre* o psíquico e a cultura. Para a psicanálise, o luto ocorrerá por um objeto perdido, que pode ser uma pessoa, um emprego, um casamento, os arquivos com a versão mais recente de uma tese, etc. Luto é um dos maiores desafios ao equilíbrio psíquico (e também biológico), configurando-se como uma tentativa de reconstrução e de um processo de adaptação às mudanças desencadeadas pela perda. Ainda que seja um processo natural, nem sempre esse trabalho do luto é bem ‘sucedido’ e a literatura especializada aponta alguns fatores individuais (estrutura psíquica do sujeito, vínculo com o objeto perdido, perdas anteriores, apoio social percebido, crenças religiosas, preparação para a perda) e outros externos (circunstâncias da perda e apoio social recebido). Em casos de óbito, o tipo de morte e a causa da morte (com destaque para as causas

violentas e por isso inesperadas-, precocidade da morte da vítima etc.), também influenciam no processo do luto.

Nas histórias de vida das vítimas de violência desta investigação, o luto foi instalado pela perda de pessoas muito próximas (filhos, filhas, irmãos, netos, sobrinho e melhores amigos) e, além disso, todas as vítimas diretas eram pessoas muito jovens que vieram a óbito por causas violentas (homicídios e acidente de carro) que são, por definição, mortes evitáveis. Como se estrutura esse luto quando ocorre uma chamada “morte por causa externa”?

Nesses tipos de morte, não há tempo para despedidas, preparações nem pedidos de desculpas. Este tipo de perda remete para nossas próprias vulnerabilidades, sentimentos de culpa (“culpa do sobrevivente”), de impotência, de ambivalência afetiva. Quando perdemos nossos objetos de amor, o que nos resta? Estes fatores, somados, podem ser indicativos de um luto complicado.

“Morte escancarada” é a expressão atribuída por Kovács (2003) para conceituar a morte que ocorre a qualquer hora, solapando as defesas a quem fica exposto a ela. Esse tipo de morte é repentina, invasiva e involuntária (com exceção talvez em alguns casos de suicídio). Seriam mortes escancaradas, portanto, as violências e alguns tipos de acidentes.

Já Luis Rojas Marcos (2012) cunhou o termo “calamidades excepcionais” para definir alguns tipos de experiências que incluem os participantes de guerras, vítimas ou testemunhas diretas de atos humanos de extrema crueldade, acidentes que causam ferimentos graves ou mortes violentas, os estupros, as torturas, sequestros, internações em campos de concentração ou prisioneiros por motivos políticos ou militares. Para o autor, os eventos que mais põem à prova a resiliência humana seriam aqueles que se produzem em condições nas quais as vítimas não podem escapar do verdugo por impossibilidade física ou por imposições legais, sociais ou psicológicas. As calamidades inesperadas, como são as causadas pelos mais diversos tipos de violências, costumam impor um desafio emocional maior que os infortúnios que se antecipam

ou que se consideram parte da vida (*ibid*, p. 37), sendo as mortes imprevistas e prematuras as mais difíceis de encarar.

Alguns estudos versam especificamente sobre mães enlutadas, referindo-se a este luto materno como “maior dor do mundo” (Freitas & Michel, 2014), “Dor sem nome, sem fim e sem tamanho” (Cremasco, Scheinemann & Pimenta, 2013) e a “mãe perde um pedaço de si” (Alarcão, Carvalho & Pelloso, 2008). De fato, em nossa cultura, as relações entre mãe e filho costumam ser de muita proximidade, de um amor quase “visceral”. Na amostra estudada aqui, contudo, é preciso destacar que os lutos paterno e fraterno também foram muito intensos e sofridos.

Já Freitas e Michel (2014) concluem, após revisão bibliográfica sobre o luto, que a literatura não aponta para diferenças significativas na vivência da dor diante de variáveis como tipo de morte ou tempo de perda. Discorrem ainda, em pesquisa sobre mães que perderam seus filhos, que é comum que as pessoas enlutadas reestruturem seu futuro devido aos impactos advindos da perda. Mas não discorre sobre como essa reestruturação ocorre, tampouco sobre os fatores envolvidos.

Adianto que não citarei aqui a obra clássica de Elizabeth Kübler-Ross (Sobre a morte e o morrer, de 1981), por entender que a autora está escrevendo especificamente sobre luto em pacientes terminais, fora do escopo desta investigação.

Em Luto e Melancolia (1917), Freud aborda a questão do luto diferenciando-o da melancolia, sendo dois os destinos clássicos diante de uma perda de objeto: a elaboração do luto (quando a libido volta seu interesse ao mundo externo sem necessidade de interferência terapêutica) ou a melancolia (quando esse processo de luto fracassa). Havendo ainda uma terceira saída, quando da negação radical da perda, que levaria à psicose. Como características do luto e da melancolia, o psicanalista descreve: grande desânimo, inibição de atividades costumeiras, incapacidade de amar, perda do interesse pelo mundo externo, diminuição da

autoestima a autoacusações (com sentimento de culpa). Seriam características exclusivas da melancolia a expectativa delirante de punição e a idealização do objeto perdido (mais que no luto). A ambivalência é muito mais intensa nos melancólicos, regida por processos inconscientes. Já o processo de luto se realizaria pelo teste de realidade, com a compreensão de que o objeto está perdido para sempre, começa a direcionar a libido para outros objetos possíveis.

Assim, o luto pela perda, quando não realizado (ou quando mal realizado), se processaria por dois caminhos: o da culpabilidade (depressão) e dos ideais (melancolia). No primeiro caso, teríamos o “luto patológico”, em que as acusações obsessivas tornam-se intensas e se dirigem ao ego do sujeito em forma de acusações severas. Na saída melancólica, que se configura como um caso mais grave, o sujeito não reconheceria a perda e se identificaria com o objeto, internalizando-o, na forma de identificação narcísica. Em resumo, no luto, o mundo se torna pobre e vazio. Na melancolia é o próprio eu que se esvazia e a “a sombra do objeto que recai sobre o ego” (Freud, 1917, p. 254). Nesse mesmo artigo, Freud explica como a pessoa enlutada concentra boa parte de sua libido no objeto perdido e este a fenômeno chamou *investimento libidinal*. O principal comportamento associado a este investimento é o afastamento das atividades normais da vida. Se as coisas saem bem e o trabalho de luto ocorre da maneira esperada, pouco a pouco a pessoa enlutada vai conseguindo retirar sua libido do objeto perdido e vai investindo em novos objetos. Importante dizer que Freud não considerava o trabalho de luto uma condição patológica.

Quaisquer que sejam as saídas possíveis, o processo de luto é um processo marcado por intensa dor. É preciso interiorizar a perda e isto supõe um trabalho psíquico muito exaustivo. Apesar de o senso comum proferir que “o tempo cura tudo” ou que “com o tempo passa”, ainda que tenham se passado muitos anos, o registro desse tempo é diferente do registro consciente. Com Freud, sabemos que o inconsciente é atemporal e não reconhece o tempo cronológico. O

passar do tempo pode (ou não) ajudar a dar sentido ou a ressignificar as experiências. Mas a perda de um objeto de amor será sempre uma perda difícil de “dar conta” porque, diferentemente de um simples esquecimento passivo, o luto é um esforço que exige a lembrança para que seja possível o “esquecimento” (no sentido de seguir com a vida). É preciso lembrar para esquecer.

Mendlowicz (2000), apoiada na teoria do luto freudiana, propõe em seu artigo outras saídas possíveis para o luto além dos destinos apontados por Freud (a elaboração, a depressão ou a melancolia). A autora descreve um estudo de caso de uma paciente que a possibilitou concluir por outras formações de compromisso diante de um luto mal ou pouco elaborado. O processo de luto pode envolver qualidades inconscientes sem, necessariamente, terminar em melancolia. Sua experiência clínica e investigativa a fez concluir que a perda de uma pessoa amada pode fazer emergir outros tipos de perturbações psíquicas além do quadro melancólico. Como exemplo, cita casos em que a introjeção de um morto que se quer vivo é uma solução de compromisso que provoca intensa angústia e que pode induzir à morte. O morto transformado em morto-vivo provoca uma intensa angústia que não está vinculada nem à ambivalência, nem à culpa, mas sim ao desejo de se unir ao objeto, à impossibilidade de se separar dele, e ao mesmo tempo, ao terror que essa união significa: a nossa própria morte.

2.4 Historia de vida

La causa de un fenómeno social o individual nunca es exclusivamente otro fenómeno social o individual, sino siempre una combinación de un fenómeno social y uno individual (William Thomas e Florian Znaniecki, 2004).

Todo relato implica uma reconstrução, e sobre este ponto os psicanalistas e sociólogos concordam com os literários. A história de vida é “tempo recomposto” pela memória (Gaulejac, 2005).

A história de vida não é apenas um conceito teórico, mas também metodológico.

O método da história de vida se insere no rol das metodologias qualitativas (das abordagens biográficas) que surge com a Escola de Chicago. O referido método permite a articulação entre história coletiva (ou trajetória social) e história individual. O vínculo entre pesquisador e participante também é uma dimensão importante do método. Ambos são muito ativos na investigação. Existe a necessidade (para o pesquisador) e a possibilidade (para o entrevistado) de produção de sentido.

Segundo a perspectiva de Gullestad (2005), contar sua vida não é apenas um diálogo entre escritor e leitor, mas também entre narrador e seus *eus* passados. É exatamente este aspecto de diálogo reflexivo que faz dessas narrativas de vida uma fonte concorrida e desafiadora para as Ciências Humanas e Sociais.

Em importante artigo de revisão sobre a teoria da história de vida, o sociólogo espanhol Barnabé Sarabia (1985), destaca que este método tem uma larga tradição, sendo objeto de investigação e instrumento de reflexão em diversas disciplinas. A polissemia do termo está diretamente vinculada às diversas utilizações que, em diferentes disciplinas, e mesmo dentro de uma mesma, se faz desse instrumento de investigação. Cita diversos trabalhos que utilizaram a história de vida, tanto do tipo biografias como do tipo autobiografia, bem como diversas escolas que o utilizam (como o Modelo de Reconstrução Biográfica, a Escola de Chicago e o Método de Bruxelas¹⁸). O autor destaca ainda que o período pós Segunda Guerra foi marcado por uma crítica ao método, no qual se buscava uma maior insistência no rigor da análise (frente à pura descrição da história de vida).

¹⁸ O método de Bruxelas (ou autobiografia assistida) foi desenvolvido pela primeira vez na cidade que leva seu nome, onde os participantes eram assassinos confessos presos no Centro Penitenciário de Orientação de Bruxelas, capital Belga. A metodologia consiste em estudo intensivo de caso. As informações obtidas são analisadas por uma equipe multidisciplinar de investigadores. O informante é pago e participa ativamente da investigação.

A primeira documentação da teoria/método história de vida completa contada com fins científicos é a história de um campesino polaco, chamado Wladek. Além dessa, outras séries de histórias foram contadas e analisadas na mesma obra: “El campesino polaco en Europa y en América”, de William Thomas (considerado um dos fundadores da Escola de Sociologia de Chicago) e Florian Znaniecki (coautor do livro, ele mesmo imigrante polaco nos Estados Unidos). A metodologia principal utilizada pelos sociólogos foi a construção de histórias de vida através de documentos subjetivos (cartas) para compreender a experiência da imigração.

Pela primeira vez documentou-se a vida cotidiana de homens e mulheres comuns¹⁹, como a história de vida de um agricultor, escrita por ele mesmo três meses antes da Primeira Guerra, em formato de cartas. Em outro momento da investigação, já com Znaniecki como coautor, começou a busca por outras fontes de material para análise. A solução proposta foi a recepção de cartas recebidas na redação de um jornal local, em troca de uma pequena soma em dinheiro por cada carta²⁰.

A literatura especializada define história de vida como “relatos da vida pessoal tal como entregues oralmente pela própria pessoa” (Daniel Bertaux, 1981, pp. 7-8); “relato retrospectivo em prosa que uma pessoa real faz de sua própria existência enfatizando sua vida individual e mais particularmente a história de sua personalidade” (Philippe Lejeune, 1975, p. 14); como se tecendo na “composição de elementos individuais, de seu microcosmo, com o macrosistema definido pelo contexto em que se inserem” sendo, portanto, indissociáveis da relação entre cultura, situação socioeconômica e universo privado (Meihy, 1998). Já Quezada (2012) define a

¹⁹ As primeiras cartas foram encontradas no lixo por Thomas. Eram cartas de uma jovem polaca que emigrou para os Estados Unidos e escrevia para seu pai, que permaneceu na Polônia. Suas cartas davam pistas sobre o curso de sua vida e este parece ter sido o estopim para o uso de cartas nas pesquisas sobre imigração (além de ser uma metodologia para fazer ciência). Foi a primeira fonte de dados que gerou a pesquisa com imigrantes.

²⁰ Com um anúncio na imprensa local, os pesquisadores ofereceram dez centavos de dólar por carta, que depois de transcritas, eram devolvidas aos donos. Reuniram 764 cartas, dentre estas as de Wladek Wiszniewski, protagonista da terceira fonte de dados (que teve sua história de vida completa publicada).

técnica como relato autobiográfico obtido pelo investigador mediante entrevistas sucessivas, nas quais o objetivo é mostrar o testemunho de um sujeito, no qual se coletam tanto os acontecimentos como as valorações que a pessoa faz de sua própria existência. Logo, o relato autobiográfico obedece a uma lógica diferente da verdade ou da ciência: “Esquece, transforma, reconstrói o passado em função das exigências do inconsciente, de pressões, das condições de produção do relato, de estratégias de poder do locutor e do entrevistador, entre outras” (Quezada 2012, p. 245).

Quezada informa ainda que na história de vida, o investigador é somente o indutor da narração, seu transceptor, e também é encarregado de retocar o texto, tanto para ordenar a informação do relato obtido nas diferentes sessões de entrevistas, como é responsável de sugerir ao informante a necessidade de cobrir os buracos informativos esquecidos.

Para ela, o relato de vida se expressa em três dimensões essenciais: os desejos, as angústias inconscientes e a sociedade à qual pertence o participante, com sua dinâmica existencial. Falando de sua história, o indivíduo a redescobre. Quer dizer, faz um trabalho sobre si mesmo que modifica sua relação com essa história. A história de vida compreende, assim, dois aspectos:

- 1) Designa o que “realmente” passou durante a existência de um indivíduo (ou grupo), quer dizer, o conjunto de acontecimentos, os elementos concretos que caracterizaram e influenciaram a vida deste indivíduo, de sua família, de seu meio.
- 2) Designa a história que se conta sobre a vida de um indivíduo (ou de um grupo), quer dizer, o conjunto de relatos produzidos por ele mesmo e/ou por outros sobre sua biografia.

Henríquez (2002) colabora com a teoria da história de vida afirmando que, assim como não se pode explicar uma psicanálise sem examinar a relação particular que na análise se estabelece entre os protagonistas, de maneira semelhante, o relato de vida deve ser apreendido

desde seu interior para que seja possível captar as demais razões que condicionam sua criação e difusão. Para ele, o relato, oral ou escrito, é a expressão de um ser vivo, que se reconhece como tal: narra seus sucessos, fracassos, evoca sua experiência, sentimentos, emoções, que fala de seu universo social e envia uma mensagem cuja chave entrega aos outros – nesse caso, a mim, pesquisadora.

O relato biográfico, para o referido autor, teria o objetivo de: 1) construir-se; 2) dar um sentido aos pensamentos ou às ações anteriores; 3) se preparar para o futuro; 4) de contar aos outros o que é, suas dúvidas, esperanças, recordações, inibições, tristezas e sofrimentos.

No mesmo sentido, Carreteiro (2002) vai dizer que o relato de vida, entendido como microrrelação social, é também o resultado da maneira singular em que cada sujeito mostra como se constitui um dono de sua história. Em trabalho mais recente, ela afirma:

A história só é acessível pela memória, que é coletiva e simbólica. A memória é sempre percebida em uma perspectiva dinâmica, ela está sempre sendo reconstruída, seu sentido é buscado através de um trabalho de interpretação, que é determinado pela situação atual daquele que narra sua história e do conjunto de circunstâncias presentes, na qual se inclui a relação com o pesquisador. Entre os elementos presentes estão também as exigências do inconsciente (Carreteiro, 2012, p. 36)

A hipótese de Teresa Carreteiro é que a história pessoal é produzida por uma multideterminação de fatores (psíquicos, sociais, ideológicos, econômicos, políticos, entre outros) e que a constituição subjetiva vai depender da arte de cada sujeito de se constituir permanentemente a partir dos diferentes eixos que o atravessam. Assim, toda narrativa se configura como narrativa da prática social. A narrativa seria uma modalidade de compreensão das condições sócio-históricas de produção de vida e constituição subjetiva dos sujeitos. É na

articulação dos diversos eixos que formam e interferem na história dos sujeitos (família, escola, mundo do trabalho, relações afetivas, etc.) que a construção subjetiva se dá.

Ainda sobre a questão da memória, no mesmo texto, Carreteiro aponta que os participantes de uma pesquisa que envolve contar sua história não são apenas informantes, mas sim sujeitos ativos no processo de pesquisa e capazes, com os recursos que dispõem, de pensar a formular hipóteses sobre suas vidas, refletindo sobre as influências que as determinam. E isso:

Abre brechas para o desenvolvimento da função de historicidade, que remete a compreensão, por parte dos sujeitos, dos modos através dos quais eles são produzidos pela história e das possíveis opções que tiveram na construção de suas trajetórias, considerando as determinações sociais, conscientes e inconscientes. Não é possível transformar o passado, mas sim mudar as relações que se tem com ele (Carreteiro, 2012, p. 37).

No que se refere aos desafios da técnica, Quezada (2012) aponta que a meta mais difícil de alcançar é conseguir encontrar as circunstâncias que permitam realizar a coleta de uma história de vida. Isto implica não somente conseguir um informante, que esteja imerso no universo social que estamos estudando, mas que tenha também uma “boa história de vida”, em termos do interesse demarcado pelo objeto de estudo. É necessário, segundo ela, um relato que seja narrativamente interessante e que seja completo, o que depende estreitamente das características do sujeito escolhido, “que seja brilhante, genuíno, sincero, que se explique com clareza e introduza em seus relatos elementos amenos, que seja autocrítico e que analise com certa perspectiva sua própria trajetória vital e, sobretudo, que seja constante e esteja disposto a chegar até o final” (p. 245).

No que se refere à construção do instrumento, ou seja, do “roteiro de história de vida”, este pode ser bastante variado, dependendo do grupo ou das pessoas que participarão da pesquisa. E aqui também a construção metodológica foi feita em função do objeto pesquisado.

Por fim, é preciso destacar que as entrevistas de história de vida contêm diversas entrevistas temáticas, já que, ao longo da narrativa da trajetória de vida, os temas relevantes para pesquisa devem ser aprofundados (Alberti, 2004).

Para ilustrar experiências radicais de luto, superação e sobrevivência, cito algumas histórias de pessoas que passaram por situações extremamente devastadoras em campos de concentração nazistas. Diversos autores apontam que a Segunda Guerra Mundial, com seus campos de extermínio, nos levou a um novo ‘patamar’ do mal. Não foi o primeiro genocídio da história humana, mas o assassinato de milhares de pessoas foi possível em pleno século XX, cometido pela nação considerada como uma das mais civilizadas do mundo. O objetivo aqui foi articular história de vida e reconstrução.

O Shoah tornou-se evento paradigmático para a reflexão sobre as resultantes patológicas dos processos traumáticos, não somente no âmbito da clínica, mas também no registro histórico e de transmissão cultural (Kehl, 2000). O maior problema que se coloca frente à tentativa de narrativa do horror, segundo a autora, diz respeito a sua irrepresentabilidade. Esta irrepresentabilidade remete ao crime primevo, relatado em Totem e Tabu (Freud, 2013): O homem seria herdeiro e cúmplice de um ato violento, fato que será negado e perpetuado. Exemplos dessa perpetuação e negação são constantes e abundantes na história (colonização das Américas e da África, Guerras com as mais diferentes motivações políticas e ideológicas, escravidão, descaso com imigrantes e refugiados, estigmatização e matança de diferentes povos e etnias, etc.).

Guardadas as considerações sobre a inexistência de dois desastres iguais e as diferenças de tipologia entre violências tão impactantes como o Shoah, a guerra urbana brasileira, as chacinas, o terrorismo e tantas outras, apresentarei nos parágrafos seguintes algumas histórias de sobreviventes da catástrofe judia.

Embora não tenha sido deportado para nenhum campo de concentração nazista, o próprio Freud esteve seriamente ameaçado com essa possibilidade. Como contextos de sua trajetória pessoal, destaca-se a profissão psiquiátrica que ele subverteu e revolucionou; a cultura austríaca em que foi obrigado a viver como judeu descrente e médico pouco convencional; a sociedade europeia que, durante a vida de Freud, passou pelos terríveis traumas da guerra e da ditadura totalitária; e a cultura ocidental como um todo, cultura cuja percepção de si mesma ele transformou irreconhecivelmente para sempre. Seu biógrafo Peter Gay (1989) relata como a vida em Viena foi ficando cada vez mais difícil para o fundador da psicanálise. A comida e o combustível eram escassos. Freud escreveu muito com os dedos gelados de frio. Após 1933, com ascensão de Hitler ao poder, o antissemitismo radical se converteu em política de governo e atingiu um nível perigoso: sua casa foi saqueada, teve livros queimados, sua filha Anna foi obrigada a prestar depoimento na Gestapo, Martin e Ernst foram para o *front*, a família Freud viveu com uma “dieta de fome” (sobrevivendo graças a ajuda e doação clandestina de amigos). Obrigado a refugiar-se em Londres, Freud abandona sua Viena, cidade onde morou e trabalhou por 78 anos. A teoria psicanalítica foi profundamente afetada pelos horrores pessoais de Freud.

“A arte da memória, assim como a literatura de testemunho, é uma arte da leitura de cicatrizes” (Levi, 1990, p. 46). O italiano Primo Levi foi uma testemunha e um sobrevivente de campos de concentração nazista e recorreu ao testemunho como forma de ultrapassamento da catástrofe dos campos de concentração. Químico de formação, escreveu alguns livros nos quais relata suas experiências, com destaque para as obras: *Os afogados e os sobreviventes* (1990), *A tabela periódica* (1994) e *A trégua* (2004). Em seus escritos autobiográficos a “culpa do sobrevivente” é um tema recorrente:

As coisas vistas e sofridas me queimavam por dentro; sentia-me mais perto dos mortos que dos vivos, culpado de ser um homem porque os homens edificaram Auschwitz, e Auschwitz engolira milhões de seres

humanos assim como muitos amigos meus e uma mulher que levava no coração (Levi, 1994, p. 151).

Levi afirma ainda que aquele que *testemunha* sobrevive de um modo incompreensível à morte: a morte seria mais desejável ao superego do que a sobrevivência. Identifica em si e em outras testemunhas uma culpa por ter sobrevivido, em que, segundo ele, o preço a pagar é a renúncia ao prazer. Esse esforço de sobrevivência pode ter um alto custo que é a convivência com um ego degradado. De forma que sobreviver pode não ser suficiente – há que pagar o preço por isso: “O verdadeiro horror não pode ser escrito porque quem o sofreu porque não sobreviveu para contar” (Levi, 2004, p. 83).

“A tabela periódica” (1994), apesar do título, não é um tratado de química. Levi conta sua vida dividida em capítulos, como se fossem elementos da tabela periódica. Começa a contar sua história três meses depois de sair do Lager e afirmou que escrevendo “encontrava um pouco de paz e me sentia de novo um homem, igual a todos, nem mártir nem infame e muito menos santo, um daqueles que criam família e olham para o futuro antes que para o passado” (p. 151). Suicidou-se em 1989, logo após a morte de sua mãe.

Outra personagem bastante citada na literatura de testemunho é a jovem Ana Frank, de 13 anos, que comoveu o mundo com suas histórias contadas em seu diário. O diário se transformou na melhor amiga de Ana, a quem chamou de Kitty. Ela começa a escrever o diário em junho de 1942, quando já vivia escondida com sua família no prédio onde funcionou a empresa do pai. Durante mais de dois anos viveram com comida racionada, sem fazer barulho (nem a descarga do banheiro era acionada) e com muito medo de serem denunciados ou descobertos. Nas páginas do diário ficaram registradas o cotidiano da família, as angústias, as transformações do seu corpo, os medos, os desejos e planos da jovem. A última nota foi escrita em agosto de 1944. A Gestapo arrasou o Anexo, como era chamado o lugar onde viviam. Todos que moravam na casa (a família e alguns amigos) foram arrastados para campos de

concentração nazistas. Em março de 1945 Ana morreu no campo Bergen-Belsen, dois meses antes da libertação da Holanda. O diário permaneceu intacto e foi encontrado pelo pai, único morador da casa que sobreviveu e que, quando libertado, encontrou e publicou os escritos da filha (Frank, 2009).

Diferente dos outros escritores citados, as memórias de Ruth Klüger (2005) foram escritas quatro décadas após sua libertação. O motivo que a fez por no papel suas recordações sobre o holocausto foi um acidente de trânsito que “reabriu velhas feridas e trouxe à tona antigos fantasmas” (p. 08). Ela conta que no cativeiro usava a poesia como forma de compensação, sendo esta a atividade da qual mais se ocupava. “Ter esperanças era um dever” (p. 34) e, a seu ver, nos círculos dos sobreviventes, a superação possível se dava por meio de histórias de sofrimentos ou pelo desejo de deixar tudo para trás para poder concentrar-se no futuro.

Viktor Frankl foi um psiquiatra de Viena que viveu três anos em campos de concentração. Quando foi capturado, lhe tomaram o manuscrito de um livro que ele escrevera e que estava prestes a ser entregue a uma editora para publicação. Não lhe sobriam filhos biológicos (sua esposa grávida foi morta no campo). Mas filhos de papel ele teve alguns. Criou a Logoterapia, conhecida como Terceira Escola Vienense de psicoterapia (a Psicanálise Freudiana é a Primeira; a Psicologia Individual de Adler, a Segunda). É uma terapia centrada no sentido da existência humana e na busca por esse sentido.

O êxito de seu primeiro livro, no qual apresenta a Logoterapia, o estimulou a escrever suas memórias sobre os campos de concentração. “El hombre em busca de sentido” (2004) foi escrito em apenas nove dias, com ajuda de três taquígrafas que transcreviam o que ele ditava. No livro, Frankl busca responder a seguinte questão: Como o dia a dia em um campo de concentração afetava a mente de um prisioneiro médio? Escrevendo a partir de sua experiência como judeu preso e de sua perspectiva como psiquiatra, o autor mescla aspectos teóricos e

biográficos e divide a obra em três momentos: 1) O internamento no campo; 2) A vida no campo e 3) Depois da libertação (para os que sobreviveram).

2.5 Trauma, luto e resiliência

Sabemos, com Freud (após a virada teórica de 1920), que o trauma resulta de uma experiência que traz ao psiquismo, em um curto período, uma tamanha carga de intensidades que é grande demais para ser absorvida. Uma situação traumática pressupõe a ruptura do escudo psíquico de proteção e, correlativamente, a invasão de altas intensidades energéticas, ameaçadoras da integridade narcísica do sujeito. O ego esteve submetido a uma vivência de terror. Os estímulos decorrentes da experiência excederam a capacidade de subjetivação, o que aponta para a relação de cada sujeito com sua própria castração (enquanto inscrição primordial da falta, luto do objeto de satisfação perdido) e que irá definir como essa experiência será, ou não, elaborada, bem como seus efeitos. Aqui falhou o recurso da angústia: não houve possibilidade de preparação para o choque. O fator surpresa não permite que a angústia se instale e “prepare” o sujeito para o choque. Esses seriam, em resumo, os mecanismos envolvidos na neurose traumática. Mesmo nos casos em que não houve a instalação de uma neurose desse tipo, o modelo freudiano nos ajuda a pensar clinicamente nas situações nas quais pacientes (ou participantes de pesquisa) passam por experiências potencialmente traumáticas, como costumam ser as violências e os acidentes.

A maneira de repetir, elaborar e enfrentar (ou não) situações adversas e potencialmente traumatizantes está condicionado ao passado (relativo à constituição psíquica de cada um), ao presente (relações sociais e apoio social percebido e recebido) e ao futuro (projetos de vida) de cada sujeito. A rigor, todos somos sujeitos traumatizados porque a constituição psíquica remete a um trauma que é estrutural e fundante. Algumas experiências vivenciadas durante a vida são potencialmente -, e não necessariamente-, traumáticas. Seriam todas as vítimas de violência

urbana pessoas traumatizadas? A resposta é não, ainda que essas experiências tragam um componente que não pode ser elaborado. Para ser traumática, uma experiência ruim necessita acontecer em um momento preciso da vida de um sujeito e ser suficientemente forte para despertar fragilidades internas.

Sobre o conceito de resiliência, retomo-o aqui para articulá-lo com o de luto. Em seus escritos, o já citado psiquiatra Luis Rojas Marcos escreve sobre o potencial da resiliência para superar dificuldades. Para o referido autor, trata-se de uma combinação de elementos básicos inatos, adquiridos e aprendidos, sendo a maior “surpresa” revelada em sua experiência clínica e em seus estudos teóricos, é que a resiliência humana seja algo muito mais comum do que se pode imaginar. O potencial de resiliência está presente na vida das pessoas de uma forma muito mais intensa do que pode parecer. O que começou como uma tentativa de estudar capacidades excepcionais acabou remetendo para uma simples ‘magia ordinária’ (Masten, 2001) que todos temos (em maior ou menor grau). Os “Pilares da resiliência” e os “Mecanismos Protetores Específicos” (Marcos, 2012) são capacidades mais ou menos presentes nas histórias de vida.

Algo semelhante se passa com o luto. Todos passam por processos de luto ao longo da vida e, em geral, as pessoas seguem com suas vidas, com maior ou menor dificuldade. Resiliência e luto, todos temos. No entanto, por que uns passam pelo luto e seguem em frente e outros parecem sucumbir? E é aqui que aparece a capacidade resiliente como importante ferramenta de suporte nos processos de perdas significativas.

Fatores psicológicos e sociais estarão correlacionados no enfrentamento das experiências e saída do luto. A resistência psicológica depende da “natureza da violência sofrida, do histórico de traumas prévios, das características físicas e mentais das vítimas e da resposta do entorno social em que vivem” (Marcos, 2012, p.181). O autor destaca ainda o efeito reparador da ajuda mútua, da confiança em seus pares e da solidariedade na superação (ou no contorno) da experiência potencialmente traumática.

Um luto saudável se dá quando as pessoas passam da condição de vítima para a de sobrevivente. E o principal sinal de “estar bem” de um paciente (ou de um participante de pesquisa) é ele conseguir dizer (ainda que sem verbalizar conscientemente): “A vida segue”. E a vida seguir pode ser voltando para trabalho, para projetos, para a religião, para a família. Pode ser ainda a simples associação: a vida segue.

Assim, no consultório ou na pesquisa, a constatação que o sujeito acredita ou afirma que um dia vai voltar a ser ele mesmo ou que ele não vai desistir de ser ele mesmo é um indicativo clínico de (boa) saúde e de uma elaboração suficiente do luto. A esperança ou possibilidade de seguir adiante, retomar ou reestruturar a rotina é um indicativo de “estar bem”. Aqui não se trata do tempo que demora esse retorno às atividades, mas sim o percurso de levar a vida adiante. Outro indicativo de que a vida não perdeu o sentido é a capacidade de o sujeito manter ou formular projetos de futuro.

Essa noção remete aos escritos de Viktor Frankl. Para o austríaco, a consciência de que a vida tem um sentido é o que permite a sobrevivência em condições extremas. E este sentido pode ser encontrado no que chamo, nesta tese, de “projetos de futuro” ou no pilar da resiliência “motivos para viver”, proposto por Marcos (2012).

Para ilustrar a questão da esperança no futuro e na busca de sentido, Frankl cita a história de um companheiro de campo de concentração. Este homem sonhou que seria libertado em determinada data. Porém, à medida que se aproximava o dia esperado de ganhar a liberdade, as notícias que recebiam sobre a guerra minavam a esperança de libertação. Em 29 de março daquele ano, o amigo caiu doente com uma febre muito alta. Dia 30 (o dia prometido em sonho), começou a delirar e perdeu a consciência. Rapidamente a resistência se debilitou e suas defesas diminuíram, deixando-o a mercê de uma infecção tifoideana latente. Sua esperança no futuro e sua vontade de viver se paralisaram, e seu corpo sucumbiu vítima da doença. O amigo morreu em 31 de março.

Sobre a observação desse caso e suas consequências psicológicas, Frankl está de acordo com uma estatística médica que o campo nazista o fez notar: a taxa de mortalidade semanal durante as festas de Natal de 1944 e o Ano Novo de 1945 superou em muito as estatísticas habituais de mortalidade no campo. Ele acredita que o fato não ocorreu por piora nas condições de trabalho, nem pela diminuição da ração diária de comida; mas pelo fim da esperança que os prisioneiros tinham de serem libertados para as festas de fim de ano:

Os que conhecem a estreita relação entre o estado de animo de uma pessoa (seu valor e sua esperança, ou a falta de ambos) e o estado de seu sistema imunológico compreenderá como a perda repentina da esperança pode desencadear um desenlace mortal. A causa última da morte de meu amigo foi a funda decepção que lhe produziu não ser libertado no dia assinalado (p. 100).

Suas observações *in locu* o fizeram concluir que os prisioneiros mais aptos a sobreviver foram aqueles que esperavam alguma pessoa ou que tinham a responsabilidade de acabar uma tarefa ou cumprir uma missão. Incluindo ele próprio: quando o prenderam e o deixaram em Auschwitz, confiscaram um manuscrito de livro pronto para publicação (Psicoanálisis y existencialismo, em castelhano). O desejo de reconstruir esse livro, segundo ele mesmo conta, ajudou a superar os rigores da vida no campo nazista. Quando caiu doente de tífus em um campo na Baviera, para vencer os delírios da febre, anotou em pequenos pedaços de papel ideias e palavras-chave para escrever de novo o livro perdido, caso um dia fosse liberado. Quem é, em realidade, o homem? Ele se pergunta. E aponta: É o ser que sempre decide o que é. É o ser que inventou as câmaras de gás, mas também é o ser que entrou nelas com passo firme e sussurrando uma oração (p. 110).

Por outro lado, os indícios que levam a concluir por uma saída mal elaborada do luto e consequente “ficar mal” após sofrer experiências adversas incluem perda do sentido do viver, a falta de uma rotina, a ideação suicida, a negação, comportamentos do tipo fuga, saúde afetada negativamente, falta de cuidados com si mesmo e sentimento de culpa. É preciso destacar que

estes indícios podem estar presentes também durante o processo de luto considerado “normal” ou esperado. O que precisa ser observado aqui é o prognóstico depois de passado algum tempo do luto, que pode variar muito de pessoa para pessoa.

Após sofrer uma experiência potencialmente traumática, dependendo da gravidade da experiência e da constituição psíquica do sujeito, pode ocorrer ainda uma sensação de despersonalização, ou seja, impressão de que a pessoa não é mais ela mesma, além da crença de que as coisas nunca mais serão como antes. De que ela não vai suportar a perda ou de que a vida acabou. Quando este processo não tem fim, o sujeito torna-se um “enlutado crônico” e fica impedido de seguir com a vida.

3. O caminho depois de percorrido: Sobre a natureza e o processo da pesquisa

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar*

(Antonio Machado, Proverbios y cantares, 1964, p. 213)

A fim de verificar a produção acadêmica sobre os temas que norteiam este estudo, realizei uma pesquisa bibliográfica em diversos sites e bibliotecas de literatura especializada. Após o refinamento (por meio da leitura atenta dos resumos), o número de trabalhos relevantes para a pesquisa diminuiu. Foram excluídos textos que se referiam a outras formas de violência em área urbana, traumas físicos ocasionados por violência, análises de homicídios, violência e trabalho, populações urbanas e políticas públicas e, também, análise de programas públicos. As referências que utilizei na tese, contudo, não se restringiram aos artigos encontrados nas bases de dados. Também foram utilizados trabalhos de maior fôlego, como livros e capítulos de livros, além de textos clássicos. Todas as referências citadas nessa tese foram fichadas e resumidas.

Para fundamentar o método desenvolvido para – e adotado nesta tese, fiz um diálogo com autores que levam em conta a indissociável relação entre o que é psíquico e o social. Entre estes, destaco os escritos de Gaulejac (2002, 2006), Gaulejac, Rodríguez e Taracena (2005), Carreiro (2002, 2012), Thomas e Znaniecki (2004) e Gullestad (2005) que, em diversos estudos apontam que a narração da história de vida permite conhecer não só os indivíduos, mas ainda o contexto social no qual eles foram produzidos. Isso significa que aspectos de uma

biografia estão inter-relacionados, inevitavelmente, com singularidades intrapsíquicas, com o meio social, com particularidades históricas, etc. Por mais individual que seja uma história, esta será sempre coletiva.

Sobre o marco empírico desta tese, é preciso destacar que o psicanalista que ocupa lugar de entrevistador fala de um lugar de poder e de saber que produz efeitos no entrevistado. Lo Bianco (2003) destaca que ao contrário de imitar os procedimentos das ciências naturais, a pesquisa em psicanálise precisa reconhecer a especificidade de seu objeto. O pesquisador não é apenas mais uma variável a ser controlada, pois fala de determinado lugar e, com sua fala (e escuta) é causa do que emerge na sessão de terapia ou nas entrevistas para pesquisa. O pesquisador psicanalista está tão implicado em sua investigação que a neutralidade se torna impossível e até indesejável. Ou seja, o pesquisador está implicado de maneira indissociável do material que analisa. Por essa singularidade e especificidade, a psicanálise será sempre uma ciência do singular. E, portanto, a replicação das pesquisas será uma tarefa impossível.

Para Caon (1994), o autor de uma pesquisa é o primeiro e principal participante desta. Segundo ele, o método da pesquisa psicanalítica não traz inovações quanto à escolha dos sujeitos ou participantes, nem mesmo apresenta alguma peculiaridade quanto aos procedimentos para coleta de dados ou mesmo aos instrumentos e materiais empregados. Estas etapas da pesquisa estão a cargo do pesquisador, dependendo de seus critérios e criatividade próprios. A novidade que a pesquisa desenvolvida por psicanalistas pode introduzir no campo científico está nos procedimentos de análise dos dados.

O mesmo autor vai dizer que o pesquisador psicanalítico utiliza técnicas específicas para o tratamento dos dados, desenvolvendo uma leitura dirigida pela escuta e pela transferência instrumentalizada. A leitura dirigida pela escuta é o dispositivo com o qual o investigador identifica (no caso desta pesquisa não apenas durante as entrevistas, mas também durante as transcrições e, ainda, durante a re-escuta das entrevistas realizadas) contribuições singulares e

diferenciadas daquela que a literatura especializada fornece, procurando identificar significantes cujos sentidos contribuem para o problema ou para as questões da pesquisa. Já a leitura dirigida pela transferência instrumentalizada é o processo no qual o pesquisador relaciona seus achados com a literatura utilizada e procura elaborar impressões que reúnem as suas expectativas diante do problema de pesquisa e as impressões dos participantes, que forneceram suas contribuições (contando suas histórias de vida, por exemplo).

No mesmo sentido, Iribarry (2003) nos lembra de que a pesquisa psicanalítica é sempre uma apropriação do autor que pesquisa o método freudiano e depois descobre um método próprio e o utiliza na realização de suas pesquisas. A mesma singularidade que existe na clínica também está presente na pesquisa psicanalítica. Dizer que o pesquisador psicanalítico é o primeiro sujeito de sua pesquisa significa dizer que ele está também implicado como um participante importantíssimo na investigação realizada. Nesse sentido, a pesquisa é também intervenção.

Figueiredo e Minerbo (2006) pontuam que pesquisas com o método psicanalítico podem ter como objeto processos socioculturais e/ou fenômenos psíquicos transcorridos e contemplados fora de uma situação analítica no sentido estrito, embora também aí se constate uma dimensão clínica e se observem efeitos terapêuticos.

Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912a), Freud afirma que a escuta psicanalítica está relacionada a um funcionamento mental especial que foi definido por ele mesmo em seus artigos sobre a técnica. Enfatiza a indissociabilidade entre pesquisa e tratamento: “Uma das reivindicações que a psicanálise faz em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (p. 78). Anos mais tarde, em sua Conferência “A questão de uma Weltanschauung” (1933), continua dissertando sobre possíveis aproximações entre o trabalho científico e o analítico, apontando semelhanças entre a postura do analista e a do cientista:

O progresso no trabalho científico é o mesmo que se dá numa análise. Trazemos para o trabalho as nossas esperanças, mas estas necessariamente devem ser contidas. Mediante a observação, ora num ponto, ora noutra, encontramos alguma coisa nova; mas, no início, as peças não se completam. Fazemos conjecturas, formulamos hipóteses, as quais retiramos quando não se confirmam, necessitamos de muita paciência e vivacidade em qualquer eventualidade, renunciemos às convicções precoces, de modo a não sermos levados a negligenciar fatores inesperados, e, no final, todo o nosso dispêndio de esforços é recompensado, os achados dispersos se encaixam mutuamente, obtemos uma compreensão interna (*insight*) de toda uma parte dos eventos mentais, temos completado nosso trabalho e, então, estamos livres para o próximo trabalho (Freud, 1933a, p. 169-170).

Como anunciei na introdução, a pesquisa de campo foi desenvolvida com vítimas (indiretas) da violência urbana no Distrito Federal. A estes participantes propus que me contassem a história de suas vidas, da forma como quisessem. Os encontros que tive com as vítimas não foram sessões de análise. Mas quando as convidei a contarem suas histórias, associando livremente, não sabia de antemão como fariam isso: cada associação foi singular. Mesmo que não estejam em análise, os participantes são sujeitos do inconsciente.

Este capítulo de método está dividido em três seções. Na primeira, realizo uma comparação e uma discussão sobre o uso do método psicanalítico em um *contexto clínico* e em um *contexto de pesquisa*. Na seção 2.2, escrevo sobre as considerações éticas. Em seguida, discorro sobre o método adotado durante a etapa empírica desta tese. Aqui apresento um esquema que sintetiza todas as etapas seguintes, detalho os critérios de seleção dos participantes, o desenrolar do trabalho de campo, como efetuei a categorização dos dados, os recursos que utilizei para apresentar estes dados e, por fim, as técnicas de análise.

3.1 O uso do método psicanalítico em um contexto de pesquisa

As condições de análise propostas por Freud nos textos técnicos (1912a, 1912b, 1913b, 1914a, 1914c, 1937a, 1937b) diferem das condições de aplicação do método psicanalítico em um contexto exclusivamente investigativo, o que, no entanto, não significa que, nas atividades de pesquisa, o uso do método psicanalítico independa de condições.

No tópico seguinte, aprofundo a apresentação de cada uma das condições propostas por Freud (1913a) e comentadas por Quinet (2009). E, mais adiante, em um segundo tópico, para uma reflexão sobre a viabilidade do método em um contexto não clínico, coloco em discussão o que chamo de *condições de pesquisa*, as quais, em um paralelismo com as “condições de análise”, são, para mim, as condições de aplicação do método psicanalítico em um contexto investigativo.

3.1.1 As condições da clínica freudiana

Quinet (2009), no livro “As 4 + 1 condições de análise,” põe em discussão o conjunto de normas que se convencionou chamar *setting* analítico, as mesmas estabelecidas por Freud no manuscrito “Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I)”, de 1913b.

Segundo Antonio Quinet, as quatro condições de análise são: 1) o tratamento de ensaio (ou entrevistas preliminares), 2) o uso do divã (mobiliário), 3) a questão do tempo e, 4) a questão do dinheiro (pagamento do analisando ao analista). Por fim, como condição + 1, Quinet destaca a associação livre: a única “regra fundamental” ou a “regra de ouro” da psicanálise (“via de acesso” ao inconsciente). Estas condições serão detalhadas e problematizadas a seguir.

Condição 1: Tratamento de ensaio

Na clínica, antes de aceitar ou não um paciente, o analista faz uso de entrevistas preliminares, as quais, com base no ensino de Lacan, têm, segundo Quinet (2009), três funções: diagnóstica, sintomal e transferencial. Correspondem ao que Freud chamou de “tratamento de ensaio”, que, para o fundador da psicanálise, tem como principal objetivo o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

Freud reconhece a dificuldade de execução do diagnóstico diferencial e, inclusive, não descarta a possibilidade de erro. Mas insiste a favor do uso.

Quinet (2009) destaca que, nas entrevistas preliminares, não se põe em questão a “analisabilidade do sujeito”, ressaltando que esta deve ser função do sintoma (p. 16). Neste momento, ao decidir se acata ou não uma demanda de análise, o analista estabelece uma segunda escolha, já que, primeiro, o candidato à análise escolhe o analista e, segundo, o analista opta por aceitar (ou não) trabalhar com este paciente.

Ainda nesta etapa, antes do início do tratamento propriamente dito, será firmado o “Contrato Psicológico” entre analista e analisando. Aqui serão acordadas questões relativas ao local, frequência, horários e preço das sessões, férias, faltas, atrasos e etc. Além disso, se poderá investigar sobre as expectativas do paciente sobre o processo terapêutico, a confidencialidade (sigilo) do conteúdo das sessões e outros itens. Um ‘bom’ contrato inicial será fundamental para a aliança terapêutica. Não se trata, porém, de acordos fixos ou imutáveis, podendo mudar com o desenrolar da análise.

Por fim, esta primeira condição da análise envolve ainda o “suposto saber” do analista, no qual o analisando o coloca em posição de saber e de poder. O paciente acredita que o analista tem o poder da cura e esta esperança em ser ajudado é motor da aliança terapêutica (e da própria análise). A instauração deste ‘suposto saber’ no início da análise “promove a

transformação de horror em amor que se dirige ao analista” (Quinet, 2009, p. 108), na forma de transferência.

Condição 2: mobiliário

Com Freud, o uso do divã tem um motivo histórico, por ser um resquício da hipnose. Mas, na clínica, o uso divã não segue apenas como um remanescente da técnica a partir da qual a Psicanálise se desenvolveu.

Freud costumava sugerir que o paciente se deitasse no divã e, então, se sentava logo atrás, fora da vista do analisando. O primeiro motivo, embora bastante particular, veio a ser compartilhado com os leitores: Freud não suportava ser encarado fixamente por horas e horas ao longo do dia, motivo que, contudo, não esgota as justificativas para o uso do mobiliário. Ao não poder ver o analista, o analisando estaria impossibilitado de ver as expressões faciais de Freud, não podendo, assim, reagir a estas expressões. Quando escutava o paciente, Freud também se entregava a sua própria “corrente de pensamentos inconscientes” (Freud, 1913a, p. 149), e não queria que suas expressões influenciassem a associação livre do paciente.

Mais que um motivo histórico ou pessoal, não transformar a transferência em resistência era a principal justificativa para o uso do divã. “O divã permite ao analisante vencer a vergonha da exibição para obedecer à regra fundamental” (Quinet, 2009, p. 44).

Sobre a transferência, a continuação do tratamento após as entrevistas preliminares está condicionada à instauração desta, que “permanece sendo o primeiro objetivo do tratamento ligar o paciente a ele e à pessoa do analista” (Freud, 1913a, p. 154).

Ainda sobre o mobiliário, Quinet aponta que o divã não deve ser ditado como regra. Psicanalista lacaniano como é, o autor postula que o *setting* analítico pode - e até deve - ser rompido para que o analista maneje a sessão de acordo com a única regra da psicanálise: a associação livre. Junto com Lacan, Quinet postula a condição (e não a imposição) do divã.

As entrevistas preliminares e este mobiliário estariam diretamente relacionados: deitar no divã marcaria o fim dessa primeira fase e o início da análise propriamente dita.

Na situação clínica, quando se opta por seu uso, o divã se configura como um dos dispositivos do *setting* terapêutico. Mas não o único. O consultório, para aonde o analisando se dirige para as sessões, deve ser um ambiente acolhedor, confortável e silencioso.

Condição 3: tempo (determinado)

A condição ‘tempo’ envolve: 1) a duração e 2) a frequência das sessões e, ainda, 3) a duração da análise (tempo entre o início e o final do tratamento).

Sobre a *duração e a frequência das sessões*, Freud as planificava para 60 minutos, seis vezes por semana. Cada paciente tendo, portanto, uma hora determinada. Já o tempo entre o início e o final do tratamento envolve uma discussão ampla, a ser abordada mais adiante.

A *International Psycho-analytical Association* (IPA) trata as condições de análise propostas por Freud como regras, submetidas ao controle institucional. Esta organização instituiu uma norma padronizada da cura-padrão que, na condição tempo, impõe a duração de pelo menos 45 minutos por sessão, além da frequência mínima de três vezes por semana. As condições transformadas em regras são, assim, colocadas no mesmo nível da associação livre.

Quinet questiona a padronização proposta pela IPA para a duração e para a frequência de cada sessão: “O que é esse tempo, que não um tempo padrão, cronometrado, mas um tempo de acordo com o inconsciente?” (p. 51). Se o inconsciente é atemporal, como se pode regular a sessão a partir do inconsciente? Aqui Quinet se refere ao Tempo Lógico lacaniano.

Em defesa das sessões curtas, Quinet vai dizer que, quando um paciente não sabe quanto tempo durará a sessão, ou seja, se está sob o impacto da pressa (como na história dos três prisioneiros, contada por Lacan), precipita o momento de concluir. Além disso, a análise não

está reduzida ao tempo das sessões, mas é um processo contínuo já que “o inconsciente é um operário que trabalha *full time*” (p. 80).

“Quanto tempo o senhor (a) precisa para me curar?” Esta questão, frequente nos candidatos à análise, remete à *duração do tratamento psicanalítico*. Para Freud, se trata de uma pergunta quase irrespondível. Ele pontua que a psicanálise é um tratamento de longos períodos; sugerindo meio ano ou anos inteiros (de um tratamento que, em sua época, ocorria seis vezes por semana). De qualquer forma, quase sempre, o tempo do tratamento será maior que o tempo que o paciente espera que dure. “A experiência nos ensinou que a terapia psicanalítica é um assunto que consome tempo” (Freud, 1937a, p. 231). Também não há garantias de resultados.

Existe término de análise? Questiona-se Freud, sobre o final do tratamento. Análise terminável e interminável, de 1937, é um dos textos mais tardios e pessimistas de Freud, no qual este aborda a eficácia e as limitações da psicoterapia que criou. A duração do tratamento, como dito, não pode ser prevista. Mais que isso: as tentativas de fixar um tempo (uma data) para o fim do tratamento sempre resultaram infrutíferas.

O término da análise, em termos simples, ocorre quando paciente e analista deixam de se encontrar para a sessão analítica. E isto acontece quando o analisando deixa de sofrer com seus sintomas (que o levaram a buscar a análise) ou quando o analista concluiu que foi suficiente a quantidade de material reprimido que se tornou consciente (e já não existe risco de repetição do processo patológico que fez o paciente demandar pelo tratamento). Para impedimentos outros, Freud diz que se deveria falar em análise incompleta ou, de preferência, análise inacabada.

Em termos mais sofisticados, o término da análise (com fim ou sem fim) implica que o analista tenha exercido uma tamanha influência no analisando que não se espera mais nenhuma mudança, não havendo, portanto, indicação para a continuação da análise. “É como se fosse possível, por meio da análise, chegar a um nível de normalidade psíquica absoluta (...) como se tivéssemos êxito em solucionar todas as repressões do paciente e em preencher todas as lacunas

da memória” (Freud, 1937a, p. 235). Esta possibilidade, porém, está questionada pelo próprio autor -, ainda que o caso tenha um bom desfecho.

Apesar do pessimismo desse manuscrito, Freud selecionou os três fatores decisivos para o sucesso terapêutico da análise, quais sejam: prognóstico mais favorável nos casos de origem traumática (sobretudo ‘constitucional’), a importância das considerações ‘quantitativas’ e, por fim, a questão da alteração do ego. De todo modo, nenhuma garantia pode ser dada quanto ao ressurgimento de velhos ou aparecimento de novos sintomas.

Sobre o primeiro fator, Freud diz que, nos casos predominantemente traumáticos, pode-se falar que a análise será definitivamente terminada porque conseguirá, graças ao fortalecimento do ego do paciente, ‘substituir por uma solução correta a decisão inadequada tomada em sua vida primitiva” (p. 236). Sobre as considerações ‘quantitativas’, estas se referem ao controle pulsional, que pode ser melhorado com a análise. Por fim, quanto à alteração do ego, a situação analítica (via transferência) possibilita o ‘controle’ de partes do id. A transformação é conseguida, mas, com frequência, apenas parcialmente: partes dos antigos mecanismos permanecem intocados pelo trabalho da análise, devido à impossibilidade de se romper os obstáculos impostos pelo ‘rochedo da castração’, com o qual se esbarra o paciente em fim de análise.

Freud recomenda ainda que a análise (e a autoanálise) do próprio analista também seja ‘interminável’ quando sugere que este deveria submeter-se, dentro de um período de poucos anos, mais uma vez à análise, sem se sentir envergonhado por essa medida.

Condição 4: dinheiro

Freud, quando faz suas recomendações sobre o dinheiro, destaca a autopreservação (honorários do analista), o que Quinet chama de necessidade. Para Freud, no entanto, além da sustentação material do médico, “poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que

lhe é atribuído” (Freud, 1913b, p. 146), ou seja, na quantidade de dinheiro a ser paga pelo analisante por cada sessão, conforme acordo entre o analista e o paciente.

Com relação aos “poderosos fatores sexuais”, Quinet comenta sobre o significado libidinal do dinheiro. O gesto de o analista cobrar atesta que ele não está ali de graça e esse pagar mostra que “algo do desejo do analista também é amodável pelo dinheiro e que a análise está colocada dentro de um laço social” (Quinet, 2009, p. 86).

Freud, no mesmo manuscrito citado anteriormente, vai dizer que as questões de dinheiro “são tratadas pelas pessoas civilizadas da mesma maneira que as questões sexuais - com a mesma incoerência, pudor e hipocrisia²¹” (p. 146). Em seus negócios com o paciente, o analista deveria:

Tratar de assuntos de dinheiro com a mesma franqueza natural com que deseja educá-lo nas questões relativas à vida sexual. Demonstrar-lhes que ele próprio rejeitou uma falsa vergonha sobre esses assuntos ao dizer-lhes voluntariamente o preço em que avalia seu tempo (p. 146).

As somas de dinheiro não devem acumular-se, sugerindo, ainda, um pagamento mensal. Por fim, não se pode cobrar pouco. Freud diz que o analista deve colocar-se na posição de cirurgião; franco e caro, e que pode ter métodos de tratamentos úteis.

Cada analisando tinha uma hora marcada e esta pertencia ao paciente, o qual era responsável por ela, mesmo que faltasse à sessão. Isso significava que a hora deveria ser paga, de qualquer maneira. Este acordo garantia a existência material do analista e fazia com que “ausências acidentais” (Freud, 1913b: 142) fossem raras. Cobrar as sessões, ainda segundo Freud, anula o sentimento de que o analista estaria fazendo um favor ao analisante (não

²¹ Duplicidade, ao invés de hipocrisia, na tradução mais correta, segundo Quinet. As questões de dinheiro e as de sexo nos dividem. Freud não aprofunda a reflexão sobre a duplicidade porque ela é inerente ao sujeito. Querer-não querer, ligada ao desejo; sou rico - sou pobre, ligado ao dinheiro, são duetos sempre presentes.

havendo dívida, portanto). Além disso, a análise não é filantropia. Freud é enfaticamente contra a análise gratuita, descrevendo os seus pontos negativos para o analista e para o paciente, cuja ausência do efeito regulador oferecido pelo pagamento de honorários é penosamente sentida. O tratamento gratuito aumenta em grande parte as resistências do neurótico. “Nada na vida é tão caro quanto a doença e a estupidez” (p. 148) e os pacientes fazem um “bom negócio” quando investem dinheiro nas sessões.

Ainda sobre esta recomendação, Quinet afirma que o analista não pode ter um preço fixo para todos os seus analisandos; isto seria situar sua *práxis* no registro da prestação de serviços, e não da libido. Preço único nas sessões seria, para o autor, estar a serviço do *time is money*.

Por fim, é preciso frisar que Freud foi cuidadoso ao preconizar que o paciente não é apenas um beneficiário do tratamento. O analisando (que tem uma esperança de cura para seu sofrimento), na presença de um analista que o escute, promove o tratamento e trabalha em proveito de seu psiquismo.

Condição +1: Associação Livre

Freud propôs a todo tempo, desde seus estudos com Charcot, que o paciente fosse escutado. Sempre atribuiu papel importante à palavra. Sabemos que a necessidade de fala faz Freud abandonar a hipnose e a “pressão na testa” ou a “técnica da pressão” (Freud, 1893b/1895).

No segundo dos casos clínicos relatados integralmente por Freud e Breuer (Estudos sobre a histeria, 1893b), apareceu pela primeira vez o que mais tarde se tornou a principal recomendação da psicanálise. A senhora Emmy Von N., em uma das sessões, reage rispidamente ao pedido de Freud para ela se lembrasse de fatos supostamente desconhecidos. A senhora faz a Freud um pedido de fala: interrompe o médico e afirma que este não deveria continuar perguntando-lhe de onde vinha ‘isso ou aquilo’, mas que a deixasse falar o que ela

quisesse, sem interrompê-la. Esta sessão parece ter feito Freud abandonar de vez o método catártico-hipnótico, inspirando-o a ‘inventar’ a associação livre.

A associação livre foi proposta por Freud como a ‘regra fundamental’ da psicanálise. Associar livremente, suspendendo a faculdade crítica e dizendo tudo o que vier à cabeça, é o que se solicita do paciente em análise. A associação livre é o método da psicanálise por ser o principal recurso para sondagem do inconsciente (Freud, 1910). Freud passou a pedir aos seus pacientes que lhe dissessem o que vinha à mente, mesmo que parecesse errôneo, absurdo, insignificante, sem sentido, desagradável ou despropositado. Este encadeamento associativo do pensamento presente na fala foi identificado por Freud durante o esforço realizado para interpretar os sonhos e elucidado no livro *A interpretação dos sonhos* (1900).

A direção tomada pelas associações na qual Freud confiava é da determinação inconsciente:

Quando instruo um paciente a abandonar qualquer tipo de reflexão e me dizer tudo o que lhe vier à cabeça, estou confiando firmemente na premissa de que ele não conseguirá abandonar as representações com meta [inconsciente] inerentes ao tratamento, e sinto-me justificado para inferir que o que se afigura como as coisas mais inocentes e arbitrárias que ele me conta está de fato relacionado com sua enfermidade (Freud, 1900, p. 562).

Partindo da análise de seus próprios sonhos, Freud percebeu que em diversas situações aparentemente sem correlações com dado evento, ocorriam associações que puderam ser denominadas ‘livres’. Apontou que, ao falar, o sujeito diz mais do que pode controlar e, ao deixar as palavras escaparem, ele descobre que diz de si. Existe uma relação estrutural entre a associação livre e o processo analítico, de forma que o paciente é agente do método.

A *atenção flutuante* do analista corresponde a uma contrapartida do pedido por associação livre feito ao analisando. Assim como o paciente deve falar tudo o que lhe vier à cabeça, mesmo impedindo a busca por uma lógica ou sentido no que diz, também o analista

deve escutar sem se preocupar se está lembrando-se de alguma coisa, sem utilizar de sua própria censura durante a escuta (Freud, 1912a).

A associação livre e a atenção flutuante não devem estar dissociadas, sendo entendidas por Freud como uma via de mão dupla, que permite a comunicação entre inconscientes. Por atenção flutuante, retomo sua definição:

O analista, ao escutar o analisando, não deve privilegiar a priori qualquer elemento do seu discurso, o que implica que deixe funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente e suspenda as motivações que dirigem habitualmente a atenção. Essa recomendação técnica constitui o correspondente da regra de associação livre proposta ao analisando (Freud, 1912a, p. 74).

Assim, o analista não deve buscar uma compreensão delimitada por critérios objetivos e conscientes, não tem que compreender o que se passa no caso, ou saber o que está fazendo no momento em que está fazendo. O analista se compromete mais com o tratamento na medida em que se deixa levar pelo fluxo livre de pensamento, favorecendo o trabalho do inconsciente. A recomendação de Freud aos analistas é a de simplesmente escutar, como contrapartida necessária da exigência de tudo comunicar, sem crítica ou seleção, feita ao paciente. Nem analisando nem analista devem pensar conscientemente sobre o que se diz, ambos devem suspender a faculdade crítica e se entregar ao fluxo livre de pensamento. Dar ao paciente o mais irrestrito acesso ao seu inconsciente é, para Freud, parte fundamental do objetivo da psicanálise.

Desta forma, o ouvir psicanalítico consiste em não dirigir a escuta para nenhum tema específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ para tudo que se escuta. Assim, segundo Freud, o analista poupa um esforço imenso de atenção que, de todo modo, não poderia ser mantida por muitas horas ao longo do dia. Evitar-se-ia também a seleção de material escutado, pois, ao fixar a atenção em um tema específico, outro será negligenciado. Em suas palavras:

Ao efetuar a seleção, se seguir suas expectativas, o analista estará arriscando a nunca descobrir nada além do que já se sabe. Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria das vezes, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente (Freud, 1912a, p. 126).

Por fim, Freud não recomenda a anotação de notas integrais durante as sessões, ainda que se trate de um possível estudo de caso a ser publicado. Anotar o que se passa durante as sessões, além de poder gerar incômodo ao paciente, burla a atenção flutuante do analista. As notas devem ser feitas após a sessão.

Sobre os limites do método psicanalítico na clínica, o próprio Freud já os apontou. Em seu *Estudo autobiográfico* (1925), lembra-nos de que “devemos ter em mente que a associação livre não é realmente livre” (p.45). O paciente permanece sob a influência da situação analítica, ainda que não esteja dirigindo suas atividades mentais para um assunto específico: nada lhe ocorrerá que não tenha alguma referência com essa situação.

O método pressupõe, assim, que desistamos de deter o total controle. Neste sentido, Mannoni (1992) destaca que esse abandono não é fácil. O referido autor se questiona em que sentido as diversas associações são mesmo livres e conclui que a expressão “livre associação” não é sinônimo de “faça associações absurdas”, mas sim que “se uma associação lhe parece absurda e mesmo assim se impõe, não a rejeite como absurda” (p. 79).

Mesmo em associação livre, trazer à consciência o material reprimido será tarefa dificultada pela resistência do analisando, que se expressa, ainda segundo Freud (1925), de duas maneiras. Primeiro, será revelada pelas objeções críticas de quem fala (motivo pelo qual a regra fundamental foi inventada). Porém, ainda que o paciente siga a regra, a resistência encontra outro meio de expressão. A associação livre acontecerá de tal forma que:

O material reprimido jamais ocorrerá ao paciente, mas somente algo que se aproxima dele de maneira alusiva; e quanto maior a resistência, mais remota a ideia real, da qual o analista se acha à procura, estará a associação substitutiva que o paciente tem de informar (Freud, 1925, pp. 45-46).

Diante deste impasse, Freud recomenda que o analista escute as associações proporcionadas pelo paciente. Sendo a resistência leve, o analista será capaz de inferir o material inconsciente através das alusões feitas pela associação livre. Se a resistência for forte, será possível reconhecer esta característica nas associações e, na oportunidade, o analista comunicará esta observação ao paciente.

Em resumo, a resistência atravessa a regra fundamental da psicanálise. Mas este possível obstáculo, apesar do aparente ‘inconveniente’ metodológico, pode transformar-se em meio para análise com o recurso da interpretação (nos casos, por exemplo, da produção de um sintoma transferencial interpretável). A descoberta da resistência é o primeiro passo para superá-la, de maneira que o trabalho de análise implica na *arte da interpretação* (ou da *construção*), que exigirá *feeling* e prática do analista.

3.1.2 As condições da pesquisa psicanalítica

Em uma situação de pesquisa (que se pretende ser psicanalítica) de igual maneira também existem condições para seu início, desenvolvimento e finalização; condições estas que são diferentes das estabelecidas para a clínica.

Inspirada pela obra de Antonio Quinet (2009), que comenta as condições estabelecidas por Freud, e com base na pesquisa com vítimas de violência urbana que desenvolvi para esta tese, coloco em discussão, neste tópico, algumas “condições mínimas” para o uso do método psicanalítico em um contexto investigativo.

Estas condições são: 1) Contato preliminar; 2) encontros “cara a cara” em um local combinado entre o pesquisador e o participante; 3) tempo não marcado (a depender da disponibilidade do entrevistado) e; 4) Não pagamento (por razões óbvias e legais). A condição + 1 é a narração livre do entrevistado, inspirada na associação livre freudiana e adaptada aos objetivos da pesquisa.

Detalharei a seguir cada uma das condições formuladas e utilizadas nesta tese.

Condição 1: Contato preliminar

O contato preliminar, aqui posto como primeira condição de pesquisa para trabalhos similares a este, faz parte de uma tentativa de investigar se o (possível) participante poderá ou não colaborar com a pesquisa, segundo critérios de inclusão e exclusão formulados de antemão. Este(s) primeiro(s) contato(s), em geral, são feitos por telefone ou e-mail, e também servem para possibilitar o agendamento de um primeiro encontro.

Assim, se no contexto clínico, a primeira condição (tratamento de ensaio) tem uma função diagnóstica (além de sintomal e transferencial, segundo o ensino de Lacan) e subsidia a aceitação ou não de um paciente, em um contexto investigativo, como no caso desta tese, o contato preliminar serve para avaliar se o sujeito se enquadra ou não no perfil buscado (no caso em questão: ser vítima de violência urbana, ser maior de idade e estar disposto a participar), implicando a decisão de inclusão ou não do sujeito como participante da pesquisa. Se, em uma situação de análise, as entrevistas iniciais teriam uma função diagnóstica, na pesquisa psicanalítica estas teriam uma função inclusiva (ou exclusiva). Além de viabilizar o campo empírico.

Como Quinet defende que não deve ser posta em questão a “analisabilidade” do candidato a analisando, também na pesquisa está claro que durante estes contatos iniciais com o (possível) participante, não está em questão encontrar uma “boa” história de vida. Todos têm uma história. O que precisa ser buscado é, particularmente, se a história de vida que o sujeito pode contar seria interessante para os objetivos propostos na investigação.

Na situação de pesquisa, na qual a demanda é do pesquisador, é este quem escolhe o participante. E é o participante quem precisa aceitar o convite. Trata-se assim, de uma situação que postulo como *demanda invertida* quando comparo com a situação clínica. Primeiro o

pesquisador escolhe o participante. Depois, o participante aceita trabalhar com o pesquisador (neste caso, contando sua história de vida).

Outra diferença do contexto investigativo, relacionada aos encontros iniciais, se refere aos acordos entre pesquisador e participante. Ao invés do “contrato psicológico” (para acordar horário, regras, honorários do analista, etc.), nas pesquisas, apresenta-se aos participantes o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), obrigatório para Pesquisas com Seres Humanos no Brasil (Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia), no qual são discutidas questões sobre confidencialidade das informações fornecidas, participação voluntária e livre recusa a qualquer momento para interromper a participação.

Por fim, é preciso destacar que cada história de vida é singular e, como ocorre na clínica, na pesquisa tampouco sabemos sobre o inconsciente do outro. Começamos o encontro sem saber o que se passará. Na *situação de pesquisa*, o investigador também poderá ocupar a posição de “suposto saber” para os participantes. No caso desta pesquisa de Tese, eu me apresentei como psicóloga, professora e futura doutora. Estes títulos implicam um saber e um poder que podem ser comparados aos que possuem o analista, em sua clínica.

Condição 2: encontros “cara a cara” em um local combinado entre o pesquisador e o participante

Neste item, mantendo o paralelismo entre os contextos clínico e investigativo, contraste a condição uso do divã com a condição que denomino “*encontros cara a cara*”. Em primeiro lugar, cabe destacar que, normalmente, em pesquisas, a quantidade de horas diárias dedicadas às entrevistas costuma ser muito menor que as dedicadas à atividade clínica. Nesta pesquisa de doutoramento, por exemplo, cada entrevista durou em média 3 horas. E foram raros os casos em

realizei mais de uma entrevista no mesmo dia. Situação bem diferente da clínica, na qual o analista passa muitas horas por dia dedicando-se às sessões de terapia.

Desta forma, a agonia de ser olhado por muitas horas, revelada por Freud, não costuma ocorrer na situação de pesquisa. E mais que isto, as expressões faciais do pesquisador, neste caso, se configuraram como importante ferramenta de criação de vínculo e possibilidade de demonstrar capacidade empática com os participantes. Portanto, ainda que as entrevistas ocorressem no consultório, não faria sentido convidar os participantes a contarem suas histórias tombados no divã.

Com relação ao ambiente físico, este deve ser preferencialmente um local silencioso e acolhedor, onde todos possam permanecer confortavelmente.

Na situação de pesquisa, mais importante que o mobiliário, é o ambiente onde os encontros ocorrem: o lugar, a hora e o tempo de cada entrevista devem ser suficientemente adequados para o participante. Esse ambiente, contudo, será sempre o ambiente possível.

No trabalho de campo subjacente a esta tese, mesmo nas ocasiões em que eu estava dentro da casa dos participantes, nem sempre as entrevistas se deram em condições confortáveis. Portanto, esta etapa exige certa flexibilidade do entrevistador, já que nem sempre as condições reais são as ideais para a realização do trabalho. Apenas para citar um exemplo, uma das entrevistas foi realizada em uma casa de três cômodos, nos quais estavam presentes, além de mim e da participante, outras três crianças pequenas e um bebê de colo²².

O lugar pode ser proposto pelo pesquisador (neste caso, eu costumava sugerir me dirigir até suas casas, até um local público, ou até um consultório). Quatro participantes optaram por locais públicos para a realização das entrevistas. Com José eu conversei em um parque e em um

²² Em outras pesquisas que participei, precisei ter ainda mais “jogo de cintura” para lidar com situações não esperadas e mesmo perigosas durante a realização do trabalho de campo. É o tipo de postura e de conhecimento que se aprende vivendo e fazendo. Quando as condições estão longe de ser ideais, prudência e criatividade são bem vindas.

Shopping; com Sofia e seu filho Robert, as conversas aconteceram todas em um Shopping. Ester escolheu falar dentro da Universidade onde estuda. Os outros (nove em 13) preferiram me receber em suas próprias casas.

Diferentemente da situação clínica, aqui é o pesquisador que vai até o participante. Em palavras diretas: as entrevistas deverão ocorrer aonde o participante quiser, no dia e hora que ele puder e durante um tempo confortável para ele.

Funcionou bem, nesta pesquisa empírica, deixar a escolha do local, da hora e do tempo das entrevistas a critério dos participantes. Eles escolheram o melhor local e hora para dar seus depoimentos. Isto foi importante para viabilizar e manter suas participações nesta pesquisa.

No que se refere à função transferencial, considerada marco do início de uma análise, não necessariamente surgirá em uma pesquisa (não significa que não possa ocorrer). Na situação de pesquisa, faz mais sentido outro fenômeno como condição: o *interesse genuíno* do participante em contar a sua história, que precisa estar disposto e disponível para falar.

O paciente volta para as sessões se quiser e se puder. Os participantes de uma pesquisa (que se propõe) psicanalítica também. Se estiverem presentes (na sessão ou nas entrevistas) é um indicativo de demanda (no caso de análise) ou de interesse genuíno (no caso da pesquisa).

Condição 3: Tempo (indeterminado)

A condição ‘tempo’ na situação de pesquisa envolve fatores próximos aos da clínica: 1) a duração de cada entrevista (em contraponto com a duração de cada sessão) e 2) a frequência destas e, ainda, 3) a duração da pesquisa (tempo entre o início e o final, que remete, comparativamente, a duração do tratamento analítico e ao seu término). Estes fatores, contudo, funcionam de forma bastante diferente no contexto investigativo.

Sobre a duração de cada entrevista, ao contrário da atividade clínica, o tempo de fala é livre e/ou condicionado à disponibilidade do participante.

Como ‘fator positivo’ para esta não marcação, destaco a otimização [do tempo] para a coleta de dados. Entrevistas longas possibilitam a captação de muita informação sobre as histórias de vida. Além da maior liberdade para conversar.

Como ‘fator negativo’ para entrevistas longas, concluí que o tempo de elaboração e absorção das informações por parte do entrevistado e, também, por parte do pesquisador, é menor.

Particularmente, nesta pesquisa, eu não marquei o tempo para terminar cada entrevista, de forma que os participantes que escolhiam quando parar. Assim, o tempo foi livre. Deixei claro que a participação, além de voluntária, poderia ser interrompida a qualquer momento. Mas ao final de cada entrevista, adiantei que outros encontros poderiam acontecer, caso os participantes aceitassem e tivessem interesse. Ao fim de cada entrevista, o convite permanecia aberto.

A hora dos encontros também deve ser proposta pelos participantes, de forma que as entrevistas não atrapalhem suas outras atividades. Na clínica, por outro lado, os horários são fixos e definidos no “Contrato Psicológico” já mencionado, na condição 1.

O mesmo cuidado com o tempo de cada entrevista deve ser tomado com a frequência destas. A estratégia de combinar, ao final de cada entrevista, quando poderá ocorrer o próximo encontro, costuma funcionar bem. Desta forma, diferentemente da clínica, na pesquisa não haverá, necessariamente, uma frequência estabelecida. Se uma nova entrevista tiver que ser agendada, mais uma vez vai ser em função da disponibilidade do entrevistado.

A cada novo encontro agendado, o pesquisador terá tão somente a ‘expectativa de comparecimento’ do participante. Ausências causadas por diversos motivos (entre eles, imprevistos, esquecimentos, resistência, falta de vontade de falar naquele dia específico, atrasos, entre outros) podem ocorrer e impossibilitar a coleta de dados. Na clínica se passa algo

muito parecido: Não é incomum que pacientes faltem às sessões de análise (também por diversos motivos, incluindo os mesmos já citados na situação de pesquisa).

Sobre o tempo de duração da pesquisa, este estará condicionado aos objetivos, etapas a serem cumpridas e prazos para conclusão. Especificamente sobre a pesquisa de campo, esta terá uma duração prevista em cronograma (que poderá ser adaptado, expandido, encurtado, etc.). E aqui existe uma diferença forte quando se compara a duração de uma pesquisa com a duração de uma análise. No segundo caso, será impossível prever quanto tempo durará. Contudo, uma pesquisa pode durar tanto ou mais tempo que uma análise (as pesquisas longitudinais, por exemplo, acompanham a história dos participantes por anos, podendo chegar mesmo há décadas).

Ainda sobre o tempo (de duração) da pesquisa, comparando-o com o tempo (de duração) da análise, cabe diferenciar que, em uma análise tradicional, analista e analisando se encontram muitas vezes, durante meses ou mesmo anos, o que favorece o estabelecimento de vínculos mais fortes e do fenômeno transferencial. O tempo cronológico, o “estar junto” por muitas horas, favorece o emergir da atemporalidade inconsciente. Na situação de pesquisa, ainda que sejam realizadas muitas entrevistas, o tempo é curto demais para acessar o reprimido. Alguma coisa se acessa, mas muito pouco quando comparado com as possibilidades clínicas.

Sobre o término da pesquisa, este está relacionado com o tempo que o pesquisador possui para concluir seu trabalho. No meu caso, este tempo foi regulado pelo Programa de Pós-Graduação ao qual estou vinculada, bem como pela agência que financiou meu doutorado: a CAPES. Eu tive 48 meses para concluir, já incluídos os períodos de greve, férias na universidade e Estágio Sanduíche no Exterior.

O tempo do ‘fim da pesquisa’ exige uma postura ética de retorno ao campo empírico para levar os resultados obtidos aos participantes, que em geral estão muito curiosos e interessados com o que foi feito de suas histórias.

Condição 4: Não pagamento ao pesquisador nem ao participante

Na clínica psicanalítica, o pagamento feito ao analista pelas sessões é condição do tratamento. Na investigação, ao contrário, está proibido qualquer tipo de recompensa pecuniária aos sujeitos da pesquisa. Da mesma forma que é legalmente proibido e eticamente vetado que o pesquisador cobre dos participantes ou pague por suas participações.

A legislação brasileira que regula as pesquisas com seres humanos proíbe o pagamento da (e pela) participação em pesquisas. E esta regra precisa ser seguida. Além do impedimento legal, pagar um participante de pesquisa poderia comprometer seriamente os resultados da investigação porque se correria o risco do informante falar o que acha que o pesquisador quer ouvir.

Do outro lado, sobre o pagamento ao pesquisador pelo participante, também existe um impedimento ético. A demanda inicial é do investigador, além das entrevistas não se configurarem como uma sessão clínica. Não visam ao tratamento psíquico e, portanto, não podem ser cobradas. Não existe nesta relação nenhuma dívida: o pesquisador ‘ganha’ os dados para sua investigação; o participante contribui para o progresso científico.

Por fim, mesmo não sendo este um objetivo no contexto investigativo, o relato de uma história de vida pode ter efeito terapêutico. Para a maioria dos participantes, as entrevistas foram um momento para serem escutados (e em algumas situações, também cuidados). Existe aqui uma responsabilização subjetiva pelo seu sofrimento. A escuta psicanalítica envolveu deixar os participantes associarem livremente ao contarem suas histórias e contar a própria história trouxe uma possibilidade de dar lugar àquilo que não está no lugar, apropriar-se de sua história e mover-se.

Condição +1: Narrativa livre

As informações sobre como os participantes experienciam suas vivências (nesse caso, suas experiências violentas) podem ser comparáveis às associações dos pacientes em análise. A solicitação: “*Gostaria que me contasse a história da sua vida, da forma como o senhor (a) quiser contar*” foi única instrução que dei aos participantes. E este pedido de fala pode ser comparado à instrução do analista ao paciente: “Fale o que vier à cabeça”.

No contexto de pesquisa, contudo, as narrativas livres dos participantes, bem como a atenção flutuante do pesquisador são, em geral, ‘menos livres’ que no contexto clínico. E o motivo disso está justificado porque o pesquisador, durante as entrevistas, precisa levar em conta os objetivos da investigação. Eventualmente, é preciso interromper a narrativa para fazer perguntas abertas, com o objetivo investigar com mais detalhes alguma informação produzida pelos entrevistados ou questões sobre temas não abordados pelos participantes em seus relatos, informações estas que devem ser colhidas para atender aos objetivos propostos. Porém, se o participante for selecionado seguindo critérios de inclusão na amostra, dificilmente ele não falará sobre os temas que se coadunam com os objetivos buscados. Ou seja, se for um “bom informante” as entrevistas chegarão mais próximo do que se considera a associação livre da clínica.

Mesmo Freud já apontava para os problemas possíveis decorrentes da escuta psicanalítica, sendo uma dificuldade especial para o analista em atitude de atenção flutuante. Como poderia sua atenção não ser orientada pelas suas próprias motivações inconscientes? A resposta, Freud mesmo apresenta: seria através da análise didática e pela autoanálise da transferência. Mas... E no contexto de pesquisa? Como poderia nossa atenção não ser orientada pelas nossas questões e objetivos da investigação? Como não escutar o que ‘precisamos’ ouvir para confirmar nossas hipóteses? Neste caso, a solução proposta por Freud não é suficiente, embora seja muito recomendável. Aqui pesa mais uma postura ética de compromisso com a

ciência. De estar disposto a ter suas hipóteses iniciais rejeitadas, seus objetivos não cumpridos e suas questões reformuladas.

Ao contrário da situação clínica, na qual, em geral, não se faz registros longos durante as sessões (e menos ainda, se faz uso de instrumentos de gravação), na situação de pesquisa o uso do gravador pode ser importante para que o pesquisador se despreocupe de tomar notas.

Sobre este instrumento, eu optei por usá-lo nesta pesquisa. E foi uma decisão muito pensada, embora minha experiência em pesquisas anteriores me fez concluir que o uso do gravador inibe o entrevistado. O aparelho, muitas vezes, só é bom para o entrevistador. Por mais que o informante permita a gravação, informações preciosas podem vir quando o instrumento é desligado. E apenas quando é desligado.

Contudo, como nesta pesquisa eu trabalhei com vítimas indiretas e que não estavam sob ameaça (do tráfico, da polícia ou esperando a conclusão de algum processo jurídico), decidi pelo uso para que eu pudesse estar mais atenta às falas dos participantes e não precisasse anotar muitas coisas durante as entrevistas. Este recurso potencializou minha atenção flutuante porque eu sabia que as informações estavam sendo gravadas e que estariam disponíveis para consulta.

Ainda tendo feito uso deste instrumento, eu fiz muitas anotações de campo; referente às coisas que não são captadas pelo gravador. E continuo acreditando que ele inibe, em diferentes graus, alguns participantes. Certo nível de constrangimento é esperado.

Nesta pesquisa, em particular, percebi que os participantes envolvidos com os ativismos sociais eram os que se mostravam mais “tranquilos” com o uso do aparelho. Isto parece acontecer porque são pessoas que querem que seu trabalho de militância seja divulgado e que já tiveram muitas oportunidades de falar, contar, recontar e dar algum sentido para suas histórias.

Com outros, quando eu desligava o gravador, emergiam conteúdos importantes nas suas associações. E, quando isto ocorreu, eu fiz, no momento oportuno, as anotações necessárias para não perder informações importantes para a análise dos dados.

O quadro 1 apresenta uma síntese com as aproximações e distanciamentos do método psicanalítico utilizado em um contexto clínico e em um contexto de investigação científica.

Considerações sobre o método psicanalítico em um contexto investigativo

Freud inicia o já citado texto (1913b) comentando que todos que tentam aprender o jogo de xadrez lendo suas regras nos livros rapidamente se dão conta de que somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva. As infinitas possibilidades de jogadas possíveis entre a abertura e o final do jogo desafiam uma descrição deste tipo. As possibilidades entre o início e o fim são muitas. Assim como no jogo de xadrez, “as regras que podem ser estabelecidas para o exercício do tratamento psicanalítico acham-se sujeitas a limitações semelhantes” (p. 139).

Ele não se abstém de chamar essas regras de “recomendações” e não reivindica qualquer aceitação incondicional para elas porque “a extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanismo da técnica” (1913b, p. 139), esclarecendo que, o que se mostra ineficaz em uma análise pode funcionar em outra, e o revés também é verdadeiro.

As circunstâncias citadas não impediram Freud de propor para os analistas procedimentos que, na média, costumam ser eficazes. É disso que se trata as recomendações. Além disso, Freud sempre insistiu que um bom analista não se forma apenas com livros e teorias; mas sim com sua experiência clínica e sua autoanálise, de forma que os textos técnicos são tão somente norteadores.

Tudo dito nos parágrafos anteriores também vale para uso do método freudiano em um contexto de pesquisa. Tanto na clínica como na pesquisa, apreender o particular de cada caso é o único procedimento que temos para não fazer um uso padrão das condições propostas por Freud.

Quadro 1 Comparação do método psicanalítico em dois contextos distintos

Condições	Método Clínico	Método Investigativo
Condição 1	Tratamento de ensaio	Contato preliminar
	Aceite da demanda	Adequação ao perfil da pesquisa
	Demanda do candidato a análise	“Demanda invertida”
	Contrato Psicológico	Assinatura do TCLE
	Especulação	Especulação
	Singularidade do Inconsciente	Singularidade do Inconsciente
	Suposto saber	Suposto saber
Condição 2	Mobiliário (divã)	Encontros cara a cara
	O analisando se dirige ao consultório do analista	O pesquisador encontra o participante no local escolhido por este
	Transferência	<i>Interesse genuíno</i> em participar
	<i>Setting</i> terapêutico (“neutro”)	Ambiente da entrevista (o “possível”)
Condição 3	Tempo (determinado)	Tempo (indeterminado)
	Frequência determinada em contrato	Frequência combinada a cada dia
	Expectativa de comparecimento do analisando	Expectativa de comparecimento do participante da pesquisa
	Fim da análise (alta, cura ou ruptura)	Fim da pesquisa (fim da participação, prazos de conclusão)
Condição 4	Dinheiro (pagamento ao analista)	Não pagamento (nem ao participante, nem ao pesquisador)
	Esperança de cura	Contribuição para a ciência
	Não pode haver dívida	Não pode haver dívida
	Responsabilização subjetiva	Responsabilização subjetiva
Condição + 1	Associação livre	Narrativa livre
	Investigação do Inconsciente	Investigação do Inconsciente
	“Diga tudo o que lhe passa pela mente”	“Conte-me a história da sua vida, da maneira que quiser contar”.
	Limites	Limites ainda maiores
	Sem registro durante as sessões	Uso do gravador

A discussão realizada nos parágrafos a seguir objetiva pontuar os limites e possibilidades do uso do método freudiano, conjugado com a História de Vida, em um contexto não clínico. O referido método, aplicado nesta pesquisa, se mostrou válido e gerou resultados interessantes. Mas com diferenças (do contexto de tratamento analítico) e limitações, que apresentarei agora.

Sabe-se que os principais recursos na clínica, na pesquisa e na teoria psicanalíticas são a atenção flutuante (do pesquisador/analista) e a associação livre/narrativa livre (do participante/analizando), bases da escuta psicanalítica. A escuta e a atividade interpretativa não são restritas à situação de análise, o que permitiu desenvolver uma investigação pautada na escuta *psicanaliticamente informada* de depoimentos, observações empíricas, histórias de vida, entrevistas, etc. colhidos a partir do que se quis pesquisar (experiências violentas e as formas de ressignificar tais vivências). Tanto na clínica quanto na pesquisa lidei com a imprevisibilidade do inconsciente. E tanto na clínica como na pesquisa psicanalítica pode existir um efeito terapêutico.

A escuta psicanalítica (na clínica e na pesquisa) é uma escuta diferenciada porque desejante. Escuta como recurso da técnica psicanalítica. E as histórias que me foram compartilhadas (bem como seus detalhes, sutilezas, titubeios, atos falhos, contradições, etc.) não passaram despercebidas à escuta psicanaliticamente informada da pesquisadora-analista.

Diferente do que aconteceu na graduação e no mestrado (em que, muito influenciada pelos teóricos da antropologia urbana, eu falava muito em ‘estranhamento’), no doutorado, o que mais me chamou a atenção foram aspectos relacionados com a transferência e a contratransferência.

Concordo com Gaulejac (2002, 2006) quando esse diz que a análise da contratransferência do pesquisador é elemento central da atividade científica. Na medida em que haja consequências emocionais, existenciais e sócio-históricas do pesquisador, este deve

privilegiar as interrogações sobre sua relação com o objeto, suas escolhas teóricas ou metodológicas e seus investimentos conscientes (ou inconscientes) na pesquisa. Assim como na clínica, na *situação de pesquisa* existem dois fenômenos indissociáveis: o que ocorre do lado pesquisado e o que ocorre do lado do pesquisador. O observador modifica o fenômeno observado, daí a importância do reconhecimento da implicação - ou seja, a escolha de seus objetos de pesquisa, suas ressonâncias afetivas, os efeitos contratransferenciais - para a produção do conhecimento.

3.2 Considerações éticas ²³

Esta pesquisa, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Humanidades da UnB (CAAE: 22540413.2.0000.5540), foi realizada em conformidade com os princípios éticos e condições para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidos nas resoluções brasileiras (Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução CFP nº 016/2000).

Todos os participantes foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisa com seres humanos. É no mínimo estranho, como registrei em pesquisa anterior (Sonoda, 2012b), que a pesquisadora garanta sigilo e anonimato e, ao mesmo tempo, solicite que o informante assine um documento que pode identificá-lo²⁴.

²³ A pesquisa campo foi aprovada e desenvolvida antes da aprovação de uma nova Resolução do Conselho Nacional de Saúde que, em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, aprovou a Resolução Nº 510. Nesta Tese, foram seguidos os preceitos éticos adotados na regulação anterior.

²⁴ Em minha pesquisa com líderes comunitários vítimas de violência urbana em favelas cariocas (2007-2010) tive meu projeto reprovado no Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Motivo oficial: pesquisa envolve riscos. Motivo dos bastidores: “Você é branca demais para subir favela”. Aqui eu não tive possibilidade de solicitar a assinatura de um Termo de Consentimento porque esses líderes estavam em constante risco de serem mortos por traficantes locais e pela própria polícia. Pedir para esses sujeitos assinarem um papel inviabilizaria a pesquisa. O consentimento, nesse caso, foi oral e a pesquisa foi desenvolvida e concluída na Faculdade de Geografia da mesma Universidade. É preciso registrar aqui a

A história de vida, principal instrumento de coleta de dados utilizada nesta pesquisa, pressupõe dos sujeitos recursos psíquicos, elaborativos e mesmo perlaborativos para contar sua própria vida. Mais importante do que cumprir a burocracia dos Comitês de Ética ou solicitar assinatura do TCLE, é ter cuidado (quase um “carinho”) com as pessoas que estão participando da pesquisa. É ter respeito por suas histórias, alegrias e sofrimentos.

Riscos

Não houve riscos relacionados à participação dos sujeitos na pesquisa. Ao contrário, as informações puderam contribuir para a compreensão do fenômeno da violência e seus efeitos na saúde e subjetividade dos participantes. O que costuma ocorrer é um desconforto que as pessoas naturalmente podem sentir em uma situação formal de entrevista ou quando temas delicados demandam alguma resposta dolorosa de ser evocada.

É preciso destacar que trabalho há alguns anos com vítimas de violência, já tendo realizado dezenas de entrevistas com esse público específico. Nesta pesquisa trabalhei com vítimas indiretas. Ainda assim, acredito que as experiências anteriores contribuíram para um melhor manejo das eventualidades ou situações não previstas durante a condução do trabalho de campo.

Por precaução, não fez parte da amostra pacientes considerados graves pela equipe técnica da instituição Pró-Vítima, que me indicou os primeiros entrevistados.

incongruência gerada por esse Termo, pois, ao mesmo tempo que ‘protege’ o entrevistado – na medida que é uma garantia formal de anonimato e um meio de prestar esclarecimentos da pesquisa –, pode criar uma situação de constrangimento nos informantes, sobretudo em Pesquisas com vítimas diretas de violência, muitas vezes ameaçadas e, não sem motivos, desconfiadas.

Benefícios

Nenhuma intervenção ou tratamento específico foi oferecido nesse estudo. Contudo, me coloquei à disposição dos participantes, caso ocorresse, durante ou depois das entrevistas, qualquer tipo de desconforto que demandasse suporte psicológico.

Pretendo divulgar os resultados para todos os participantes, através da disponibilização da tese (ou de resultados desta).

Não há benefícios diretos em participar desse estudo. Indiretamente, posso presumir que falar de suas vivências de violência pode se configurar em uma tentativa de ressignificação destas experiências.

Confidencialidade e anonimato das informações

→ As informações obtidas através desta pesquisa são confidenciais, estando assegurado o sigilo sobre a participação.

→ As entrevistas gravadas foram apagadas no término da pesquisa e apenas eu tive acesso ao material gravado e transcrito.

→ Os processos de digitação e análise dos dados também foram de minha responsabilidade²⁵.

→ Os dados coletados nesta pesquisa serão publicados na forma de Tese e artigo científico.

→ Não houve a participação de colaboradores externos em nenhuma etapa da pesquisa de campo.

→ Todos os participantes tiveram sua identidade preservada.

²⁵ Omiti menções a nomes e lugares que pudessem permitir a identificação dos entrevistados. Contudo, em alguns casos, pelo número reduzido de entrevistas e pela exposição pública de algumas das pessoas entrevistadas, sua identificação na pesquisa talvez seja possível. Essa situação foi abertamente exposta para os participantes, e nenhum deles se opôs.

Cuidados éticos pré-entrevista

Tive o cuidado de deixar muito claro o tipo de participação para a qual estavam sendo convidados a contribuir na pesquisa, sendo agendado o melhor horário para os participantes. Esclareci que a participação não era obrigatória e que os participantes poderiam desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento.

Cuidados éticos durante a entrevista

As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelo participante. Todos foram informados sobre a possibilidade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo no que se refere ao atendimento recebido no Pró-Vítima (quando aplicável). Disponibilizei-me e deixei contatos de e-mail e telefone para eventuais dúvidas, curiosidades ou questões relacionadas com a participação dos sujeitos na pesquisa.

Cuidados éticos pós-entrevista

A saída do campo também envolveu questões éticas. Deixei marcado o compromisso de retomar o contato com cada um dos participantes para informar sobre o uso dos dados primários recolhidos e prometi a cada um deles um exemplar da tese (impressa ou por via eletrônica, entregue pessoalmente ou via Correios ou e-mail, a escolha de cada participante).

3.3 Método adotado

A descrição da metodologia de uma pesquisa não revela, muitas vezes, as dificuldades que se impõem para a sua realização.

Edson Nunes (1978) destaca que, apesar da extensa literatura sobre métodos, pouco se conhece sobre o ‘método’ utilizado para a realização de estudos específicos, uma vez que os manuais estariam mais voltados para um exame lógico dos métodos de pesquisas, interessados,

sobretudo, em uma lógica mais própria do ‘contexto’ da ‘justificação’ do que do contexto da descoberta (p. 10). Assim, às vezes é preciso executar cotidianamente o ‘assassinato do método’ – como descrito nos manuais de metodologia. Manuais estes que não ensinam sobre as dificuldades, percalços e adaptações que, via de regra, os pesquisadores – grupo em que me incluo - passam durante o processo da pesquisa.

A primeira dificuldade que me deparei ao iniciar a pesquisa de campo foi a de encontrar pessoas ou instituições que, adequando-se aos requisitos estabelecidos, aceitassem participar da pesquisa. Acredito que alguns dos fatores que dificultaram a aproximação foram a rotina de trabalho das instituições e o acúmulo de atividades em certos períodos (fator falta de tempo), além do desinteresse de alguns profissionais em participar de pesquisa. É sabido que muitos pesquisadores ‘usam’ as instituições colhendo dados para suas pesquisas e nunca mais retornam para dividir o que aprenderam. Penso que esse fator, somado ao desconhecimento dos resultados quando as pesquisas acabam, contribuem para o desinteresse.

Selecionada a instituição que me viabilizou os contatos dos primeiros participantes, o Pró-Vítima, boa parte do problema foi solucionado: o campo estava ‘garantido’. Contudo, os desafios permaneceram até a etapa final desta fase empírica.

Apreendi ainda que o ambiente ‘ideal’ para entrevistar os informantes algumas vezes não é possível. Às vezes não temos uma sala vazia e silenciosa para entrevistar. Quando a conversa é gravada, isso é uma preocupação a mais, pois o barulho externo pode comprometer a qualidade da gravação. Outro ponto é saber lidar com pessoas ‘curiosas’ que tentam participar sem serem convidadas. Sair dessas situações pode exigir paciência e ‘jogo de cintura’.

As outras dificuldades são de ordem logística. Algumas entrevistas previamente agendadas podem ser canceladas (por desinteresse do participante, por contratemplos, entre outros fatores) ou podem ocorrer atrasos e imprevistos. Por isso aprendi a ir para o campo sem hora para voltar a casa e sem agendar outros compromissos para o mesmo dia de entrevistas.

Para minimizar possíveis contratemplos e viagens perdidas, sempre tive o cuidado de ligar horas antes para os participantes confirmando a entrevista. Ainda assim, duas vítimas desmarcaram suas entrevistas quando eu já estava a caminho de suas casas.

Apreendi também a levar água e lanche, pois nunca sabia se e quando poderia me alimentar em dia de trabalho de campo. Particularmente, sempre aceitei café quando me ofereciam. Entendi o momento do café como forma de aproximação, gentileza do interlocutor e ‘quebra gelo’.

Sobre o uso do gravador, já abordado neste capítulo, apenas gostaria de acrescentar que nenhum registro é totalmente objetivo porque existe sempre um recorte relacionado com os objetivos e teorias da pesquisa, nos quais os fenômenos são interpretados de acordo com enfoques eleitos pelo pesquisador.

Em resumo, o trabalho de campo geralmente não acontece conforme planejado. É preciso disciplina e organização para cumprir os prazos (a CAPES não paralisa o cronograma por greves na universidade nem por percalços no trabalho de campo, por exemplo).

O esquema abaixo (Figura 1) ilustra o passo a passo que adotei na etapa de trabalho de campo.

3.3.1 Seleção dos participantes

O principal critério para selecionar os informantes foi a vontade/motivação destes em participar da pesquisa. Tive muito cuidado em não ‘pressionar’ ou fazer um ‘apelo’ para sua participação. Expliquei a pesquisa e conversei com quem se mostrou disposto. A demanda inicial foi minha, enquanto pesquisadora. Como já dito, não se trata uma situação clínica na qual os sujeitos demandam atendimento. Os critérios de inclusão na amostra foram: maioria, terem sido vítimas de violência do tipo urbana e estar disposto a contar sua história. Foram os funcionários do Pró-Vítima que me deram acesso aos primeiros participantes que entrevistei.

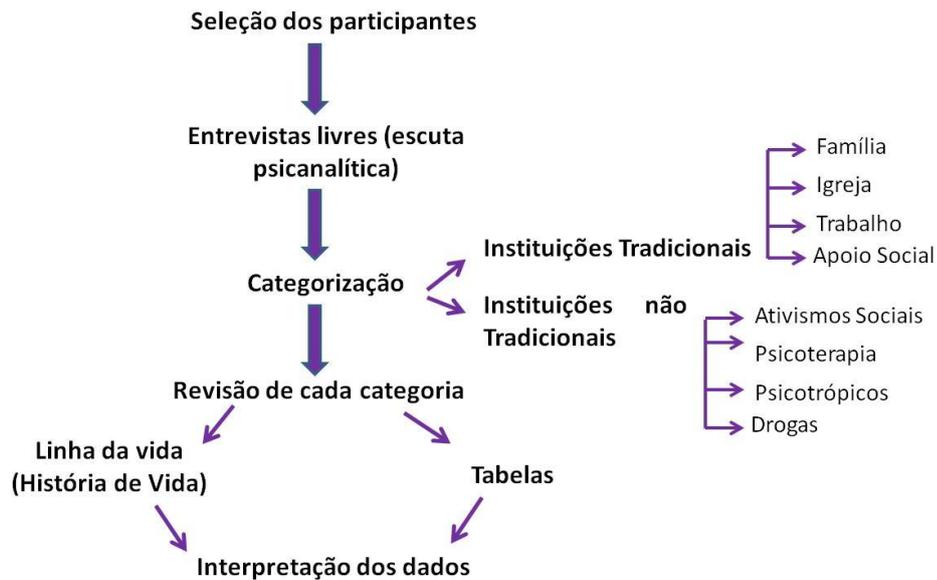


Figura 1 Resumo do caminho adotado no marco empírico da pesquisa

Inicialmente, minha amostra foi selecionada por conveniência da instituição porque o Pró-Vítima me encaminhava as vítimas de violência ali atendidas. Tive perdas que serão descritas a seguir. O programa me encaminhou pelo menos 15 vítimas que estavam dentro do perfil de minha pesquisa. Mas destas, só consegui entrevistar seis.

Duas logo inicialmente não aceitaram participar da pesquisa, tendo recusado por telefone (em ambos os casos os homicidas eram policiais). Outras duas pessoas aceitaram por telefone, mas desmarcaram depois (uma por orientação de advogado e a outra, não sei o porquê, desmarcou quando eu já estava a caminho da entrevista). Com as vítimas restantes, eu nem mesmo consegui contato telefônico.

Com a suspensão do Programa Pró-Vítima²⁶, em janeiro de 2015, continuei trabalhando com uma amostra intencional, agora a partir da técnica ‘bola de neve’ (*snow ball*) para

²⁶ A suspensão do Programa Pró-Vítima ocorreu com a mudança de governo no GDF. Eu não tinha como esperar as atividades no Programa voltarem ao normal. Os funcionários que estavam me ajudando perderam seus empregos e já não respondiam os e-mails. Eu precisava concluir o campo e finalizar a organização das pendências para o Estágio Sanduíche no Exterior. Foi preciso manter a calma e usar o bom senso e a criatividade para encontrar a solução que viabilizasse a continuação da pesquisa empírica.

selecionar possíveis entrevistados. Assim, não defini *a priori* o número total de vítimas de violência que seriam entrevistadas. Essa técnica permite que o pesquisador vá se informando sobre outros possíveis interlocutores, sucessivamente, prescindindo, assim, das pessoas que o introduziram no grupo, criando maior possibilidade de confiabilidade para a pesquisa (Minayo, 2008).

A soma dos participantes indicados pelo Pró-Vítima mais os participantes incluídos por “bola de neve” totalizou 13. Dos 13 entrevistados nesta pesquisa, seis foram indicados diretamente pelo Pró-Vítima. Os outros sete foram encontrados por busca ativa. Uma amiga me apresentou uma líder comunitária muito atuante em cidade satélite do DF. Esta líder me apresentou uma mãe também engajada em ativismos sociais (chamada nesta investigação de Ângela), que me apresentou a mais três outras vítimas (todas suas vizinhas). Dois entrevistados foram parentes de vítimas que eu já estava entrevistando e que aceitaram participar e, por fim, a última entrevistada me foi apresentada por um colega em comum.

3.3.2 As Entrevistas Livres (trabalho de Campo)

No doutorado, escolhi trabalhar com o método de *história de vida*, especificamente o tipo classificado como *Romance familiar e Trajetória Social*, que pontua que as vidas são vividas em contextos culturais, a partir dos quais as histórias de vida possibilitam estudar como diversos recursos e convenções culturais são empregados na reconstrução de experiências de vida. A análise da história de vida busca compreender o trabalho da incorporação da herança ligada às origens sociais, familiares e institucionais (Gaulejac *et al*, 2005; Gaulejac e Levy, 2000), ou seja, permite investigar como a história coletiva tem influência sobre os destinos individuais. No caso desta tese, a principal questão norteadora foi compreender a influência de um conjunto de instituições nos destinos individuais dos participantes desta pesquisa, no sentido

de uma interrogação sobre por que e como não sucumbiram às experiências (potencialmente) traumáticas que vivenciaram como vítimas indiretas de violência urbana.

No campo empírico, o principal instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista aberta e em profundidade, para coleta de História de vida, além dos meus registros em um caderno de notas. A seguir, apresentarei a descrição mais detalhada para seus usos nesta pesquisa.

As entrevistas duraram em média três horas, sendo gravadas e transcritas com consentimento dos participantes e posteriormente transcritas por mim na íntegra. Está claro que o investimento do pesquisador é muito maior que o tempo de duração das entrevistas. Tive o cuidado de manter o conteúdo original das falas.

Como se tratou de uma amostra intencional, o número de participantes não foi definido a priori. Cheguei ao total de 13 histórias de vida e suspendi a inclusão de novos entrevistados quando acabou o prazo previsto para esta etapa, julgando que os dados colhidos, além de ricos o suficiente, estavam também adequados ao tempo reservado para as demais etapas da pesquisa (Sanduíche na Universidad Complutense de Madrid, organização, análise e interpretação dos dados e redação da tese). As entrevistas estão identificadas por pseudônimos.

As entrevistas para coleta de história de vida aconteceram livremente. “*Gostaria que me contasse a história da sua vida, da forma como o senhor (a) quiser*” foi à única instrução dada aos participantes. Logo, não existiu para essa investigação um roteiro fixo de perguntas. Eventualmente fiz perguntas abertas para investigar com mais detalhes alguma informação produzida pelos entrevistados ou questões sobre temas não abordados pelos participantes em seus relatos (principalmente sobre saúde e possibilidades de enfrentamento da violência).

Inicialmente planejei conversar com vários membros de uma mesma família e não consegui realizar essa atividade. O objetivo era tentar entender como as pessoas de uma mesma família lidam com as experiências violentas para fazer um contraponto entre as semelhanças e

diferenças encontradas dentro de um mesmo grupo familiar. Como já percebido em pesquisas anteriores, cada pessoa reage de forma muito particular a estes eventos limite. E eu só consegui entrevistar quem, de algum modo, pode minimamente lidar com a perda que teve.

O trabalho de campo teve início em abril de 2014 e a última entrevista foi realizada em março de 2015. Após a análise dos dados, contudo, avaliei a possibilidade e a necessidade de um retorno ao campo, mais curto e pontual, para sanar dúvidas que foram geradas com a análise conjunta dos dados e o próprio desenvolvimento da pesquisa. Esta nova rodada de entrevistas (de março a maio de 2016) será detalhada adiante.

O contato inicial com a instituição participante (Pró-Vítima) ocorreu meses antes do início das entrevistas, em setembro de 2013, através de e-mails e telefonemas e, mais tarde, com reuniões presenciais para apresentar a pesquisa e as formas de obtenção de dados. Com autorização da subsecretária à época do início do trabalho de campo, a senhora Valéria de Velasco, visitei todos os núcleos do Pró-Vítima. Assim, antes de iniciar o trabalho de campo com as vítimas indiretas da violência urbana, conversei com os técnicos (assistentes sociais, advogados e psicólogos) e com a equipe de apoio administrativo (secretários, atendentes, etc.) do Programa.

Durante o trabalho de campo eu percebi e pude concluir que conta sua história quem quer. E quem pode. Além das dificuldades em conseguir pessoas dispostas a contar a sua história (por isso conta quem quer) é preciso conseguir contar essa história (ou seja, ter recursos psíquicos mínimos para isso).

É preciso registrar aqui que a realidade empírica é muito mais complexa e rica do que a pesquisa de campo pode apresentar. O esforço do pesquisador em detalhar o campo empírico, organizar e sistematizar os dados deve ser uma preocupação constante. Utilizei o *diário de campo* para registrar todas as impressões, não ditos, sentimentos, conversas informais, atos

falhos, comportamentos, observações e notas importantes que diziam respeito ao tema da pesquisa.

O fim do trabalho de campo (em específico desta primeira rodada) foi uma decisão baseada na qualidade dos dados já obtidos e no tempo possível para esta etapa. Uma hora foi preciso parar. A parte empírica desta pesquisa foi muito rica e produtiva. Por em palavras esta etapa, para mim, será sempre insuficiente porque é uma experiência também da ordem do sentir. Descrever o trabalho de campo é como olhar uma fotografia de um lugar incrivelmente bonito. Só quem visitou e viu de perto a paisagem consegue apreender o que conheceu. A foto, por melhor que esteja a luz, a sombra e a qualidade da imagem, não dá conta da beleza representada. Algo parecido se passa com a descrição do trabalho de campo: por mais que eu me esforce em escrever o que passou, não é suficiente para expressar como foi. Existe algo que a fotografia ou as palavras não captam.

O retorno ao campo

Após o início da análise dos resultados e meu retorno ao Brasil (após estágio sanduíche em Madrid), avalei ser importante reencontrar os participantes da pesquisa para fazer perguntas pontuais sobre suas histórias de vida.

Esse retorno ao campo empírico não estava planejado. Ele se deu porque, depois de ouvir os 13 relatos, refletir sobre os dados e ter certo distanciamento (físico e temporal) percebi que havia algumas lacunas que precisavam ser preenchidas. Eu já tinha um quadro completo das histórias de vida, mas faltavam algumas informações para preencher as Tabelas e Linhas da Vida dos participantes (apresentadas no capítulo de resultados).

Até aqui eu não sabia se conseguiria conversar novamente com eles. Antes de tentar retomar este contato, estudei e anotei detalhadamente tudo que precisava saber de cada um. E, a partir daí, liguei e/ou escrevi para os participantes.

Tive bastante sucesso nesse retorno ao campo empírico, que foi retomado em março de 2016 e finalizado em maio. Como já dito, esta etapa foi importante para confirmar alguns dados e tirar dúvidas que apareceram durante a análise de algumas categorias (sobretudo as relações dos participantes com as Instituições Tradicionais e não Tradicionais).

Esta ‘segunda rodada’ de trabalho empírico foi diferente da primeira porque aqui eu propositalmente ‘forcei a técnica’ quando voltei ao campo para “tirar a prova dos nove”: precisei preencher lacunas das histórias escutadas. As narrativas livres dos participantes foram, aqui, “menos livres” porque eu fiz perguntas diretas, que precisava saber para concluir sobre os dados. A minha escuta, como não poderia ser diferente, também foi ‘menos’ uniformemente flutuante. Não gravei e não transcrevi as falas.

Sobre a operacionalização deste retorno, em primeiro lugar, preciso destacar que foi importante ter organizado e em mãos os contatos de todos os participantes. Foi fácil ter acesso aos telefones e/ou e-mails porque estes foram arquivados e puderam ser recuperados prontamente.

Outro fator importante foi nunca ter confiado na memória. Sempre anotei tudo, inclusive a forma de chegar à casa dos participantes. Fiz este registro no mesmo dia da entrevista ou o quanto antes. Também anotava as “sacadas” que tinha, os sonhos, as inspirações e/ou o que não podia ser registrado durante as conversas.

O mais interessante em reencontrar os participantes, quase dois anos após os encontros iniciais, foi ter a oportunidade de ver como a vida muda nesse intervalo. Bebês nasceram, alguns mudaram de casa, sintomas e angústias desapareceram, outros surgiram, etc.

Sobre as dificuldades desta etapa, destaco que apenas dois participantes eu não consegui reencontrar. Trata-se de Sofia e seu filho, Robert. Consegui contato por telefone com a mãe, que, inicialmente, se mostrou disposta a continuar na pesquisa. Contudo, após várias tentativas de agendar uma nova entrevista, eu entendi que ela não queria mais participar. E esta recusa

precisa ser respeitada e analisada como dado de pesquisa. Com seu filho, eu não consegui contato telefônico porque o celular mudou de número. Ainda com estas duas ausências, eu avalio que o vínculo que estabeleci com os participantes foi suficientemente bom. Todos me receberam muito bem neste retorno. E solicitaram um retorno sobre suas histórias, após a conclusão da pesquisa.

Assim, haverá ainda um terceiro retorno ao campo empírico, este sim planejado desde o início. Após a defesa da Tese, retomarei contato com os participantes e, para aqueles que se mostrarem interessados, deixarei uma cópia da tese impressa ou em formato digital. Além disso, continuarei avisando que estou à disposição para conversar sobre os resultados que obtive. Para mim, seria interessante ouvi-los novamente, após a leitura da tese.

3.3.3 Categorização

Aqui serão apresentadas as grandes categorias que subsidiaram a organização e a análise dos resultados desta tese. Estas categorias emergiram durante o trabalho de levantamento de dados e após a transcrição e a leitura exaustiva das entrevistas realizadas. A partir deste processo, nem sempre linear, pude também agrupar os dados obtidos em duas macrocategorias de análise, aqui chamadas de “*instituições tradicionais*”, formadas pela família, pela igreja, pelo trabalho e pelo apoio social; e “*instituições não tradicionais*”, mais “recentes” ou mais contemporâneas, sendo estas: o ativismo social, a Terapia, a medicação (psicotrópica) e as drogas ilícitas. Este conjunto de oito instituições faz parte das principais tentativas de enfrentamento - ou ressignificação - das experiências violentas que afetaram os participantes desta pesquisa.

Diversos conceitos utilizados nas Ciências Humanas e Sociais são de difícil definição ou consenso entre os especialistas, inclusive as grandes categorias que subsidiaram a organização e

a análise dos resultados desta tese. No entanto, nesta pesquisa de doutorado, acredito ser relevante tentar definir estes conceitos, ainda que esta tarefa seja árdua e não isenta de críticas. Pelo destaque que possuem no conjunto dos dados colhidos, algumas instituições estão apresentadas com maior riqueza de detalhes.

Sobre as instituições

As instituições são meios de socialização histórica e socialmente criados para proporcionar o gerenciamento das relações interpessoais e para a propagação de valores. As instituições normatizam, legalizam e legitimizam os comportamentos individuais. E, potencialmente, são também geradoras de estabilidade e segurança nas trocas sociais, viabilizando a existência e manutenção da sociedade (Larau, 1996; Ramos e Nascimento, 2008).

Sem esquecer o debate científico em torno do conceito de ‘instituição’, este pode ser resumido como o “*conjunto de normas que se aplicam em um sistema social, e que definem o que é legítimo e o que não é nesse sistema*” (Souto, 1985, p. 211).

Aqui são apresentadas as grandes categorias que subsidiaram a organização e a análise dos resultados desta tese, todas pensadas durante e após as etapas de coleta e preparação dos dados, junto com um trabalho de revisão teórica, que, sem objetivar ser exaustivo, serviu para explicitar para o leitor – e, sobretudo para mim mesma - a definição de cada uma das instituições que surgiram no discurso dos participantes.

3.3.3.1 Instituições tradicionais: família, igreja, trabalho e apoio social

Para muitos autores (dentre os quais, destaco Dufour, 2005; Giddens, 1991, 2002; e Hall, 2002), os modos de vida advindos da modernidade nos afastaram dos tipos tradicionais da ordem social de uma maneira sem precedentes.

Fala-se de “dessimbolização”, de “fratura na modernidade” e “perda do grande Sujeito” (Dufour, 2005), de “fim das utopias” (Marcuse, 1969), de “desencantamento do mundo” (Bourdieu, 1979), de “sociedade do espetáculo” (Debord, 1997), de fragmentação e enfraquecimento da coesão social (Martuccelli, 2016), de “cultura do narcisismo” (Lasch, 1983) entre outros termos, para tentar explicar a mutação histórica, em curso, nas sociedades humanas.

Outros teóricos (com destaque para Byung-Chul 2012, 2014; Lyotard, 2013; Santos, 2012 e outros) utilizam o termo pós-moderno (ou pós-modernidade) para marcar uma ruptura ainda mais recente, postulando que as transformações culturais, sociais, psíquicas, culturais e tecnológicas presentes no mundo atual foram tão profundas que justificam a inauguração de uma nova era, a qual rompeu com os paradigmas da época moderna.

Sem entrar muito neste debate, destaco apenas que, para todos os autores citados, no passado, antes da modernidade, o sujeito se constituía referido a um deus (ou igreja), a uma atividade exercida (trabalho), a uma linhagem (sangue/Família), a uma comunidade (apoio social) etc.; de forma que o ‘social’ servia, muito mais do que na contemporaneidade, de continente ou suporte para as demandas individuais. Dufour (2005), por exemplo, vai dizer, nesse sentido, que essa hétero referência do ‘social’ se transformou em autorreferência. Em outras palavras: cada um se tornou o único responsável por seu próprio destino.

Em uma ordem social tradicional, o sujeito seria regulado pela longa duração das instituições e pela permanência quase ancestral de seu sistema de regras, que lhe “oferecem segurança e grandes certezas. Isso porque as escolhas e opções do sujeito são fixadas em detalhes há muito estabelecidos na memória coletiva” (Birman, 2001c, p.79). O mundo atual, ao contrário, nos apresenta muitas possibilidades, mas também muitas impossibilidades existenciais.

Carvalho (2012) parte do pressuposto de que mudanças estruturais, acontecidas nestes últimos 40 anos e atinentes à vida político-social-econômica de nossa sociedade, atuam de modo traumático sobre a constituição subjetiva dos sujeitos, incidindo diretamente sobre o que foi um dia recalcado e cindido, exigindo um (re) nascimento psíquico, já que, em muito pouco tempo, os sujeitos perderam as referências que os constituíam.

Essa perda de referências levou alguns autores a concluir pela fragilização, atomização e até mesmo pelo fim da tradição [das instituições tradicionais]. Contudo, será mesmo que estas instituições tradicionais sucumbiram com a crise do paradigma moderno em curso na contemporaneidade? Ou será que estas instituições, ao contrário do que alardearam alguns teóricos, estão se reinventando, se transformando, se reorganizando?

Martuccelli (2016) aponta ser inegável a crise de sentido nas sociedades contemporâneas. O autor analisa como o amor, no registro familiar e, principalmente conjugal, tornou-se o principal esteio de sentido da vida e uma das maiores promessas de felicidade que confere sentido à existência. A partir desta transformação, o autor entende uma das grandes crises de sentido moderna. Para ele, “o que confere sentido à vida pessoal não confere sentido – ou o faz insuficientemente – à vida coletiva” (p. 147).

O amor (ou o Amante), como nova figura de sentido, contrasta com outras grandes figuras coletivas que tradicionalmente conferiam sentido para a humanidade, sendo estas o crente, o cidadão e o burguês. Estas categorias propostas por Martuccelli têm uma correspondência com aquelas que analiso nesta tese, a saber: a família(o amor), a igreja (o crente), o trabalho (o burguês) e o Ativista (o cidadão).

Para o autor, junto às três grandes figuras de sentido modernas (o Crente, o Cidadão e o Burguês), as sociedades atuais acrescentaram outra: a figura do Amante. Dentre todos os Outros, os filhos e, principalmente o cônjuge, despontam como Outro particularmente significativo (p. 157). Nos três primeiros casos, o ideal e o sentido eram coletivos e o indivíduo,

submetendo-se a eles, dava um sentido para sua existência, de forma que “o suporte do sentido coletivo era o suporte do sentido individual” (p. 160). Com o apogeu do amor, é diferente. Não se trata mais de um ideal coletivo e “os amantes não sentem a necessidade de mudar o mundo” (p. 161). As grandes figuras modernas continuam existindo. O “sentido da vida” continua sendo plural, mas o amor tem se consolidado como grande horizonte e produtor desse sentido.

A seguir apresentarei uma breve discussão, por vezes acompanhada de esforços para uma melhor conceituação, sobre cada uma das Instituições Tradicionais que, por conta do método adotado, fazem parte do núcleo desta investigação.

Família²⁷

A família se define como:

O grupo de pessoas ligadas por vínculos de consanguinidade, matrimônio e/ou união estável que compartilhem um projeto vital de existência comum que se quer duradouro, onde nele se geram fortes sentimentos de pertencimento a tal grupo, existe um compromisso pessoal entre seus membros e se estabelecem intensas relações de intimidade, reciprocidade e dependência (Rodrigo e Palacios, 2001, p.33).

Parece sociologicamente indiscutível que a família sempre se caracterizou por ser a principal fonte de solidariedade entre seus membros, e que as funções que as famílias realizam se articulam a partir da solidariedade relacional, que são um conjunto de relações características dos grupos primários e que permitem o desenvolvimento de funções de apoio mútuo, ajuda material e subjetiva entre seus membros (Iglesias de Ussel e Ayuso, 2007).

²⁷ É preciso apontar que família e apoio social são instituições diretamente relacionadas, mas que serão apresentadas, por uma questão de organização, em itens separados. Diversos estudos longitudinais têm constatado a importância do grupo familiar como principal fonte de apoio social e recursos de enfrentamento diante dos problemas da vida (Sarason, 1999). As relações entre a família e os recursos de apoio social resultam muito evidentes do ponto de vista psicossociológico.

A família, enquanto instituição social, está sendo ressignificada. Essa instituição moderna apresentou muitas transformações a partir do século XIX, mas estes não serão aprofundados aqui, por não contemplar os objetivos da tese. A definição da categoria família é apenas para contextualizar a análise dos dados obtidos em campo e para que fique claro para o leitor o meu ponto de partida para esta análise. Para os objetivos dessa investigação, entendo a instituição tradicional família em um sentido amplo, podendo tratar-se de uma família nuclear, extensa, reconfigurada, monoparental, homoafetiva e/ou quaisquer outras configurações. Levei em conta a forma como os participantes consideram sua rede familiar, respeitando quem eles próprios incluem ou excluem desta instituição.

Igreja

Em “O futuro de uma ilusão” (1927b), manuscrito que tem por objetivo apontar as bases psicológicas das crenças religiosas, Freud vai dizer que a religião tem a função de apaziguar o homem diante do terror da morte, do nada, da falta de sentido da vida. A religião se constituiu, para o referido autor, como importante ilusão. No entanto, ao contrário do que Freud previu, o discurso científico não enfraqueceu (muito menos extinguiu) os laços entre o homem e o sagrado. No Brasil pelo menos, a igreja continua sendo uma instituição forte e, pelas esquinas, ainda vejo a proliferação de seitas e denominações religiosas.

É preciso apontar aqui alguns conceitos correlatos como religião, espiritualidade, fé em deus e religiosidade. Estes não estão restritos a uma igreja específica e se constituem como um dos caminhos de ressignificação (em pesquisas anteriores que fiz e na literatura especializada) para as famílias em processo de luto, bem como para as pessoas individualmente.

Martuccelli (2016) vai dizer sobre a figura de sentido que chamou “O crente”. A espiritualidade ou a religião “preenchem” a subjetividade de muitos latino-americanos. Ainda que não frequentem uma igreja, o componente fé e espiritualidade é uma realidade cotidiana

(por exemplo: rezar todos os dias) e uma prática pessoal. O campo religioso faz parte do imaginário popular e deus aparece como fonte de harmonia: a análise dos relatos que obtive revela que a espiritualidade é uma forma de suportar as adversidades do cotidiano.

Birman (2006) vai lembrar que a religiosidade se desenvolve com tamanha intensidade no Brasil de hoje em função de uma busca espiritual de proteção, diante da escandalosa incapacidade das instâncias terrenas de a proverem minimamente.

Entendo aqui a igreja como congregação de fiéis de alguma religião, quaisquer que seja os dogmas ou crenças.

Trabalho

Torregrosa (1987), saudoso sociólogo espanhol, defende que através do trabalho o homem produz coisas, mas também produz a si mesmo. Escreveu sobre a diferença entre trabalho e emprego, em que este, o emprego, seria uma forma histórico-concreta de trabalho: “não é apenas um direito inalienável, mas a própria essência de estar vivo” (p. 26). Para o autor, o trabalho é, claramente, uma noção globalizadora que inclui, mas não equivale, ao emprego. Os termos emprego e posto de trabalho se referem ao trabalho realizado em condições contratuais pelo qual se recebe uma remuneração material. Essa definição não abarca todas as formas de trabalho que são economicamente relevantes. Ficam de fora não apenas os trabalhos realizados em outras épocas históricas ou nas sociedades não industrializadas, mas também vários outros tipos de trabalho das sociedades industrializadas: trabalhos por conta própria, a maior parte do trabalho doméstico, trabalhos de economia submersa, trabalho voluntário com fins sociais e as atividades do tipo ‘faça você mesmo’. Tudo isso também é trabalho para Torregrosa.

Trabalho é objeto de múltipla e ambígua atribuição de significados e/ou sentidos (Borges e Yamamoto, 2004). É uma forma de relação social (Dejours, 2004) e categoria central

para pensar a vida social (Antunes, 1995). É uma instituição tradicional que, como todas as outras definidas nesta pesquisa, vem passando por importantes mudanças nas últimas décadas.

Para os objetivos desta tese, concordo com a definição de trabalho proposta por Dejours (2004), que define trabalho como:

Aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar (p.28).

A categoria trabalho, portanto, está aqui definida aqui de forma ampla, incluindo a atividade doméstica e voluntária. Ricardo Antunes (2000) é um teórico importante que ajuda a pensar o mundo do trabalho de hoje, nas formas contemporâneas de vigência da centralidade do trabalho ou em seus múltiplos sentidos. Os sentidos ou significados do trabalho variam ao longo da história humana, a depender dos valores e crenças de cada época, sendo encarados como obrigação, castigo, benção, direito e outros.

Além disso, é preciso ressaltar que o trabalho pode ser uma fonte de apoio social (ainda que o sujeito não esteja satisfeito com suas condições de trabalho ou ainda que não “goste” de trabalhar). E sobre os vínculos no ambiente laboral, Winnubst (1982) descreve com detalhes de que maneira o companheiro de trabalho com o qual se estabelecem mínimas relações de confiança e amizade, constitui um dos mais eficazes mecanismos protetores contra as consequências do estresse e as depressões de origem laboral. Mais ainda, a psicossociologia da amizade e das redes sociais tem demonstrado claramente que os amigos são mais importantes (como confidentes e apoio psicológico) que as relações familiares para a manutenção da autoestima e o reconhecimento da realidade (Requena, 1994).

Alguns fenômenos associados à categoria “trabalho” (como crise do trabalho, psicopatologia do trabalho, precariedade do trabalho, atualidade do trabalho, flexibilização do mundo do trabalho, novas formas de organização do trabalho, degradação do trabalho,

reorganização do capital e do trabalho, desemprego, etc.) levaram autores a apontarem para uma perda da centralidade do trabalho como categoria para pensar a sociedade. Em contrapartida, muitos outros autores, reafirmam que o que está em crise não é centralidade do trabalho, mas sim a centralidade de uma das formas possíveis de trabalhar, que é a variável emprego. Castel (1997) deixa claro que: “o trabalho continua sendo uma referência não só economicamente, mas também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente dominante, como provam as reações dos que não o têm” (p. 57).

Yves Clot (2006) é outro teórico que desenvolve suas reflexões indo de encontro às teorias que preconizam o fim do trabalho (nas quais esta categoria deixaria de ser central na organização e manutenção do pacto social). Anos de pesquisas levam Clot a concluir que o trabalho segue preenchendo uma importante função psicológica, bem como mantém sua centralidade nas sociedades atuais. O trabalho, para Clot, preenche uma função psicológica específica porque promove um rompimento entre as “pré-ocupações” íntimas e as “ocupações” sociais que os sujeitos realizam. Nesse sentido, trabalhar pressupõe a “capacidade para realizar coisas úteis, de estabelecer e manter engajamentos, de prever, com outros e para outros, algo que não tem diretamente vínculo consigo” (p. 73). Trabalho seria uma atividade que requer conservação e transmissão, envolvendo este duplo processo, de invenção e de renovação.

Já Estramiana (1992) destaca as funções do trabalho relacionando esta categoria com ingressos econômicos, identidade, atividade, estruturação do tempo e relações interpessoais laborais. Sobre a dimensão econômica do trabalho, ele analisa que este é o principal meio através do qual a pessoa se relaciona com a sociedade e contribui, mediante a provisão de bens e serviços, para a manutenção da mesma. Esse vínculo entre a pessoa e a sociedade possibilita, ainda, um sentimento de participação e utilidade. A primeira função do trabalho, portanto, é

prover os meios necessários para subsistência. Contudo, o desejo de trabalhar não pode ser explicado apenas por seu caráter instrumental (salário).

Como exemplo dessa não instrumentalidade do trabalho, estariam as pessoas que seguem trabalhando “sem precisar” do dinheiro, aposentados que voltam a trabalhar para ter uma ocupação e se sentirem úteis, pessoas que realizam trabalho voluntário, estabelecimento de vínculos pessoais e experiências compartilhadas fora da família, o trabalho doméstico, entre outros. O trabalho voluntário aqui não se confunde com o ativismo Social, que é outra categoria específica de análise desta tese, e que será apresentada dentro do grupo das instituições não tradicionais.

Apoio social

Segundo Estrada (2009, p.21), o apoio social está constituído pelo “*conjunto de relações encadeadas que tecem ações e significados de pessoas que interatuam de maneira cotidiana, constante e inclusive de maneira distante*”.

A maioria das relações estáveis de interações primárias geralmente é enquadrada com a denominação genérica de *redes de apoio e rede de contatos pessoais*. Segundo expertos no tema, como Bronfenbrenner (1987), um adulto normal deve ser capaz de relacionar-se de maneira satisfatória com umas 25 pessoas, geralmente encontradas nos grupos de família, grupos religiosos, amigos, vizinhos e companheiros de trabalho, que configuram diversos âmbitos ou *zonas de relações* de interações da pessoa²⁸.

Quando se carece dessas relações, ou as mesmas são conflitivas e desalentadoras, se pode evidenciar (ou anunciar a iminente aparição de) alguns graves transtornos ou quadros

²⁸ Existe, para esse autor, uma “interseção” entre apoio social e família, igreja e trabalho. Especificamente em minha tese, “apoio social” tem uma definição mais restrita e, para evitar sobreposições, equivale a vínculos sociais e afetivos não relacionados com a família, a igreja ou trabalho.

psicológicos (como estresse, ansiedade e depressão) que podem contribuir para deteriorar a saúde do indivíduo (Sánchez, 2002).

Ao contrário, a mera certeza de que se pode contar com a ajuda e/ou com a proteção pontual de alguém em caso de necessidade, constitui por si um elemento tranquilizante e motivador para enfrentar-se com situações rotineiras de perigo, ou para poder suportar um período mais ou menos longo de estresse contínuo. Isto foi o que demonstraram numerosas investigações pioneiras, desenvolvidas nos fins dos anos 70 do século passado, como a de Brow e Harris (1978) acerca da importância – frente ao perigo da depressão – do papel de confidentes (homens e mulheres) e dos grupos de amigos íntimos que proporcionam consolo, conselhos e outras classes de ajuda psicológica e apoio social para mulheres que se divorciaram.

De todo modo, não existe acordo entre os pesquisadores sobre a definição de apoio social. Para falar sobre o conceito, cabe então apresentar dois debates clássicos existentes na literatura especializada. O primeiro trata dos efeitos do apoio social, no qual existe um aparente²⁹ desacordo entre os autores. Alguns especialistas concluem que o papel do apoio social é protetor, mitigador ou moderador diante de situações estressantes (hipótese de efeitos de amortização); enquanto outros ponderam que existem efeitos diretos do apoio social para o bem-estar psicológico sem que seja necessária uma exposição a fatores estressantes (hipótese dos efeitos diretos).

O segundo debate é conceitual e se refere a duas noções de apoio social, também não necessariamente excludentes entre si, sendo elas: a definição estruturalista e a definição

²⁹ Aparente desacordo, porque as opiniões não são excludentes.

funcionalista. Participo dessa discussão concordando com Moreno (2002), quando afirma que os dois debates estão estreitamente relacionados³⁰.

Nos parágrafos a seguir apresento com mais detalhes os referidos debates em torno da noção “apoio social”.

Os primeiros estudos, relacionados com a definição estruturalista sobre apoio social, começaram a ser publicados na década de 1970 e versavam sobre a possível relação entre apoio social e saúde mental, com destaque para os artigos de Cassel (1976) e Cobb (1976). O primeiro autor nos diz que mecanismo de atuação do apoio social consiste no amortecimento do estresse e esta seria a forma como o apoio social colabora beneficemente para a saúde (sobretudo a saúde mental). Esta seria a chamada hipótese dos efeitos de amortização, na qual os efeitos positivos do apoio social para a saúde ocorreria apenas em situações nas quais a pessoa enfrentasse acontecimentos estressantes.

Cobb (1976) também é um autor clássico e suas hipóteses complementam as de Cassel. Cobb diz que o apoio social facilita o enfrentamento das crises e os momentos de adaptações e mudanças. E concebe o apoio social como informações do(s) tipo(s): 1) Informação que leva o sujeito a acreditar que é cuidado e amado (gerado nas relações mais íntimas, configurando em apoio emocional); 2) Informação que leva o sujeito a acreditar que é estimado e valorado (diz sobre o valor do indivíduo, que configuraria em um apoio a autoestima); e, 3) Informação que leva o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Ambos os autores postulam um papel amortizador para o apoio social.

³⁰Moreno (2002) distingue apoio social de integração social, retomando os escritos clássicos de Durkheim. Os efeitos da integração social serão independentes dos níveis de estresse experimentados pelo indivíduo e, dessa maneira, apoio social e integração social seriam dois fenômenos diferentes. O debate em torno dos efeitos diretos ou dos efeitos de amortização do apoio social se dilui.

Em contrapartida, a segunda noção clássica (dos efeitos diretos) sugere que o apoio social tem efeitos positivos independentemente dos indivíduos (que recebem apoio) experimentarem situações difíceis.

É preciso destacar que, a ausência de apoio social explícito não significa rejeição e, da mesma forma, pertencer a uma rede de apoio não significa que o apoio recebido ou percebido será eficiente.

Por fim, resta ainda responder: O que seria, afinal, o apoio social? Moreno (2002) tenta contestar concluindo que “apoio social não é o número de relações em que o indivíduo está implicado, tampouco a densidade de sua rede de apoio. Apoio é, fundamentalmente, um recurso não pessoal de enfrentamento” (p. 121). Assim, embora tenha origem nas relações sociais, o apoio social não se confunde com essas relações.

A meu ver, Marcos (2012, 2014) está correto em suas reflexões sobre a solidariedade, ao concluir que esta possui um imenso poder restaurador e que ajudar aos outros nas situações difíceis faz as pessoas mais resistentes ao estresse e ao esgotamento físico e mental.

Nesta definição de apoio social, entendida como instituição possível no enfrentamento da violência urbana, estão incluídos a rede de amizade e vizinhança, companheiros de trabalho, “irmãos” de igreja e outras pessoas que não fazem parte da família do participante.

Algumas palavras a mais sobre as Instituições Tradicionais

Exposta a breve revisão sobre os conceitos de família, igreja, trabalho e apoio social, para evitar dubiedades, cabem umas palavras a mais sobre o modo como estes conceitos estão dispostos nesta tese, para atender aos objetivos desta.

Início colocando que, por envolverem relações entre sujeitos, a família pode ser compreendida como um subconjunto do apoio social.

Já a igreja/religião e o trabalho, apesar de muito próximos, apenas tangenciam o apoio social, mas, para esta tese, os três não se misturam.

Não duvido de que o arranjo adotado empobreça as discussões apresentadas, mas, mesmo assim, insisto no uso, por acreditar que os ganhos de rigor no tratamento dos dados superam todas as perdas ligadas ao empobrecimento dos conceitos. O diagrama abaixo (Figura 2) ilustra a ressalva feita aqui.

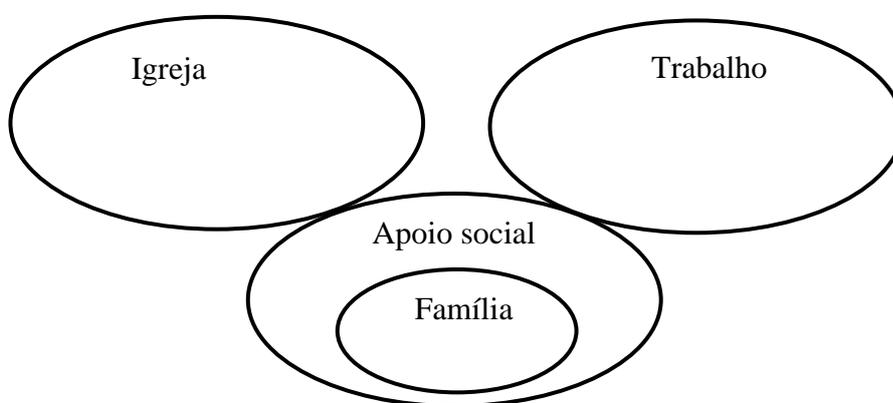


Figura 2 Relações entre as instituições tradicionais

3.3.3.2 Instituições não tradicionais: ativismo social, psicoterapia, medicação psicotrópica e drogas ilícitas

Neste segundo grupo, categorizadas como “instituições não tradicionais”, apresento mais quatro instituições, também relatadas como possibilidades de enfrentamento da violência urbana pelas vítimas entrevistadas. São instituições de surgimento mais ‘recente’ na história, e não, necessariamente, instrumentos de socialização.

São efêmeras porque formam vínculos pontuais, ou seja, em geral, são utilizadas por um período de tempo relativamente curto, diferente das Instituições Tradicionais, bastante

vinculadas ao processo de socialização de cada um. Por oposição a estas, portanto, neste trabalho são chamadas de instituições não tradicionais.

Ativismo social

O ativismo pressupõe um grupo de indivíduos, pois uma mobilização de caráter público e duradouro dificilmente será realizada por uma única pessoa. Ao se estudar as possibilidades de enfrentamento da violência, sobressai a mobilização popular (Amaro *et al*, 2010) impulsionada por valores que referem a união, a cidadania e o cultivo da paz entre os indivíduos (Souza e Grundy, 2004), como os ativistas sociais. Além disso, acredito que esses indivíduos são também mais críticos, politizados e possuem maior chance de buscar melhorias pessoais e coletivas.

A exemplo das Mães de Acari estudadas por Fábio Araújo (2005), que a partir da vivência de um acontecimento trágico – o desaparecimento dos filhos – transitaram de um tempo do choque para um tempo da política³¹, é possível perceber, nos últimos anos, que familiares e amigos de vítimas de violência (assassinatos, sequestros, roubos, ameaças, entre outros) têm ocupado a cena pública no debate sobre criminalidade. Muitas vezes são parentes indignados, vivendo uma tragédia recente. Ou mesmo pessoas comuns muito comovidas e atingidas, ainda que indiretamente, pela violência. Em algumas ocasiões, essas pessoas passam a ‘militar’ no campo de respostas à violência, fundando organizações ou associações capazes de mobilizar respostas de parlamentares, governantes, ONG’s e também a mídia. Estes grupos têm contribuído para elaborar “estratégias de sobrevivência de rememoração pública e privada” (Huysen, 2000) a partir da transformação do luto em uma prática reivindicativa de justiça. A

³¹ Segundo Araújo (2005), as Mães de Acari transitaram de um tempo do choque para um tempo da política na medida em que a partir do choque elas se constituíram enquanto sujeito político e começaram a aparecer na esfera pública para pressionar o Estado e reivindicar justiça e reparação. Entendo que a forma como enfrentaram a violência – reivindicando e exigindo reparação – ajudou na elaboração do luto de seus filhos.

experiência das mães de Acari e do diálogo possível com outras experiências similares (como as Mães da Praça de Maio da Argentina) tem ajudado a fomentar um espaço fúnebre capaz de contribuir para alimentar a memória humana (Araújo, 2005).

Por ativismos sociais compreendo as atividades públicas organizadas dos atores sociais, definidas por Souza (2006a) como:

Relativamente duradouras, diferenciando-se de ações coletivas efêmeras e pouco organizadas ou desorganizadas, como quebra-quebras, saques e outras; e, como ações públicas, em sentido forte, diferenciando-se tanto da criminalidade ordinária e de organizações terroristas, quanto de grupos de pressão e *lobbies* em sentido restrito (Souza, 2006a, p. 278).

Tanto o ativismo quanto a própria trajetória de vida podem ser considerados meios de ressignificação, proteção e novas formas criativas de lidar com experiências potencialmente traumáticas. O ‘dar de si’, tão característico das pessoas engajadas em ativismos e movimentos sociais pode se configurar como ajudar os outros e ajudar a si mesmo.

Sobre a figura de sentido “O cidadão”, Martuccelli (2016) pontua que o discurso dos valores patrióticos ou do engajamento militante segue tendo forte legitimidade no momento de definir os deveres do indivíduo no plano coletivo. Para algumas pessoas, a pátria, a república ou até mesmo a revolução continuam sendo um horizonte de sentido. O militante foi um modelo político de sujeito cujas lutas sociais não podem ser ignoradas. Porém, o horizonte de sentido também foi sendo deslocado para ações cotidianas e pessoais, e a mobilização tende a diminuir quando o objetivo é alcançado (como nos ativismos de bairro e nos ativismos urbanos). Dessa forma, diferente do passado, na contemporaneidade, o mais importante não é a causa a ser defendida nem o compromisso moral com os outros, mas o reconforto pessoal obtido com a militância.

Psicoterapia

Remontam do início do século XX as discussões sobre indicações e eficácia dos métodos de tratamento psicológicos. Mas foi a partir da década de 1950 que o alemão (radicado em Londres) Hans Jürgen Eysenck iniciou as discussões sobre a validade dos métodos psicoterapêuticos. Eysenck causou muito burburinho quando fez uma pesquisa com método comparativo experimental (um grupo recebeu tratamento psicológico e outro não) e concluiu por uma correlação inversa entre psicoterapia e recuperação. Ou seja, em sua amostra, pacientes tratados com terapia psicanalítica tiveram melhoras menos visíveis que os tratados com eletroterapia ou com tratamentos ecléticos. Ele chamou por provas científicas de que a psicoterapia seria mais eficaz que uma recuperação espontânea ou com o tratamento de eletroterapia. Recebeu muitas críticas pelos métodos que utilizou, mas seus estudos deram início ao importante debate sobre a eficácia das psicoterapias.

Na década de 1970 já não se duvidava mais de que a “terapia funciona” e o debate passou a ser em torno de questões relativas ao tipo de tratamento, das qualidades do terapeuta, do perfil do paciente, etc. Assim, se buscava responder qual psicoterapia seria mais efetiva. Mais recentemente, as pesquisas continuam e tentam compreender os fatores envolvidos na mudança terapêutica.

Em artigo de revisão bibliográfica, Diniz-Neto e Féres-Carneiro (2005) afirmam que a psicoterapia é uma alternativa eficazmente comprovada para o tratamento de problemas de ordem psicológica. Apontam sobre a notável ausência de diferenças significativas de resultados, na maior parte dos estudos metaestatísticos, entre as diversas escolas de psicoterapia, considerando que não é possível concluir sobre a adequação de uma dada escola psicoterápica. Não existe, assim, nenhum dado que comprove superioridade de abordagens ou escolas de psicoterapia.

Brum *et al* (2012) dizem que os estudos hoje se deparam com diferentes formas de avaliação em psicoterapia, podendo avaliar os resultados, a eficácia ou a eficiência. Há ainda os estudos que avaliam o processo psicoterápico e enfocam especialmente como ocorrem as mudanças. Assim, as pesquisas realizadas nas últimas décadas apontam que a psicoterapia leva a mudanças nos pacientes, independentemente da orientação teórica e da modalidade que assumem.

Cordioli (1998a, 1998b) define as psicoterapias como métodos de tratamento para problemas de ordem emocional, em que um profissional treinado e habilitado, mediante a utilização de instrumentos psicológicos, estabelece uma relação profissional com a pessoa que busca ajuda. O terapeuta utiliza, sobretudo, a comunicação verbal e a relação terapêutica para influenciar o paciente e fazer com que sejam modificados pensamentos, emoções, atitudes ou comportamentos considerados desadaptativos. As psicoterapias variam enormemente com relação às técnicas que utilizam, as teorias nas quais se fundamentam, aos objetivos, frequência e duração das sessões, entre outros aspectos.

Para os objetivos desta pesquisa, a psicoterapia não foi considerada como instituição utilizada para enfrentar a violência urbana quando se limitou às sessões iniciais (por exemplo, casos em que o participante teve acesso ao tratamento psicológico, esteve presente na(s) primeira(s) consulta(s), mas não deu seguimento).

Medicamentos psicotrópicos

A categoria “medicação psicotrópica” poderia ser apresentada em conjunto com a variável “droga”, por serem ambas as substâncias que atuam afetando o Sistema Nervoso Central (SNC). Contudo, para os objetivos desta tese, serão apresentadas como categorias apartadas em função do acompanhamento médico que o uso da medicação psicotrópica recebe,

ou pelo menos deve receber; enquanto que a droga ilícita costuma ser utilizada deliberadamente sem esta indicação profilática.

Não vou discutir aqui a eficácia dos psicofármacos. Está claro que estas drogas são fundamentais em muitos casos. Mas é preciso apontar que a medicação das variações de humor, das paixões, das performances e do sofrimento psíquico aumentou de maneira vertiginosa (Birman, 2001a) nas últimas décadas. O autor compara os psicotrópicos com o tráfico de drogas ilegal, pois ambas as indústrias atingiram um crescimento exponencial na contemporaneidade.

A Organização Mundial da Saúde (1990) conceitua esse tipo de medicamento como aquela que produz alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo passíveis de autoadministração. Podem levar à dependência e são classificadas em: anestésicos, ansiolíticos e hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos, antiepilépticos, estimulantes psicomotores, alucinógenos e analgésicos.

Quando me refiro ao uso de medicação psicotrópica ou drogas psicotrópicas (popularmente conhecidos como “remédios de tarja preta”), digo especificamente sobre os depressores, estimulantes ou perturbadores do SNC, usados com ou sem indicação/prescrição médica.

Drogas ilícitas

O uso de drogas é milenar e acompanha a história humana. Mas, sobre este uso, cabe uma questão: nos tempos recentes, podemos afirmar que houve uma mudança com relação ao uso de droga (incluindo, obviamente, o álcool)? Diversos autores defendem que sim, entre eles Ribeiro (2009), Birman (2001a, 2001b, 2012, 2014), e Bucher (1986). E esta mudança justifica a classificação das drogas ilícitas entre as instituições não tradicionais, em vez de entre as tradicionais, nesta pesquisa.

O homem sempre consumiu substâncias psicoativas e este comportamento, quando com fins religiosos, purgatórios, lúdicos ou terapêuticos, quase nunca foi visto como prática a ser evitada. Na antiguidade as drogas eram utilizadas em rituais e cerimônias para obter prazer e ter experiências transcendentais. Os índios americanos tinham bebidas fermentadas que eram usadas em rituais e festas; os egípcios tinham vinho e cerveja que eram usados para tratar doenças, amenizar a dor e abortar. O ópio era usado pelos gregos com fins medicinais, tranquilizante e para aliviar a dor. Índios do México consideravam cogumelos tóxicos sagrados, utilizando-os para induzir alucinações. Romanos bebiam álcool para confraternizar e estas duas bebidas seguem sendo usadas em cerimônias católicas, judaicas e no candomblé (Bucher, 1986). A utilização de drogas não representava, em geral, uma ameaça ou perigo social. Além de serem desconhecidos seus possíveis efeitos adversos.

Aqui me refiro, porém, ao uso contemporâneo das drogas lícitas e ilícitas, considerado como “problema de saúde pública” (pela prevalência e incidência de seu uso) e um “problema de (in)segurança pública” na sociedade brasileira contemporânea porque nas últimas décadas alguns indicadores apontam que esse consumo tomou dimensões preocupantes, afetando as relações sociais (no trabalho, na família, na vida pública, no trânsito, na saúde, etc.). Em resumo, o que parece ter mudado foi o lugar que a droga ocupa na forma como as pessoas se satisfazem com estas substâncias psicoativas.

O próprio Freud, já em 1930, muitas décadas antes do uso de drogas ser uma “questão social”, apontou as substâncias tóxicas como “medida paliativa” como uma das respostas possíveis para lidar com o mal estar que nos é próprio. Dizia ele:

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas. Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que diminuem; e

substâncias tóxicas, que nos tornam invisíveis a ela. Algo deste tipo é indispensável (Freud, 1930, p.83, grifos meus).

Ainda que tenha utilizado cocaína, até onde se sabe, com fins medicinais, Freud não podia prever a criação, difusão e consumo de drogas sintéticas extremamente perigosas e potencialmente viciantes. Também não podia prever o potencial mortífero do uso dessas substâncias décadas depois de sua morte. Talvez por estas razões tenha chegado a afirmar que este recurso seria o mais ‘interessante’ para evitar o sofrimento e tornar-nos insensíveis à nossa desgraça.

Joel Birman, em diversos trabalhos (2001a, 2001b, 2001c, 2006, 2012, 2013, 2014) aborda a questão das drogas na atualidade, relacionando-a, sobretudo com a noção de desempenho e psiquiatrização das subjetividades. O autor destaca que o imperativo de ‘melhor performance’ ocorre tanto com as drogas lícitas (como os medicamentos psicotrópicos, medicinais e o álcool) como com as ilícitas.

Em seu artigo mais recente, o autor se implica em estudar o trinômio tecido nas relações entre droga ilícita, performance e medicalização (psiquiátrica) da existência. A hipótese de pesquisa dele é a de que o processo de psiquiatrização das subjetividades pretende regular o mal estar para impedir que este se anuncie como agressividade e violência.

Nas últimas décadas ocorreu não apenas um incremento ostensivo do uso de drogas ilegais, mas houve ainda o surgimento e oferta de novas modalidades de drogas (sobretudo as sintéticas). Outro fenômeno associado seria a compulsão à droga (não por ser um fenômeno inédito, mas sim pelo aumento epidemiológico de casos). Compulsão não apenas relacionada com drogas, mas com muitos outros objetos: computador, celular, internet, comida, roupas, entre outros.

Além disso, citando seus próprios manuscritos, Birman vai dizer sobre a transformação significativa no *estilo* (grifo do autor) de drogas no Ocidente, a partir dos anos 1980. Se em

décadas anteriores (anos 1950, 1960 e 1970 do século XX) o comportamento de usar drogas se inscrevia em um projeto existencial, ético e político de transformação do mundo, mais recentemente o estilo de uso inaugurou uma transformação radical na *gramática do uso de drogas*, pois estas passaram a ser utilizadas sem qualquer inscrição em um projeto utópico de forjar outros mundos possíveis e se reduziram, assim, na sua abrangência existencial. Desde então, o que passou a ficar em pauta para o sujeito seria suportar as agruras do mundo presente, por um lado, e o incrementar a desempenho nas demandas existentes na atualidade. Enfim, constituiu-se uma nova gramática na utilização de drogas, que se opunha nos menores detalhes da gramática existente no Ocidente, desde a primeira metade do século XIX (2007a).

Em 2012, o mesmo autor vai teorizar sobre a relação entre adicções e compulsão, na qual esta última seria, em uma leitura psicanalítica, uma tentativa desesperada de o sujeito elaborar uma experiência da ordem do trauma.

É preciso diferenciar aqui o uso ocasional e recreativo (por exemplo, de jovens que usam drogas em festas) do uso abusivo, chegando ou não à dependência (em que o uso de drogas pode arruinar a vida de pessoas que não conseguem interromper a adicção). É preciso reconhecer ainda que existem diferenças profundas entre as várias modalidades de uso e as formas desse uso. Para a categorização e análise efetuada aqui, o uso ocasional ou recreativo (antes da experiência violenta sofrida) não foi considerado como possibilidade ou tentativa de enfrentamento da violência sofrida.

3.3.4 Linhas de Vida e Tabelas de Resultados

A cada participante, no capítulo de resultados, dedico um tópico exclusivo.

Na abertura de cada tópico, apresento, em breves palavras, o evento potencialmente traumático que me levou a incluir este participante entre os colaboradores diretos desta pesquisa, todos vítimas indiretas de violência urbana.

Após a apresentação do evento potencialmente traumático, a linha da vida entra como um recurso que serve para mostrar, graficamente, os grandes marcos nas histórias de vida de cada participante, com destaque para os relacionadas com as oito categorias de análise (as oito instituições que surgiram nos relatos), como por exemplo, nascimentos, perdas, casamentos, divórcios, rupturas, empregos, etc. As linhas da vida a serem apresentadas foram, portanto, todas montadas por mim, a partir dos diversos relatos escutados. Complementando a linha da vida, apresento também um resumo da história de vida de cada participante.

Depois da apresentação do evento potencialmente traumático, da linha da vida e do resumo da história de vida de cada participante, segue a apresentação de uma tabela de resultados, a qual tem como origem uma tentativa de objetivação dos dados extraídos de cada um dos 13 relatos. Nestas tabelas, são classificadas e preenchidas as relações dos participantes com as instituições aqui investigadas como principais tentativas ou possibilidades de enfrentamento da experiência violenta. Alternativamente, eu poderia simplesmente ter pedido para cada participante preencher sua própria tabela. Seria mais rápido, fácil e objetivo. Mas escolhi não fazer assim porque decidi fazer uma aposta metodológica: uma aposta na escuta psicanaliticamente informada, a qual, acredito, traz diversas vantagens, com base no pressuposto de que os “dados” de interesse para esta pesquisa são muito mais inconscientes que conscientes. Razão pela qual a escuta psicanalítica se fez fundamental. Na Figura 3, segue o modelo de **Tabela de Resultados** adotado.

Na parte superior da tabela, no primeiro grande grupo de categorias, as “Instituições Tradicionais”, indico a relação dos participantes com a família, a igreja, o apoio social e o trabalho, assinalando como “relações fortes” aquelas com as quais os participantes têm vínculos importantes e/ou significativos com estas instituições, e de modo oposto, assinalando como “relações fracas”, aquelas cujos vínculos são frágeis e não se configuram como possível suporte para as vítimas indiretas.

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem

Figura 3 Modelo de Tabela de Resultados adotado

Já no segundo grande grupo de categorias, as “Instituições não Tradicionais”, as opções assinaladas, durante a marcação na tabela, foram apenas “sim” ou “não”, já que aqui, por conta de uma característica intrínseca às instituições não tradicionais, eu estava interessada em saber somente se estas instituições estiveram (ou não) presentes na história de vida de cada participante.

Em ambos os grupos de instituições, fiz questão de levar em conta o “tempo” (se antes, durante e/ou depois) de cada uma das relações analisadas, com o objetivo de avaliar não apenas se, mas também quando determinada instituição teve ou não a função de servir como possibilidade de enfrentamento da violência.

Para a caracterização da situação ou do estado de cada participante, se “bem” ou “mal”, em cada um dos “tempos” analisados, fiz uso da última linha da tabela, lembrando que o embasamento teórico desta parte da análise pode ser visto no capítulo 2, de Marco Teórico, no qual não apenas discorri como também articulei uma relação entre os conceitos de trauma, resiliência e luto.

Por fim, após a tabela de resultados, concluo o tópico dedicado a cada participante com considerações adicionais sobre os mesmos e sobre a relação destes com as instituições analisadas.

3.3.5 Técnicas de análise e interpretação dos dados e informações

Depois de transcritas, as entrevistas foram interpretadas seguindo os mesmos procedimentos habituais na clínica psicanalítica (recorte do texto privilegiando temas, expressões, titubeios, atos falhos etc.). Não se pode desconsiderar que processos não conscientes influenciam a coleta, a organização e análise de dados. Pretendi alcançar o sentido não apenas das falas manifestas, mas também os significados inconscientes que só podem ser

interpretados com uma escuta diferenciada: A escuta psicanalítica. Estão envolvidos nesse processo fenômenos transferenciais e contratransferenciais.

Para a apresentação dos dados interpretados, utilizei a correlação visual entre as relações dos participantes com as instituições tradicionais e não tradicionais e a situação (se ficou bem ou se ficou mal após a experiência violenta que viveu) de cada participante antes, durante e depois do luto.

A análise qualitativa das narrativas foi efetuada ainda através de *análise de conteúdo temática*, seguindo a perspectiva da análise de conteúdo de Laurence Bardin (1979) em sua versão adaptada por Romeu Gomes (2010) e Cecília Minayo (2008). Nesse tipo de análise, o conceito central é o tema. São propostas três etapas neste processo: a pré-análise (que inclui a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, a constituição do corpus e a formulação de hipóteses), a segunda etapa refere-se à exploração do material (na qual procurei encontrar as categorias) e, por fim, uma terceira etapa (de tratamento dos resultados obtidos e interpretação).

Como não foi objetivo deste trabalho realizar uma análise do discurso baseada na linguística (tampouco apontar erros de português), as falas foram ligeiramente adaptadas apenas para favorecer a leitura do texto. Assim, preservei o sentido do que os entrevistados me contaram, mas omiti interjeições e vícios de linguagem.

Laurence Bardin (1979) destaca que fazer uma análise temática “*é descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado*” (p. 316). Acrescentaria aqui também a ausência de dado como um dado que deve ser também levado em consideração no processo de análise.

Após leituras flutuantes e repetidas dos depoimentos (através de leitura compreensiva e exaustiva do conjunto do material selecionado), emergiram narrações distintas, ou unidades de significação, sobre as histórias de vida. Estas unidades foram agrupadas em categorias temáticas, utilizadas para codificar as transcrições e enriquecidas com a literatura especializada.

No tratamento dos dados, identifiquei os núcleos de sentidos expressos nos registros e, através da inferência e da escuta psicanalítica, tentei descobrir o que estava por trás dos conteúdos manifestos, “*indo além das aparências do que está sendo comunicado*”, como propôs Romeu Gomes (2010). A interpretação ocorre sempre *après coup* e é aí então que atribuí sentidos e significados.

A ordem apresentada a seguir não é de forma alguma rígida, sendo os passos apenas para orientação e organização dos dados a serem analisados.

- (a) Transcrição e digitação das gravações das entrevistas individuais;
- (b) Atribuição de códigos às entrevistadas e às pessoas por elas mencionadas, para se assegurar o sigilo das informações.
- (c) Leitura compreensiva dos textos transcritos, buscando identificar especificidades e uma visão global dos depoimentos.
- (d) Elaboração de estruturas de análise, agrupando trechos de depoimentos mais ilustrativos nos eixos temáticos.
- (e) Identificação das ideias centrais presentes em cada um dos eixos.
- (f) Identificação dos sentidos atribuídos às ideias.
- (g) Elaboração de sínteses interpretativas de cada eixo temático.

Como etapa final, foi elaborada uma síntese interpretativa através de uma escrita que dialogou temas com objetivos, questões e pressupostos de pesquisa. Espero ter conseguido “dar sentido” para os dados com um olhar psicanalista, fora do habitual. Em resumo, parti de um método comum de se fazer pesquisa científica, a pesquisa empírica, e utilizei o referencial psicanalítico para escutar, analisar e teorizar sobre os dados e informações obtidos.

Ó pedaço de mim!
Ó metade afastada de mim!
Leva o teu olhar,
que a saudade é o pior tormento,
É pior do que o esquecimento,
É pior do que se entrevar...

Ó pedaço de mim!
Ó metade exilada de mim!
Leva os teus sinais,
que a saudade dói como um barco
que aos poucos descreve um arco
e evita atracar no cais.

Ó pedaço de mim!
Ó metade arrancada de mim!
Leva o vulto teu
que a saudade é o revés de um parto
a saudade é arrumar o quarto do filho que já morreu

Ó pedaço de mim!
Ó metade amputada de mim!
Leva o que há de ti,
que a saudade dói latejada...
É assim como uma fisgada no membro que já perdi.

Ó pedaço de mim!
Ó metade adorada de mim!
Lava os olhos meus,
que a saudade é o pior castigo
e eu não quero levar comigo...
a mortalha do amor,
Adeus!

Pedaço de mim (Chico Buarque, 1978)

4. Escutando histórias de vida de vítimas indiretas de violência urbana

A escuta e o tratamento de relatos de histórias de vida nunca serão tarefas simples. Emocionalmente, a escuta de histórias de vítimas indiretas de violência urbana, sujeitos potencialmente traumatizados, pode ser caracterizada como a escuta do difícil de dizer e, na maior parte das vezes, também de escutar.

Particularmente, quase sempre que eu encerrava um dia de trabalho de campo, eu estava fisicamente - e, muitas vezes, também emocionalmente – esgotada. Além das entrevistas serem longas, o tema, sempre envolvendo a perda de entes queridos por parte dos entrevistados, era árduo. Minha escuta veio então a ser uma escuta da repetição (tentativa de elaboração psíquica) do que muitas vezes não se quer contar. Mas em nenhum momento pensei em desistir, mantendo, todo o tempo, a aposta na teoria e na “posição de testemunho” (e, em menor grau, também “de analista”) que decidi assumir, até porque acredito na possibilidade de reconstrução e na potencialidade de cada vítima “seguir em frente”, retomando rotinas e construindo novos projetos de futuro.

Sobre a dificuldade de tratamento dos dados obtidos em campo, cabe ressaltar que as histórias de vida são sempre exclusivas e, no caso das vítimas indiretas de violência urbana, também são múltiplas, sobretudo em um país como o Brasil, onde os dados de violência urbana são assustadores. Portanto, diante das características ressaltadas, exclusividade e multiplicidade, como dificuldades para o tratamento dos relatos, aponto logo de saída a rara representatividade dos dados levantados, a qual, mesmo que os participantes apresentem características em comum, requer, do pesquisador, a adoção de bastante cautela com as generalizações.

Postas estas breves considerações, adianto que, neste capítulo, são apresentados os resultados desta pesquisa, que, em suma, são os relatos das histórias de vida e das experiências violentas vividas pelos participantes, com destaque para os mecanismos de

reparação/ressignificação destas experiências, aqui chamados de “possibilidades ou tentativas de enfrentamento”.

Apontamentos gerais sobre os participantes

Compõem o corpus desta análise 13 histórias de vida de vítimas indiretas da violência urbana, as quais, por definição, são parentes ou pessoas muito próximas das vítimas diretas. Nesta investigação, todas as vítimas diretas morreram assassinadas ou em acidentes de trânsito.

Do total de 13 entrevistados, quatro são homens e nove são mulheres, com idade média de 47 anos, variando entre 18 e 72, de modo bem distribuído, como indica a mediana de 48. Para facilitar a compreensão dos dados obtidos em campo, o Quadro 2 resume algumas informações sobre os participantes.

Devido ao método de seleção adotado, já descrito no capítulo metodológico, alguns dos participantes se conhecem entre si, seja pela militância em ativismos urbanos contra a violência, seja por serem vizinhos ou membros de uma mesma família.

Nesta tese, a análise dos relatos de histórias de vida levantados tem por objetivo a compreensão do modo como as vítimas indiretas de violência urbana no Distrito Federal reagem a um tipo específico de experiência potencialmente traumática: a perda de pessoas muito próximas. De acordo com este objetivo, dividi este capítulo em três seções.

Na seção 4.1, trago um resumo de cada uma das 13 histórias de vida, organizado, um por um, segundo cada uma das grandes categorias de análise expostas no capítulo de método, aqui divididas em instituições tradicionais (família, igreja, trabalho e apoio social) e não tradicionais (ativismo social, psicoterapia, medicamentos psicotrópicos e drogas ilícitas).

Na seção 4.2, efetuo a análise dos dados.

E, por fim, na seção 4.3, são apresentadas considerações conjuntas sobre os relatos de histórias de vida escutados.

Quadro 2 Breve caracterização dos participantes

Nº	Pseudônimo	Idade	Dados socioeconômicos	Contexto de aproximação e local das entrevistas	Experiências de violência
1	José	49	Branco. Nível superior completo, com mestrado. Funcionário público e artista plástico. Casado. Tem três filhas adolescentes. Nasceu no DF e mora no Plano Piloto.	O Pró-Vítima forneceu o contato. Entrevistas realizadas em um parque público e em um Shopping. Solicitou que eu conversasse com outras pessoas de sua família. Consegui entrevistar apenas sua mãe, a senhora Gilda.	Perdeu o irmão assassinado, 15 anos antes da primeira entrevista, em um roubo de bicicleta, em Brasília.
2	Alex	56	Branco. Nível superior completo, com pós-graduação. Aposentado (bancário) Casado. Teve três filhos e tem três netos. Veio do Rio para Brasília quando jovem e mora no Plano Piloto.	O Pró-Vítima forneceu o contato. Entrevistas realizadas em sua casa.	Perdeu o filho adolescente morto brutalmente na saída de uma boate, 13 anos antes da primeira entrevista. O caso teve muita repercussão na mídia.
3	Gilda	72	Branca. Ensino médio completo. Teve comércio próprio (loja de objetos de decoração). Viúva. Mãe do José e de mais cinco filhos. Veio do Nordeste para Brasília quando criança e mora no Plano Piloto.	Indicada pelo filho (José), também entrevistado. Aceitou prontamente o convite. Entrevistas realizadas em sua casa.	Perdeu o filho assassinado, 15 anos antes da primeira entrevista, em um roubo de bicicleta, em Brasília.

N°	Pseudônimo	Idade	Dados socioeconômicos	Contexto de aproximação e local das entrevistas	Experiências de violência
4	Moema	48	<p>Negra.</p> <p>Ensino fundamental.</p> <p>Funcionária pública (merendeira).</p> <p>Casada. Teve cinco filhas (a última morreu no parto) e teve oito netos.</p> <p>Nasceu no DF e mora em uma cidade satélite.</p>	<p>O Pró-Vítima forneceu o contato.</p> <p>Entrevistas realizadas em sua casa.</p>	<p>Perdeu um neto assassinado por supostos traficantes de drogas, três anos antes da primeira entrevista.</p>
5	Beatriz	46	<p>Branca.</p> <p>Sem informação sobre a escolaridade.</p> <p>Dona de casa, antes trabalhou com comércio.</p> <p>Casada (com Saramago). Teve dois filhos.</p> <p>Veio para o DF quando criança e mora em uma cidade satélite</p>	<p>O Pró-Vítima forneceu o contato.</p> <p>Entrevistas realizadas em sua casa.</p>	<p>Perdeu o filho em acidente de trânsito, no qual também se machucou, quatro meses antes da primeira entrevista.</p>
6	Saramago	49	<p>Branco.</p> <p>Sem informação sobre a escolaridade.</p> <p>Policia militar aposentado recentemente.</p> <p>Casado (com Beatriz). Teve dois filhos.</p> <p>Veio para o DF quando criança e mora em uma cidade satélite.</p>	<p>O Pró-Vítima forneceu o contato.</p> <p>Entrevistas realizadas em sua casa.</p>	<p>Perdeu o filho em acidente de trânsito, no qual também se machucou, quatro meses antes da primeira entrevista.</p> <p>Dirigia o carro durante acidente.</p>

Nº	Pseudônimo	Idade	Dados socioeconômicos	Contexto de aproximação e local das entrevistas	Experiências de violência
7	Sofia	45	Branca. Sem informação sobre a escolaridade. Cabeleireira. Casada. Teve dois filhos. Nasceu no DF e mora em uma cidade satélite.	O Pró-Vítima forneceu o contato. Entrevistas realizadas em um Shopping.	Perdeu um filho em acidente de trânsito, cinco anos antes da entrevista.
8	Ângela	48	Branca. Sem informação sobre a escolaridade. Empregada doméstica e trabalha em uma creche. Casada. Teve quatro filhas. Veio para o DF quando jovem e mora em uma cidade satélite.	Uma amiga me apresentou uma líder comunitária muito atuante em uma cidade satélite de Brasília e essa líder me forneceu o contato da participante. Entrevistas realizadas em sua casa.	Perdeu uma filha brutalmente assassinada, 14 anos antes da primeira entrevista.
9	Miriam	43	Negra. Ensino fundamental. Trabalhou em escolas e em restaurantes, atualmente desempregada. Solteira. Tem três filhos. Nasceu no DF e mora em uma cidade satélite.	Vizinha da Ângela. Apresentada a meu pedido. Entrevistas realizadas em sua casa.	Perdeu o sobrinho morto supostamente por traficantes de drogas, três anos antes da primeira entrevista.

Nº	Pseudônimo	Idade	Dados socioeconômicos	Contexto de aproximação e local das entrevistas	Experiências de violência
10	Rose	46	<p>Branca.</p> <p>Sem informação sobre a escolaridade</p> <p>Vive da renda de um aluguel, antes trabalhou como empregada doméstica.</p> <p>Divorciada. Teve dois filhos.</p> <p>Veio para o DF quando jovem e mora em uma cidade satélite.</p>	<p>Vizinha da Ângela. Apresentada a meu pedido.</p> <p>Entrevistas realizadas em sua casa.</p>	<p>Perdeu a filha morta supostamente por traficantes de drogas, 10 anos antes da primeira entrevista.</p>
11	Madalena	62	<p>Negra.</p> <p>Sem informação sobre a escolaridade</p> <p>Aposentada, mas continua trabalhando em uma lavanderia. Antes trabalhou como empregada doméstica.</p> <p>Divorciada. Teve quatro filhos.</p> <p>Veio para o DF quando criança e mora em uma cidade satélite.</p>	<p>Vizinha da Ângela. Apresentada a meu pedido.</p> <p>Entrevistas realizadas em sua casa.</p>	<p>Perdeu o neto morto supostamente por traficantes de drogas, três anos antes da primeira entrevista.</p>
12	Robert	18	<p>Branco.</p> <p>Ensino médio incompleto.</p> <p>Cabeleireiro.</p> <p>Solteiro.</p> <p>Nasceu no DF e mora (com os pais) em uma cidade satélite</p>	<p>Acompanhou a mãe (Sofia) durante a primeira entrevista. Convidado a também participar, prontamente aceitou o convite.</p> <p>Entrevista realizada em um Shopping.</p>	<p>Perdeu o irmão em acidente de trânsito, cinco anos antes da primeira entrevista.</p>

N°	Pseudônimo	Idade	Dados socioeconômicos	Contexto de aproximação e local das entrevistas	Experiências de violência
13	Ester	33	<p>Branca.</p> <p>Nível superior completo, com mestrado em andamento.</p> <p>Funcionária pública.</p> <p>Veio para Brasília quando adolescente e mora (sozinha) em uma cidade satélite.</p>	<p>Indicada por um conhecido comum.</p> <p>Entrevistas realizada na minha casa e na UnB.</p>	<p>Perdeu a melhor amiga de escola, assassinada 16 anos antes da primeira entrevista.</p>

4.1 “A história da minha vida é a seguinte”: Apresentação das Histórias de Vida dos entrevistados

Nesta seção, apresento a história de vida dos participantes desta pesquisa, procedendo de acordo com a seguinte estrutura/organização: 1) Experiência Potencialmente Traumática com a Violência Urbana; 2) Linha da Vida; 3) Resumo da História de Vida; 4) Tabela de Resultados; e 5) Considerações adicionais sobre cada participante.

Os primeiros relatos apresentados são os de Moema, Miriam, Rose e Madalena. Estas quatro senhoras tiveram parentes (filhos, sobrinhos ou netos) assassinados por traficantes de droga. O segundo grupo está composto por outras cinco vítimas indiretas da violência urbana (que aqui receberam o pseudônimo de José, Alex, Gilda, Ângela e Ester) e tiveram seus filhos, irmão ou (melhor) amigos mortos por assaltantes ou gangues de rua. Já Beatriz, Saramago, Sofia e Robert perderam parentes (filhos e irmão) em acidentes de trânsito.

Durante a coleta, transcrição, organização e análise das entrevistas, fiz uso da escuta psicanalítica, que, como sabemos, parte da observação de detalhes aparentemente insignificantes, mas que podem trazer e/ou fazer bastante sentido. Conhecer estas histórias me demandou certo *feeling* para ocupar esse lugar de escuta, de saber deixar o participante à vontade, de se fazer confidente e testemunha. Ao mesmo tempo, existe a capacidade singular de cada participante lembrar, perlaborar e contar sua história. Assim como na clínica, tive diversos perfis de participantes. Alguns contaram sua história com bastante facilidade e riqueza de detalhes. Não titubearam, não omitiram, não cometeram atos falhos ou incongruências. Outros, ao contrário, apresentaram uma dificuldade bastante grande para falar sobre aquilo que lhes era muito próprio. “Esqueceram-se”. Nada (ou pouco) recordaram. São formas diferentes de atuar (na análise ou na pesquisa): uns associam livremente; outros apenas atuam ou repetem, sem se darem conta do que estão fazendo. Idiossincrasias que resultaram em histórias mais ou menos longas, mais ou menos completas, mais ou menos escutadas.

Vítimas indiretas que perderam seus parentes assassinados por traficantes de drogas:
Moema, Miriam, Rose e Madalena.

Estas quatro participantes tiveram seus parentes mortos por traficantes de drogas locais. “Acerto de contas” foi a causa provável das execuções. Não foi objetivo desta pesquisa coletar informações sobre os processos criminais das vítimas diretas. Mas dois fatores se destacam. O primeiro, é que os parentes mortos eram usuários e/ou traficantes de drogas. E, mais importante, os culpados pelas mortes não foram punidos. Nos casos do parente de Miriam e Madalena, o inquérito policial não foi concluído e ninguém foi preso. Já com a filha de Rose e com o neto de Moema houve a conclusão do inquérito e o julgamento dos culpados, contudo, a punição dos assassinos foi, segundo relato das participantes, muito branda e incompatível com o crime cometido. Em resumo, para estas senhoras que compõem o subgrupo que “ficou mal” ou apresentou os processos de luto mais complicados, houve uma sensação de impunidade muito forte e muito evidente em suas histórias.

Sobre a violência especificamente urbana, é preciso destacar que o tráfico de drogas está diretamente associado ao aumento da criminalidade violenta nas grandes cidades e com a deterioração da qualidade de vida.

4.1.1 Moema: “Procuró levar a vida sem pensar muito, senão enlouqueço”.

Moema nasceu já em Brasília, mas é fruto da geração que teve pais migrantes, parte da leva dos que vieram para construir a nova capital. A mãe foi alcoolista a vida inteira e perdeu o pai quando tinha apenas 11 anos. Moema foi uma das participantes mais difíceis de escutar. Muito deprimida, sua fala é lenta e repetitiva. Chorou muito. É uma pessoa muito sofrida. Seus primeiros anos de vida foram difíceis. Diz que carrega uma tristeza desde criança. Sempre apresentou um comportamento de se isolar e ter medo, e essas características se perpetuou em

sua história. Sabe que precisa de ajuda, chegou a começar alguns tratamentos, porém, abandonou-os antes da alta. Em casa, conversa o “*mínimo necessário*” e chega a passar semanas sem falar com ninguém. “*Espero o dia de morrer e pronto*”

Experiência com a violência urbana

Moema perdeu o neto assassinado com tiros nas costas perto de casa. Este rapaz foi criado como seu filho (a quem amamentou e cuidou). Por dois anos manteve o quarto do adolescente intacto, desfazendo-o “*na marra*” quando outro neto veio morar com ela.

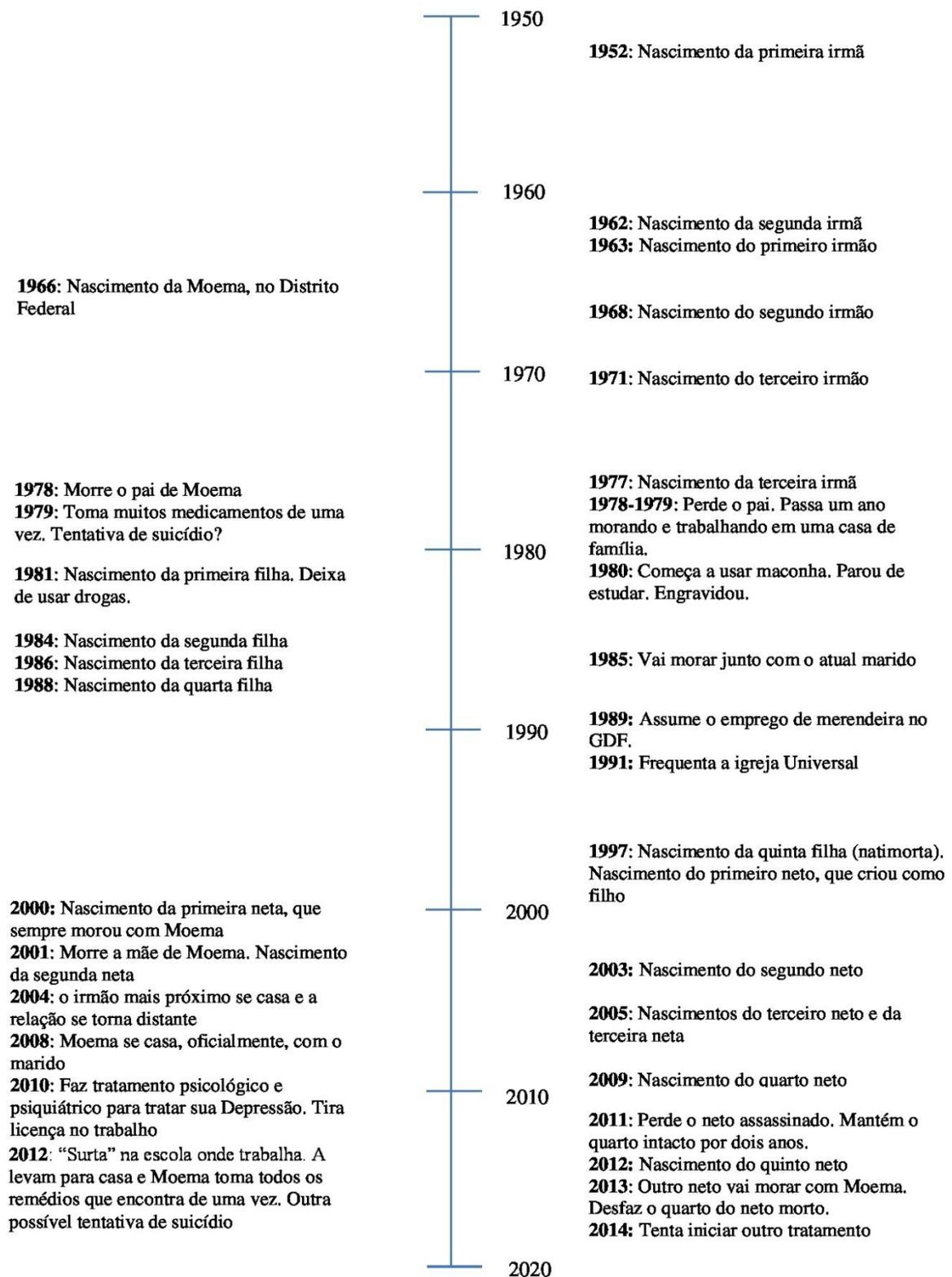


Figura 4 Linha da Vida - Moema

Relação com a Família

Moema apresenta relações aparentemente frágeis tanto com a família de origem quanto com a família que constituiu.

Tem três irmãos mais velhos e três mais novos, sendo, portanto, a irmã do meio. Quando criança, a mãe trabalhava fora. Então, dos irmãos menores, teve que cuidar em um tempo em que “*não podia cuidar nem de mim mesma*”. Moema conta que cuidava dos irmãos menores “*do meu jeito*”.

Diz que, na infância, teve “*só o básico*”. Afeto não teve. Assim que o pai faleceu, passou um ano morando e trabalhando com outra família, conhecida da mãe. Cuidava dos filhos dessa família, da limpeza doméstica e estudava a noite. Depois de um tempo fazendo os “*servicinhos*” que fez para ganhar dinheiro, voltou a morar com a mãe e com os irmãos.

Das memórias de infância, Moema se lembra das brincadeiras com os irmãos. Mas não associa muito sobre esta época.

Aos 14 anos começou a usar maconha, parou de estudar e engravidou. Conta ter interrompido os estudos porque um dos irmãos contou para um professor, de quem ela gostava muito, que a irmã estava usando drogas. Ela ficou com vergonha e deixou de ir à escola. Também afirma não ter muitas lembranças desta época.

Com um namorado, com quem nunca morou junto, teve as duas primeiras filhas (hoje com 35 e 32 anos). E, aos 19 anos conheceu o atual marido, com quem teve mais 4 meninas. Diz que o marido é muito “*parado*”, que passa dias sem falar com ele e que gosta quando ele viaja porque pode ficar sozinha.

Em 1997, teve uma quinta filha, a qual morreu antes do parto, por um suposto erro médico. Na mesma época, nasceu seu neto (assassinado aos 13 anos), o qual amamentou e criou como filho, já que a mãe era muito nova. Conta que tirava leite para alimentá-lo durante o dia e a noite, quando voltava do serviço, também dava de mamar.

Tem uma relação difícil com sua família, com quem fala “*apenas o necessário*”. Mas, o que é esse necessário? Esta pergunta não foi respondida por Moema. Afirma que só se dava bem com os filhos e outros parentes quando estes eram bebês; e com seu filho-neto que foi morto. Mas também diz que com seus netos a relação é mais aberta, mais tranquila e próxima [do que com as filhas e o marido].

O assassinato marcou a família inteira e “*acabou afastando todo mundo*”.

Não se permite nenhum tipo de diversão ou lazer.

Relação com a igreja

Não aparece em seu relato, na primeira entrevista.

No segundo encontro, quando perguntada sobre o assunto, contou que frequentou a igreja Universal há mais ou menos 25 anos, sem sinalizar que esta relação pode ter sido forte. Diz que faz anos que não volta. Acredita muito em deus. E acredita também que “*tudo tem propósito*”. Gosta de ler romances espíritas. E conta ainda que fuma muito e que não vai à igreja porque nesta instituição não se admitem vícios.

Relação com o trabalho

Moema conta que “*carrega*” muita responsabilidade em casa e no trabalho. Tem uma relação muito forte com a vida laboral.

Em 1989, passou em um concurso público, seu primeiro emprego formal, e, desde então, trabalha em escolas. Assumiu o cargo de merendeira, trabalhou em 5 escolas diferentes e, através de uma readaptação, trabalha, há mais ou menos 10 anos, na secretaria. Moema gosta de trabalhar. Diz que tem prazer em aconselhar pais e mães e os adolescentes da escola. Tem medo de acontecer com eles o que aconteceu com ela. Conta sua história para esses adolescentes. Nos

últimos anos, se diz muito assustada porque *“todos fumam maconha”*. Como ela usou. E o neto também. *“Por nada eu perdi o G. Conto pra eles não passarem por isso”*.

Trabalha até a exaustão para adiar a volta para casa após o fim do expediente. Seria uma tentativa de fuga? Nas férias fica deitada o tempo todo. Já na escola, diz ser *“outra pessoa: Do muro pra dentro, não sei o que acontece, mas muda tudo. Tenho diálogo, me sinto na obrigação de fazer alguma coisa. Mudou depois que eu perdi o G. Era muito na minha, usava preto, marrom, sempre quis me esconder. Hoje já ponho roupa estampada, converso muito com os pais dos meninos”*.

Em 2012, teve um episódio de tentativa de suicídio não esclarecido. Dentro da escola, teve uma crise de choro e *“apagou”*. A levaram para casa e Moema não se lembra de como chegou, mas se recorda de tomar todos os remédios que tinha e ser levada para o hospital. Depois disso, jogou tudo fora e não tomou mais nenhum psicotrópico.

Nas primeiras entrevistas, falava sobre se aposentar e mudar de cidade, para que *“ninguém soubesse o que aconteceu”* [a morte do neto].

No encontro mais recente que tivemos antes da redação deste capítulo, essa percepção mudou; e Moema me disse: *“não posso me aposentar porque se me aposentar vou passar o dia inteiro na cama”*. *“Morrer de tristeza”* é o que teme. Moema tem medo de ficar mais depressiva, sem ter coisas para fazer. Aqui é importante reforçar a relação forte que esta participante tem com o trabalho.

Vai dirigindo para o trabalho; mas não sai do seu bairro. Não dirige fora da cidade onde mora. Conta que tirou a carteira de motorista quando a mãe estava fazendo tratamento de Hemodiálise no hospital. Sua mãe dizia que não era para Moema ter a permissão para dirigir. Ela insistiu e a mãe morreu no mesmo dia que iniciou a primeira aula no curso de direção.

Relação com o apoio social

Moema afirma não ter nenhum tipo de apoio social. Mais que isso, diz não saber a quem pedir ajuda. Tem muito pouco convívio com os vizinhos. Diz que as pessoas tentaram se aproximar, na época que o neto morreu, mas ela não “*deu espaço*”. Sempre foi uma pessoa muito reservada e após a morte do neto, esse comportamento se tornou mais forte.

Relação com ativismos Sociais

Durante os primeiros meses de luto, Moema participou de duas passeatas e usou uma camisa com a foto do neto estampada. Foram ações pontuais e passageiras. Esteve na porta da casa da família do rapaz que matou seu neto. Também procurou a vizinha que emprestou a arma. Pediu para ser morta. Os vizinhos a mandaram ir embora. Estes episódios, que apontam para uma participação, ainda que pequena, em ativismos sociais, poderiam ser entendidos como outras tentativas de suicídio?

Relação com a Terapia

Por poucos meses, em 2010, Moema fez tratamento psicológico e psiquiátrico.

No ano seguinte, em 2011, ano em que perdeu o neto, Moema foi atendida no Pró-Vítima por aproximadamente seis meses, mas não deu seguimento. Não gostava de fazer terapia porque era como “*se estivesse enfiando o dedo na ferida*”. Segundo ela, as sessões eram muito sofridas, “*chorava muito e lembrava tudo de novo*”.

Relação com a medicação psicotrópica

Moema sempre tomou remédio controlado. Na adolescência, este uso foi bastante intenso e sem prescrição médica. Aos 13 anos, ingeriu todos os remédios que tinha em casa e

passou muito mal. Ninguém da família tomou conhecimento desse episódio. Pergunto se foi uma tentativa de suicídio e ela não soube me dizer.

Depois dos 40 anos, iniciou tratamento para depressão, pânico e insônia. Tirou uma licença de 10 meses para fazer tratamento psiquiátrico (e psicológico) e, nessa mesma época, teve a crise de choro na escola, na qual tomou todos os remédios que tinha em casa de uma só vez. Em janeiro de 2014, voltou a procurar ajuda especializada, mas tampouco deu seguimento. “*Eu não quero ficar dopada*”. Procurou o CAPS local, mas não foi bem atendida e desistiu. Atualmente não faz uso de nenhuma medicação.

Relação com drogas

Fez uso intenso de drogas ilícitas até os 14 anos, cessando o uso quando engravidou da primeira filha. Até hoje fuma muito cigarro, hábito adquirido muito cedo, também desde os 14 anos.

Tabela 3 Resultados - Moema

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
x		x		x		
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x	x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x	x		x		
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
	x		x		x	

Considerações adicionais sobre a participante

É preciso apontar que Moema relata sempre ter sido uma pessoa triste. Perder o filhinho apenas piorou um quadro que já era preocupante e exacerbou sintomas depressivos que já estavam presentes. Assim, é uma participante que se encontrava mal antes de perder o filhinho. Ficou pior durante a tentativa de elaboração do luto e continua mal.

Sua saúde piorou após a experiência violenta. Ela passou a fumar ainda mais que antes e a apresentar comportamentos de fuga e isolamento. Projetos de futuro estão ausentes em seu discurso.

Seu estado atual é preocupante, como sempre parece ter sido. Agora só está pior. *“Eu não sei dizer como eu estou. To vivendo, não tenho perspectiva de nada, não tenho planos. Não quero viajar... não almejo mais nada. Até o dia que morrer é isso”*.

Com exceção do trabalho, Moema se apoia pouco nas instituições tradicionais para tentar elaborar o que viveu e seu comportamento de se isolar e se manter distante reforça o seu “luto sem fim”.

A escuta de sua história de vida e a análise dos dados obtidos, permitem a conclusão de que apenas o trabalho é uma instituição importante na vida de Moema. Ainda assim, é preciso destacar que ela mesma entende o trabalho como uma fuga. É o único lugar onde fala sobre o que aconteceu, na forma de testemunho, mas, ao mesmo tempo, conta que trabalha com exaustão para não querer fazer mais nada quando retorna à casa. É uma tentativa de enfrentamento, mas é também (mais) uma fuga. Apega-se ao trabalho. E apenas a ele. E parece ser a única motivação que a faz levantar da cama.

Aqui, deus não ‘segura a onda’.

Sua ‘opção’ pelo isolamento parece ser a causa das fragilidades dos laços sociais (tanto familiares, de apoio social e de conexões afetivas). O que já era um traço de seu funcionamento tornou-se muito mais evidente. *“Eu faço um verdadeiro suicídio social”*.

Com relação às instituições não tradicionais, nem a medicação ou a terapia (interrompidas antes do fim do tratamento) foram eficazes.

O que mais se destaca no relato desta participante é o uso de tentativas individuais de enfrentamento da violência: além do uso de medicação, a fuga e o isolamento.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Moema à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma fraca capacidade resiliente.

Suas conexões afetivas, primeiro pilar da resiliência proposto por Marcos (2012), são bastante frágeis (como se poderia esperar, por sua relação também frágil com a família e com o apoio social). Sempre teve uma postura de se ‘esconder’ e de ser muito reservada e isso dificultou a formação de vínculos de amizade. Tenta levar a vida como se nada tivesse acontecido. E isola-se da família, dos amigos, dos vizinhos.

Moema não apresenta nenhum dos possíveis pilares da resiliência. O mais preocupante é a ausência de motivos para viver.

A culpa é um sentimento que a acompanha e a impede de se divertir. Sente como se não tivesse o direito de sorrir depois que o neto foi assassinado.

A ideação suicida é um pensamento constante. Em nosso último encontro, depois que paro de anotar, ela me conta que não entende como sua filha (mãe biológica do G.) está tão bem. E não se conforma com isso. A filha devia estar triste como ela; ela perdeu o filho: “*Eu sei que to errada de pensar assim, mas é assim que eu sinto. Ela está muito bem, mas eu acho que ela tinha que estar mal, como eu*”. Antes de perder o neto, já era deprimida e seus vínculos familiares e sociais muito frágeis. Mas ela se permitia algumas atividades de lazer, antes de perder o neto. Conta que fazia churrasco, tomava cerveja; gostava de estar junto com a sua família. Apesar de sempre ter sido distante das filhas e do marido, faziam coisas juntos.

A perda do neto parece ter sido uma “licença para a dor”, ou seja, um motivo para as coisas continuassem exatamente como sempre foram; talvez apenas um pouco pior. Ela explica

seu sofrimento pela perda que teve. Mas este Mecanismo Protetor falha com esta participante porque o sentido que encontra para a experiência que viveu não a ajuda a passar a página.

Infelizmente, aparecem na história de vida de Moema todos os “venenos da sobrevivência” descritos por Marcos (2012). Ela não apresenta, atualmente, um quadro completo de pânico, mas o medo é um sentimento constante. O aturdimento também está presente nas ocasiões nas quais os sintomas psiquiátricos estão mais evidentes. Sua depressão nunca foi tratada suficientemente e Moema segue estancada no seu processo de luto, dor e tristeza.

É um caso com forte indicação para tratamento psicológico e psiquiátrico. Eu ofereci os serviços prestados no CAEP/UnB. E disse que tinha interesse em acompanhar o seu caso. Mas ela não me procurou, até a escrita deste capítulo.

4.1.2. Miriam: “Só deus sabe a dor que eu sinto por ter perdido ele”.

Experiências com violência urbana

Miriam perdeu o irmão em um acidente de carro há quase 22 anos. E, mais recentemente, em 2011, perdeu também o sobrinho (considerado como filho) assassinado por traficantes de drogas.

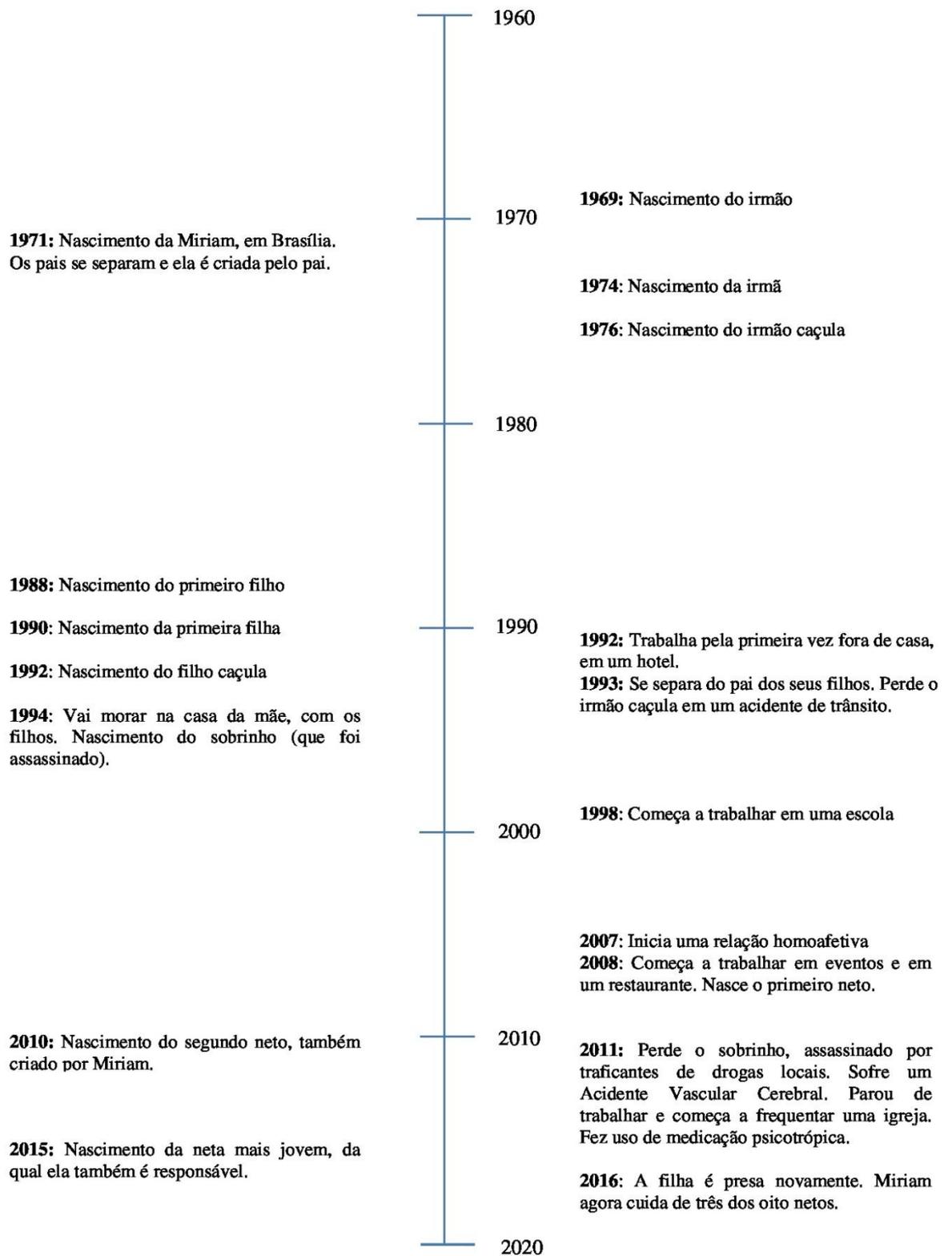


Figura 5 Linha da Vida - Miriam

Relação com a Família

Mirian teve quatro irmãos e um deles morreu aos 17 anos, em um acidente de carro. Os pais se separaram quando Miriam era um bebê e ela foi criada pelo pai. Não sabe por que isso aconteceu, nunca perguntou. Relata que sofreu muito “*na mão dos outros*”, mas que teve um “*senhor pai*”, que deu estudo para todos os filhos (eles é que não quiseram estudar mais). Tem um relacionamento muito próximo com a irmã (mãe do sobrinho morto) e um relacionamento difícil com o irmão mais velho. Diz que tem muita mágoa desse irmão, que também maltratou os filhos de Miriam.

Depois de se divorciar e com os filhos pequenos, Mirian passou a morar com a mãe, de quem hoje tem uma dependência financeira, já que parou de trabalhar após sofrer um AVC e perder parte dos movimentos.

A relação com a mãe, com o irmão e com os filhos foi sempre bastante conflituosa. Já com o sobrinho que foi assassinado, era bastante próxima. Ela o chamava de filho e parece ter sido mais afetivamente próxima dele que de seus filhos biológicos.

Seu primeiro casamento foi aos 14 anos. Ficou casada até os 21. Nesse relacionamento, teve os três filhos. Conta que, na verdade, não queria ter casado. Casou-se achando que ia ter uma vida melhor. O filho mais novo tinha seis meses quando ela se separou. O marido “*vivia na farrá*” e Miriam conta que houve violência física nesse relacionamento. Ela deu uma facada nele.

O segundo casamento durou seis anos. Miriam não sabe precisar quando começou e terminou, mas diz ter sido “*ótimo*”.

O último casamento foi um relacionamento homoafetivo. Ela já tinha netos e se diz arrependida de ter casado com homens.

Hoje, tem relacionamentos eventuais e esporádicos com mulheres que conhece pela internet.

Da nova geração, já nasceram oito netos, dos quais é responsável pelos cuidados de três (que moram com ela e são filhos de sua filha caçula, dois meninos, de oito e seis anos; e um bebê de 10 meses). Todos a chamam de “*mãe-Miriam*”. A mãe dessas crianças, filha caçula da entrevistada, é usuária de drogas. Atualmente está presa por tráfico. Diz que o filho mais novo só não se envolveu com drogas “*porque eu fiquei ali na cola, minha mãe e minha irmã também*”.

Relação com a igreja

Miriam me conta que passou a frequentar a igreja depois que o sobrinho foi morto. E diz que só buscou a igreja quando precisou: “*Você só procura deus depois que passa por uma dor. Quando você tá numa vida boa, se divertindo, você não tá nem aí*”.

Diz ter muita fé em deus e que vai à igreja quase toda semana.

Relação com o trabalho

Aos 16 anos, estudava para ser policial. Fez concurso para Polícia Militar. Passou e, quando ia começar o curso de formação, o irmão morreu. Morava com a mãe, nessa época. Largou tudo e desistiu de seguir carreira. Aos 21 anos, logo que se divorciou do primeiro marido, começou a trabalhar em um hotel.

Em seguida, trabalhou por 10 anos em uma escola particular. Depois, em casa de família e em um restaurante. O último emprego foi com eventos (festas, shows de música, feiras, etc.). Muitas vezes chegava de madrugada e nem dormia, já saía para trabalhar. Era uma jornada dupla. Diz que sempre teve uma “*vida de batalha*”.

Miriam trabalhou fora de casa, até sofrer o AVC. Depois desse problema de saúde, nunca mais voltou a trabalhar.

Relação com apoio social

Conta que apoio só tem de deus. Após a morte do sobrinho e do desencadeamento de sua doença, diz que a família se uniu mais. Antes brigavam muito. Diz ter apoio da irmã, mas que ter uma filha presa e ser responsável pelos netos é muito difícil. “*To doida pra ela sair e voltar pra cuidar deles*”.

De amigos e patrões, diz nunca ter tido qualquer tipo de ajuda.

Relação com ativismos sociais

Nunca participou

Relação com a Terapia

Nunca fez

Relação com a medicação psicotrópica

Tomou antidepressivo logo depois que o sobrinho foi morto. O uso não foi prolongado. Conta que não se adaptou à medicação.

Relação com drogas

Quando perguntei sobre uso de drogas, ficou constrangida (a filha está presa por tráfico e sobrinho foi morto por traficantes). Perguntei diretamente: “A senhora já usou droga, como maconha, cocaína, crack...”. Ela me respondeu: “*Esse aí*”. Não quis repetir o nome da droga. Falou baixo (e eu também) porque as crianças estavam perto: *Cocaína*. Foi um uso recreativo quando era jovem, em festinhas. Desta forma, ainda que já tenha feito uso de drogas no passado, esta não foi uma possibilidade de enfrentamento para lidar com a perda do sobrinho.

Tabela 4 Tabela de Resultados - Miriam

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x			x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x			x		x
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x		x	
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x		Não foi possível concluir	

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava bem antes de perder o filho. Ficou mal durante a elaboração do luto e é difícil concluir sobre o estado atual desta participante.

Ela conta que é convidada para festas, mas não vai. Fica muito dentro de casa. Quando sai, é solicitada a prestar contas de aonde vai, com quem, a que horas volta. Eventualmente, tem aventuras com algumas mulheres, mas há muito não tem um relacionamento estável. Essa reclusão começa após perder o sobrinho e sofrer o AVC, eventos concomitantes. Não pude saber até que ponto ela não sai porque não tem dinheiro.

Sua saúde foi visivelmente prejudicada com a experiência violenta. *“Na verdade, eu sou muito forte. As pessoas me vêm brincando, rindo, mas só deus sabe o que se passa no meu coração”*. O AVC limitou sua locomoção. Tornou-se hipertensa e tem muita dor de cabeça. Vive *“num estado nervoso”*. Não se cuida, faz tempo que não faz fisioterapia. Toma remédio para pressão, para dor de cabeça e Aas (ácido acetilsalicílico). Está na fila para operar o coração. Fuma uma cartela de cigarros por dia (menos do que fumava antes, mas muito para quem é cardíaca e hipertensa). Antes de perder o sobrinho, *“não sentia nada, só ressaca”*.

Ela mantém uma rotina dentro de casa, cuidando dos netos, rotina esta que seria diferente se ela tivesse alternativas.

Para esta participante, as fontes de apoio que se mostraram disponíveis foram alguns membros da família e a igreja, ou seja, instituições tradicionais. São relações fortes, em especial com a família, mas marcadas por uma dependência (ela depende da mãe; os netos dependem dela) que provavelmente seriam diferentes se a situação socioeconômica da família fosse outra.

Ela cuida dos netos porque a filha não tem condições de fazê-lo. Conta que eles são a principal razão da sua vida, mas se pudesse, não estaria com eles o tempo todo. Em suas palavras: *“Gostaria de ajudar a criá-los, não de criá-los”*. A relação com a mãe já foi muito conflituosa, mas, depois do AVC, elas passaram a se ajudar mais.

Essa teia familiar precisava ser mais bem investigada para que uma conclusão mais próxima à realidade dessa participante pudesse ser feita. Do que ela pode dizer (e do que consegui escutar), parece que o cuidado dispensado aos netos hoje, sua “*luta com os pequeninhos*”, se configura como uma forma de prestar contas com o passado, de lidar com uma culpa que carrega. O que ela diz que não fez como mãe (ou que entende não fez de maneira suficientemente boa, porque ora trabalhava muito, ora estava na “*farra*”), ela tenta fazer com os netos. Com esse “pulo de gerações” no cuidado com a prole, ela repete a mesma “sina” da sua mãe. A questão aqui parece ser transgeracional.

Sobre as instituições não tradicionais, como apontado em sua tabela, Miriam utilizou apenas a medicação psicotrópica, por poucas semanas. Indicativo de que o remédio “sozinho” não foi uma possibilidade eficaz de enfrentamento da violência sofrida.

Apesar das dificuldades e de questionar o que passou, tem muita fé em deus, mas se pergunta “*porque deus fez isso com a gente*”. Em suas palavras: “*Agradeço a deus por estar viva e passando por isso*”. Fica evidente sua falta de controle interno, importante pilar da resiliência, segundo Marcos (2012). Quando coloca sua vida “nas mãos de deus”, suas decisões parecem não contar.

Miriam tem muita dificuldade de fazer planos. “*Eu mesma tenho que fazer por onde ser forte. Tenho os netinhos pra criar (...). Futuro não penso, porque o futuro pertence a deus. deus tem propósito*”. Fico me perguntando o que ela fará da vida quando os netos crescerem. Hoje, tudo gira em torno deles. Mas, e depois? Cuidará da saúde? Tentará voltar ao mercado de trabalho?

Suas conexões afetivas, funções executivas e sua autoestima são frágeis. Seus motivos para viver estão circunscritos ao cuidado dos netos pequenos.

“Guardo muitas coisas, muita mágoa. Fico só pra mim”. Dessas mágoas ela falou pouco durante a entrevista. Quando eu insistia para que ela associasse mais, ela ficava visivelmente constrangida. E não associava nada. Calava-se.

Miriam é uma das participantes que relata ser tomada por um forte sentimento de culpa. *“Não aguento mais som alto, bagunça... parece que to maltratando o espírito do meu filho”*. Não aguentar mais bagunça está relacionado, para Miriam, não apenas com seu sobrinho morto (a quem chamava e considerava filho), mas também com sua filha caçula, com quem sempre teve uma relação conflituosa. Ela diz: *“me culpo por erros que cometi, porque, quando ela mais precisou de mim, eu tava na farra”*, farra que não consegue mais fazer porque pensa *“maltratar”* o espírito do sobrinho. E completa a associação concluindo que, se a família não estiver perto, *“os filhos vão se afundando”*. Continua contando sua história, e mais adiante, relata que em uma discussão com sua filha, desejou que uma bala a atingisse na rua. Meses depois, a bala atingiu não a filha, mas o sobrinho: *“Foi o que aconteceu com meu [nome do sobrinho]. Eu penso, será que o Senhor me castigou?”*.

Tenho a impressão de que a participante omitiu partes importantes de sua história. E agi com muita precaução ao abordar temas considerados delicados em nossa cultura (como drogas, abuso sexual, homossexualidade). Sobre alguns desses temas tabus, ela associou. Mas seriam necessárias mais entrevistas para acesso a outros dados que ficaram “latentes”, obscuros ou implícitos em seu discurso. Gostaria de ter tido mais conversas com esta participante, mas, até o fechamento deste capítulo, não foi possível. Ela me recebeu bem na primeira etapa do trabalho de campo. Já na segunda, dois anos depois, foi mais difícil agendar um reencontro. Estive uma vez mais em sua casa, onde ela falou bastante e tive acesso a dados novos e mais precisos de sua história. Senti a necessidade de conversar mais com Miriam, mas, a partir de um determinado momento, ela não atendeu os meus telefonemas. Até que insisti bastante: tentei por

5 vezes, antes de desistir e tomar esta recusa como dado de pesquisa e, também, como parte das limitações do método utilizado nesta pesquisa.

4.1.3 Rose: “Minha história é essa... Minha história é triste”.

Experiências com violência urbana

Rose teve a filha assassinada supostamente por traficantes de drogas, aos 19 anos. Após perder a filha, sofreu um grave acidente de carro e desenvolveu sintomas compatíveis com transtorno de pânico. Alguns anos depois, o filho caçula começou a se envolver com drogas.

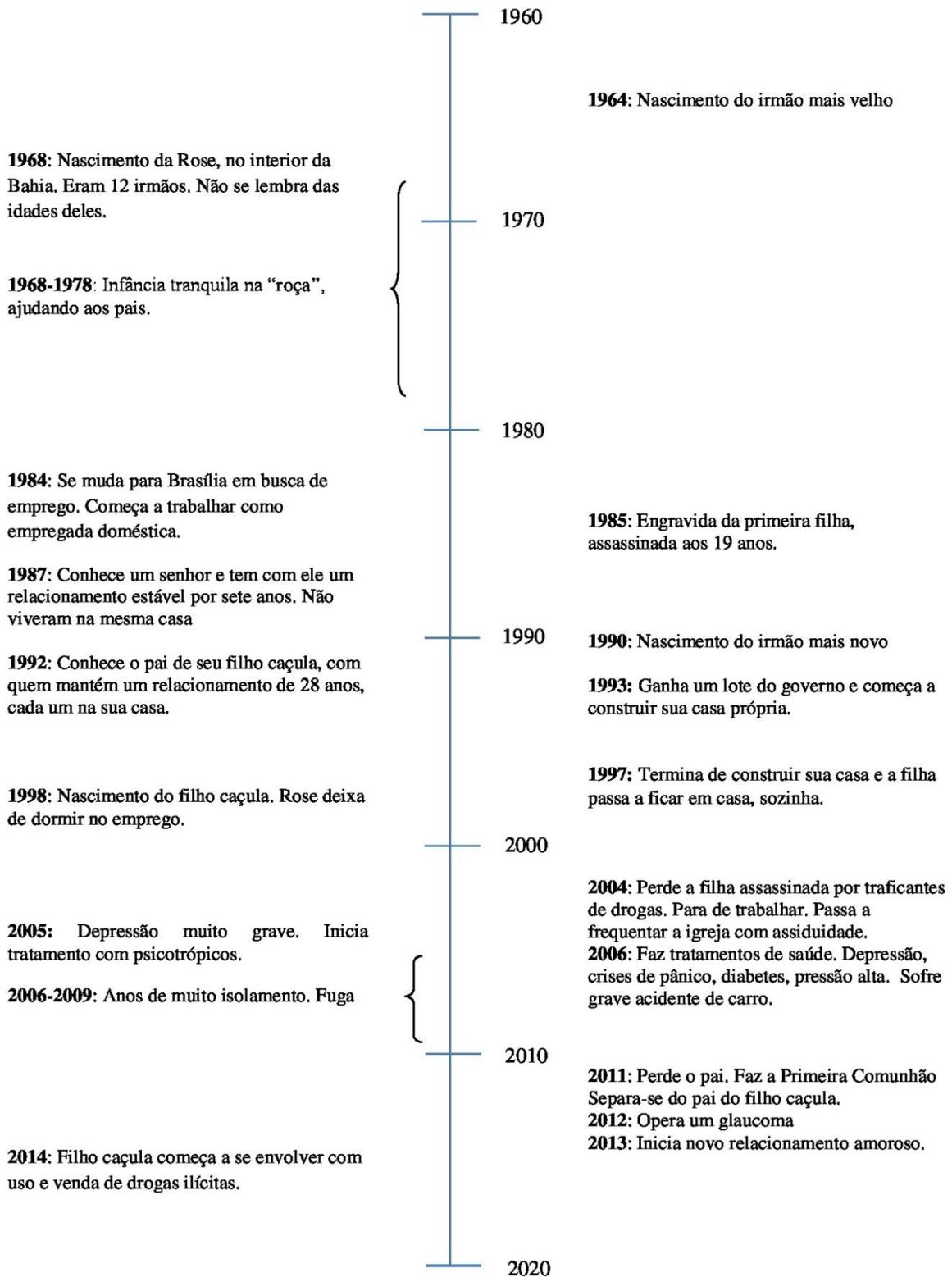


Figura 6 Linha da Vida - Rose

Relação com a Família

Rose nasceu na Bahia, em uma família extensa. Eram 12 irmãos. Teve uma infância tranquila, na roça, *“sem violência”*. Lembra-se de frequentar a casa dos primos. Eram muitos irmãos, mas a relação entre eles não era próxima. O primeiro nasceu em 1964. O mais novo tem 26 anos. Estudava de manhã e trabalhava na roça. *“A vida na Bahia era boa”*.

Migrou jovem para Brasília, aos 16 anos, para trabalhar. Morava na casa de parentes e logo, aos 17, veio a gravidez da primeira filha. Continuou trabalhando no mesmo emprego. A menina ficava sob os cuidados de uma tia, mas *“não tava dando certo também porque eu morava no emprego e ela ficava com minha tia. Minha tia não cuidava direito e ela vivia doente, doente, doente”*. O pai da primeira filha nunca reconheceu a paternidade, não participou do crescimento da menina, nunca pagou pensão. *“A revolta que eu tenho é só que o pai dela não deu apoio, nem pra mim nem pra ela. E foi amor à primeira vista, quando eu bati o olho no pai dela, menina, eu enlouqueci, sabe? Apaixonei pelo cara”*. Rose conta que, quando a filha foi morta, ligou para o pai e ele pagou o caixão.

Um dos irmãos a ajudou muito quando a filha foi assassinada. *“No dia do crime, se não fosse meu irmão, acho que eu não tinha feito era nada. Eu não fiz nada, não dei conta. Meu irmão que tomou conta de tudo pra mim. Resolveu tudo”*.

Sua mãe a ajuda a procurar o filho quando este não volta pra casa e, eventualmente, dorme com ela. *“Ai o dia passa que eu nem vejo. Sozinha é mais difícil”*.

O pai morreu em 2011. A mãe está morando na Bahia.

Quando sua menina era bebê, conheceu um senhor mais velho e morou com ele por sete anos. Após o rompimento dessa relação, voltou a morar com alguns dos irmãos. Nessa época, ganhou um lote e construiu sua casa, onde vive hoje.

Anos mais tarde, quando sua filha tinha sete anos, engravidou e teve um menino, e conviveu por 28 anos com o pai dele. Mas nunca moraram juntos. O pai de seu segundo filho

também não a apoiava. Eles só se viam nos finais de semana e *“também era muito egoísta. Sei lá... não ajudava não. Ele fazia é piorar a situação. E, por isso, também eu cansei dele”*. Esse companheiro também não a ajuda na criação do filho. Ela conta que saia *“feito doida”*, procurando o adolescente, que, assim como a filha, também se envolveu com drogas.

Na época das primeiras entrevistas, havia conhecido um rapaz e estava namorando. Tem planos de se mudar com ele para Bahia: *“Agora eu alegrei mais um pouco, conheci um namorado diferente. É. E a gente tá vendo se dá certo”*.

Pretendia deixar o filho com o pai e voltar pra Bahia porque sua mãe está lá e a violência é menor. Afirma não suportar perder outro filho para as drogas: *“Pra mim não passar por isso de novo ou ele vai morar com o pai dele ou eu vou levar ele pra Bahia. Vou alugar essa casa e vou embora pra lá”*. É um caso delicado porque existe um risco real de seu filho ter o mesmo destino da filha mais velha, que foi assassinada por traficantes de drogas. Ela diz: *“O que me revolta também é que [o filho] sabe do caso da menina e já tava também envolvendo com droga. Menina do céu! Eu fiquei desesperada quando vi ele mexendo com droga também. Meu deus! Perdi a primeira, tô com medo de perder o segundo”*.

Porém, em nossa última entrevista, este plano de deixar o filho com o pai estava distante de ser realizado. O rapaz voltou a estudar e parece que vai continuar morando com ela.

Relação com a igreja

Sempre frequentou a igreja católica, mesmo antes de perder a filha. E segue frequentando essa instituição. Seu discurso é religioso: *“Rezo pra ela. Acho que só deus. Acho que amizade... não tem palavra que conforta não. É só deus, a igreja”*. Frequenta a instituição duas ou três vezes por semana.

Relação com o trabalho

Na Bahia, Rose trabalhava apenas na roça, para ajudar o pai. Trabalhar foi o que motivou a mudança de Rose, de sua cidade natal para Brasília.

Não estudou. Trabalhou a vida toda como empregada doméstica e a filha sempre morou com ela, durante a semana, na casa dos patrões, até completar 12 anos. Foram estes que quiseram adotar a filha de Rose, quando a jovem era criança (voltarei a esse ponto adiante). Nessa época, ganhou um terreno e começou a construir sua casa. Quando a obra ficou pronta, decidiu não morar mais no emprego e a filha passou a ficar em casa sozinha. Ela já tinha o caçula, que ficava na creche enquanto Rose trabalhava.

Trabalhou em umas cinco casas diferentes, sete anos no (Núcleo) Bandeirantes, depois entre um e dois anos nas demais casas (Guará, Cruzeiro, Sobradinho).

Não voltou a trabalhar depois que a filha foi morta: *“eu fiquei com muita depressão e não dei conta mais de trabalhar não. Às vezes eu cuido de criança em casa, tenho um aluguel e vou sobrevivendo”*.

Relação com o apoio social

Rose conta que teve muita ajuda dos primeiros patrões, que gostavam muito da filha dela (e, como já registrado antes, inclusive, quiseram adotá-la). Estes a ajudaram a construir sua casa. Já são falecidos. Também recebeu ajuda de pessoas que, anos depois da morte de sua filha, fundaram o Pró-Vítima.

Relação com ativismos sociais

Até dois anos depois que a filha morreu, participou em eventos do Pró-Vítima. Foi a reuniões, fez passeatas, esteve no Congresso, saiu na TV, deu depoimento no Jornal Nacional. Depois ficou sem vontade de continuar. Escondia-se no quintal quando alguém do ativismo (Pró-vítima, Convive, etc.) batia à sua porta. A militância foi diminuindo até que acabou de vez.

Relação com a Terapia

Orientada pela senhora Valéria de Velasco, idealizadora do Pró-Vítima, Rose fez apenas uma sessão de psicoterapia. Não considero, portanto, que tenha utilizado esta instituição como possibilidade de enfrentamento da violência que viveu.

Relação com a medicação psicotrópica

Depois que perdeu a filha, ficou três meses de cama e seis meses muito deprimida, quando iniciou um tratamento medicamentoso com orientação médica para depressão.

Relação com drogas

Nunca usou. Mas os dois filhos se envolveram com drogas.

Tabela 5 Resultados - Rose

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x			x	x	
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x		x	
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x	x	
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x		Não foi possível concluir	

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava bem antes de perder a filha. Ficou muito mal durante os primeiros anos após a perda. Não foi possível concluir sobre seu estado atual. Sua rotina e projetos de futuro estão circunscritos aos cuidados com o filho, que já tem 18 anos.

Sobre seu luto, conta que “*a fase ruim já passou*”. Seus motivos concretos para viver estão investidos em um filho que, dentro de pouco tempo, terá a própria vida. Ela nunca havia pensado sobre isso; sobre o que fazer ‘no depois’. Pensou muito e verbalizou: “*Quero esperar o menino casar, ter o dinheiro dele*”. E ela?

Atualmente, o rapaz voltou a estudar e parece que a questão com as drogas foi contornada. Mas a rotina de Rose segue em função dele. Há que esperar algum tempo para saber como a participante continuará sua vida.

Teve problemas para dormir e alterações graves da pressão arterial. Atualmente toma remédios para hipertensão e diabetes. Seu médico do posto de saúde diz que seus problemas de saúde são “*emocionais*”.

Sobre as instituições tradicionais, para esta participante, a assiduidade a uma igreja (associada com sua fé em deus) foi a principal tentativa de enfrentamento da experiência sofrida. A religião é a única instituição que está “segurando a barra” e dando algum suporte para Rose.

Rose passa muito tempo em casa, envolvida com tarefas domésticas (que são consideradas, nesta pesquisa, como trabalho) e com o filho (que, hoje, já é um adulto jovem). Interrompeu sua vida laboral fora do âmbito doméstico depois que a filha foi morta. Quando deixa de trabalhar fora de casa, perde o apoio social que recebia dos patrões.

No que se refere às instituições não tradicionais, a medicação psicotrópica, com acompanhamento médico, foi a principal tentativa utilizada pela participante, que a ajudou a “levantar da cama”.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Rose à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma fraca capacidade resiliente.

Não foi possível identificar nenhum dos seis pilares da resiliência (propostos por Marcos, 2012) em sua história. Suas conexões afetivas são precárias, assim como seu centro de controle interno (suas decisões parecem não contar: está tudo nas mãos de deus). Os mecanismos protetores também estão ausentes. Estes fatores, em conjunto, são indícios para um prognóstico ruim. Alguns “venenos da sobrevivência” estiveram presentes nos primeiros anos após a experiência violenta que viveu: sofreu ataques de pânico e um estancamento que perdurou mais tempo que a própria depressão.

A principal lacuna em sua história estava concentrada nos 10 primeiros anos após a perda da sua filha. Durante nossa última entrevista, conversamos sobre o que aconteceu em sua vida nessa década (2004-2014). Ali ela parece ter se dado conta dos anos que se passaram, dedicados a cuidar da saúde bastante prejudicada após a experiência violenta, e do filho.

A culpa foi um sentimento que a habitou por bastante tempo. Quando a filha era mais nova, Rose a levava para o emprego e batia muito na pequena “*porque ela ficava mexendo nas coisas [dos patrões], eu ficava nervosa e descia o cacete, batia muito nela*”, associando, em seguida, mais uma possível razão de se sentir culpada: seus patrões gostavam muito da filha de Rose e ajudavam bastante em sua criação. Gostavam tanto da menina que expressaram desejo de adotá-la formalmente. Rose não quis: “*Falei não! Minha filha eu não dou pra ninguém não! Foi ai que eu deixei ela em casa e olha só o que aconteceu...*”. Não deu a menina para adoção e ela acabou morta. Essa é a conclusão da mãe.

“Não fui uma mãe suficientemente boa”. Diz que ganhava muito pouco e não podia atender às vontades de consumo da filha e posso deduzir que, para Rose, a participação no tráfico de drogas o foi meio utilizado pela filha para consumir os bens que Rose não podia

bancar. Ao mesmo tempo, Rose balança no raciocínio, já que parece ter claro que *“não ter dinheiro para roupa boa ou sapato bom não justifica a pessoa se envolver com bandido”*.

4.1.4. Madalena: *“Não tem um dia que eu não choro, não tem um dia que eu não sinta saudade”*.

Madalena diz que teve duas grandes perdas na vida: o filho caçula, morto, aos 17 anos, em um acidente de carro que já completou duas décadas; e o neto, assassinado a tiros, perto de casa, supostamente por traficantes de drogas, faz 3 anos. Esse neto morou com ela boa parte da vida: *“Eu que criei”*. Sua experiência adversa foi agravada pela impunidade: o assassino nunca foi preso.

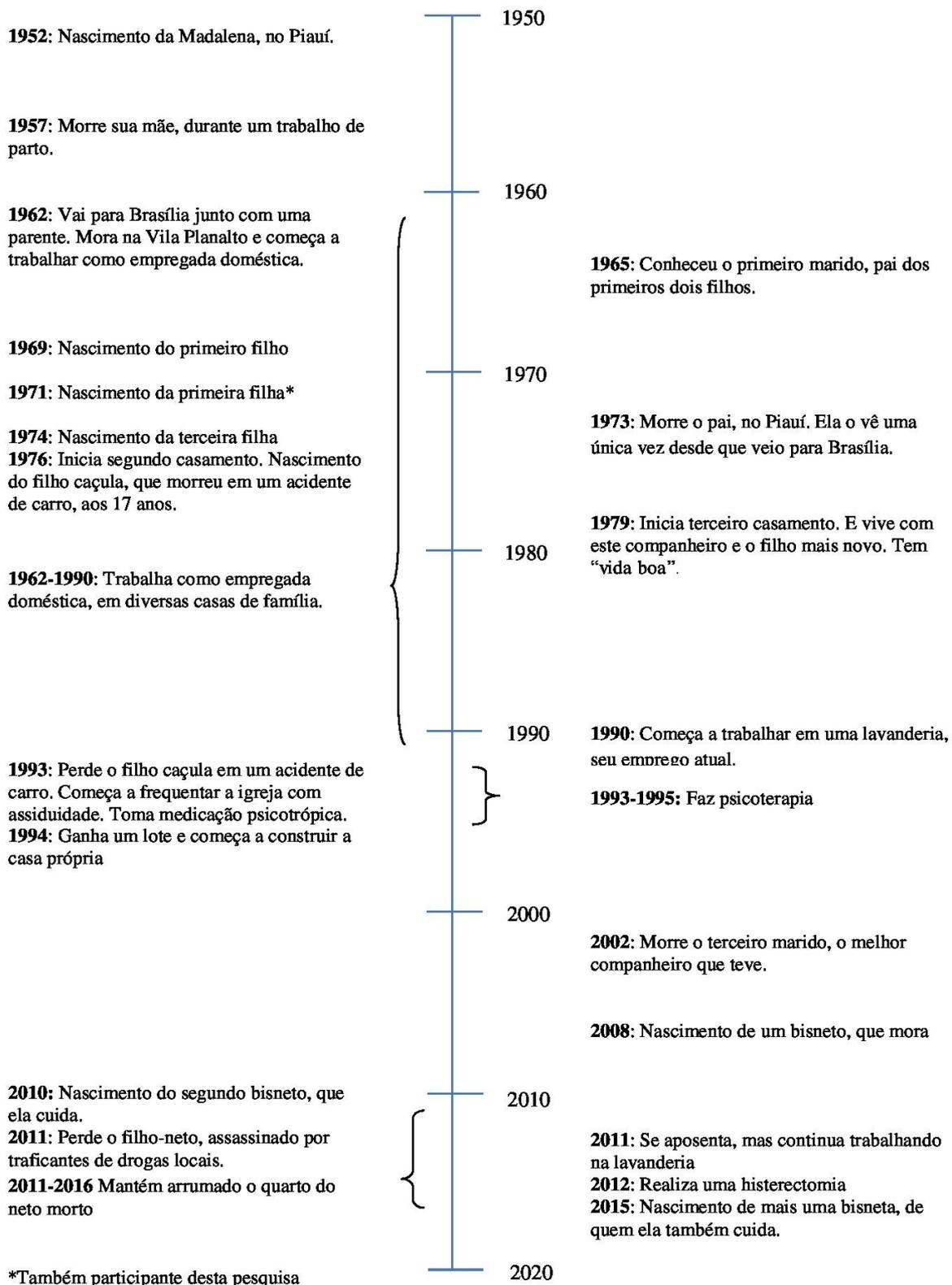


Figura 7 Linha da Vida - Madalena

Relação com a Família

Nasceu no Piauí. Sua mãe morreu quando Madalena tinha cinco anos. Seu pai não conseguiu cuidar dos filhos. Começa sua história contando que não teve “*pai nem mãe*” e que sua vida, desde “*se entende por gente*”, foi trabalhar para “*sobreviver*”.

Quando criança, morava na roça, longe da cidade, com o pai, a mãe e mais seis irmãos, uma tia e primos. Eram duas casas. Não tinha luz, água “*passsei até fome, tinha dia que só tinha peixe, então a gente comia peixe de manhã, pirão no almoço pra não morrer de fome...*”.

Dos sete irmãos, cinco eram mulheres. Dois moram atualmente no DF e, deles, ela tem notícia. Um continuou vivendo no Piauí. Uma irmã ela reencontrou quando já eram adultas. Dos outros três, ela não sabe absolutamente nada.

A mãe morreu no último parto. “*A placenta não saiu*”. Lembra-se do corpo sendo levado em uma rede. Diz que, se fechar os olhos, lembra direitinho do rosto da mãe. “*Muita coisa nem é bom lembrar, que dói*”. Recorda-se do pai bêbedo, andando atrás de uma procissão. Depois de perder a mãe, foi muito “*judiada, só não levei água quente*”. O pai “*distribuiu*” os filhos e Madalena foi crescendo largada na casa de um e outro.

Veio para Brasília aos 10 anos com uma prima e ficou “*na casa de um e de outro*” até se casar. trabalhou como empregada doméstica. Conta que foram os piores anos da sua vida: “*Não tinha nem chinelo nem calcinha*”.

O pai sempre morou no Piauí. Madalena conta que ficou 19 anos sem ter notícias dele. Foi vê-lo pouco antes de ele morrer. Ao se despedir, a abraçou e falou: “*Até o dia do juízo, você ainda vai ter muitos problemas com seus filhos. Tenha paciência. Adivinhou, né? Eu até hoje não esqueço disso*”.

Madalena teve três filhos do primeiro casamento e depois o caçula, filho de um segundo matrimônio.

Aos 13 anos, conheceu o primeiro marido. A separação foi motivada por ciúmes e fofocas. Disse que um dia voltou para casa depois do trabalho e o marido não a deixou entrar. Ficou muito tempo dormindo na casa da patroa. Depois arranjou outro emprego e seguiu a vida. Teve casa própria quando ganhou o lote do Roriz (governador, na época), em Santa Maria/DF.

O segundo casamento somou 10 anos e o filho deste relacionamento foi o rapaz que faleceu aos 17 anos, vítima de um acidente de carro. Os três primeiros filhos ficaram morando com o pai (do primeiro casamento).

Ela acredita que “o pai [ex-marido] não cuidou direito”, já que, “*depois de velhos, veio tudo pra dentro de casa (...). Ai começou: tudo as brigas dentro de casa, as confusões*”. Ou seja, já adultos e com filhos pequenos, alguns de seus filhos voltaram a viver juntos e a serem sustentados por ela. A senhora Madalena mantém economicamente muitas pessoas, já que uma das filhas não trabalha, o filho mais velho tem problemas com drogas e os bisnetos são jovens demais para trabalhar. Diz que sua vida é sua casa, “*eu sou o homem e a mulher daqui. Tenho ajuda só de deus. Mora muita gente aqui dentro de casa. Então dá vontade de sair e não voltar mais. Eu acho que poucas pessoas aguentam o que eu aguento, poucas*”.

Casou-se ainda uma terceira vez, sendo este o melhor matrimônio, em suas palavras. Este companheiro a ajudou a criar o filho caçula. Aqui ela diz ter tido “*uma vida boa, tinha até empregada*”. Conta que esse marido “*desgostou*” muito depois da morte do enteado. E morreu de tanto beber.

Quando perguntei sobre como viveu entre a morte do seu filho (há 20 anos) e a morte de seu neto (há 3 anos), ela me responde que, quando perdeu seu filho, era mais jovem e seu marido a ajudou muito. Com o passar dos anos, me disse ter se “*acostumado a levar a vida sem ele [o filho]*”. Mas com a morte do neto, ela não se acostumou. “*Ele me deu o carinho que eu nunca tive dos meus filhos*”.

Diz que não é feliz porque, além das perdas que teve, os filhos brigam muito e ela não tem “*paz em casa*”. E continua, descrevendo como é difícil levar a vida sem os dois únicos familiares que acredita que fariam “*alguma coisa*” por ela. “*Eu to sozinha. Eu me sinto assim, sem nada, sem ninguém. A única coisa que eu tenho nesse mundo é o amor desses dois pequeninhos ai que eu amo mais que tudo. Se não fossem eles eu não estaria lutando mais não*”, aqui Madalena se refere aos três bisnetos que estão sob sua responsabilidade. Diz que eles são sua razão de viver, mas também são motivo de muita preocupação e desgaste.

Relação com a igreja

Madalena fala em deus todo o tempo.

Antes de perder o filho caçula, não ia muito à igreja: “*A coisa mais difícil era eu ir na igreja*”, mas, depois dessa experiência, passou a ir nas missas, a participar de grupos de orações, a confessar e a comungar.

Diz-se, porém, muito revoltada com deus, por ter levado embora primeiro seu caçula, depois o neto. “*Que é que eu te fiz pra ter essa vida que eu tenho? Eu peço perdão, ele sabe o que faz e eu não sei o que eu digo*”.

Frequenta a igreja católica assiduamente, nas quartas, sextas e domingo pela manhã. Quando eu pergunto o que a ajudou a lidar com as perdas que teve, me responde: “*Eu acho que a igreja. Dizem que quando a gente não vai por gosto, vai por dor, né?*”.

Relação com o trabalho

Aos 10 anos, quando chegou a Brasília, Madalena logo começou a trabalhar como empregada doméstica e a morar no emprego. Trabalhou em várias casas de família.

No trabalho atual, em uma lavanderia, está há 26 anos. Trabalha de segunda a sábado.

Diz que sempre trabalhou e, agora, já idosa e aposentada, continua trabalhando. Aposentou e os patrões “*não querem me deixar sair*”. Ao mesmo tempo em que relata que sua aposentadoria é pouca e o salário que ganha atualmente é bom, acredita que continua trabalhando “*porque o trabalho é uma terapia, né? Pra poder espairecer a cabeça*”.

Sobre a atividade laboral que desempenha há mais de duas décadas, ela me conta que o serviço é “*pesado*”: “*eu trabalho em lavanderia e é serviço de homem. Sou operadora de máquina, lavo roupa. Lá me faz espairecer minha cabeça, não pensar as coisas ruins...*”. Diz ainda que tem dias que não se sente bem. Sua saúde está prejudicada e ela me confidencia que “*trabalho porque sou forte. Tem dia que eu saio daqui só eu e deus sabe como*”.

Às vezes tem vontade de parar de trabalhar. Mas diz que ainda não saiu porque os patrões nunca lhe pagaram seus direitos trabalhistas. “*O dinheiro que eu tenho no banco de fundo de garantia é 3000 Reais. Tá metade das coisas sem pagar, eu não vou deixar minhas coisas pra trás, né?*”. Mas destaca que já tem 65 anos e que uma hora precisa parar “*porque eu não vou trabalhar de bastão*”.

Relação com apoio social

Não fala sobre esta instituição em nenhum momento da entrevista. Quando pergunto diretamente se existe alguém que a ajuda, ela contesta: “*Só deus*”. E fala de uma senhora da igreja que ajuda dando de presente uma cesta básica todo mês pra ela. Mas é uma ajuda pontual.

Relação com ativismos sociais

Nunca participou

Relação com a Terapia

Fez terapia há mais de 20 anos atrás, quando perdeu o filho. Acredita que o tratamento durou cerca de dois anos. “*Sai nem sei por que*”. Consultava-se com uma psicóloga no HRAN (hospital público do DF) e chorava em todas as sessões. Com o tempo e muita conversa, diz que foi melhorando um pouco. Depois desse evento nunca mais realizou este tipo de tratamento.

Relação com a medicação psicotrópica

Tomou por alguns meses, depois que o filho caçula morreu. Conta que ficou “*meio abestalhada*” e parou. Fez uso por menos de um ano.

Relação com drogas

Nunca usou. Mas teve o neto morto por traficantes e outros membros da família (filho e outros netos) envolvidos com uso e venda de drogas ilícitas.

Tabela 6 Resultados - Madalena

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x	x		x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x	x		x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
	x		x		x	

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava estável antes de perder o filho. Ficou muito mal durante os primeiros anos de luto e continuou assim, sem projetos de futuro.

Assim como ocorreu na história de Moema (outra participante desta pesquisa), a perda do neto parece ter sido uma “licença para a dor”, ou seja, um motivo para as coisas continuassem exatamente como sempre foram; talvez um pouquinho pior. Um sentido para o sofrimento que é depositado no outro, na desgraça, na morte.

Para esta participante, que acumula duas mortes na família por causas externas, sua dor está também em seu frágil corpo: *“Eu sinto um bolo aqui direto que não desce nem sai”*. Diz que já tinha se *“acostumado”* com a morte do filho, que já conseguiu levar a vida sem ele. *“Depois com o tempo deus vai dando um jeito de você ir acostumando com aquilo”*, mas depois que perdeu o neto *“ficou pior”*: *“Mas aí, depois que meu neto morreu, começou tudo de novo, aquela revolta com deus, sabe? Por que comigo? Eu precisava dele tanto pra eu continuar vivendo. Eu já carrego no meu coração a morte do meu filho, ainda vai, meu neto morre. É muito duro”*.

O trabalho e a igreja foram as instituições tradicionais envolvidas nas estratégias de enfrentamento utilizadas por esta senhora. Ela trabalha desde os 10 anos de idade. *“Sempre fui decidida, sempre trabalhei”*. Trabalha porque precisa de dinheiro, a aposentadoria não cobre todas as despesas da casa, mas não apenas por isto. Conta que *“trabalho é terapia”* e esta é uma das poucas atividades que a faz sair de casa, além das idas à igreja e ao cemitério, onde visita os túmulos do filho e do neto). Quando retorna à casa, a jornada de trabalho continua: tem três bisnetos para cuidar. A sua *“razão de viver”*, também é fonte de muita *“canseira”*.

A senhora Madalena, como dito, ficou órfã de mãe ainda menina. Sua história de abandono parental e vínculos pouco estáveis se repetiram na geração de seus filhos e netos. Diz

ela: *“Eu vim pra Brasília eu tinha 10 anos, eu vim do Piauí. Fiquei na casa de um e de outro, vim com uma prima. Me criei sozinha”*.

Estudou pouco e voltou a estudar já *“depois de velha porque teve vontade de fazer”*. Acredita que quando as pessoas têm pai e mãe ajudando a criar, as coisas são mais fáceis. Ela, ao contrário, nunca teve *“amor de pai e de mãe”*.

“Felicidade nunca tive”. É uma frase recorrente em seu discurso. Reclama das brigas entre os filhos, já adultos, que presencia frequentemente: *“Só que as brigas dentro de casa vai desgastando, vai perdendo, vai fazendo você perder o amor”*. Em sua avaliação, a vida sempre foi difícil, mas, atualmente, depois de perder o neto, as coisas pioraram: *“Eu tenho hoje 65 anos, mas eu não vou falar pra você que eu vivi. Só que eu não era triste igual eu sou hoje”*. E ela acredita ainda que as duas únicas pessoas que fariam alguma coisa por ela [o filho caçula e o neto], *“deus levou”*.

Ela sempre frequentou a igreja e continuou indo depois de perder o neto. Fala em deus durante grande parte das conversas, ainda que em alguns momentos questione sua crença: *“Depois que eu perdi meu neto eu fiquei tão revoltada com deus, você acredita?”*.

Sobre as instituições não tradicionais, nada mudou depois de sofrer a experiência violenta. Ela nunca participou de nenhum ativismo e nunca fez uso de drogas. Terapia e medicação psicotrópica foram utilizadas no passado, depois que perdeu o filho caçula, há mais de duas décadas. Depois que perdeu o neto *“Nunca mais fiz nada, só vou na igreja e lá no cemitério”*

Quando analiso os dados obtidos com a história de Madalena à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma fraca capacidade resiliente.

O fato de sair de casa apenas para trabalhar, marca de um autoisolamento (comum em pessoas deprimidas), não facilita as conexões afetivas. A depressão (“veneno da sobrevivência”, segundo Marcos, 2012) crônica e não tratada, com a qual a senhora Madalena convive há

muitos anos, solapa sua autoestima e dificulta o pensamento positivo. Ela segue estancada nesse estado emocional triste.

O centro de controle interno está ausente. Suas decisões não contam e não há esperança de melhorar de vida. Até mesmo a explicação de seus infortúnios está “nas mãos de deus”. Ela é incapaz de passar a página e seguir adiante. Está estancada em seu luto.

Outro fator de complicação e que motiva a culpa em Madalena é não ter se despedido do neto no hospital, associando com sua crença de ter sido “*chata*” e “*pegar no pé*” para que ele não se envolvesse com drogas nem com más companhias. Culpa-se por não ter conseguido cuidar dos filhos e netos, repetindo as falhas que seus pais cometeram com ela. Tenta acertar agora se obrigando a cuidar dos bisnetos.

“*Quando ando na rua fico pensando... Vejo se me joga de algum lugar...*”. A ideação suicida também aparece em seu relato, em diferentes contextos. Interessante é que, colado a estas associações, ela fala dos bisnetos: “*essas três crianças são minha vida. Mas essa dor, nada cura essa dor*”.

Vítimas indiretas que perderam seus parentes assassinados por assaltantes ou ‘gangues de rua’: José, Alex, Gilda, Ângela e Ester.

Estes cinco participantes tiveram seus parentes assassinados por assaltantes ou gangues de rua. Diferente dos casos apresentados anteriormente, para estes houve julgamento, acusação e punição dos culpados. Ainda que esta punição tenha sido muito pequena, na opinião das vítimas indiretas, diante dos crimes cometidos.

4.1.5 José: “Como pode a vida continuar? Não pode continuar, tem alguma coisa errada. Meu irmão foi assassinado!”.

Experiência potencialmente traumática com a violência urbana:

José teve o irmão assassinado a tiros durante um latrocínio no Plano Piloto.

Quando o convidado a me contar sua história de vida, José começa falando da sua infância. Nasceu em Brasília, era o ano de 1965. Seus pais vieram do nordeste para construir a cidade. Relata que teve certa instabilidade econômica durante toda vida e, na infância, essa instabilidade fora causada por uma falência dos negócios da família. Diz que teve uma educação fragmentada e que cada irmão teve uma história de vida diferente.

Desde menino, se preocupava com os crimes violentos que aconteciam no Distrito Federal. Vários crimes o marcaram e o indignaram. Lembra-se das histórias que ouvia no rádio. Esses crimes sempre o “*assombraram*”.

Seu irmão foi uma das muitas vítimas da violência urbana, naquela década. Conta que os anos 1990 foram muito confusos porque cresceu muito a violência no Brasil e em Brasília. Esse irmão morreu um ano depois de seu pai. Até então, achava que sabia o que era a morte porque já perdera um amigo e um pai (por câncer e por problemas cardíacos, respectivamente). Mas, quando morre o irmão, ele entende que não sabia nada sobre a morte.

Embora tenha perdido o irmão há 17 anos, este entrevistado me chamou a atenção porque, até hoje, ele não “*se conforma*” com a perda. Conta que foi várias vezes ao local do crime e acompanhou mais ou menos de perto a prisão do acusado pelo assassinato.

Relata em detalhes como cada pessoa de sua família vivenciou a morte desse irmão e como a vida de cada membro da família mudou. E conta ainda sobre como até hoje está “*colando os pedacinhos*” e tentando cuidar da vida que foi “*abandonada*”, em consequência da experiência.

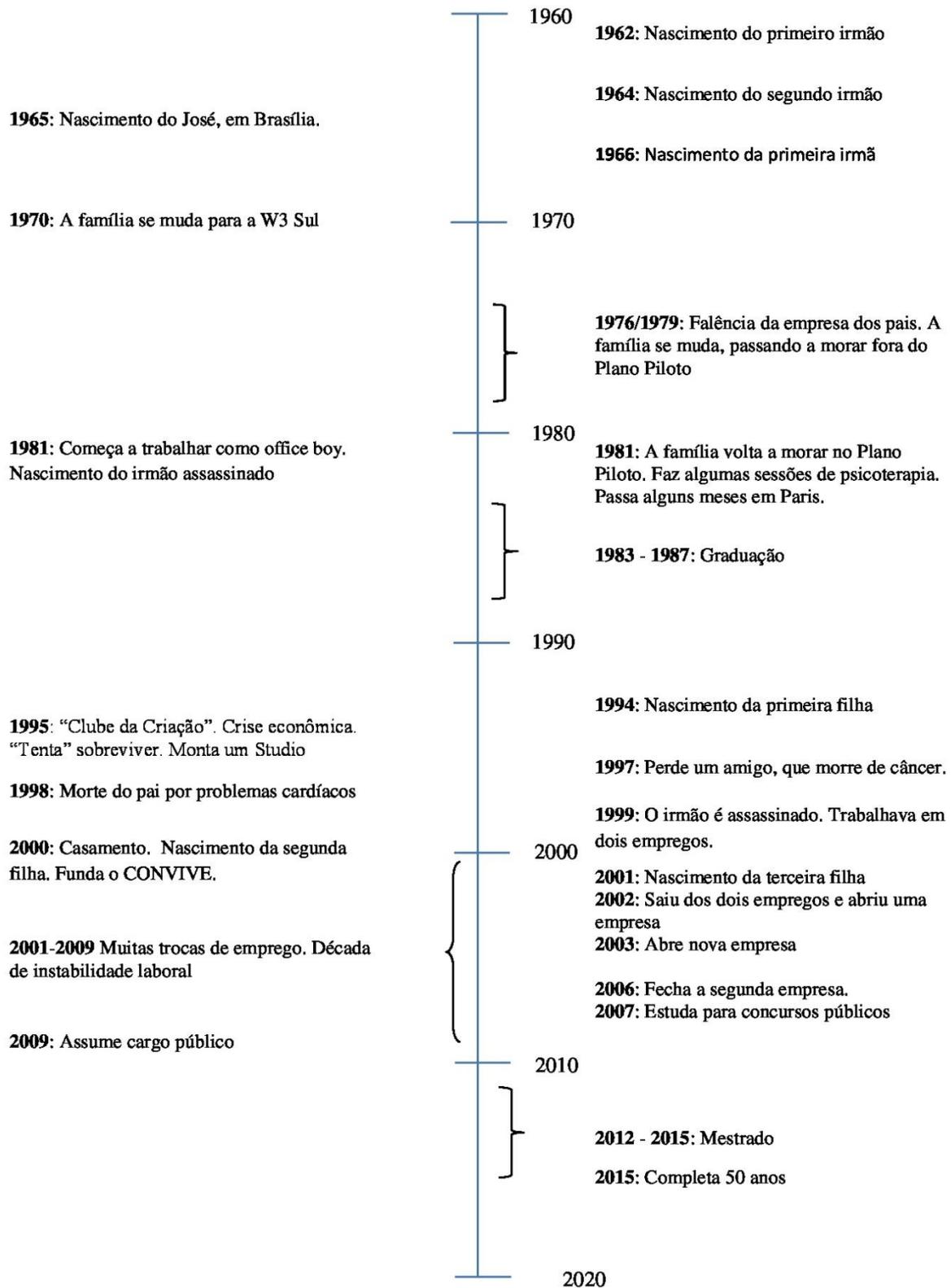


Figura 8 Linha da Vida - José

Relação com a Família

José é o terceiro de seis irmãos, sendo que os dois últimos nasceram com intervalo longo de 15 anos depois dos mais velhos. Lembra-se de que em toda a história de sua infância eram apenas quatro. Os dois mais novos nasceram quando José já era adolescente.

Teve uma relação próxima com os pais e os irmãos, sobretudo com os irmãos mais novos. Lembra os fins de semana com a casa cheia de gente. A família gostava de confraternizar e receber amigos. Sobre sua mãe, diz que sempre foi “*uma pessoa muito doce, carinhosa, muito afetiva*”. E que o pai era uma “*figura enigmática*”: “*Ele era muito risonho, muito alegre, muito feliz, nunca me bateu, nada. Ele tinha uma coisa humana muito interessante*”. Sempre tinha festa em casa, muita bebida. Diz que às vezes queria sossego e não tinha.

Os pais eram comerciantes nos anos 1970 e houve uma falência nos negócios. José tinha de 11 para 12 anos. A década seguinte foi de muita instabilidade econômica e eles “*tentaram sobreviver*”. A família teve que mudar de casa e os filhos de escola.

Essa mudança de casa e de escola gerou muita vergonha em José, segundo suas próprias palavras. A casa onde viviam foi alugada para o pagamento de dívidas trabalhistas. *Vergonha* da pobreza e *vergonha* da falência do seu pai. A vergonha de sair do Plano Piloto e morar em uma Chácara (e, depois, em uma Cidade Satélite) fez com que o participante ficasse muito retraído. Estudava pela manhã e passava as tardes em casa, sozinho. Foi uma época de muito recolhimento e timidez. Passou um ano assim.

Detalha que as famílias que construíram Brasília (e a sua própria, portanto) eram famílias grandes, nas quais havia uma criação de ‘*ignorância*’ e o pai muito era ‘*bruto*’. “*Não sinto nenhuma saudade daquele tempo*”, ele diz. Aqui fala da família operária, cujos pais eram obreiros. Mas também está falando da sua própria família. Que não era exatamente obreira, mas também era “bruta” (“*Meu pai dizia que se casou com a minha mãe porque não tinha mulher*”

[na cidade]). No Núcleo Bandeirante, “*era outra Brasília, a vida era mais dura*”. Conta de colegas que vivem em loteamentos irregulares (invasões) e dos muitos imigrantes que vieram tentar a vida na nova capital. Muitas vezes se sentiu desprotegido, “*como uma espécie de carência*”. O irmão mais velho, maior e mais forte, não o protegia. Tampouco o pai.

Sua mãe engravidou novamente quando viviam no Núcleo. Esse novo irmão, que veio a ser assassinado aos 17 anos, marcou um reerguimento da família e foi uma “*revolução*” porque nasceu durante o retorno da família ao Plano Piloto. Foi um momento de relativa estabilidade econômica porque os filhos mais velhos já estavam começando a trabalhar.

Na década seguinte, acompanhou de perto o processo de doença do pai, fato que uniu bastante os irmãos. José esteve presente e cuidou muito do pai doente. Nessa época, todos já estavam trabalhando e com suas vidas independentes.

Em nosso último encontro, José fala mais sobre sua relação com a família de origem. Aparecem conteúdos que não havia associado antes. Conta que por serem comerciantes, seus pais passavam muito tempo fora de casa, “*eram distantes*” e que ele e os irmãos viveram muito “*soltos*”. Acha que os pais deveriam ter sido mais presentes. Mas poderiam? A relação familiar sempre foi confusa. Diz que é uma “*visita*” na casa de sua mãe. Ao mesmo tempo, se sente muito próximo e vinculado a esta instituição, família. Sente uma “*necessidade de vê-los bem*”.

A casa onde morou (e, simbolicamente, parece que ainda mora) é uma personagem importante no discurso de José. Ele tem ‘*paixão*’ pela casa onde morou com os pais.

A paixão pela casa parental (que já não é casa onde José mora há quase duas décadas), não foi um tema aprofundado nas entrevistas. Porém, deixou registrado que sempre quis assumir o ‘*papel de cuidar da casa*’, mas que ninguém aceitava, porque ele era o caçula. Diz que hoje sofre muito porque “*minha casa tá muito desarrumada*” e acredita que esse abandono foi favorecido pela morte prematura do irmão: “*A casa tem uma energia complicada do pós-fato, entendeu? A casa deteriorou muito, eles deixaram*”. Depois que o irmão morreu, a mãe e

os irmãos que continuaram vivendo ali, deixaram de cuidar da manutenção. A casa se deteriorou junto com os membros da família.

Quando se refere à sua família nem sempre é possível determinar se José está falando de sua primeira família (pais e irmãos) ou da família que constituiu (esposa e filhas). Até hoje, passados 17 anos do assassinato, ainda “*tenta se equilibrar*”. Apesar de se dizer próximo e ter uma relação forte com a família, José relata sentimentos contraditórios para uma relação desse tipo. Sua relação com a instituição família é, no entanto, forte porque ele fala muito desse tema: suas associações envolvem, na maior parte do tempo, esta instituição.

Quando perdeu o irmão, José me diz que estava em uma “*fase de transição*”. Tinha uma namorada e uma filha pequena. Após o ocorrido, casou-se com essa mesma mulher e nasceram outras duas meninas.

A última entrevista que tivemos foi importante para retomar essa categoria. Nessa oportunidade, José me conta que recentemente viu em uma rede social uma foto antiga, postada por um amigo. Nessa foto, estavam muitas pessoas da família do colega em uma festa junina da escola: pai, mãe, avô. Ele se deu conta que nunca teve isso. O pai nunca ia à escola. O avô menos ainda. Ele mesmo, já casado e com filhas, não percebia a necessidade de participar desses eventos. Das filhas menores conseguiu estar mais presente. “*Eu tenho que ir? Eu não sabia que tinha que ir!*”. Não achava que era importante. Assim como seu pai, que também nunca participou de nada dessas coisas.

Quando se tornou pai, “*a vida deu nó*”. José acrescenta que sempre trabalhou muito e o tempo era curto e nunca suficiente. Casou-se em 2000. Afirma ter uma relação estranha com a mulher. É próximo das filhas, mas todas sentem muito sua falta. Acredita que deus foi generoso com ele, suas filhas são felizes. Hoje, com elas já crescidas, seu maior dilema é romper com o que construiu. O primeiro desafio foi sobreviver em uma família complexa. “*Não tenho nenhum saudosismo*”, diz, com humor, lembrando-se do passado.

Relação com a igreja

Nas primeiras entrevistas não falou absolutamente nada sobre deus, fé ou religiosidade. Após o retorno ao campo, quando pude perguntar diretamente sobre este tema, José me conta que acredita em deus.

Tinha uma avó muito católica e teve certa frustração quando foi impedido de continuar com a catequese (quando tinha seis anos). Depois disso, não teve mais referências religiosas significativas.

Quando jovem, frequentou muitas igrejas diferentes. Mais que isso: afirma que nunca recusou convite de ir à igreja. “*Brasília é uma cidade múltipla também na religião*”.

Aos 15 anos, na época em que morou no Núcleo Bandeirante, frequentou um Centro Espírita. Dos 19 aos 20, foi um período de “*turbulência emocional*”, frequentava igrejas evangélicas quando era convidado. Chegou a ir à umbanda, mas “*teve medo*”.

Segue indo muito eventualmente a qualquer igreja: “*se me chamarem eu vou*”.

Relação com o trabalho

No discurso de José, o tema trabalho se mistura com o tema “*ativismo*”.

Estudou Comunicação Social. Hoje, trabalha em um órgão público e é Artista plástico. Concluiu um mestrado em educação e me conta que “*brigou com todos em casa para retomar um projeto antigo*”: estudar e escrever um livro.

Ainda adolescente, começou a trabalhar como *office boy*, função que exerceu até os 18 anos, na mesma época que os dois irmãos caçulas nasceram, marco temporal do já descrito processo de falência-estabilização familiar.

Na época de prestar o vestibular, seu sonho era a arquitetura. Mas disse que veio da escola pública e achou que não conseguiria a vaga. Entre 1983 e 1987, fez o curso de graduação em Comunicação Social no Centro Universitário de Brasília – CEUB.

Juntou dinheiro por dois anos e foi para Paris tentar ser artista. Pintou, levou os quadros e, lá, os vendeu. Foi chamado para estudar em uma universidade francesa, mas a situação irregular na Europa o fez voltar. Conta que trouxe umas garrafas de uísque e vendeu todas. Arrependeu-se de não ter trazido mais. Aqui faz uma associação recordando-se da época que a família vivia com mais conforto (antes da falência). O pai bebia uísque e *beber uísque é coisa de gente rica*. Isso remeteu à fase em que a família tinha “*grana*”.

Dinheiro é um tema recorrente em seu discurso. A vontade e o talento de ser artista sempre estiveram em conflito com a necessária estabilidade financeira. Antes de assumir seu emprego público, viveu o tempo de inflação no país. Viveu a falência (dos negócios) do pai. Abriu e fechou seus próprios negócios. Sabe bem o que é ter pouco dinheiro.

Chegou a fazer exposições e a vender quadros. Mas nunca conseguiu sobreviver apenas com sua arte.

Sempre fez “*trabalho social*”. Enquanto publicitário, sua profissão foi um “*conflito eterno*”, porque apesar de “*glamourizada*”, no dia seguinte suas campanhas eram “*lixo*”. Queria “*usar a comunicação para uma atitude social*” e acreditava que “*a comunicação poderia fazer diferença em várias coisas*”. Mais tarde, participou na elaboração de diversas campanhas de enfrentamento da violência. “*Essa coisa de trabalhar socialmente, ter uma visão de melhorar, eu sempre tive. Sempre trabalhei, sempre militei. Eu tinha essa visão de que o meu trabalho tinha poder de contribuir com alguma coisa e não ficar fazendo promoção de carro [risos] Então eu queria usar aquilo de uma maneira diferente*”.

Quando começou a trabalhar com Publicidade e Propaganda, formou um clube de criação em Brasília, nos anos 1990. Esse grupo foi formado por amigos fotógrafos, ilustradores, diretores de arte. Em suas palavras: “*uma elite de jovens com proteína, talento e vontade de viver a vida... ser feliz*”. No Clube de Criação, fez campanhas para o Hemocentro e para a

APAE. Guarda amigos desta época. “*Vi que minha arte realmente tinha valor naquele momento!*”

O ano que seu irmão morreu foi a melhor época financeira de sua vida. Trabalhava em dois empregos (tinha um escritório de publicidade, no qual o irmão assassinado trabalhava com ele, e, durante a noite, trabalhava em um jornal). Após a morte do irmão, diz que se dedicou ao trabalho “*com afinco*”. Ainda mais que antes.

Por sua profissão, este participante sempre teve ligação com a mídia, sobretudo a escrita. Já trabalhou como chargista em um jornal de grande circulação de Brasília. Depois que o irmão morreu, essa relação, com o trabalho, parece ter se intensificado, potencializada pela atuação de José como militante.

Em 2009, passou em um concurso para Analista da EMBRAPA, assumindo, assim, um emprego público.

Entre a morte do irmão (em 1999) e a posse no emprego público (2009), foram 10 anos cuja categoria “trabalho” não apareceu em seu discurso. Eu perguntei diretamente ao entrevistado o que ocorreu em sua vida laboral nessa década. A partir dessa intervenção, José contou o que fez e associou. Foram anos difíceis também. Apesar das dificuldades, se sentia muito feliz trabalhando.

Entre 2001 e 2002 ficou sem emprego. Saiu dos dois empregos nos quais trabalhava e tentou iniciar um negócio próprio, em sociedade. Abriu uma empresa que não deu certo. Viu-se só. Sentiu muita solidão. Já tinha as três filhas e a falta de estabilidade no trabalho ‘*pesava*’. Romântico, idealista, artista. Adorava trabalhar, sempre se envolveu muito nessa instituição, em profundidade. Desfeita a sociedade, começou de novo. Pegou a agenda de telefone e ligou para todos os clientes, desde a letra A. Conta que as coisas foram acontecendo, foi trabalhando de *freelancer*, fez algumas parcerias.

Entre 2003 e 2006 abriu outro negócio, também sozinho. E decidiu estudar para concursos. Ele me disse que foram 10 anos confusos: abriu e fechou empresas, fez sociedades que não deram certo. Participou de alguns certames. O da Embrapa fez em 2006 e o chamaram para assumir o cargo em 2009.

Essa busca por se inserir e se manter no mercado de trabalho foi marcada por um mal estar quase constante, inclusive por ser um publicitário, e querer mesmo ser artista; e por querer questionar um “sistema” (o modelo capitalista de produção) do qual compreende que faz parte: *“sou romântico... ainda hoje sofro com o modelo que vivemos... acho tudo muito chato... corro o dia todo, o mês todo... e, no final do mês,... alimento o sistema... entende?... Com o tempo, cansa mesmo... Acho que tem um sentimento melancólico em mim... uma coisa meio triste”*.

Entre 2012 e 2015 realizou e concluiu um Mestrado em Educação na UnB. No momento da última entrevista, fazia 10 meses que terminara o mestrado. Durante os anos em que fez o curso de mestrado, também exerceu atividade como síndico do prédio onde mora. Segundo ele, foi bastante estressante. Desenvolveu uma gastrite. Desenhou reformas para o condomínio onde vive. Nem todos gostaram. Conta que chegou a ver e a sonhar com o prédio todo reformado. Lembrou-se de que quando jovem e sonhava em fazer arquitetura.

Recentemente, reencontrou, por meio de uma rede social, um amigo de infância, o qual se tornou um arquiteto muito bem sucedido e milionário. *“Como seria minha vida?”*, pergunta-se. Conta ter medo do tempo. Avalia que sua carreira foi muito fragmentada. Trabalhou com ilustração, artes plásticas, mídia, TI, internet... E finaliza associando que seus amigos que seguiram na Publicidade têm grana. Ele não.

Relação com o apoio social

José conta que sempre gostou de contribuir e participar em “*minha teia social, minha comunidade, em meio ao grupo*”. Relata que às vezes se sente bem e que muitas vezes se sentiu protegido com os amigos que fez.

Esse apoio, sobre o qual fala José, está muito associado com o seu trabalho e com sua militância (ativismo). Segundo ele, sua atuação no *design* fez com que conhecesse muita gente, muitos clientes e acabou fazendo amigos. Ao mesmo tempo, diz que acabou se desvalorizando comercialmente, “*mas ganho no lado emocional... a busca do equilíbrio é difícil...*”.

Possui também muitos colegas de ativismo, amizades que se fortaleceram ao longo dos anos e com o surgimento do CONVIVE (que, atualmente, não desenvolve muitas atividades, mas que, nos primeiros anos após a perda do irmão, foi uma importante fonte de apoio).

Relembra ter recebido apoio e carinho dos amigos quando seu irmão foi morto. Mas, ao mesmo tempo, a frase “*a vida continua*”, dita por pessoas queridas, o incomodou e ainda o incomoda. Ele diz: “*No dia seguinte ao enterro, eu lembro que olhei pra minha rua, assim, vendo as pessoas indo trabalhar, voltar. “Tua vida continua”. Cara, mas não pode! Não pode continuar. Para! Para! Para! Dá vontade de parar as pessoas. Tem uma coisa errada... entendeu? Meu irmão foi assassinado. Eu queria parar o mundo, consertar o mundo*”.

Relação com ativismos sociais

Como dito anteriormente, o tema dos ‘ativismos’ se mistura ao tema ‘trabalho’ na vida deste entrevistado. Ainda antes de ser vítima indireta, já apresentava uma militância no campo do enfrentamento da violência. Contudo, durante e depois da morte do irmão, esse ativismo se tornou mais consolidado.

Fundou com outras vítimas um grupo para ajudar pessoas que também perderam familiares de forma violenta. Este grupo chama-se CONVIVE. Participou de diversas

campanhas locais e nacionais. Ainda hoje está vinculado a grupos, participa de seminários e outras atividades relacionadas com o tema do enfrentamento da violência. Mas sua atuação é menos intensa que antes.

Relação com a Terapia

Tentou iniciar por duas vezes, antes de o irmão morrer.

A primeira vez foi logo que voltou da França. Fez quatro sessões de Terapia de Vida Passada. Diz que foi bem bacana. Teve lembranças de quando tinha 2, 3 anos de idade. Lembrou-se do pai desenhando com ele e de uma árvore de Natal na casa de uma vizinha. Depois regrediu mais e ficou com medo de dar seguimento.

Voltou depois de algum tempo e fez poucas sessões com uma terapeuta que buscou no jornal. Pagou com um cheque que não tinha fundos, recebido de uma cliente. A psicóloga ficou muito chateada e a sessão seguinte foi constrangedora. “*Nem a minha terapeuta confia em mim*”. Ele não voltou. Aqui conta que já sabia o que era não ter dinheiro, de como era difícil ter crédito e até mesmo abrir uma conta em banco.

Relação com a medicação psicotrópica

Nunca fez uso

Relação com drogas

Uso recreativo e eventual de maconha, apenas quando jovem.

Tabela 7 Resultados - José

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x		x
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x	x		x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre o participante

É um participante que se encontrava bem antes de perder o irmão. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Esta conclusão foi possível pelas associações feitas por José. Tentou manter uma rotina e tem projetos de futuro.

Sobre como foi para José e sua família perder um ente querido, ele simboliza com uma metáfora que inventa; a dos “balões inflados”: *“Tinha um irmão que era da igreja e saiu da igreja. Outro tinha problema com drogas, bagunçou muito a vida dele. Minha irmã teve uma relação afetiva complicada... Aqueles balões que tinham de sofrimento inflaram muito em cada um”*. Esta mesma associação ajuda a entender como a experiência violenta afetou a sua saúde. Os problemas emocionais se agudizaram.

Sobre as instituições tradicionais, não houve mudança na relação de José com estas depois que perdeu o irmão. Sua relação com o trabalho, com a família e com o apoio social permanecerem fortes após a experiência violenta sofrida (a relação com a igreja/religião que era fraca continuou fraca).

Dentre todas as instituições tradicionais, o trabalho foi a principal instituição que ajudou José a enfrentar a perda que viveu.

Sobre as instituições não tradicionais, o quadro não se alterou após o luto. Sempre foi um militante da “*causa social*” e durante toda sua carreira profissional esteve engajado em ativismos. Contudo, esta atividade foi muito mais frequente e intensa após (e, sobretudo, durante) o luto pela morte do irmão por causa violenta.

José, com suas dificuldades, seguiu com a vida. Para ele ainda é difícil trabalhar, ter dinheiro, segurança, sonhos, cuidar de sua família. *“As cobranças são muitas”*, me diz. *“Ao longo desses 17 anos, desde que meu irmão morreu,... conto nos dedos os momentos de*

estabilidade... emocional... familiar,... pessoal... Sobram-me dedos... A gente parece estar sempre numa corda bamba”.

Quando analiso os dados obtidos com a história de José à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma forte capacidade resiliente.

Dos pilares da resiliência, que, como dito por Marcos (2012), formam parte da personalidade e da perspectiva de vida de cada indivíduo, é possível identificar alguns deles na biografia de José; apesar de suas fragilidades. Este participante possui vínculos afetivos fortalecidos consideráveis (conexões afetivas), alta capacidade de introspecção (funções executivas) e acredita que suas decisões contam (centro de controle interno).

Alguns Mecanismos Protetores Específicos também são recursos disponíveis para José. Ele não nega o que viveu e consegue manter uma rotina (ver o que esperamos ver). É altruísta e um líder natural e, também, tem forte capacidade de narrar, dividir e solidarizar, componentes comumente existentes em pessoas que militam por uma causa. O sentido de humor também está bastante presente em sua vida. José consegue achar graça em temas e situações que já o fizeram sofrer.

Sobre suas vulnerabilidades, a principal que aparece em seu relato é a solidão. Ainda que seja um homem bastante comunicativo e com uma rede social fortalecida, este sentimento o acompanha. José acredita ser comum entre as vítimas indiretas da violência. E associa sobre o potencial que uma vítima de violência pode ter para ajudar a outras vítimas, devido aos laços identificatórios existentes: *“Quem passa por um crime, pela vitimização, sofre esse trauma, por mais que você receba o apoio dos amigos, te dá uma solidão muito grande. Ninguém entende sua dor. E quando você estava naquele grupo, havia um olhar que era suficiente de encontro. Aqui as pessoas sabem o que eu to sentindo”.*

É um participante *“inconformado”* com o jeito que o irmão morreu. Mas não só com isso. É um homem crítico, um artista, que precisa dar conta das *“coisas da vida”*. *“Depois*

daquela porrada eu meio que desisti de cuidar da vida. To até hoje nesse processo, colando esses pedacinhos todos aí". Mas sua vida seguiu, ainda que juntando os pedaços quebrados. Ele segue trabalhando, cuidando das filhas, lutando, fazendo arte, questionando. No fim das contas, segue fazendo muitas coisas. E tentando explicar seu sofrimento.

4.1.6 Alex: “Eu não pedi pra não sofrer, eu só pedi pra conseguir sofrer com dignidade”.

Nasceu no Rio de Janeiro e morou em Copacabana. Frequentou a Associação Atlética Banco do Brasil - AABB durante a infância e a adolescência, até mudar para Brasília. Praticava esporte, jogava xadrez e muito futebol. Ia para as domingueiras nos clubes, às festinhas, namorava. Levava uma vida muito saudável e típica do carioca de classe média. Viveu em um Rio menos violento, onde as pessoas tinham mais liberdade para circular. Veio para Brasília aos 15 anos, acompanhando os pais. Fala pouco sobre seus primeiros anos de vida e justifica o porquê: *“Da minha vida eu vou falar evidentemente do meu filho”*.

Experiência com a violência urbana

Alex teve o filho assassinado na saída de uma boate.

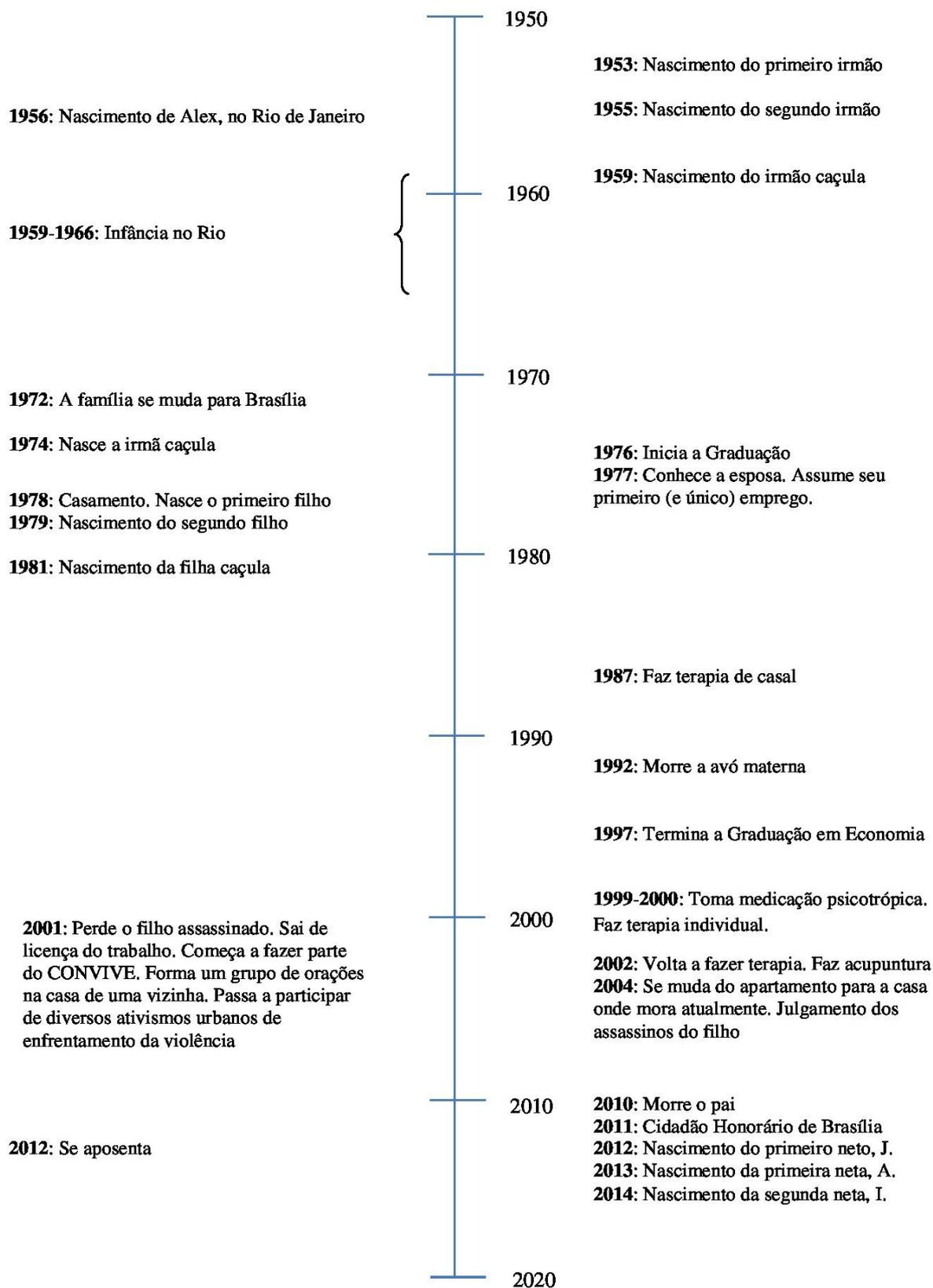


Figura 9 Linha da Vida - Alex

Relação com a Família

Tem uma relação muito forte com a família. Conta que sempre foi assim. Impressionou-me sua memória para datas: ele sabe de cor o dia, mês e ano de nascimento de todas as pessoas de sua família. Esse dado, junto com outros, me indicou uma relação muito forte deste participante com essa instituição.

Com sua família de origem, a relação sempre foi muito próxima. Conta que aprendeu muito com seus pais, seus ensinamentos e *“união que sempre pregaram em casa”*. Conviveu mais intensamente com os dois irmãos que tinham idades mais próximas à sua. A relação com os outros dois irmãos (o mais velho e a caçula) ficou mais forte após a morte do filho.

Perdeu o pai no fim dos anos 2000. Conta que este sempre participou muito de sua vida e foi, como ele, bancário de profissão. A mãe, que foi professora e desportista, mora em Brasília. Era muito próximo também da avó materna, que praticava a religião espírita.

Com a família que constituiu, sempre teve também uma relação muito forte e próxima. Casou-se jovem e, aos 25 anos, já era pai de três filhos. Desses primeiros anos de casamento já com filhos pequenos, conta das viagens que fazia com a família para Aracaju. Em Brasília, tinha costume de ir ao clube, ficava na quadra, tomava sorvete perto de casa. *“Brasília naquela época estava feita para ocupar a quadra”*.

Sempre procurou ter um relacionamento bom e participativo: *“Conversar e ouvir muito o que a garotada tem a dizer. Porque o jovem só vai te ouvir se ele puder falar”*. Fala sobre o prazer que estar perto dos seus filhos lhe proporcionava e a forma que encontrou de estar próximo de cada um: *“A gente procurava sempre almoçar junto, todo santo dia. Então a hora do almoço era sagrada, a gente sentava na mesa e almoçava. A gente fez isso a nossa vida toda”*.

Uma nova geração já nasceu em sua família, todos no mês de maio: são três netos, sendo um casal de sua caçula e uma menina de seu filho mais velho.

Relação com a igreja

Nunca frequentou uma igreja regularmente, mas fala bastante sobre deus e sobre ter fé. Diz que tem muito “reconhecimento” por esta instituição.

Antes de perder o filho, ia eventualmente à igreja. Gosta do espiritismo, vai à missa católica (e a eventos como batizados, missas, enterros, procissões), mas sua participação é eventual. Conta que sua fé aumentou depois de perder seu filho: *“Se você não acredita que tem um amanhã e que não acaba aqui, eu acho que é difícil você levar uma situação limite como essa. Eu tenho que acreditar que não acaba aqui”*.

Apesar de nunca ter frequentado uma igreja, após perder o filho, à convite de uma vizinha, iniciou um grupo de orações com vizinhos e pessoas amigas, grupo este que perdurou por muitos anos, sempre no mesmo dia e horário. Atualmente esse grupo não é mais frequente, acontece quando Alex e sua esposa querem. Acredita que as orações que pessoas conhecidas e desconhecidas fizeram para a família foram fundamentais para lidar com a perda do caçula.

Relação com o trabalho

Trabalhou a maior parte da vida como executivo de um banco público. O trabalho permitiu ir ao Rio de Janeiro (sua cidade natal) com frequência. Entrou no Banco em 1977, por concurso público. Foi seu primeiro e único emprego. *“Fez por fazer”* o concurso. Era para ser um emprego passageiro, para passar um tempo e depois buscar outro. Mas nunca mais saiu. Aposentou-se em 2012.

Almoçava sempre com a família porque à noite estudava: demorou a terminar a graduação, entre idas e vindas. Começou economia no CEUB, em 1976. Em 1977 iniciou Contabilidade na Universidade de Brasília - UnB. Houve uma greve e ele deixou de ir. Nesse meio tempo, se casou. Retomou os estudos no Centro Universitário do Distrito Federal - UDF, na qual terminou o curso de economia, em 1994 ou 1997, aproveitando créditos anteriores.

Fez várias pós-graduações, cursos de MBA e aperfeiçoamento.

Durante o período de luto, pediu licença e ficou algumas semanas afastado do trabalho. Essa licença foi motivada para tratar de sua saúde, principalmente terapia, e, sobretudo, para buscar justiça pela morte do filho (acompanhar o processo dos acusados e fazer contatos com a mídia).

Foram dois períodos de licença, exercidos imediatamente após perder o filho. Estas licenças foram sugeridas pela psicóloga e aprovadas pelo médico. Duraram cerca de um mês e meio.

Relação com o apoio social

Diz que antes do filho morrer nunca precisou desta instituição. Durante o luto e depois dessa fase, teve muito apoio social. E ajudou muita gente também.

Sempre teve companhia e suporte dos amigos e dos irmãos para “*correr atrás*” de justiça. Também recebeu muito apoio de gente desconhecida; vizinhos, pessoas que o cumprimentavam na rua, que o reconheciam da TV e dos jornais. “*A oração chegava*” e se sentiu muito protegido.

Conheceu outras vítimas, militou em algumas campanhas, teve ajuda para fazer grupos de oração. Este apoio recebido foi muito importante em sua história. Diz que “*nunca ficou sozinho*”: “*Mas então foi essa correria pra gente condenar os caras. Ai foi interessante que muita gente veio ajudar. Olha, foi um negócio assim que até emociona a gente. Fora os amigos, a família da gente, pessoas que a gente não conhecia, que vieram aqui ajudar. Vizinhos da gente, lá do prédio, que a gente nem conhecia, e vieram ajudar*”.

Para este participante, igreja/religião, apoio social e ativismo são instituições muito próximas. Existe uma sobreposição inevitável entre as categorias. Por exemplo, o grupo de orações ao qual fez parte era, além de um suporte espiritual, também um apoio social. Assim

como a categoria descrita a seguir, na qual a sua participação em instituições de enfrentamento da violência (ativismos sociais urbanos) se configurou também como fortalecimento de vínculos de amizade e suporte mútuo, características encontradas em outras categorias (como o apoio social e a família).

Relação com ativismos sociais

Alex conta que antes de perder o filho de forma violenta, não desenvolvia atividades de militância. Após perder o filho, no entanto, investiu enorme energia para buscar justiça e conseguir a condenação dos assassinos do rapaz. Acabou participando de organizações, passeatas, enterros, reuniões de apoio a outras vítimas. E, assim, passou a militar no mesmo grupo do qual participaram também outras vítimas entrevistadas nesta pesquisa (José, Gilda, Rose e Ângela).

Foi uma verdadeira batalha, a fase de busca por justiça. Em suas palavras: *“Eu tive que ir à luta. A gente dizia que a luta pela paz começava com a condenação dos assassinos do J. E a gente conseguiu condenar pelo crime máximo e pela pena mínima”*. Alex conta, ainda, sobre como essa busca por justiça o ajudou a passar pela pior fase do luto.

Imediatamente após a morte do filho, sua militância foi muito intensa. Naturalmente, esse engajamento foi diminuindo com o passar dos anos. Atualmente sua participação é menos frequente, mais pontual.

Relação com a Terapia

Alex fez terapia antes, durante e depois de perder o filho. *“Já fiz muita terapia”*.

A primeira busca por esse tratamento foi uma terapia de casal. A segunda foi motivada por sua dificuldade de falar em público. Seus sintomas indicavam um possível Transtorno de

Pânico com agorafobia. Nesta época, as sessões eram semanais e também fez tratamento com Florais de Bach, que durou menos de um ano.

Já tinha recebido alta e voltou a fazer terapia com a mesma profissional que o atendera antes, depois que perdeu o filho. Toda a família teve acesso a esse tratamento após o assassinato. Desta vez, a duração foi mais longa, mas ainda inferior a um ano. Eram sessões individuais semanais. Também fez acupuntura com um psicólogo, mais ou menos na mesma época.

Relação com a medicação psicotrópica

Usou medicação antes de perder o filho para tratar seu medo de falar em público. Durante a fase aguda e depois do luto também fez uso de psicotrópicos, com acompanhamento médico e por poucos meses, para estabilizar o humor.

Relação com drogas

Nunca fez uso

Tabela 8 Resultados - Alex

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x			x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x		x
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x		x
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre o participante

É um participante que se encontrava bem antes de perder o filho. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Alex conseguiu manter uma rotina e ter projetos de futuro.

Sobre sua saúde, diz que esta não foi afetada pela perda precoce do seu caçula. Ao contrário, conta que sua saúde melhorou porque ele passou a se cuidar mais, parando de fumar e de beber.

Alex sempre teve relações fortes com quase todas as instituições tradicionais categorizadas nesta pesquisa, com destaque para a família (ele tinha uma relação muito forte com sua família de origem e manteve isso com a que constituiu). Fala muito da importância do seu casamento e da ajuda mútua entre ele e sua esposa para a superação dessa experiência. “*Somos muito parceiros*”.

O trabalho também se configurou como importante possibilidade de enfrentamento da violência urbana em sua história, assim como o apoio social (instituição com a qual Alex passou a ter uma relação forte durante e após o luto).

Já com as instituições não tradicionais, houve o incremento do ativismo social, que se configurou como uma das mais importantes estratégias de enfrentamento da violência sofrida; a busca por psicoterapia (que não foi contínua, mas utilizada em momentos diferentes e por motivos também diferentes) e um retorno ao uso de medicação psicotrópica, ainda que por pouco tempo, após o início do luto.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Alex à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma forte capacidade resiliente.

Alex apresenta em sua história todos os pilares da resiliência propostos por Marcos (2012). Suas conexões afetivas são fortes, bem como suas funções executivas (capacidade

desenvolvida com o passar dos anos e aperfeiçoada em sessões de psicoterapia). Possui um afeto positivo sobre si e razões concretas para viver.

Também é possível identificar em sua história vários dos mecanismos protetores, também descritos pelo já citado autor espanhol.

Diz não sentir culpa de nada, porque sempre fez tudo pelos filhos. Avalia que tem a “*cabeça no lugar*” e “*já tenho muito motivo para sofrer. Não vou arrumar mais*”. Entendeu que precisou ficar bem para o seu filho ficar bem. “*Andar pra frente*” foi a atitude que ele tomou (passar a página). O sentido de humor também está bastante presente.

Alex foi o entrevistado que mais se envolveu na tentativa de condenar os culpados pela morte do seu filho. No fim, conseguiu ver dois deles presos. Foi um longo processo de investimento emocional e financeiro. Durante a entrevista com este pai, eu me questionava sobre como ele (e outros pais com perfil semelhante) reagiu depois de conseguir “justiça”.

Com ajuda das instituições e seus recursos pessoais, Alex conseguiu lutar pelas coisas que acreditava, elaborou o luto provocado por uma experiência terrível e pode dar um sentido para seu sofrimento: “*Saudade é um negócio doce, então tento sentir saudade do meu filho*”.

4.1.7 Gilda: “A minha cruz é grande... Mas então a vida continuou, né? E eu to aqui, aos trancos e barrancos, sobrevivendo”.

Experiências com a violência urbana

Gilda teve um filho adolescente morto a tiros em um assalto, há 17 anos. Conta como cada membro da família reagiu de um jeito e todos tiveram problemas emocionais. Anos depois, o filho mais novo foi testemunha de um crime em Brasília e se refugiou em outro estado, onde vive até hoje.

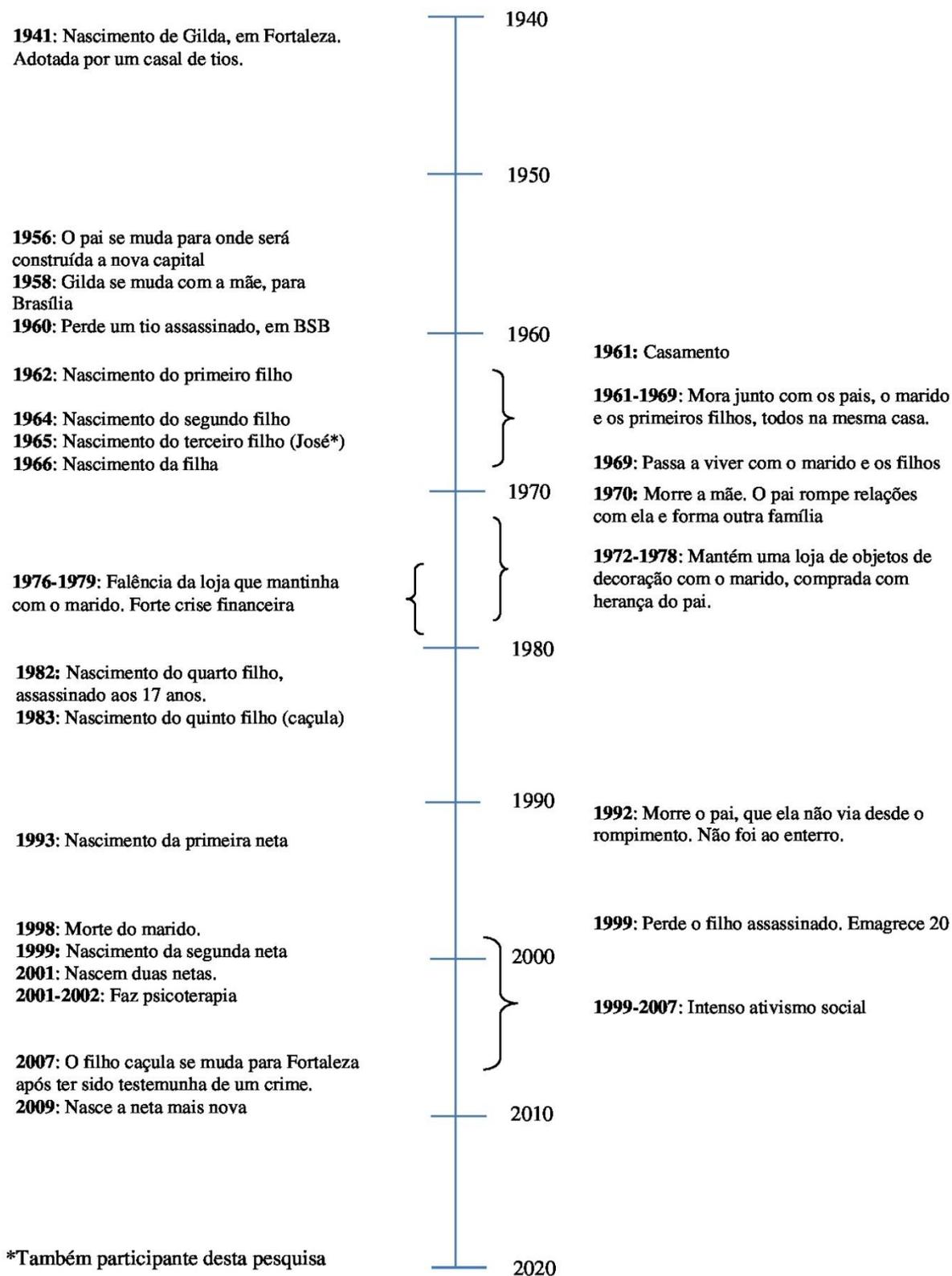


Figura 10 Linha da Vida - Gilda

Relação com a Família

Gilda foi adotada por um casal de tios que a criou em “*berço de ouro*”, e foi filha única. A mãe adotiva era muito católica. Não conviveu com os pais biológicos e afirma que nunca julgou a mãe por tê-la dado à adoção.

Uma grande mudança em sua vida ocorreu quando a família transferiu-se para Brasília. Gilda veio acompanhar o pai que participou da construção da cidade (era motorista). Conta em detalhes como foram os primeiros anos morando nos acampamentos e das dificuldades de “*viver no meio do mato*”, depois de ter morado em uma grande capital: Fortaleza. Viu a cidade de Brasília ser construída. Terminou os estudos aqui.

Sempre teve uma relação muito próxima com os pais, que, depois que se casou, ainda viveram junto com ela por oito anos. A mãe faleceu primeiro, uma experiência bastante difícil para Gilda. Na mesma época que a mãe dela morre, houve o rompimento de vínculo com o pai, que já tinha uma amante e assumiu a nova família quando ficou viúvo.

Nessa época de luto pela morte da mãe e afastamento do pai, a entrevistada já era casada e tinha filhos pequenos. Até então, ela sempre trabalhara no comércio dos pais. O pai “*criou outra vida*” e ela foi “*tentando sobreviver porque meu pai não queria mais que eu trabalhasse com ele, aquelas coisas*”. Gilda e seu pai nunca mais voltaram a se falar. Décadas depois, ele morre, em uma difícil situação financeira: “*Nem pra enterrar tinha. “Pagou, né?”*”. Ela não foi ao velório.

Com a família que constituiu, a relação também foi sempre muito próxima.

Seu marido também era migrante e não foi o “*casamento que os pais queriam*”, mas afirma ter sido muito bem casada. Não foi o marido que [os pais] queriam porque ele era do Maranhão (“*mais moreno*”, em suas palavras) e tinha um trabalho simples em um banco. Conheceu o marido na festa da Paróquia que frequentava. Ainda hoje vai às festas dessa igreja.

Teve seis filhos. Abriu uma empresa com o marido depois que deixou de trabalhar com o pai. O recurso para abrir a loja foi obtido com a herança parental que Gilda recebeu. Tratava-se de uma loja grande, de produtos de decoração e utilidades. Mais tarde, passou por um processo de falência. O nascimento dos dois filhos mais novos (com um intervalo de 15 anos após o último), quando já tinha mais de 40 anos, foi concomitante com o início do reestabelecimento econômico familiar.

Ressalta que os últimos anos de vida do marido foram difíceis e trabalhosos. Enfatiza que sempre foram “*muito unidos*”. Sobre a morte do filho M., cada um reagiu de uma maneira e ela esteve muito perto de todos. Três filhos voltaram a morar com ela depois da morte do irmão. Dois seguem vivendo com a senhora Gilda até hoje.

Relação com a igreja

Católica praticamente, sempre participou de eventos da igreja (bazar, caridade, festas, etc.). Tem um filho padre, que primeiro se licenciou da igreja e, anos depois, abandonou o sacerdócio.

Relação com o trabalho

Estudou para ser normalista, mas nunca exerceu a profissão. Trabalhou a vida inteira como comerciante (primeiro na empresa dos pais e mais tarde em sua própria loja).

Após a morte do filho, também trabalhou por muitos anos, oito ao todo, como voluntária na prefeitura da quadra em que mora.

Entre 1972 e 1978, trabalhou junto com o marido na loja que tiveram juntos. Após a falência, fez doces e salgados para vender. Seu último emprego formal foi como professora do SESC (Serviço Social do Comércio), no qual trabalhou por seis anos, até engravidar do último filho.

Trabalho doméstico, ela nunca deixou de exercer.

Relação com o apoio social

Gilda sempre teve muito apoio social. Conta sobre um ciclo de amizades muito amplo e forte, composto por uma rede de vizinhos e amigos. Conta que, até hoje, a última namorada do filho que morreu vem visitá-la eventualmente.

Relação com ativismos sociais

Na igreja, Gilda sempre realizou trabalho social.

O ativismo voltado para a questão da violência urbana começou depois da experiência violenta de perder o filho assassinado. No dia que seu filho foi morto, conheceu a jornalista Valéria de Velasco, que foi a sua casa oferecer ajuda. Daí nasceu uma parceria que funciona ainda hoje, passados 17 anos do crime. Os primeiros anos seguintes à morte do filho foram marcados por atividades intensas e frequentes (passeatas, reuniões de mães enlutadas, criação de uma instituição de enfrentamento da violência, busca por justiça, presença em enterros de outras vítimas, atuação em ONGs, diversas campanhas locais e nacionais, etc.).

Até hoje, segue participando de eventos e atuando nessa causa, porém com menos intensidade que antes.

Relação com a Terapia

Depois de perder o filho, fez terapia durante dois anos, indo uma vez por semana (sessão de duas horas).

Relação com a medicação psicotrópica

Nunca fez uso. *“Eu nunca tomei remédio de tarja preta, nunca tomei remédio para depressão, mesmo quando meu filho morreu, que será um dia muito cruel para muitas, né? Toma remédio mesmo. Eu nunca tomei”*.

Relação com drogas

Nunca fez uso

Tabela 9 Resultados - Gilda

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x		x
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava bem antes de perder o filho. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida.

“A vida continuou”, foi uma frase que ouvi muitas vezes da senhora Gilda. “*E eu sempre fui estrela, eu sempre fui daquelas que quando eu queria uma coisa, eu fazia e acontecia*”. Após perder seu filho, continuou com a vida, cuidando da casa e dos filhos. Porém, esse seguir foi bastante doloroso: “*Foi muito difícil os dois primeiros anos porque eu sentia muita falta dele dentro de casa. Aquela pessoa, o barulho do chinelo, o quarto eu tive que desfazer...*”.

Sobre sua saúde, esta parece não ter sido afetada. Ela emagreceu muito depois de perder o marido e o filho (em um intervalo de um ano os dois se foram). Mas considerou isto normal: “*Se eu tivesse rindo, batendo palma pros outros, ficou louca, né? Eu não vou dizer que eu to todo dia bem. Mas eu to bem*”.

Sobre as instituições tradicionais, a relação de Gilda com estas sempre foi caracterizada por uma relação forte, e isto se manteve após a perda do filho.

Com relação à sua família de origem, ela sempre foi muito próxima dos pais, sobretudo da mãe. Com a família que constituiu, esta proximidade entre ela, o marido e os filhos se manteve.

Sua fé em deus e ser membro ativa de uma igreja se configurou como importante possibilidade de enfrentamento da violência sofrida. Em suas palavras: “*Eu acho que a força de deus falou assim; Eu vou te testar, você vai ter um filho, um ano depois você vai ter o outro. Porque esse filho não é seu, é nosso. É meu, ele vai embora*”. *A gente não queria que fosse desse jeito. E foi, né? Fazer o que? Eu fui escolhida, nós somos escolhidas. “Para ser um resgate assim tão brusco, tão dolorido como foi”*.

Relata sempre ter sido muito “*positiva*” nas situações difíceis de sua vida. Além do convívio com a família, sua relação com os amigos (apoio social) também a ajudou muito a

superar a perda prematura e violenta do filho. “*Olhar pra frente*” também parece ter ajudado na elaboração do seu luto. Gosta muito de ir a show de música, a um bar famoso da cidade, de beber uma cervejinha, de ir às festas da igreja. Gilda é uma participante que teve uma vida laboral bastante ativa. Mesmo depois de aposentada, nunca deixou de realizar trabalho voluntário e trabalho doméstico.

No que se refere às instituições não tradicionais, houve mudança apenas na instituição psicoterapia, que Gilda só fez depois da perda. Já participava de ativismos sociais ligados à igreja católica e, após perder o filho, esta atividade se intensificou, com ela também se tornando uma participante ativa dos activismos de enfrentamento da violência.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Gilda a luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma forte capacidade resiliente.

Gilda é outra participante que apresenta em sua história muitos dos pilares da resiliência propostos por Marcos (2012). Suas conexões afetivas, pilar da resiliência relacionado com as instituições tradicionais família e apoio social, são fortes. Não duvida de que receberá ajuda caso precise; assim como teve muito apoio quando precisou. Possui um afeto positivo sobre si e razões concretas para viver.

Também é possível identificar em sua história vários dos mecanismos protetores, também descritos pelo já citado autor espanhol. Gilda conseguiu explicar seu sofrimento e passar a página. O sentido de humor também está presente em sua história.

4.1.8 Ângela: “A gente não supera não... a gente só continua vivendo”

Nasceu no interior de Minas Gerais e é a mais velha de seis irmãos. Sua família era muito pobre e desde pequena, trabalhou para ajudar a sustentar a casa. Também cuidou dos irmãos menores. Aos 14, já trabalhava na roça com o pai. Lutou muito contra a pobreza. Em suas palavras: *“A minha vida não foi fácil, não foi fácil. Não foi fácil nascer, que era muito difícil antigamente. Nasci, não foi fácil sobreviver, porque eu não tinha expectativa de vida pelo fato da pobreza e eu nunca fui muito de aceitar as coisas quietas”*

Experiências com violência urbana

Perdeu a filha mais velha, morta por espancamento, aos 15 anos. O caso teve repercussão na mídia. Teve ajuda de vizinhos, parentes e pessoas solidárias. Ficou um tempo sem trabalhar porque não conseguia sair da cama.

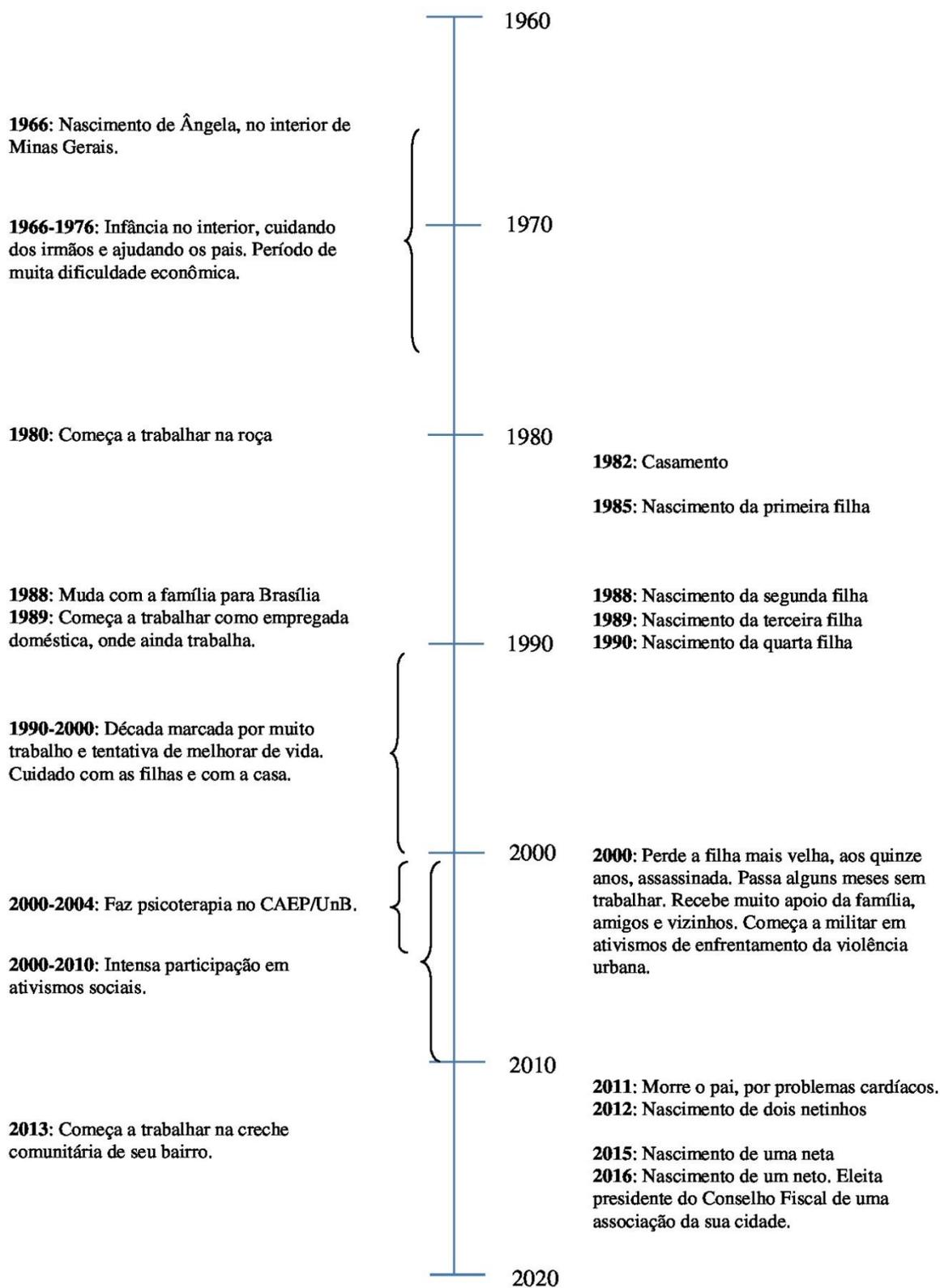


Figura 11 Linha da Vida - Ângela

Relação com a Família

Sobre a configuração familiar original, conta que viveu com os pais e os irmãos até se casar. Foi a filha mais velha e por isso tinha muita responsabilidade. Desde muito pequena, tinha atribuições como buscar a água para o banho e para beber, lavar roupa na beira do rio, socar café e arroz no pilão e cuidar dos irmãos. Diz que a vida foi muito difícil e acredita que hoje “*não tem quem faça como nos fomos criados*”.

Casou-se bastante jovem (“*casei com 16 anos porque na minha época a profissão era casar. Tinha que casar, namorou, tinha que casar*”). Aos 18 anos, teve sua primeira menina e foi tendo “*a sequencia de filhas*”. É casada com o pai das meninas e já tem 3 netas.

Os primeiros anos de casamento e maternidade também foram difíceis porque o dinheiro era pouco. Mas ela conta que não achava a “*vida dura*” porque era jovem e “*encarava*”. Com o passar dos anos, a “*vida melhorou*”. Teve uma chance de ir morar na cidade e foi, em busca de melhores condições de vida, com a família que constituía.

Relação com a igreja

Sua relação com a igreja é fraca, mas sua religiosidade é forte. Sempre foi “*de vez em quando*” à igreja. Mas depois que a filha morreu, passou uns seis anos sem frequentar. “*A igreja vinha até mim*”, me relatou. Muitas pessoas iam até a sua casa, sobretudo evangélicos, para orar e tentar convertê-la ao protestantismo.

Relação com o trabalho

Desde menina realizava serviços domésticos para ajudar a mãe. Ganhava uns trocados para fazer pequenos trabalhos para vizinhos (como buscar água e lenha, por exemplo). Nessa época, lembra ter uns sete ou oito anos. Diz que no seu tempo era diferente porque os pais

estavam perto dos filhos. Seu pai dizia antes de sair de casa: *“Eu vou chegar tal hora, eu quero a comida tal hora, faz isso e isso e isso”* e assim seu tempo era todo preenchido.

Com o passar dos anos e com muito trabalho, *“a vida foi melhorando”*. Diz que nunca teve *“intuito de estudar”*, seu *“negócio”* era cuidar das meninas e trabalhar: *“Eu dei tudo pra elas que eu não tinha. Até além mais do que eu podia”*.

Quando perdeu a filha, 15 anos atrás, parou de trabalhar por algum tempo (cerca de 5 meses). E foi voltando aos poucos à vida laboral. Nessa época de luto imediato, teve muito apoio, dizendo que *“quase não precisava trabalhar porque o povo enchia isso aqui de comida”*.

“Nunca tive vida sem trabalhar”, ela me conta. Trabalhou muito como empregada doméstica. Atualmente trabalha na creche comunitária do bairro onde mora e, aos sábados, na casa de uma patroa na qual mantém este vínculo há muitos anos e de quem gosta muito.

Relação com o apoio social

Conta que sempre teve muita ajuda de uma patroa, para a qual trabalha até hoje. Depois de perder a filha, teve suporte da família, amigos, vizinhos e até gente que ela não conhecia.

Relação com ativismos sociais

Sua participação como militante teve início após a experiência violenta que viveu.

Depois de perder a filha, Ângela teve uma atuação intensa em diversas mídias. Falar de sua filha fazia bem para ela. Deu entrevistas, participou de programas no rádio e TV e esteve presente em diversas manifestações. Em suas palavras: *“O jornal vinha eu tava lá na comissão de frente querendo mostrar aquela dor, que tava errado, que não era normal, que parece que alguém ia me ajudar mesmo a arrancar de mim aquela dor, se eu mostrasse”*. Essa exposição foi mais intensa nos primeiros anos após a perda. *“As pessoas vinham me falar que me viam [na TV]”* e, em um segundo momento, a *“ficha foi caindo”* e ela se *“recolheu um pouco”*.

Participou do movimento coordenado pela Valéria de Velasco, que era presidente do Convive (instituição da qual participaram também outras pessoas desta pesquisa) e que apoiou bastante essa entrevistada: *“Ela ficava atrás de mim, me dando conselho, onde ela tava ela me chamava, que ela já tinha mais experiência com a dor, a cicatriz já tava mais fechada um pouquinho, né?”*.

Passaram-se 17 anos da morte de sua filha. Eventualmente, ela milita e aparece na grande mídia. Na semana de um de nossos encontros, Ângela deu uma entrevista para o principal telejornal da cidade. *“Quando a repórter veio, a produtora me ligou dizendo que a repórter vinha, eu fiquei esperando parecia que a S. ia chegar. Me arrumei, me maquiei, pentei meus cabelos, vesti a melhor roupa...”*

Ficou quatro anos no Conselho de Segurança de Santa Maria; e mais de dez anos no Conselho de Saúde. Atualmente (2016) é Presidente do Conselho Fiscal da Associação Atlética de Santa Maria (tendo participado por três anos dessa associação, antes de ser eleita presidente). Ângela é uma líder comunitária no bairro onde vive. Participa, hoje, com menos intensidade dos ativismos sociais do que durante os primeiros anos do luto.

Relação com a Terapia

Fez terapia depois de perder a filha. Indicada pela senhora Valéria de Velasco (que buscou uma vaga para atendimento psicológico da UnB), essa participante fez terapia por quatro anos *“entre idas e vidas”*. Destaca que não *“fugiu”* da terapia, mas sim teve alta. Este tratamento ajudou muito no enfrentamento de sua perda.

Relação com a medicação psicotrópica

Relata que sua saúde ficou prejudicada logo depois que a filha morreu. Nessa fase de luto, conta que não se importava com sua saúde; *“só queria morrer”*. As pessoas que estavam

próximas lhe ofereciam os medicamentos, mas Ângela não os tomava corretamente. Fez uso por alguns meses de psicotrópicos. Com o passar do tempo, começou a se cuidar mais e hoje toma remédios para diabetes (doença adquirida após a morte da filha), que se expressa de forma grave.

Relação com drogas

Nunca fez uso

Tabela 10 Resultados - Ângela

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x			x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x		x
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x		x
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava bem antes de perder a filha. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Esta conclusão foi possível pelas associações feitas pela participante.

Relativiza a passagem do tempo destacando que o primeiro ano após perder sua menina foi mais difícil, mas, ao mesmo tempo, também o mais fácil. Mais fácil porque *“você acha que é mentira, tá em estado de choque, você não acredita. Ficava esperando ela ali no portão direto”* e o passar dos meses impõe a cruel verdade; jamais veria sua filha de novo. Para ela o *“nunca mais é que é barra”*. E o passar dos anos trouxe também fragilidades inerentes ao seu próprio processo de envelhecimento: *“Eu reagi muito mal no início, mas só que a gente nunca dá conta de levantar totalmente, de reerguer. Nunca mais. A gente só vai vivendo a vida da melhor forma possível. Eu busco, busco viver (...). Eu me senti muito fragilizada, muito e agora depois de 40 anos, a gente vai se sentindo mais fragilizada ainda, que aí vem a idade, doenças e com essa dor. A gente não supera não, a gente continua vivendo. E tem que procurar muito querer viver”*.

Hoje sua filha estaria com 32 anos. Ela foi privada de vê-la crescer. Conta que sentiu muito ódio, muita raiva do assassino. Era um sentimento visceral: *“Sentia o sabor do ódio na boca, amargo”*. Acompanhou de perto o processo que levou à condenação o assassino. E conseguiu dar sentido para o que viveu e seguir adiante.

O que se destaca na história de Ângela é sua relação muito forte com as instituições tradicionais.

Apesar das dificuldades materiais dos primeiros anos, teve mãe e pai sempre por perto. Depois que perdeu a filha mais velha assassinada, quem a ajudou a superar essa perda foi deus a sua família, que *“tava direto aqui, não me deixava, minhas filhas, meu marido, irmãos, pai, mãe (...). É muito difícil com a família apoiando, imagina sem?”*.

A relação com a igreja era fraca e assim se manteve. Importante destacar que, apesar de não frequentar a igreja com assiduidade, a participante tem muita fé em deus, sendo esta fé uma das principais tentativas de enfrentamento por ela utilizadas.

O trabalho cumpre uma função importante em sua vida. Como já dito, ficou alguns meses sem trabalhar porque não teve condições. E o apoio social que recebeu foi fundamental para que ela pudesse ter esse tempo para cuidar de si e ir retomando a rotina, aos poucos. Por exemplo, a participante cita uma pessoa que sempre a ajudou muito, que é sua patroa há muito tempo. Ela demonstra afeto por essa senhora, sobretudo porque é tratada de uma forma como nunca tinha sido antes: *“Ninguém nunca teve paciência comigo, ninguém nunca me tratou assim, sabe? Eu chegava lá, pra trabalhar, minha vitamina tava lá tampadinha com um garfo e um guardanapo. Aquilo ali pra mim era muito bom porque ninguém nunca tinha me tratado daquele jeito. Até hoje é muito solidária”*.

Apesar de ficar alguns meses sem trabalhar, não faltou comida em sua casa. *“O povo enchia isso daqui de comida. Trazia tanta comida, tanto leite (...) as pessoas vinham e me diziam: “Você tem que reerguer a cabeça”*. Uma vizinha, em especial, marcou esses primeiros meses de luto porque através de gestos muito simples, Ângela percebeu que também precisava *“se ajudar”*. Ela conta: *“Tinha uma senhora que vinha da Samambaia sul que pegava minhas roupas do varal a dobrava com tanto carinho que não precisava passar”*. *Aquilo não sai da cabeça. E ela não é mãe de vítima, não é parente de sangue, é irmã da minha cunhada. E ela vinha todo dia, veio aqui três meses seguidos. Fazia sopa, penteava meus cabelos, escovava meus dentes, aquela calma”*.

Já com as instituições não tradicionais, ocorreram mudanças significativas. Com exceção do uso de drogas (nunca adotado por Ângela, nem antes, nem durante o luto e tampouco após a perda da filha mais velha), todas as outras fizeram parte de sua trajetória. Ela passou a fazer parte de ativismos sociais (atividade que desenvolveu por muitos anos após o

assassinato de sua filha, tornando-se referência em sua cidade). Fez tratamento psicoterápico. A medicação psicotrópica ela fez um uso pontual apenas durante os meses imediatos após a experiência, com acompanhamento médico.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Ângela à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma forte capacidade resiliente.

A importância das conexões afetivas em sua vida fica bastante clara com a escuta de seu relato de vida, sendo este o principal pilar da resiliência observado em sua biografia.

Ângela relembra as dificuldades que tinha em seus primeiros anos de vida, mas que, apesar destas, era muito feliz: *“Eu tinha uma felicidade, minha filha! A gente tem que ter uma base primeiro porque se vier uma tragédia você não aguenta. Era muito feliz, era pobre, era chão batido. Eu chegava e gritava: “Como eu to feliz!”*. Depois de perder a filha, essa alegria natural foi perdida e hoje ela afirma ter uma felicidade *“procurada”*, uma felicidade que ela *“busca”*. *“A outra era que vinha de dentro, já tinha. Hoje não, se quiser ser feliz tem que procurar mesmo, buscar mesmo”*. Perguntei a Ângela de onde vinha a felicidade que ‘vinha com ela’ e sua resposta girou em torno da superação das adversidades. Ela conta que nunca foi de *“reclamar da vida”* e sempre foi de *“enfrentar mesmo”*.

O sentido de humor é um mecanismo protetor presente em seu relato (como, por exemplo, quando conta sobre as dificuldades financeiras que teve na juventude: *“Eu até agradeço que hoje eu sou musculosa, olha meu braço, é duro [risos], de tanto socar café no pilão, arroz no pilão”*).

Diz que gosta muito de ajudar outras vítimas: *“Quando a gente ajuda uma pessoa a gente se sente melhor que a pessoa que recebeu ajuda”*. Outro mecanismo protetor identificado em sua biografia é o narrar, dividir e solidarizar. Seu intenso ativismo nos primeiros anos após sua perda é um exemplo de sua dedicação ao ajudar os outros e, da mesma forma, ajudar a si mesma.

4.1.9 Ester: “Eu eliminei várias etapas do luto, várias etapas”.

Experiências com violência urbana

Perdeu a melhor amiga brutalmente assassinada por supostos flanelinhas/traficantes de drogas. Conta que antes desse acontecimento, levava uma vida normal e esta experiência desencadeou uma série de questões físicas e psicológicas.

A morte da amiga “*foi um choque*” para toda sua família, segundo me relata Ester. O tema *morte* já era uma questão delicada por causa de sua irmã, que faleceu com 1 ano e 8 meses.

A mídia fez uma intensa cobertura do caso. Ela ligava a TV e todos os canais divulgavam a foto e a história da amiga. Ester me dizia que não acreditava: “*Não é possível, não é possível*”.

Apesar de ter “*encarado bem*” e seguir o resto do ano estudando para o vestibular, conta que o tema da morte a perturbava. Lia jornal, pesquisava sobre o tema e colecionou tudo que foi publicado na mídia impressa sobre a morte da amiga. Acompanhou a investigação do caso, a busca dos suspeitos e até quando estes foram soltos. Diz-me que foi “*engolindo isso tudo*” e, quando ocorreu uma greve na universidade, ela começou a ficar “*obsecada*” pela morte. Ficou muito tempo em casa e os sintomas se tornaram insuportáveis.

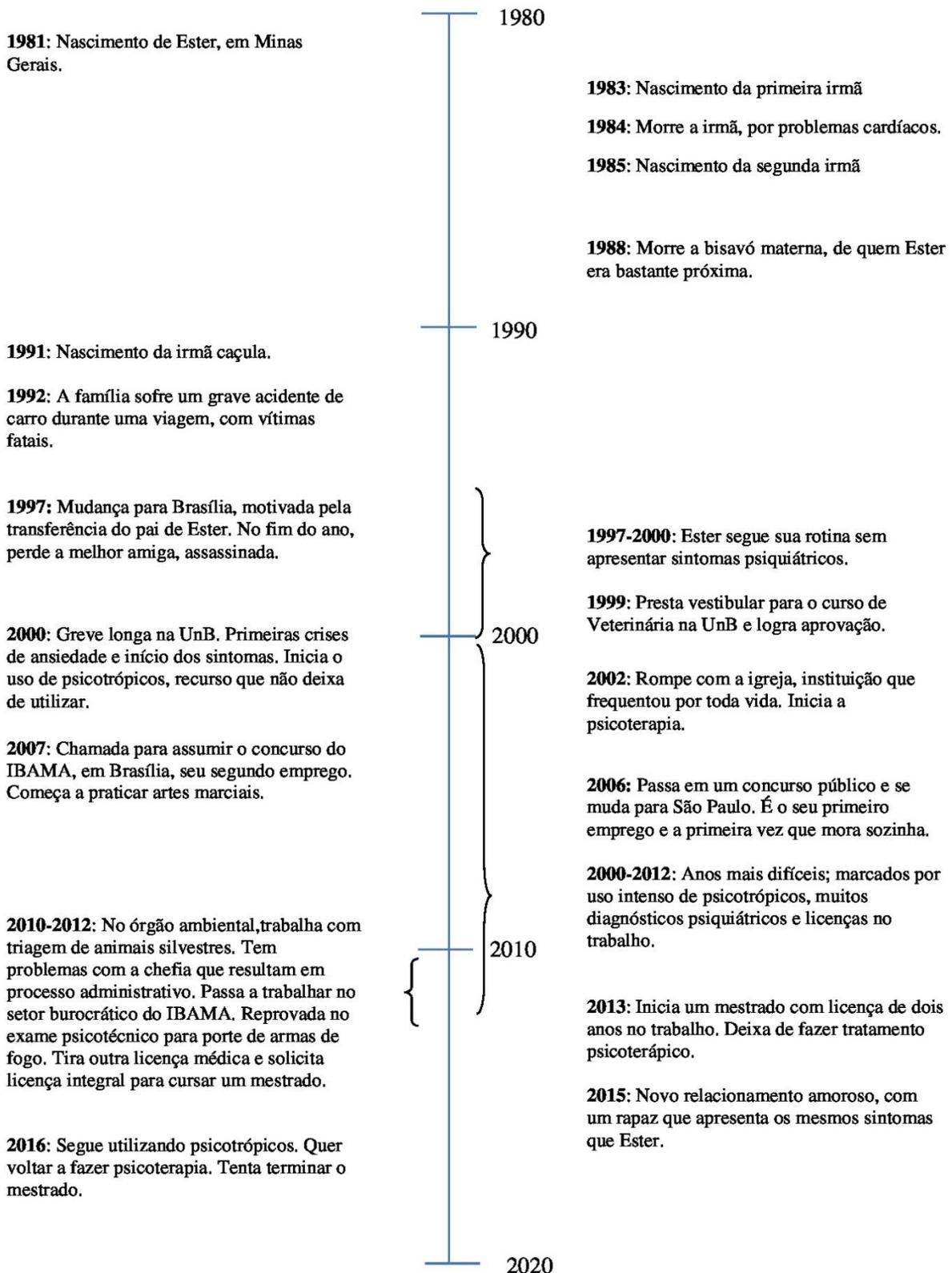


Figura 12 Linha da Vida - Ester

Relação com a Família

Nasceu em Belo Horizonte e viveu nesta cidade até os 17 anos, quando se mudou para Brasília. Conta que veio para a capital federal, “*contrariada*”. O pai fora transferido. Disse que não queria vir porque tinha vivido “*toda sua vida*” em Minas Gerais. Mudou-se com sua família nuclear (os pais e duas irmãs). Começou a estudar na nova cidade, onde conheceu a amiga que foi morta.

É a mais velha de quatro filhas, sendo que a irmã que nasceu depois dela morreu ainda bebê, quando Ester tinha três anos. Sobre sua infância, lembra-se das brincadeiras com as irmãs e de ter tido pais amorosos. Afirma saber com detalhes o que aconteceu no dia em que a irmã caçula morreu. Porém, outros acontecimentos de sua infância, não consegue se lembrar.

Quando perdeu a amiga, Ester conta que teve muito apoio de sua família: “*Meus pais me ajudaram muito... Foi um grande suporte. Até porque eles já tinham passado por uma experiência de perder já sabiam como era*”. Fala sobre o pai pegando o telefone e ligando para o irmão de sua amiga e o consolando. Sobre sua mãe, relativiza dizendo que muitos dos medos que tinha quando começou a terapia “*vinham dela*” e que hoje tenta ser menos influenciada por essa “*neurose*” materna.

A relação com os pais e as irmãs, segundo ela, sempre foi próxima e depois que passou a morar sozinha, aos 25 anos, ficou ainda melhor. Conta que quando moravam todos na mesma casa não se sentia respeitada em suas opiniões e decisões (os pais reclamavam dos seus horários e “*pegavam no pé*”). Quando assumiu o primeiro emprego e mudou-se de cidade, passaram e vê-la como adulta.

A relação familiar parece ser muito forte ainda hoje. Ela mora sozinha “*com meus bichos*” em uma casa dentro de um condomínio, presenteada pelo pai. Passou a viver sozinha depois que retornou à Brasília, após passar alguns meses trabalhando em outro Estado. Uma das irmãs mora no mesmo loteamento, e os pais e a irmã caçula vivem em um condomínio próximo.

A última entrevista com Ester foi realizada em abril de 2016. Nesta época, a participante namorava, há seis meses, um lutador de artes marciais que apresenta os mesmos sintomas que ela. Este namorado também sofre pela perda da irmã em um acidente de carro, o qual ele também estava presente. Ester parece repetir nas relações amorosas e na sua relação com os bichos uma tentativa de elaborar suas experiências (potencialmente) traumáticas.

Relação com a igreja

A participante me conta que cresceu em uma família evangélica e frequentou a igreja durante muitos anos. Quando começou a apresentar os primeiros sintomas psiquiátricos, teve vergonha de contar para outras pessoas porque *“ficava achando que era coisa de possessão, comecei a imaginar, pensar de tudo”*. Diz que sempre teve um *“diálogo aberto”* com os pais e que até hoje não sabe por que demorou tanto para contar o que estava acontecendo com ela. Um dia, tomava chá com a mãe e as mãos começaram a tremer tanto que a xícara caiu no chão. Ela já vinha tendo pensamentos intrusivos e medo de *“estar ficando louca”*. Nesse dia, chorou compulsivamente e contou o que estava acontecendo. E foi conversar com o pastor da igreja para ver se *“era algo espiritual”*. Conversou também com uma psicóloga, que era membro da igreja e, após constatar que Ester estava há quase uma semana sem dormir, esta profissional a encaminhou para um psiquiatra.

Dessas primeiras tentativas de entender o que acontecia com ela, veio sua *“birra de igreja”* porque *“a igreja virou totalmente as costas pra mim”*. Nesse período, chegou a negar a existência de deus, mas, em seguida, completa que: *“foi ai que eu me converti realmente”*. Diz que tem muita fé e que *“sem deus eu não sou nada”*. Hoje ela se diz cristã, mas tem muito ressentimento com essa instituição.

Essa entrevistada foi a única da amostra que tinha uma relação forte com instituição igreja e essa relação foi rompida após sofrer uma experiência violenta.

Relação com o trabalho

Estudou veterinária na UnB e atualmente é funcionária pública.

Seus primeiros sintomas psiquiátricos surgiram quando era estudante universitária, durante um período que ficou em casa por conta de uma greve. Mesmo com as crises, ela nunca trancou o curso e se formou no tempo previsto, sem reprovações. Já em sua vida profissional, solicitou alguns atestados de saúde e ficou algum tempo sem trabalhar.

Seu primeiro emprego foi em uma cidade no interior de São Paulo, onde ficou trabalhando por menos de um ano. Retornou à Brasília e assumiu outro cargo público, no qual está ainda hoje. Nesse emprego, tentou uma prova para portar armas, mas foi reprovada, segundo ela, por “*alto nível de agressividade-impulsividade*”. Diz que na época estava muito estressada, mas que tentará de novo. Mais ou menos nessa época pediu uma licença no trabalho: “*Vou morrer ou vou matar alguém, se o senhor não me der uma licença*”, disse ao médico.

Pediu várias licenças ao longo dos anos, de 15 dias cada, para cuidar da saúde. A maior de dois anos, para fazer um mestrado.

Entre 2010 e 2012, trabalhou com triagem de animais silvestres. Teve problemas com o chefe, que a denunciou por usar medicamento vencido. Problemas na justiça que “*não deram em nada*”. Mas que causaram muito estresse.

Atualmente faz um mestrado e diz que não gosta do tema de sua dissertação: “*Vou pro mato pegar morcego, mas eu não trabalho com isso*”. Faz o curso para aumentar o salário. Na instituição pública na qual trabalha, atua na parte burocrática, ou seja, fora da área em que é especialista. “*Mas minha paixão é cuidar de bicho*”.

Eventualmente trabalha em clínicas veterinárias particulares. É convidada para eutanasiar “*porque eu faço*”. Diz se sentir péssima na hora de aplicar o anestésico, mas que faz na certeza de ser o melhor para os animais: “*Então quando eu faço eutanásia eu faço como uma forma de alívio, dele não estar sofrendo mais*”.

Relação com o apoio social

Sempre foi muito comunicativa, sociável e cheia de amigos. Mas, durante os anos mais difíceis, com sintomatologia mais exacerbada, se afastou das pessoas, ficou muito *agressiva* e “*antissocial*”. Desta forma, houve diminuição do volume de contato e da comunicação, por algum tempo.

Hoje em dia tem uma rede fortalecida de amigos e colegas da faculdade.

Relação com ativismos sociais

Nunca participou

Relação com a Terapia

Começou a fazer terapia poucos anos depois de perder a amiga assassinada. Os sintomas psiquiátricos tiveram início após essa experiência. Ester, porém, passou quase dois anos convivendo com estes sintomas.

Buscar esse tipo de ajuda “*foi um trauma porque psicólogo é coisa de louco*”. Seu caso foi se agravando e foi necessário iniciar uma terapia medicamentosa, momento em que Ester foi encaminhada para um psiquiatra e “*a família inteira ficou chocada. Foi um preconceito muito grande*”, ela completa.

Desde então, segue fazendo terapia praticamente sem interrupção. Consultou-se com vários terapeutas até achar um do qual realmente gostasse. Inicialmente, tinha duas sessões semanais, diminuindo para uma com o decorrer do tratamento.

Relação com a medicação psicotrópica

Ester iniciou em 2000 vários tratamentos medicamentosos, com acompanhamento médico.

Quando buscou ajuda médica psiquiátrica, indicado pela primeira terapeuta, começou tratando dos sintomas de insônia com Rivotril, “*que é o meu companheiro há muitos anos [risos] pra eu dormir*” e “*Rivotril é SOS*”. Disse que foi aprendendo a lidar com seu sofrimento. Buscou vários médicos, teve diversos diagnósticos e tomou medicações para Síndrome do Pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Depressão e Transtorno de Estresse Pós Traumático. Recentemente foi diagnosticada ainda com Transtorno Bipolar. Sobre seus primeiros sintomas, ela relata: “*Eu sempre vinha pensando nisso, mas voltou assim: eu começava fechava o olho e via não só ela [a amiga], mas pessoas no caixão. Eu comecei a ter medo de matar os outros, comecei a ter medo de morrer, medo de o telefone tocar e ser uma notícia ruim... (...) Medo de ta ficando louca, tinha medo de estar ficando louca*”.

Hoje ainda toma remédio para dormir porque segue tendo dificuldades com o sono. Gosta de viajar, mas como tem muito medo de voar, conta que só entra no avião se tomar Rivotril e beber duas taças de vinho. Faz uso diário de Queropax (antipsicótico) e Moratus (estabilizador de humor).

Relação com drogas

Nunca fez uso.

Tabela 11 Resultados - Ester

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	Não se aplica		Não se aplica			x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x		x
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x		x
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava bem antes de perder a amiga. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Esta conclusão foi possível pelas associações feitas por Ester. Consegue manter uma rotina e tem projetos de futuro.

Sua saúde mental foi vivivelmente afetada pela experiência violenta que viveu. Esta participante foi a que mais desenvolveu quadros clínicos completos, recebendo vários diagnósticos desde então: *“E ai eu fui lidando com isso. Fui pra vários médicos, tive Síndrome do Pânico, tive Transtorno de Estresse Pós-traumático. O TOC era pensamentos, compulsão, pensamentos obsessivos. Tudo relacionado à morte e segurança”*.

Nas instituições tradicionais, ocorreram mudanças significativas durante e depois da experiência de perder a amiga. Ela rompeu com a igreja quando os sintomas psiquiátricos se tornaram evidentes. Conta que sempre teve amigos, mas que, durante um tempo se isolou bastante, deixando de contar com a instituição apoio social. Quando inicia o tratamento e começa a melhorar, retoma sua rede de amigos.

A relação forte com a família se manteve mesmo depois que Ester foi morar sozinha. Conta que os pais ajudaram muito quando ela começou a apresentar os sintomas. *“Se não fosse por eles...”*. Suas associações, desde a infância, relacionam-se com a vida em família, com as gerações anteriores, reuniões, etc. Perder a melhor amiga, da forma como perdeu, *“foi um choque para a família toda”*. Em sua casa, a morte sempre foi um tema delicado, quase um tabu, por causa de sua irmã mais nova que morreu ainda bebê (por problemas cardíacos). A morte da amiga *“trouxe à tona velhos traumas”*. Quando começou a apresentar sintomas psiquiátricos graves, precedidos de ausência de sono por dias seguidos, *“a família inteira ficou chocada”*, desta vez pelo fato de Ester ter sido encaminhada para um psiquiatra. A igreja não “deu conta” de ajudar. A família sim.

Quando ocorreu o crime, ela era adolescente e ainda não havia iniciado sua vida laboral. Atualmente, tem uma relação forte com o trabalho. Ela é médica veterinária de profissão e sempre gostou muito de animais. Vive sozinha com seus bichos e brinca dizendo que foi “*expulsa da casa dos pais*” por causa deles. Por “*impulsividade*”, pega os bichos abandonados na rua para cuidar e isso acabou sendo “*uma terapia muito boa*”.

A psicoterapia e a medicação psicotrópica foram as instituições não tradicionais utilizadas por Ester durante e depois dos primeiros anos de luto. E ela nunca mais deixou de fazer uso dessas duas instituições como possibilidade de enfrentamento.

As conexões afetivas desta participante são fortes.

Para Ester, o tema morte, que não pode ser “tocado” em seus primeiros anos pelo motivo já exposto, passa a ser o principal tema de sua vida: nos sonhos, nos ataques de pânico, em sua obsessão por recortes de jornais sobre o assassinato e vídeos com gente “*estropiada*”. Os sonhos descritos por Ester são tipicamente sonhos de angústia, relacionados possivelmente com seu quadro clínico de Transtorno de Pânico e TOC. Sintomas são tentativas de reorganização psíquica (ainda que se trate de uma repetição traumática), se configurando em tentativas de dar algum sentido para o que viveu.

Ao mesmo tempo em que se diz uma pessoa “*forte*”, que “*aguenta tudo e desaba depois*” (referindo-se aos meses que separaram a morte da amiga e o surgimento dos primeiros sintomas) diz também que “*ainda não digerir*” o que se passou com sua amiga (e possivelmente o que se passou com sua irmã: imediatamente após essa associação ela me conta que até hoje não pode ver fotos antigas, de quando era criança, com suas irmãs menores).

Ester parece ter uma fixação, no sentido freudiano do termo, pelo tema morte. Ela conta que até a morte da amiga “*se considerava uma pessoa normal, tranquila*” e que, depois disso, começou a pensar também na morte da irmã. Diz que começou a questionar como as coisas são

“*injustas*” e nesse período chegou a negar a existência de deus. Desde então, diz que gosta de ver vídeos de acidente, “*de morte, de gente aberta*”.

Quando fiz o primeiro esboço da “Linha da Vida” de Ester, percebi uma lacuna grande, entre os anos de 2000 e 2012. Não havia quase nenhum dado sobre o que a participante viveu nessa década. Na oportunidade, perguntei-lhe diretamente e obtive respostas. Esses anos corresponderam aos mais difíceis: consultas em diferentes psicólogos e psiquiátricas, vários diagnósticos, medicamentos e muita incerteza. Outra tentativa de explicar seu sofrimento. Ester entrou em um círculo de tratamentos médicos, psicológicos e medicamentosos.

Quando “*pensa na morte*”, escolhe pensar nisso. Diferente do que acontece quando tem ataques de pânico ou quando apresenta sintomas de Transtorno Obsessivo Compulsivo, no qual a morte é o principal tema que invade seu pensamento. Ela mesma questiona e responde: “*Será que talvez essa coisa de ver morte, viver de morte não é uma forma de ver que é com os outros, e não é comigo, não é com conhecido? Não sei. Eu acho que sim*”.

Em seguida, a entrevistada lembra-se de sua irmã falecida prematuramente. Apesar de ter esquecido detalhes de diversas etapas de sua biografia, ele diz recordar perfeitamente do dia que a irmã morreu, aos oito meses de vida, quando Ester somava apenas três anos de idade. Ela conta que todos sabiam que o bebê estava morrendo e os pais tinham a opção de deixar a caçula viver “*alguns anos vegetando*”, com equipamentos médicos especiais. Mas esta não foi a opção. Eles puderam escolher uma morte digna para o bebê. Teriam, simbolicamente, eutanasiado a irmã de Ester, decidindo por sua morte?

Até hoje, quase 20 anos depois de perder a amiga, continua em tratamento, mas já consegue fazer uso menos intenso das medicações. Nunca ficou muito tempo sem fazer terapia. Em nossa última entrevista, me pediu uma indicação de terapeuta. Mas tinha que ser “*homem*”. Ainda assim, eu disse que poderia atendê-la no CAEP/UnB. Mas ela não me retornou, até o fechamento deste capítulo.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Ester à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma mediana capacidade resiliente.

Conta que cuidar dos bichos tem um efeito terapêutico: *“acho que os bichos me ajudam muito também. Com eles eu aprendi a lidar melhor com o tema morte”*. Mas também afirma que quando um deles morre, *“emenda um bicho no outro”*, em uma tentativa de não fazer o luto do que perdeu. Este comportamento de “cuidar de bichos” está diretamente relacionado à sua profissão. Em seu discurso, este cuidar também está associado com “eutanasiar bicho”. Mata os animais que ama para não vê-los sofrer. Assim ela tem algum controle sobre a morte, podendo ‘escolher’ quando matar. Controle que não teve quando a irmã morreu, nem quando a amiga se foi; tampouco quando tem obsessões e crises de ansiedade.

O sentido de humor também está presente em seu discurso. Ela já consegue rir e achar graça do próprio sofrimento. Ironiza sobre a quantidade de medicamentos que tomou (e ainda toma): *“E ai eu lembro que eu fui ao psiquiatra, ele me deu Rivotril, que é o meu companheiro há muitos anos [risos] pra eu dormir”*. Humor também presente quando fala da mãe *“neurótica”*, do que o levou a viver sozinha, e outras situações.

Ester segue tomando remédios, fazendo esportes e cuidando dos seus animais. Segue com seus medos e tabus. Mas “enfrenta” suas limitações. E segue com sua vida, apoiando-se nas instituições tradicionais (sobretudo na família e no apoio social) e das não tradicionais (psicoterapia e medicação psicotrópica).

Vítimas indiretas que perderam seus parentes em acidentes de trânsito: Beatriz, Saramago, Sofia e Robert.

Este subgrupo de participantes perdeu seus parentes em acidentes de trânsito. No caso do casal Beatriz e Saramago, que perdeu o filho caçula, recordo que eles estavam dentro do

carro e também sofreram consequências graves, chegando a ser hospitalizados. Diferente do que passou Sofia e Robert, que perderam, respectivamente, o filho e o irmão. Aqui era a própria vítima fatal quem dirigia o veículo no momento do acidente.

É preciso destacar que a violência e os acidentes no (ou do) trânsito também se incluem, como explicitado no primeiro capítulo, dentro do que a literatura especializada nomeia ‘violência urbana’, por também estar diretamente associados à deterioração da qualidade de vida da qualidade de vida nas grandes cidades.

4.1.10 Beatriz: “Não tenho mais aquela alegria”.

Beatriz começa sua história contando que se casou muito cedo. Diz que não teve infância, nem adolescência. Veio com quatro anos para Brasília e começou a trabalhar em casa, muito pequena, fazendo serviços domésticos. “*Não tive infância, foram anos de muito trabalho*”.

Experiências com violência urbana

Perdeu o filho mais novo em um acidente de carro, no qual também estava presente.

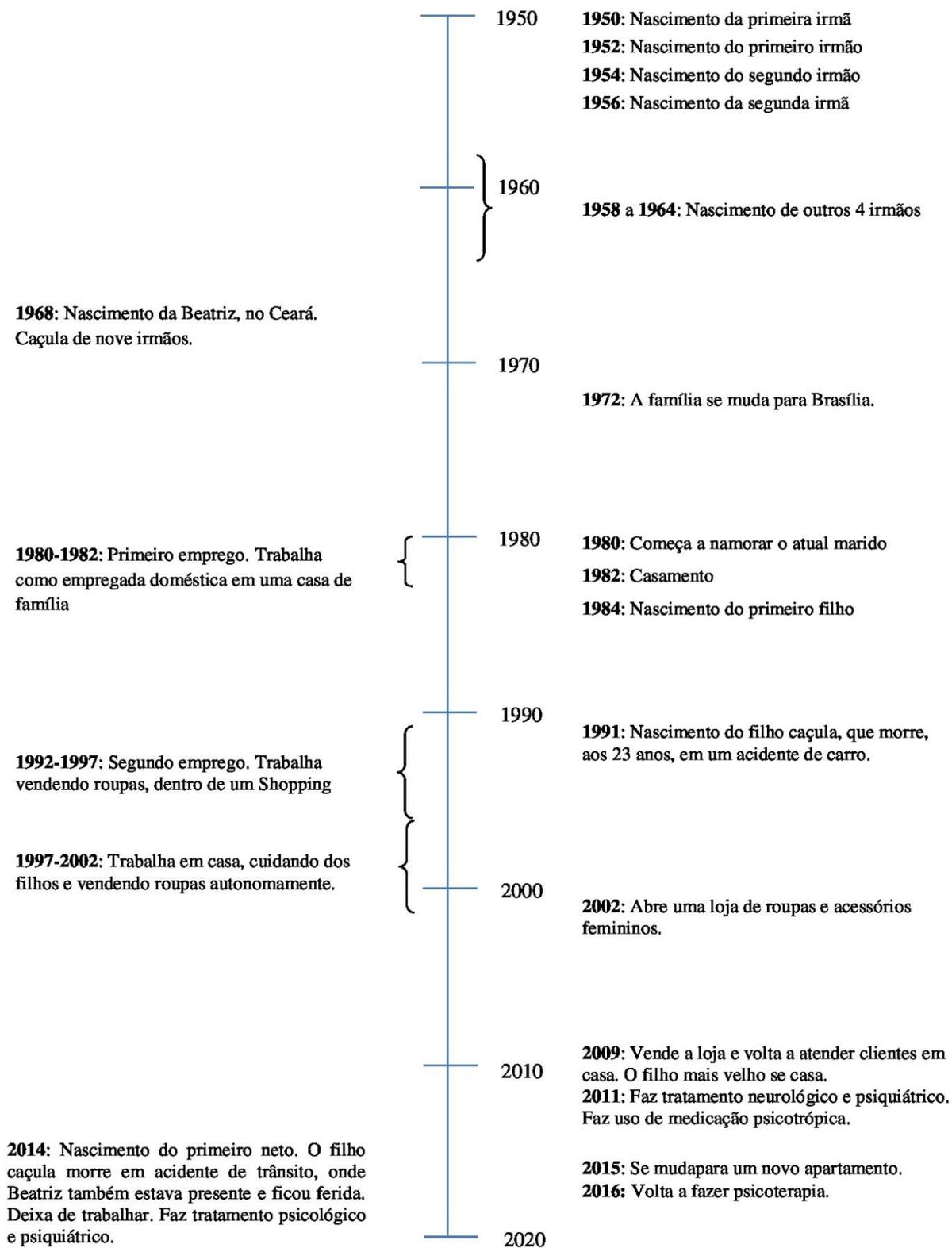


Figura 13 Linha da Vida - Beatriz

Relação com a Família

A relação com sua família de origem é frágil. Os pais já são idosos e seguem morando em outro estado, no Ceará.

Quando perguntei a Beatriz sobre como aprendeu a lidar com situações difíceis em sua vida, ela me respondeu dizendo: *“Aprendi tudo sozinha. Na verdade tudo que eu aprendi foi comigo mesma. Minha mãe nunca teve tempo nem paciência de me ensinar nada, então eu enxergava e as coisas melhores eu fui levando pra mim”*. Do pai, lembra-se de ser a caçula, o *“denço”*. E só associa isso.

Com os irmãos, a relação é distante. Ela é a caçula de nove filhos. Diz que foi muito *“rejeitada”* pelos irmãos, que a deixam de fora nas comemorações e reuniões de família. Ela acha que isso acontece porque têm inveja dela. Isso parece ter mudado um pouco depois do acidente que vitimou seu filho: *“Parece que o [nome do filho] morreu para consertar muita coisa na família. Mas eu queria que isso já tivesse acontecido há muito tempo atrás. Porque agora eu já to com 46 anos, já to... já enxerguei muita coisa e eu não preciso mais como eu precisei. Você ser rejeitada pela família é uma coisa muito difícil. Sinto falta de sair com as minhas irmãs”*.

Já com a família que constituiu (o marido e dois filhos), os vínculos são bastante fortes. Aos 12 começou a namorar e, aos 14, já estava casada. Teve dois filhos e o casamento se mantém por mais de 30 anos. Acompanhou sempre muito de perto o desenvolvimento e crescimento dos meninos.

A relação afetiva parece ter sido mais próxima com o filho caçula. O filho mais velho já é casado e pai de um menino. É mais distante porque ele *“tem a família dele”*. Já o caçula *“estava aqui com a gente o tempo todo”*.

Sempre viajou muito e continua tendo este lazer, justificando que o filho morto gostava de ir com eles.

Relação com a igreja

Beatriz me conta que paralelamente ao tratamento médico que fez anos antes de seu filho falecer, também frequentou igreja (fazendo campanhas e orações). Foi por quatro anos seguidos. Mas depois que o filho morreu, “*fiquei sem rumo, estamos afastados*”. Fala o tempo todo sobre sua fé em deus: “*Eu não coloco a minha fé em uma igreja, eu coloco minha fé pelo que deus existe*”.

Relação com o trabalho

Desde criança ajudava a mãe nas casas de família nas quais esta trabalhava. Depois, trabalhou como doméstica dos 13 aos 15 anos.

O segundo emprego foi em um shopping, onde ficou por mais ou menos cinco anos, trabalhando em várias lojas diferentes. Depois desse período, ficou outros cinco anos trabalhando em casa (serviço doméstico e cuidando dos filhos).

Depois, teve sua própria loja, onde vendia roupas e acessórios femininos, tendo desenvolvido essa atividade por sete anos. Gostava muito desse trabalho, mas ser comerciante começou a gerar muito estresse e aborrecimentos. Ela conta que tinha funcionários e “*tudo era com ela*”. Vendeu a loja e passou a trabalhar comercializando roupas de forma autônoma, o que fez até o ano que perdeu o filho.

Relação com o apoio social

Conta apenas sobre um casal, que a ajudou bastante e pontualmente, depois da morte do filho.

Relação com ativismos sociais

Nunca participou

Relação com a Terapia

Fez um tratamento psicológico anos antes de o filho morrer, por seis meses. Voltou a ter sessões depois do acidente. Estava em tratamento quando da última entrevista.

Logo depois da perda, ficou dois meses em terapia, uma vez por semana. Retomou em 2016, duas vezes por semana. Conta que *“precisei voltar”*. *“As pessoas não querem mais saber do acontecido e a terapia tá me fazendo muito bem”*.

Relação com a medicação psicotrópica

Três anos antes de o filho morrer fez um tratamento médico para Depressão e Síndrome do Pânico, que tardou um ano. Quando o marido trabalhava a noite, o filho ficava com ela. Quando este morre, ela começa a ter insônia. Voltou a usar, com orientação médica, medicamento para dormir. Quando entrevistei Beatriz pela primeira vez, seu filho tinha morrido há apenas quatro meses, de forma que ela estava no início do processo de luto. Nesta época, precisava de medicação para dormir todos os dias. Fez uso por oito meses e cessando este uso aos poucos.

Na última entrevista que realizamos, em abril de 2016, ela já não fazia uso de nenhuma medicação e disse, com humor, *“hoje meu remédio a noite é ele!”*, se referindo ao marido.

Relação com drogas

Diz que não sabe nem o que é e que nunca viu nenhum tipo de droga. *“Até pela profissão dele eu não posso ver essas coisas”* (o marido é policial).

Tabela 12 Resultados - Beatriz

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x		x	
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x		x
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		x		x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre a participante

É uma participante que se encontrava bem antes de perder o filho. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Consegue manter uma rotina e tem projetos de futuro.

Sua saúde foi bastante afetada imediatamente após a experiência. Ficou machucada em consequência do acidente e teve sequelas neurológicas, com as quais ainda convive (perda de memória e labirintite). E passou a ter insônia.

Com as instituições tradicionais, as relações se mantiveram as mesmas com a família (relação forte) e com o apoio social (fraca). Com a família de origem ela conta não ser muito próxima. Os irmãos estiveram presentes no início do processo de luto, dando algum apoio à entrevistada. Mas foi uma aproximação pontual. Já com a família que formou a relação sempre foi muito forte. Casou-se muito jovem e, provavelmente por este motivo, a sua história de vida se mistura muito com a história de seu marido, também participante desta pesquisa.

Com as instituições não tradicionais é possível dizer que aquelas que ela já tinha utilizado, o uso foi retomado. Ela fez psicoterapia antes (com outra demanda), durante e depois de perder o filho. Ativismo e drogas ela nunca participou ou usou, respectivamente. Beatriz já tinha tomado psicotrópicos antes de perder o filho (pelo mesmo motivo que fez terapia, também há alguns anos: problemas conjugais). Voltou a tomar, também com acompanhamento médico, durante os primeiros meses de luto (sobretudo para ajudar a dormir).

Quando analiso os dados obtidos com a história de Beatriz à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma forte capacidade resiliente.

Suas conexões afetivas com os membros de sua família nuclear são muito fortes. E é nesta instituição que estão os motivos concretos para viver de Beatriz. Para esta participante, seu casamento e sua fé em deus foram fundamentais para ajudá-la na elaboração do luto. Conta que é muito vaidosa e que gosta de se arrumar e fazer ginástica. Este cuidar de si fortalece sua

autoestima. Tenta retomar a rotina que tinha antes de perder o filho (o que corresponde ao primeiro mecanismo protetor descrito por Marcos, 2012: ver o que esperamos ver. Diz que não faz planos, pensa no hoje. “*Amanhã não sei; quero fazer hoje, quero comer isso hoje*”. Relata que tem dias que fica muito triste e chora muito. Outros passa melhor, se arruma e sorri mais.

Conta que o filho era um grande companheiro e que tenta continuar fazendo as coisas que gostava de fazer com ele. Neste caso, o lazer é uma forma de seguir a vida. O humor é um mecanismo protetor presente em seu relato.

Sonha frequentemente com o filho morto e isso parece fazer bem para ela, que me relata: “*O [nome do filho] veio para mim, em sonho, e eu perguntei pra ele onde ele estava (...). Mãe, eu to ao lado de deus*”. Agradece a deus pela oportunidade de sobreviver a um acidente tão sério (o mesmo que vitimou seu filho), e diante dessa oportunidade vai viver a vida com o filho mais velho, com o neto e com as outras pessoas de quem gosta.

O luto dessa mãe é relativamente recente. Mas tudo indica que ela vai ficar bem. Nas primeiras entrevistas, realizadas em 2014, ela havia perdido seu filho há poucas semanas. Com o retorno ao campo empírico, soube que o casal se mudou; saíram da casa onde viviam com o rapaz que morreu, e foram morar em um apartamento. Essa mudança foi motivada porque o filho demonstrava interesse em morar no empreendimento (um condomínio de apartamentos com áreas de lazer e segurança 24 horas). E eles assim fizeram. Beatriz conta estar gostando da nova casa. E, apesar das lacunas em sua memória (consequência do acidente e/ou trauma psíquico?) e dos dias ruins: “*Estou tentando seguir*” e tentando passar a página.

4.1.11 Saramago: “A vida da gente ta capengando, mas a gente vai procurar ajeitar!”.

Nasceu no Rio Grande do Norte e veio morar em Brasília aos cinco anos de idade, acompanhando os pais, que vieram trabalhar na capital federal. Com ele, são nove irmãos.

Experiências com a violência urbana

Por sua profissão, o tema da violência sempre foi presente na vida de Saramago. Ele conta que “*na polícia todo dia tem uma coisa que te marca (...). Fui aprendendo a lidar com a polícia, a gostar da polícia*”. Perdeu o filho mais novo em um acidente de carro no qual também estava presente.

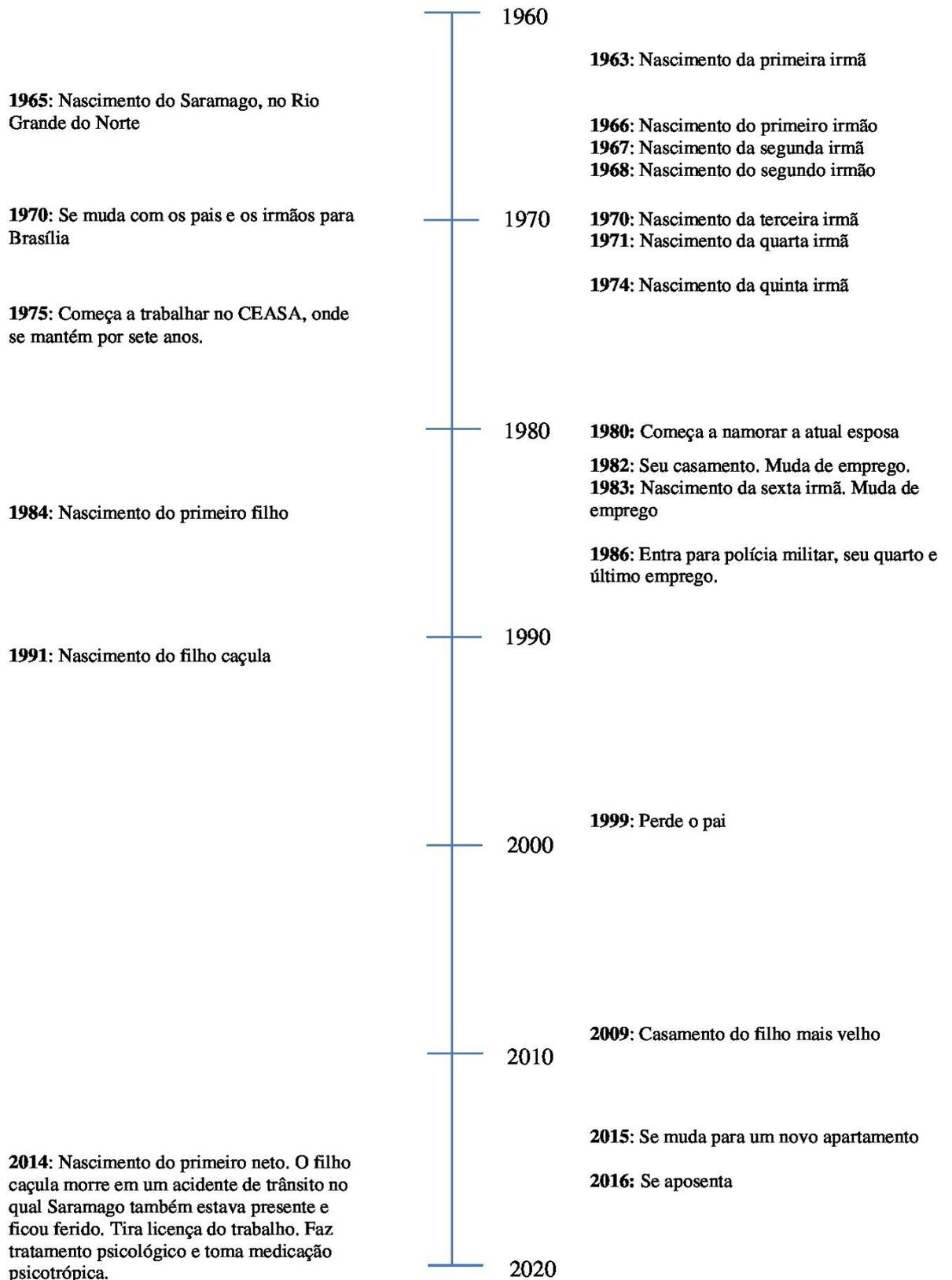


Figura 14 Linha da Vida - Saramago

Relação com a Família

Convive com os irmãos: “*A minha família se une*”. Diz que são próximos e que se encontram com certa frequência, mas a relação com estes não é forte.

O pai morreu faz 17 anos. A mãe mora no DF. Conta que hoje em dia ninguém quer mais saber do acidente e da morte do filho. Eles (o casal) é que sabem da dor que sentem.

Começa dizendo que sua história de vida é “*praticamente a mesma coisa*”, referindo-se ao relato de sua esposa (eles estavam juntos durante as entrevistas). Casou-se cedo, aos 17 anos, com a namorada de escola (e sua atual esposa). “*A gente não tem um casamento de fachada, a gente tem um casamento que a gente realmente se ama e se gosta*”.

Diz que a vida mudou bastante com o nascimento dos filhos. Ele conta que procurava estar presente na educação dos meninos. Ficou mais preocupado com a família depois que os filhos nasceram, porque trabalhava na rua, como policial.

Tinha uma relação muito próxima com os dois filhos. Com o caçula, o convívio era mais intenso e a afinidade, maior. Fala com carinho do neto e da família que o filho mais velho constituiu.

Relação com a igreja

Fala o tempo inteiro de deus e de sua fé. Mas não frequenta igreja. “*Com muitas orações, a gente tá levantando o nosso astral de novo*”. Frequentou por quatro anos seguidos uma igreja evangélica, antes de perder o filho.

Relação com o trabalho

Conta que teve uma vida “*sempre trabalhando*”. Já no início de seu relato, relata: “*Fui um camarada que sempre gostei de trabalhar, sempre quis ter o melhor, né? Sempre gostei de*

ter minhas coisas. Então eu comecei a trabalhar muito cedo, com nove anos de idade eu já trabalhava e tinha objetivos na minha vida”.

Seu primeiro emprego foi como entregador no CEASA (Centrais Estaduais de Abastecimento), aos 10 anos. Ia junto com um dos irmãos. Ficou nesse serviço até os 17. Depois trabalhou por um ano na Indústria e Comércio e, por fim, mais um na Caixa Econômica, como *Office boy*.

Muito jovem, prestou concurso para a polícia militar, em que atuou até se aposentar. Tentou uma vaga para esse emprego porque queria estabilidade. Antes, não “*trabalhava fichado*”, (com carteira assinada), mas ganhava o suficiente para sustentar a família. Com o tempo, percebeu que não queria apenas “*sobreviver*”, mas “*viver*” e o concurso público possibilitou estabilidade. Aos 20 já era policial.

Tirou licença entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014, depois que o filho morreu, a pedido do comandante do batalhão.

Aposentou-se um mês antes de nossa última entrevista. Sobre os planos para o futuro e a recente aposentadoria, diz: “*Coisa boa a gente se acostuma rápido. De verdade: meu plano depois que aposentasse sempre foi não fazer nada*”.

É preciso relativizar o contexto em que este participante associou sobre trabalho e aposentadoria. Diferente de outros participantes desta amostra, este homem, que trabalha desde os nove anos de idade, tem planos para o futuro. Esse “*não fazer nada*” não é ociosidade ou prostração. Parece, sim, significar mais tempo para fazer o que realmente quer fazer: viajar e se divertir com sua família.

Relação com o apoio social

Assim como a mulher, também participante desta pesquisa, cita um casal de amigos, que o ajudou bastante depois da morte do filho. Mas eles (Saramago e sua esposa) são muito reservados.

Conta que as pessoas tentam ajudar com palavras de conforto, telefonemas... amigos e amigas do filho morto, que são amigos do casal também, que ele conhece faz muito tempo. Eventualmente se encontram e, quando vê os amigos do filho, fica procurando o seu no meio deles, esperando que ele chegue.

Relação com ativismos sociais

Nunca participou

Relação com a Terapia

Começou a fazer terapia pela primeira vez após perder o filho e estava em tratamento na época da pesquisa de campo. Sobre sua terapia, ele conta: *“o psicólogo te ouve com calma, te analisa. Eu penso assim, que a pessoa a partir do momento que tá falando, tá colocando as coisas pra fora que às vezes você não tinha coragem de conversar nem com seu pai, nem com sua mãe. Você não sabe qual é o procedimento, mas faz bem”*.

Relação com a medicação psicotrópica

Usou medicação por menos de um mês, depois que perdeu o filho. Incluindo no dia do enterro: *“eu tava sedado, tava com muito remédio*.

Relação com as drogas

Nunca usou

Tabela 13 Resultados - Saramago

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x			x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre o participante

É um participante que se encontrava bem antes de perder o filho. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Esta conclusão foi possível pelas associações feitas por Saramago, que consegue manter uma rotina e tem projetos de futuro.

Imediatamente após a perda, Saramago teve problemas de saúde, principalmente emocionais. Procurou e recebeu ajuda especializada e atualmente está bem.

Com as instituições tradicionais, Saramago sempre teve uma relação muito forte com a família e com o trabalho.

Com as instituições não tradicionais, duas mudanças principais: adesão ao tratamento medicamentoso e ao psicológico durante o processo de luto. O uso de psicotrópicos foi prescrito por algumas semanas. Já a psicoterapia foi realizada por alguns meses.

Quando analiso os dados obtidos com a história de Saramago à luz do conceito de resiliência, concluo a favor de uma forte capacidade resiliente.

Saramago foi invadido por um forte sentimento de culpa imediatamente após a morte do filho, o que o fez pensar em suicídio e em “*quebrar tudo*”: “*No início foi muito difícil pra mim, porque eu me culpava bastante. Eu fiquei lúcido, eu vi os dois. Não sabia qual que eu socorria primeiro. Foi um negócio... aquilo ali me abalou bastante*”. Habitado a ver todo tipo de tragédia, Saramago consegue elaborar algum sentido para a morte do filho pensando que poderia ter um desfecho ainda pior: “*a minha satisfação é essa, saber que eu não perdi ele pras drogas, não perdi na bandidagem. Ele teve uma morte rápida. E se ele tivesse vivo, mas numa cama? O acidente do meu filho poderia ter sido muito pior*”.

“*Não vou dizer que eu sou um cara forte*”. Mas ele tenta manter a rotina (ver o que espera ver, primeiro dos mecanismos protetores de Marcos, 2012). Conta que o caçula era um grande companheiro e que tenta continuar fazendo as coisas que gostava de fazer com ele.

Neste caso, o lazer é uma forma de seguir a vida. “*Estou aprendendo com a situação de viver sem o meu caçula. Tentando seguir o caminho*”.

O luto desse pai é relativamente recente. Nas primeiras entrevistas, realizadas em 2014, ele havia perdido seu filho há poucas semanas. Com o retorno ao campo empírico, soube que o casal se mudou; saíram da casa onde viviam com o rapaz que morreu, e foram morar em um apartamento. “*Mas não foi fugindo não*”, ele faz questão de pontuar. Já planejavam morar ali e apenas anteciparam a mudança depois da perda do filho. As fotos do rapaz seguem nas paredes (como estavam na antiga casa). Diz que está gostando de morar no novo lar.

Saramago também é adepto de atividades físicas, que realiza junto com a esposa. É possível identificar em seus relatos o quinto pilar da resiliência, o pensamento positivo: “*Se a gente parar pra raciocinar a gente ainda tem muita coisa boa para fazer aqui, a gente tem um netinho, vamos criar o netinho também, a gente tem outro filho e nossa nora*”.

4.1.12 Sofia: “Eu achava que ia morrer... Nada pra mim tinha valor”.

Nasceu em Brasília. Veio de uma família extensa, dez irmãos. Os primeiros nasceram na Bahia. Diz que sua infância não foi muito boa porque sua mãe “*deu muito trabalho*”. Esse período de sua vida foi “*muito conturbado*”. Viveu mais tempo com sua avó. Devido aos problemas com sua mãe, ela e os irmãos não conseguiam estudar “*nem fazer nada direito*”. Conta que para seu pai era muito difícil. Diz ainda que tem poucas memórias da infância e de outras fases da vida porque muita coisa “*se apagou*” depois do acidente do filho.

Experiências com violência urbana

Perdeu o filho mais velho em um acidente de trânsito, há sete anos. Tem dificuldade em contar a sua história porque se esqueceu de muitas coisas.

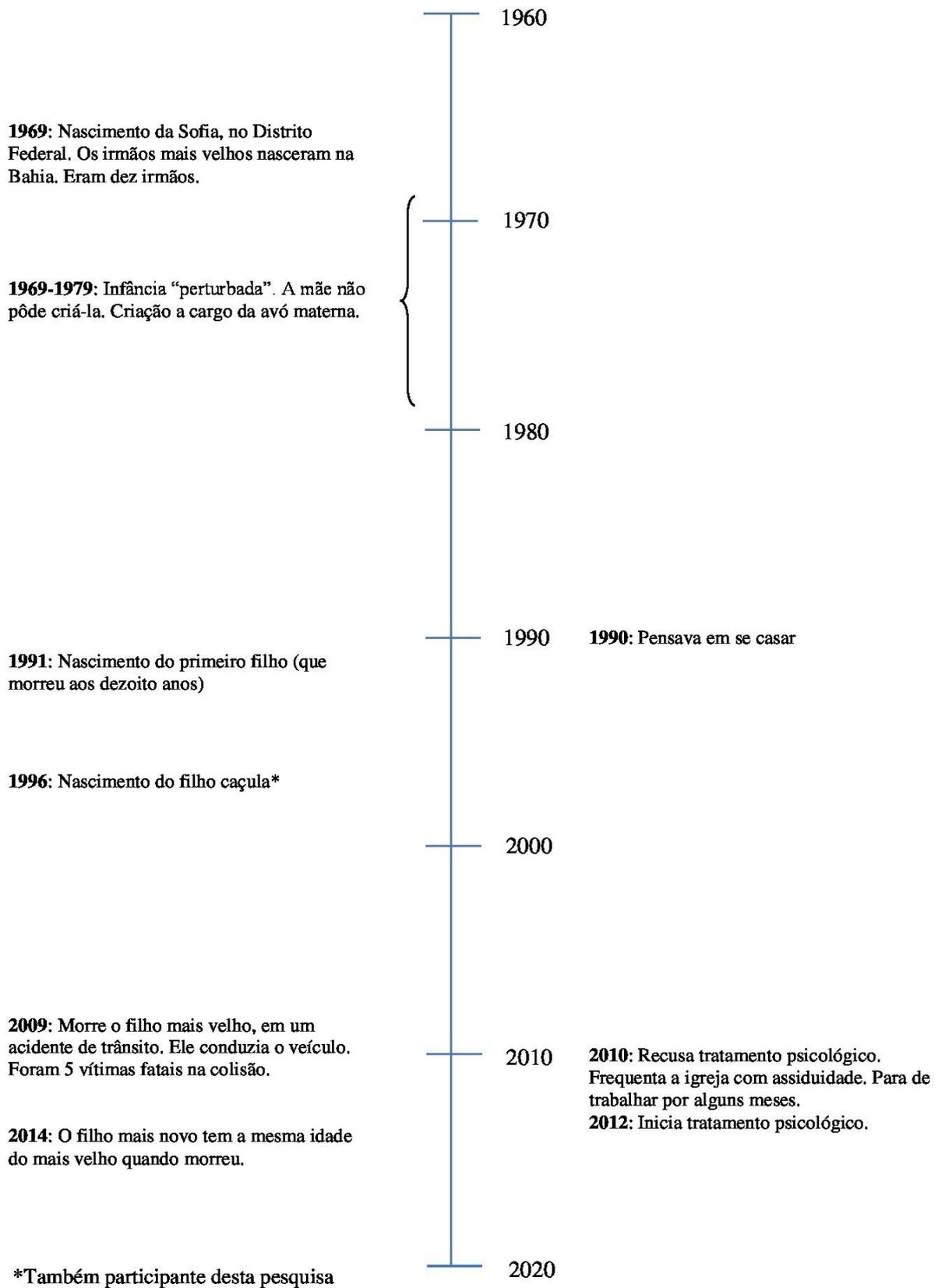


Figura 15 Linha da Vida - Sofia

Relação com a Família

Quando engravidou, aos 22 anos, estava pensando em se casar. Teve dificuldades inicialmente em aceitar essa gravidez. Segundo Sofia, depois de descobrir estar esperando um filho, começou a se desinteressar pelo companheiro. Conta-me que tinha muito medo de não conseguir cuidar do bebê. Aos poucos foi aceitando, *“mas foi difícil”*, recorda. Acredita que *“nossos antepassados tem muito a ver com nossa vida de hoje. As coisas que a gente fica sabendo dos nossos antepassados, a gente junta as duas coisas e tem a ver nosso sofrimento, a nossa vida, a nossa luta”*. É próxima de algumas irmãs. Vive perto de muitos parentes e a relação com estes é próxima, ainda que conflituosa.

Atualmente vive na mesma casa com o marido, o filho e a mãe.

Relação com a igreja

Começou a frequentar igreja antes de o filho morrer. Em suas palavras: *“Ele já vinha me colocando no caminho, ele já vinha me fortalecendo. Eu tenho certeza, já me levou pra igreja, já me preparou porque ele sabia o que eu ia viver”*.

Conta que depois de perder o filho *“caiu muito”*, foi para o *“fundo do poço”*: *“Quando eu tava no fundo do poço, eu gritei pra deus. Eu achava que eu ia morrer, que eu não ia viver mais. Nada pra mim tinha valor”*. Mas quando se deu conta de que tinha outro filho para criar, se apegou à religião e foi melhorando: *“o que me sustenta, é deus”*.

Relação com o trabalho

Trabalha como cabeleireira. Não foi investigada a história laboral da participante.

Relação com o apoio social

Durante os meses imediatamente subsequentes à perda, Sofia diz ter se isolado bastante. E não se lembra de muito de quem esteve perto dela nesse momento. Quando conseguiu sair “do fundo do poço”, teve forças para ajudar outras famílias.

Relação com ativismos sociais

Nunca participou de nenhuma militância, mas ajudou pontualmente algumas famílias que perderam seus filhos no mesmo acidente que vitimou o seu.

Relação com a Terapia

Fez terapia pela primeira vez depois que o filho morreu. Buscou, inicialmente, por incentivo tanto da família de origem como do marido. Da primeira vez, diz que “*detestou e odiou*” fazer terapia porque para ela, “*psicólogo era deus, só deus*”. Segundo seu relato, sua fé em deus foi a principal tentativa para lidar com a dor de perder um filho. A família seguiu insistindo para que ela procurasse ajuda e, somado a isso, leu uma passagem bíblica que dizia que “*deus deixou a medicina, deixou tudo pra que a gente buscasse. Ai eu comecei a me interessar, ir atrás de um psicólogo pra saber se ia ser bom pra mim*”. E em uma segunda tentativa, seguiu o tratamento e começou a gostar de frequentar as sessões oferecidas no Pró-Vítima.

Relação com a medicação psicotrópica

Sem informação

Relação com drogas

Nunca usou

Tabela 14 Resultados - Sofia

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x	x			x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x	x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	Sem informação		Sem informação		Sem informação	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre a participante

Não foi possível realizar a entrevista de retorno com esta participante. Consegui contato telefônico, mas, aparentemente, ela não se interessou em continuar na pesquisa.

É uma participante que se encontrava bem antes de perder o filho. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Sofia consegue manter uma rotina.

Após a experiência adversa que viveu, ela perdeu muitas memórias. Aqui é interessante porque ela também se esqueceu de suas recordações de infância. Segundo ela, muitos acontecimentos de sua vida “se apagaram”: *“Eu tento lembrar coisas da minha vida que eu não consigo lembrar, é como se tivesse passado uma borracha e apagado tudo. Depois do acidente apagou muita coisa da minha mente. Eu não me lembro de nada. Sabe o que é nada, mesmo?”*.

Sua saúde foi prejudicada com a experiência. Ela se tornou hipertensa e passou a apresentar refluxo. Diz que cuida da saúde e faz exames, *“pra ver se tem alguma coisa, pra ver se está tudo ok”*.

Sobre seu estado atual, foi possível concluir que ela conseguiu retomar a vida. Voltou ao trabalho e a ter relações sociais. Outro indicativo de elaboração do luto é ela conseguir falar do filho morto, narrando e solidarizando sua história: *“Não dói tanto igual doía. Hoje tá melhor pra falar, até pra falar da minha vida mesmo”*.

Sobre as instituições tradicionais, as relações se mantiveram praticamente inalteradas ao longo dos anos, apesar da experiência violenta sofrida: As relações com a família, com a igreja e com o apoio social sempre foram fortes. Apenas na categoria trabalho houve um enfraquecimento da relação durante a fase mais dolorida do luto, em que Sofia passou algum tempo sem trabalhar.

Para esta participante, deus e a igreja foram as principais possibilidades utilizadas para elaborar o luto pela morte do filho. A explicação de seu sofrimento é religiosa/divina: foi uma vontade de deus.

Das instituições não tradicionais propostas nesta pesquisa, Sofia fez uso apenas da psicoterapia (durante o processo de luto).

Não foi possível investigar seus motivos para viver.

4.1.13 Robert: “Eu fiquei meio sem saber o que fazer”.

Foi criado por uma tia que batia muito nele e nos outros primos, que também ficavam sob seus cuidados, enquanto os pais trabalhavam. Morava inicialmente com os pais, o irmão, a avó e um tio. A “*parte boa*” da infância eram as brincadeiras com o irmão. A “*parte ruim*” era porque apanhava demais dessa tia. “*Tinha uns 13 anos, foi a última vez que ela botou a mão em mim. Ela veio pra me bater eu falei: Você nunca mais encosta a mão em mim!*”

Experiências com violência urbana

Perdeu o irmão, cinco anos mais velho que ele, em um acidente de carro. Alguns anos depois, o pai levou um tiro em uma tentativa de roubo. Para Robert, essa experiência também foi “*bem pesada*” porque aconteceu no dia do seu aniversário e o pai ficou mal de saúde, chegando a ficar internado em Unidade de Terapia Intensiva, com risco de morte.

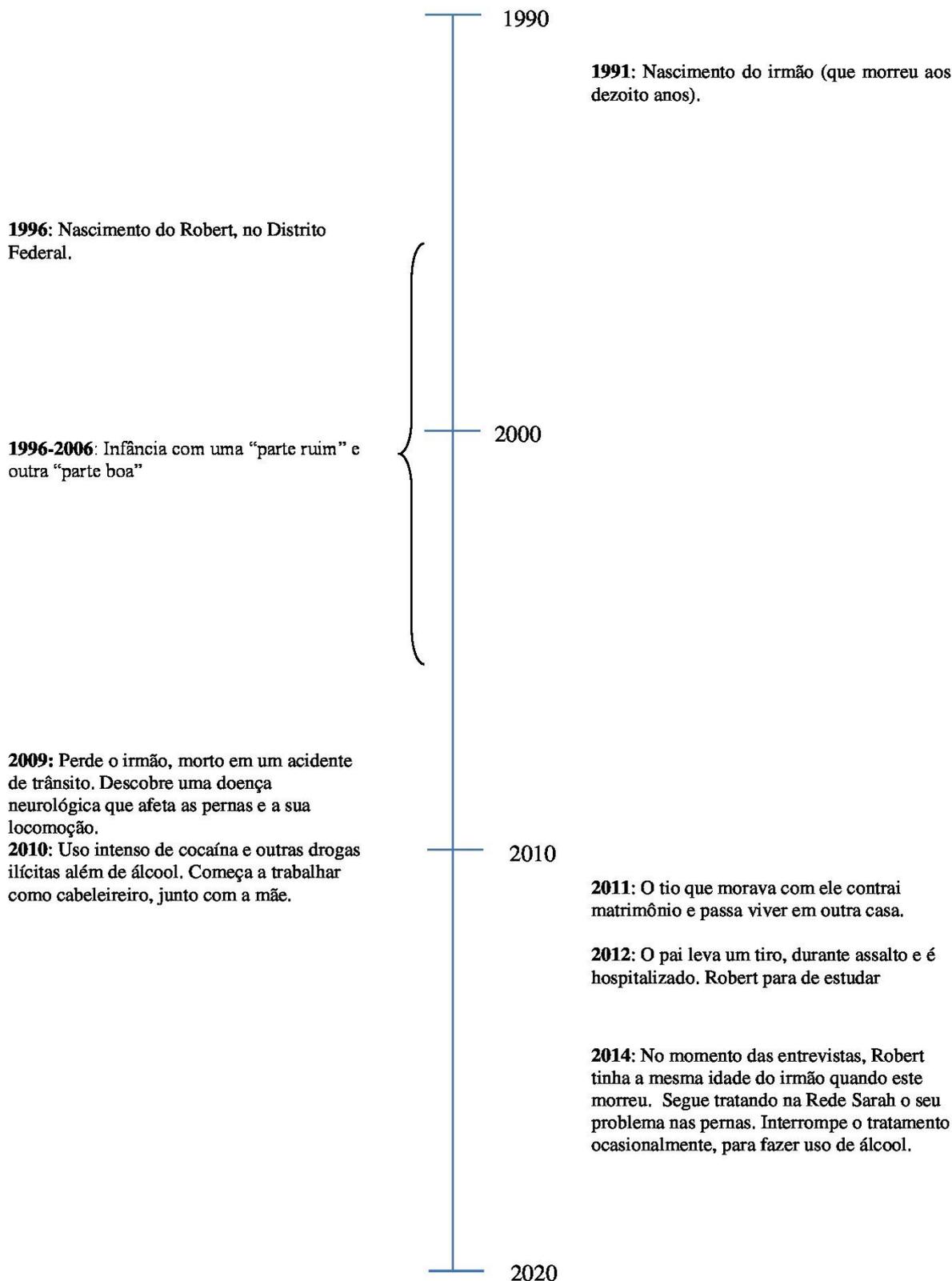


Figura 16 Linha da Vida - Robert

Relação com a Família

Quando conheci este participante, ele estava com a mesma idade que o irmão tinha quando morreu. Mora, atualmente, apenas com os pais. O tio se casou e mudou de casa, e a avó passou a morar sozinha. A relação com o irmão morto era bastante forte.

A avó teve, durante décadas, problemas que a família chama de “*espirituais*”. Essa avó, segundo seu relato, “*deu muito trabalho*” porque bebia, ficava na rua, passava vergonha. Mas hoje está melhor. Conta sobre outro tio que também bebe muito. Com sua família extensa (tias maternas) a relação é conflituosa. Com a família paterna, parece ter uma relação mais amena: “*família do meu pai é tranquila, ninguém nunca falou nada*”. E completa: “*faço parte dessa família, não posso fazer nada*”. Diz ainda que é difícil lembrar-se de certas coisas: “*O que mais perturbou minha mente assim era minha família*”. Não pude concluir aqui a quem ele se referia, mas ele fala o tempo todo de sua família: do irmão morto, dos primos (com quem se relaciona muito bem) e com a parte da família cuja relação é conflituosa. Até por ser muito jovem, ele está bastante ligado a essa instituição.

É muito amigo de alguns primos, que moram perto de sua casa. Robert encontra esses primos quase todos os dias e diz que esses “*ficaram no lugar do meu irmão*”: “*Eles me dão muito força, se não fossem eles eu nem sei o que seria da minha vida, estaria doido*”.

Não foi possível investigar também sobre a relação do participante com seus pais. Eu não consegui retomar o contato com ele na fase de retorno ao campo. O número do celular mudou.

Relação com a igreja

Robert não frequenta esta instituição, mas fala muito em deus e diz que tem fé. Conversa muito com deus à noite, faz preces e pedidos, sobretudo para ajudar a mãe, que ainda sofre

muito. Conta que pede ajuda a deus para “*sair dessa vida*”, referindo-se aqui ao uso de drogas ilícitas.

Relação com o trabalho

Ficou algum tempo sem estudar e, à época das primeiras entrevistas, tentava terminar o Ensino Médio. Diz que tem muita dificuldade na escola porque não consegue aprender. Seu primeiro emprego foi como cabeleireiro e aprendeu este ofício com a mãe. Diz que “*aprendeu fácil*” e com menos de um ano já sabia fazer todo tipo de corte em cabelo feminino e masculino.

Relação com o apoio social

Tem uma rede de amigos bastante fortalecida

Relação com ativismos sociais

Nunca participou

Relação com a Terapia

Nunca fez terapia, mas me disse que estava “*precisando de um psicólogo*”. Indiquei o serviço de tratamento psicológico oferecido pelo CAEP/UnB. Mas ele não buscou.

Relação com a medicação psicotrópica

Nunca fez uso

Relação com drogas

Relata que começou a usar drogas depois que o irmão morreu, que *“gosto de fazer besteira; usei muita droga”*. Após a morte do irmão, as pessoas perguntavam muito sobre o que havia acontecido. Essas conversas o deixavam muito *“perturbado”* porque *“todo mundo perguntando, perguntando toda hora sobre ele. Eu fiquei meio sem saber o que fazer”*.

Sentia-se deprimido quando ficava muito tempo em casa e, em dado momento, *“desandou tudo”*: estava usando cocaína e ficando mais depressivo e nervoso. Falava mal da mãe e brigava com o pai, *“não estava nem aí”*. E diz que sozinho resolveu essa situação: *“fui parando pra prestar atenção em tudo que eu tava fazendo da minha vida, aí parei. Minha vida melhorou foi muito. Eu parei sozinho. Eu tenho muita força, eu acho que eu não vicio nessas coisas, sei lá, o meu psicológico é muito forte. Quando eu falo que não quero, não quero mais”*. Mas este é o discurso da maioria dos adictos, que, através de um mecanismo de negação, acreditam ter controle sobre o uso da substância.

Tabela 15 Resultados - Robert

INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS	Relação com a FAMÍLIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
	Relação com a IGREJA					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	x		x		x	
	Relação com o TRABALHO					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
	Não se aplica		Não se aplica			x
	Relação com o APOIO SOCIAL					
	Antes		Durante		Depois	
	Fraca	Forte	Fraca	Forte	Fraca	Forte
		x		x		x
INSTITUIÇÕES TARDIAS	ATIVISMO					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	TERAPIA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
					x	
	MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x		x		x	
	DROGAS ILÍCITAS					
	Antes		Durante		Depois	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	x			x		x
ESTADO	Antes		Durante		Depois	
	Mal	Bem	Mal	Bem	Mal	Bem
		x	x			x

Considerações adicionais sobre o participante

É um participante que se encontrava bem antes de perder o irmão. Ficou mal durante a primeira fase de elaboração do luto e, atualmente, está seguindo com sua vida. Robert consegue manter uma rotina e tem projetos de futuro.

Para este participante, as consequências mais imediatas da experiência adversa surgiram no ambiente escolar. Ele não aprendia nada e passou a apresentar um “*comportamento estourado*”.

Além das dificuldades no âmbito escolar, o jovem descobriu-se portador de uma doença neurológica rara, descoberta algumas semanas depois da morte do irmão. Ele já apresentava alguns sintomas brandos e estes se tornaram mais graves até que a família buscou ajuda. Diz que ficou de cama muito tempo, não sabia o que fazer, nem como seria o avanço da doença. Começou um tratamento no Hospital Sarah, onde descobriram o que ele tinha e começaram a tratar Robert. Realiza exames constantes e precisa fazer o tratamento “*pro resto da vida*”. Toma vários comprimidos todos os dias e injeções. Estas são bastante doloridas, segundo seu relato: “*Dói muito, parece que tá furando, batendo em você, arrancando tudo, é muito ruim*”. Eventualmente o jovem suspende os medicamentos, por conta própria, para beber. Nesse caso, a medicação utilizada não foi psicotrópica, mas de uso contínuo. Parece bastante clara a relação saúde/emoção. O luto do irmão mais velho não causou a doença, mas piorou os sintomas e desencadeou o quadro completo.

Sobre as instituições tradicionais, a única mudança observada foi na categoria trabalho. Robert era bastante jovem quando perdeu o irmão e por isso só iniciou sua vida laboral anos mais tarde. Sua relação com a família e com o apoio social era forte e assim se manteve.

Apesar da pouca idade, já tem uma profissão que parece gostar muito. Ele me conta: “*tô trabalhando com minha mãe no salão. Sou cabeleireiro, tem cinco anos já. Mexo com cabelo feminino e masculino, faço tudo*”.

Robert ficou bastante perturbando depois da experiência violenta de perder o irmão em um acidente de carro. As principais tentativas que fez para lidar com a perda foi o uso de drogas, conversar com deus, sair com os primos e tentar “esquecer” o que passou.

Começou a usar drogas ilícitas após a morte do irmão, sendo esta instituição não tradicional a única utilizada como possibilidade de enfrentamento da violência sofrida. “*Fiz muita besteira*”.

No que se refere aos pilares da resiliência, o jovem possui fortes conexões afetivas, centro de controle interno e autoestima.

Também foi possível identificar diversos mecanismos protetores em sua história, como explicar o sofrimento, sentido de humor e passar a página.

Há que se levar em conta que, além do luto, esse jovem passava por mudanças físicas e comportamentais típicas de sua idade. Teve que se haver com a exigência de “tornar-se homem”, viver de perto o luto dos pais e o seu próprio. Fazer escolhas e “*ser alguém na vida*”.

Ele diz que as pessoas perguntavam pelo que tinha acontecido e ele repetiu a história muitas vezes. Conta sobre o irmão tantas vezes que acaba se esquecendo. E comete um ato falho quando relata isso: “*O tempo todo tinha que contar toda hora, toda hora. Me perturbando. Eu não me lembrava mais de nada. Eu fazia um monte de coisa errada pra ver se esquecia mas mesmo assim não esquecia de nada. Difícil*”. Aqui Robert “confessa” ter feito esforço para esquecer o que passou e não poder mais contar a história do irmão (e poder, talvez, começar a falar de si mesmo).

4.2 Do “Não tem um dia que eu não choro” ao “E a vida continua, né?”: Projetos de futuro *versus* perda de sentido do viver.

Nesta seção efetuo a análise dos dados levantados para esta pesquisa, apontando para as explicações possíveis sobre porque alguns participantes “ficam bem” enquanto outros “ficam mal” após vivenciar experiências (potencialmente) traumáticas.

Todos os participantes enfrentaram perdas muito duras e, sobre o tempo do luto, ou seja, o tempo cronológico da perda, a média foi de 7,8 anos e a mediana de cinco anos (variando entre quatro meses e 15 anos).

O campo empírico mostrou que a maioria dos participantes conseguiu seguir com suas vidas. Estes foram: José, Alex, Gilda, Beatriz, Saramago, Sofia, Ângela, Robert e Ester.

As participantes que ficaram “estancadas” no luto (Moema e Madalena), são as que já apresentavam problemas psicológicos prévios às experiências violentas. Estas que já “cambaleavam” continuaram cambaleando depois de perderem pessoas queridas de maneira violenta. Sobre outras duas participantes (Rose e Miriam) não foi possível concluir sobre se “ficaram bem” ou “ficaram mal”.

De maneira geral, no conjunto dos dados, todos os participantes ficaram muito mal nos meses imediatos após as perdas de pessoas queridas. Alguns (nove em 13) pouco a pouco conseguiram voltar às suas atividades anteriores às experiências. Não sem dor, sofrimento, memória, repetição e saudade. Mas a vida seguiu. Neste subgrupo, não houve perda de sentido do viver. Outros (a menor parte, quatro em 13) não conseguiram. Os principais fatores relacionados a uma saída saudável do luto envolveram: manutenção da rotina anterior à perda, manutenção dos vínculos sociais, pedir ajuda, manutenção de cuidados com a saúde, busca por

atividades de lazer e expectativas ou projetos de futuro³². Nos casos em que houve uma saída ruim (ou uma não saída) do luto são os que envolveram perda do sentido do viver.

A história de vida pregressa e a elaboração do luto dão pistas para explicar porque algumas pessoas seguem adiante e outras não. O ponto aqui não é só o ‘trauma’ ou a experiência potencialmente traumática, mas os limites impostos (ou não) à sua elaboração. Para alguns participantes existiu uma resignificação das experiências. Resignificação que apontou para uma nova forma de existir, de seguir, de produzir novos valores. Nesse intento, a História de vida, como método e como teoria, possibilitou ou facilitou o compromisso com o lembrar. Lembrar para dar sentido ao que aconteceu. E como mostrou Alex, participante desta investigação, a memória não precisa ser apenas a memória da dor. Pode ser, em suas palavras, uma “*doce lembrança*”.

Apresentarei a seguir um panorama geral das possibilidades ou tentativas de enfrentamento utilizadas pelos participantes para lidar com as experiências violentas. Em que instituições os participantes desta pesquisa investiram ou se apoiaram, após sofrerem experiências terríveis? No trabalho? Em suas carreiras? A família, os pais, o casamento ou os filhos, foram fatores importantes? Qual a contribuição da igreja na elaboração dos lutos? Qual o papel das instituições não tradicionais no enfrentamento da violência? Quem fez psicoterapia? Quem se tornou ativista de uma causa? Enfim, o que ajudou cada um a “segurar a barra” durante o processo de luto?

A família foi a principal instituição tradicional utilizada pelos participantes como possibilidade de enfrentamento.

³² Destaco que não fiz nenhuma pergunta específica sobre o que chamei de “projeto de futuro”.

Apenas três participantes (Gilda, Madalena e Rose), relataram frequentar uma igreja (enquanto instituição que possibilitou algum suporte às vítimas indiretas) com regularidade. Mas a maioria (11 em 13, em que apenas José e Robert não relatam este tipo de ajuda) relata, em diferentes graus, algum tipo de apoio espiritual em suas vidas: crença em uma possibilidade de continuidade de existência, esperança de um reencontro na além-vida e certeza da justiça divina. O campo empírico desta pesquisa me fez concluir que mesmo que não frequentando uma igreja, existe nas histórias de vida uma forte presença de componente religioso.

A instituição trabalho também surgiu como importante modo de enfrentamento da violência urbana. No momento das entrevistas, seis participantes (José, Moema, Sofia, Ângela, Robert e Ester), exerciam atividade remunerada. Três mulheres não trabalhavam: Miriam deixou de trabalhar depois que sofreu um AVC e hoje é sustentada por sua mãe idosa; Rose vive da renda de um aluguel e eventualmente cuida de crianças, nunca mais trabalhou em emprego fixo depois que a filha foi assassinada; e Beatriz não voltou a trabalhar depois que perdeu o filho no acidente de carro). Alex, Saramago e Gilda são aposentados. Madalena é aposentada, mas segue trabalhando fora de casa.

Interessante registrar que a maioria dos participantes (sete em 13) ficou sem trabalhar - ou parou de trabalhar definitivamente- após perder entes queridos para a violência urbana. No entanto, seis entrevistados disseram que após perderem seus parentes dedicaram-se ao trabalho como forma de lidar com a dor. José me conta: “*me dediquei ao trabalho com afinco*”. Moema se apegou ao trabalho e criou um “*mundo só meu*”. Trabalhar é a única coisa que a faz sair de casa. Gilda trabalhou por quase uma década na Prefeitura Comunitária de sua quadra, depois que seu filho morreu. Era um trabalho voluntário e que tinha uma função importante de coesão e apoio social onde mora. Ângela segue trabalhando como doméstica na casa de uma patroa que a apoiou muito depois que perdeu sua filha e conta que gosta muito de trabalhar na creche de seu bairro. Saramago diz que sempre gostou de trabalhar e que não queria ser militar, mas pela

segurança econômica da família se tornou policial. E foi aprendendo a gostar da profissão. Teve um período de licença após a morte do filho, mas retornou às suas atividades. Por fim, a senhora Madalena, já é aposentada, mas continua trabalhando. Não apenas porque precisa do dinheiro, mas também porque “*o trabalho é uma terapia*”. Trabalhar é uma das poucas atividades desenvolvidas fora do âmbito doméstico por Madalena.

A relação dos participantes com a instituição trabalho se configurou como uma relação de extremos. Aqueles que se apoiou no trabalho como tentativa de enfrentamento se “agarraram” a esta instituição de tal maneira que parece ter sido mais importante tentativa de enfrentamento da violência. Este foi especialmente o caso de José. Por outro lado, os participantes que não se apoiaram fortemente no trabalho deixaram de trabalhar fora de casa (ainda que tenham mantido o trabalho doméstico e/ou cuidados com os filhos).

Sobre a instituição apoio social, o que pude comprovar empiricamente foi que os apoios efetivamente recebidos foram os que mais contaram para ajudar as vítimas de violência a lidarem com suas experiências, perdas e lutos. Assim, articulando os debates apresentados em torno do conceito de apoio social com o campo empírico, posso concluir que apesar das dificuldades teóricas, empiricamente essas dificuldades são menores porque é direta a relação entre apoio recebido e enfrentamento de situações (potencialmente) traumáticas.

Já as instituições não tradicionais, como anunciado, aparecem pontualmente na vida dos participantes, sobretudo *durante* o processo de luto.

Sobre os ativismos urbanos, nesta pesquisa, cinco (em 13) participantes utilizaram esta instituição como um suporte para elaborar as experiências violentas. Dois deles, Gilda e José (que são mãe e filho) sempre desenvolveram algum tipo de ‘trabalho social’: Ela vinculada à caridade e à igreja; ele, muito sensível e preocupado com a ‘questão social’. Após perderem uma pessoa próxima na família, passaram a militar juntos em ativismos urbanos de enfrentamento à violência. Já José, Ângela e Rose, começaram a ‘lutar por uma causa’ apenas

depois de perderem parentes de forma violenta. Suas atuações foram muito intensas nos anos imediatos após a perda, tendo diminuindo com o passar tempo. Este subgrupo conseguiu dar um sentido às suas histórias mediante a arte, a palavra, a busca por justiça, a mediação, a austeridade, a empatia, entre outros pontos.

A maior parte dos participantes fez uso de psicoterapia no primeiro ano de luto. Outros fizeram antes de sofrer uma experiência violenta por conta de outras demandas ou outras perdas. Por fim, quatro participantes se submeteram ao tratamento psicoterápico por um período mais longo, superior a dois anos (ainda que não ininterruptamente).

Nesta pesquisa, oito participantes fizeram uso, com prescrição médica, de pelo menos uma medicação psicotrópica durante os primeiros meses de luto. Quatro participantes usaram este tipo de medicação antes de se tornarem vítimas indiretas da violência, por outras demandas.

Apenas um participante relatou fazer uso de drogas ilícitas como tentativa de enfrentamento da experiência violenta: Robert, que usou drogas de forma intensa após perder o irmão. Esse uso se estendeu por alguns anos. Não foi possível concluir se o jovem participante chegou a desenvolver um quadro de dependência química.

4.2.1 Considerações sobre os participantes que tiveram processos de luto suficientemente bons e ‘estão bem’ (nove em 13)

Os “projetos de futuro” (relacionado com a noção de sentido da vida, postulado por Viktor Frankl 2004) destes participantes estão diretamente relacionados com as instituições tradicionais. Dialogando com os dados obtidos com o campo empírico, posso afirmar que alguns entrevistados conseguem planejar projetos que lhe permitem seguir a vida e dar sentido às experiências que viveram.

Para Alex, o sentido da vida ou o projeto de futuro foi, inicialmente, a busca por justiça e reparação. O que fazer depois de conseguir prender o bandido? O próprio participante responde, em algum momento da nossa conversa: *“Com o tempo você consegue levar melhor a morte do seu filho. Depois você tem que parar, você não tem o tempo também de chorar a morte dele. Então de repente se lá na frente eu vou chorar ou se hoje eu choro a morte do meu filho, porque naquele momento ali eu não tive como chorar, eu tive sim que correr atrás e correr atrás mesmo em busca de justiça”*.

E como foi “o depois” para esse pai? Relata que lembrar-se do filho é muito bom e *“então é cada dia um dia, você acorda, você sabe que seu filho não está, você tem essa saudade. A gente tentou transformar isso numa saudade... Saudade é até um sentimento bonito, né? A gente não ia pedir pra não sofrer, eu não pedi para não sofrer. Meu filho morreu, Acho que se eu não sofresse seria muito pior. Tinha motivo pra sofrer, eu não pedi pra não sofrer, não. Eu só pedi pra conseguir sofrer com dignidade e isso a gente conseguiu”*. Preencheu seu tempo com trabalho e lazer, cuidou da sua família e tentou voltar à sua rotina.

Para Gilda, José e Ângela, o ativismo social e a família foram os responsáveis pelos projetos de futuro.

Ester investiu em novas atividades. Começou a praticar diversos tipos de luta e diz que o esporte faz muito bem para ela que, literalmente, “luta” quando pratica artes marciais. Também faz aulas de mergulho no Lago Paranoá, atividade que era difícil de ser realizada porque desencadeava ataques de pânico. Contudo: *“Eu sempre achei que eu tinha que enfrentar. Então eu fui enfrentando e o mergulho foi uma das coisas que me trouxe de novo a sanidade. E é isso, hoje eu sou uma pessoa medrosa, mas eu não deixo de fazer as coisas”*. Também gosta muito de viajar e estas atividades acima citadas são as razões concretas para viver, seus projetos de futuro ou o sentido de sua vida.

Os quatro participantes que perderam pessoas amadas em acidentes de carro também conseguiram seguir com suas vidas e manter projetos de futuro, estes também relacionados com as instituições que ajudaram a passar pelo luto.

Os planos do casal Beatriz e Saramago incluem ver o netinho crescer, continuar viajando e aproveitando a vida. Sofia voltou a ter gosto pelo trabalho e conseguiu voltar a cuidar de si e a manter uma rotina, indicativos de que a vida voltou a ter sentido. Por fim, Robert está cheio de planos: “*quero fazer minha faculdade*”. Quando perguntei sobre seus projetos futuros, responde com um sorriso: “*Ser feliz, né?, casar, ter filhos. Depois que eu perdi meu irmão, acho que eu nunca fui feliz, agora eu to me sentindo bem, sorrindo mais...To namorando, quero voltar a estudar*”.

Com relação às instituições tradicionais, todos possuem uma relação muito forte com a família sendo esta a principal instituição utilizada para enfrentar a experiência vivida. O trabalho aparece em segundo lugar, seguido pelo apoio social. A igreja foi citada apenas por três (dos nove).

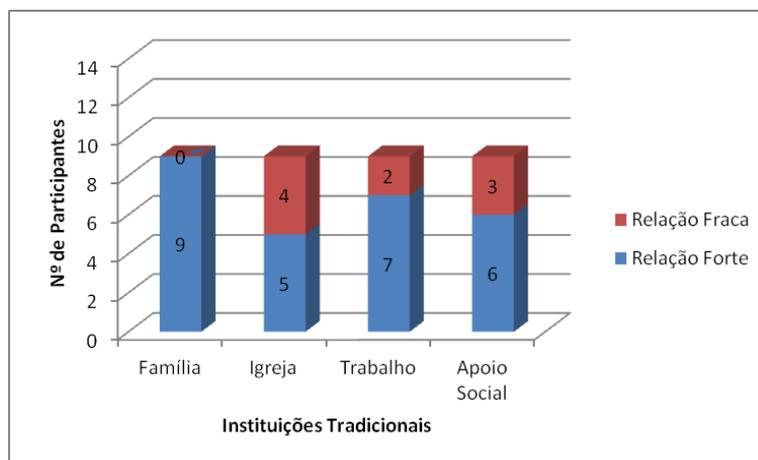


Gráfico 1 Relações dos participantes que estão bem com as Instituições Tradicionais antes do luto

Quando se analisa apenas o período durante o luto, as relações desse subgrupo de entrevistados são mais fortes com a família (nove em nove) e com o Apoio social (seis em

nove). Com a categoria trabalho, a relação deixa de ser forte por algum tempo durante o processo do luto (por conta de licenças médicas). Apenas dois participantes mantêm uma relação forte com a igreja nos meses imediatos à experiência violenta.

O Gráfico 2 mostra as relações fortes dos entrevistados com as instituições tradicionais durante o luto.

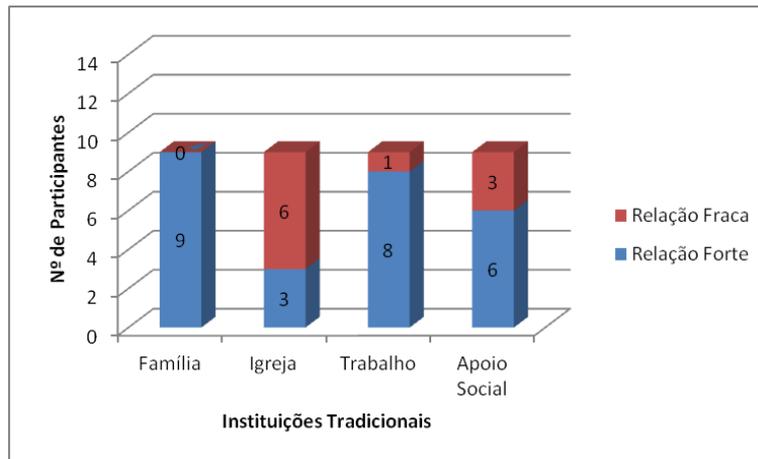


Gráfico 2 Relações dos participantes que estão bem com as Instituições Tradicionais durante o luto

Quando se analisa as relações dos participantes desde subgrupo com as mesmas instituições no período posterior ao luto (ou seja, ‘no depois’, passado pelo menos um ano da experiência potencialmente traumática), as relações com as tradicionais se mantêm fortes, mas com modificações principalmente na instituição/categoria trabalho, que volta a ter muita importância na vida dos entrevistados.

Para uma única participante (Ester), o apoio social se torna possibilidade de enfrentamento apenas alguns anos depois da experiência sofrida.

De maneira geral, os participantes que estão bem apresentam relações muito fortes e estáveis com as instituições tradicionais. O que mais chamou a atenção nos dados acima é o número pequeno de entrevistados que frequentam assiduamente a igreja. Neste grupo, essa instituição sozinha não ‘segura’. Com as outras instituições muito presentes nas histórias, a

igreja perde ‘importância’. Inclusive uma das participantes rompeu com esta instituição durante seu processo de luto.

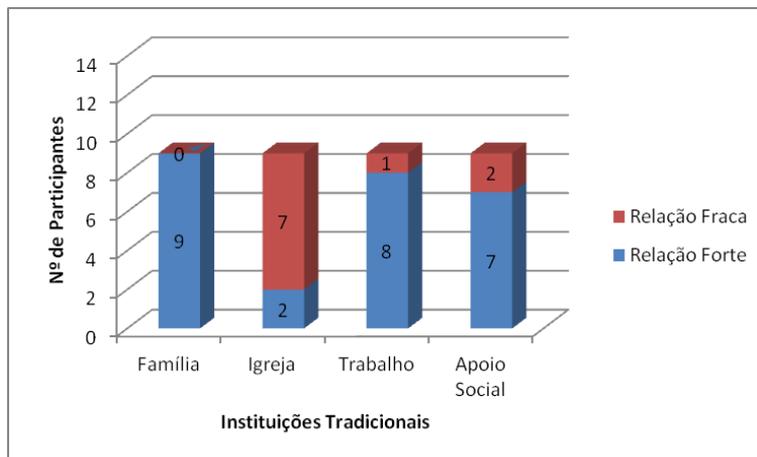


Gráfico 3 Relações dos participantes que estão bem com as Instituições Tradicionais após o luto

Já com relação às instituições não tradicionais, estas aparecem de maneira pontual na vida dos participantes e, com o passar dos meses, pouco a pouco estas deixaram de ser utilizadas.

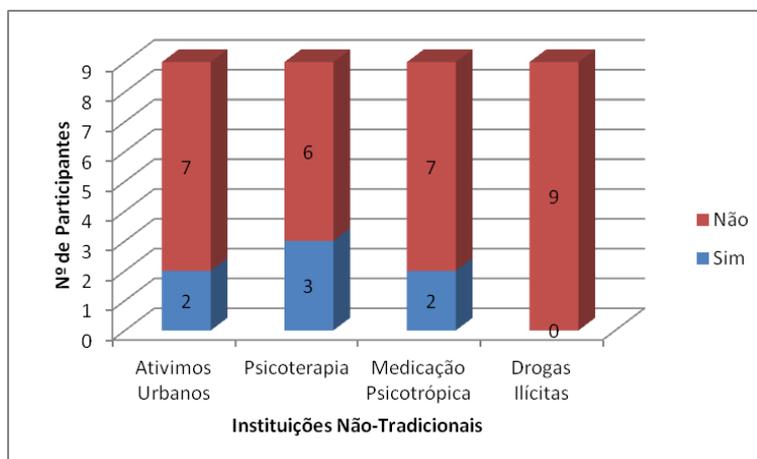


Gráfico 4 Uso das Instituições não Tradicionais pelos participantes que estão bem antes do luto

Durante os primeiros meses de luto, a psicoterapia foi realizada por sete participantes, seguido pelo ativismo e pela medicação psicotrópica (cinco em nove, para ambas). O uso de

drogas foi relatado apenas por um participante. Dessa maneira, durante o luto, a psicoterapia foi a possibilidade de enfrentamento mais utilizada por este grupo de participantes.

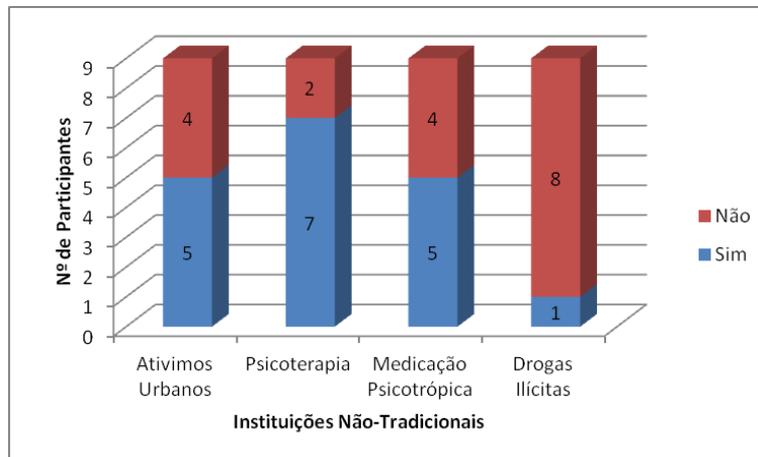


Gráfico 5 Uso das Instituições não Tradicionais pelos participantes que estão bem durante o luto

Contornado o processo de luto, para este subgrupo, a rotina foi sendo reconstruída e a vida seguindo. Apenas quatro participantes continuaram fazendo terapia por mais de um ano após a perda; quatro continuaram participando de ativismos urbanos de combate à violência (porém, com uma participação cada vez mais pontual com o passar dos anos). Exceção apenas para uma participante, que nunca deixou de usar medicação psicotrópica e fazer psicoterapia (Ester) e outro que continuou usando drogas (Robert) por vários anos após a violência sofrida.

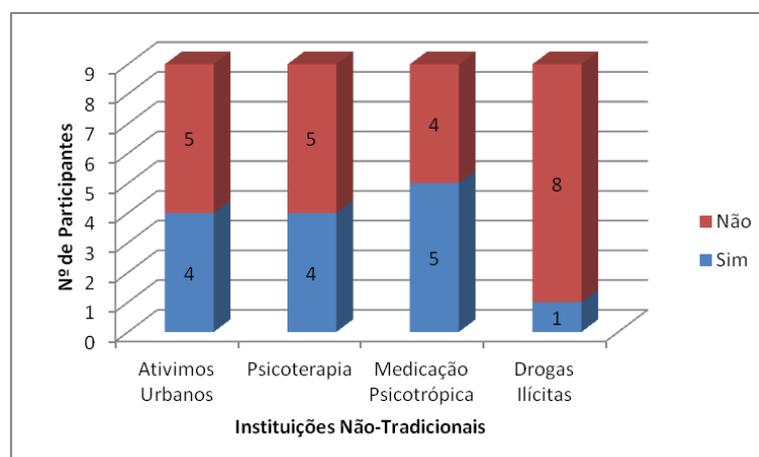


Gráfico 6 Uso das Instituições não Tradicionais pelos participantes que estão bem após o luto

Para este subgrupo, ficou claro que passar pelas experiências violentas e seguir em frente com a vida está bastante associado com relações de proximidade e confiança com as instituições tradicionais.

É preciso apontar que este “estar bem” não significa invulnerabilidade, tampouco que eles saírem ilesos das experiências que viveram. Significa que puderam passar da condição de vítimas à condição de sobreviventes; que foram resilientes e não “quebraram”.

O humor não foi uma categoria analisada nesta pesquisa. Contudo, foi um traço bastante presente na fala de alguns entrevistados, se configurando em um mecanismo protetor. É uma característica importante esta das pessoas exporem suas desgraças com humor. Irreverência e bom humor perpassam muitos dos relatos colhidos. Boris Cynulnik (2003) relata que quando a metamorfose da representação (sofrimento em humor) se faz possível, o acontecimento doloroso recorre ao mesmo caminho do teatro ou dos desenhos. Há no humor uma intenção terapêutica que se parece um pouco com a função da negação: fazer os outros acreditarem que a coisa não é tão grave para fazer a si próprio acreditar que não o é. O autor destaca ainda que o humor não é o sorriso zombado da ironia, a negação da agressão e nem a transformação do sofrimento em prazer. Isto parece distanciar ou minimizar a dor que experiências ruins ou adversas podem trazer.

Por fim, resta retomar que neste subgrupo, estão fortemente presentes os Pilares da Resiliência e os Mecanismos Protetores Específicos, propostos por Marcos (2012). Já alguns dos venenos da resiliência também estão presentes nas histórias de vida deste subgrupo de participantes, circunscritos, sobretudo, nos primeiros meses após a experiência violenta que viveram.

4.2.2 Considerações sobre os participantes que tiveram processos de luto insuficientes e ‘estão mal’ (dois em 13)

Para um subgrupo menor de participantes, as senhoras Moema e Madalena, concluí que houve uma saída mal elaborada do luto e/ou um “luto sem fim”. Foram participantes que tiveram seus entes queridos mortos pelo tráfico de drogas.

Sabemos com Freud que o luto tem uma missão psíquica muito específica a efetuar: *sua função é desligar dos mortos as lembranças e as esperanças dos sobreviventes* (Freud, 1913b, p. 78). Em alguns casos, esse desligamento não acontece e a principal consequência disso é que as vítimas não são capazes de planejar suas próprias vidas. Não existem, aqui, projetos de futuro.

Nenhuma das duas participantes consegue falar sobre projetos de futuro: estes simplesmente não existem. Moema conta que não tem plano, que não pensa no futuro, não almeja nada. A senhora Madalena “trava”: Não sabe o que vai fazer. Pensa muito para responder que queria arrumar a casa e ter um sofá.

É importante apontar que Moema e Madalena já estavam mal mesmo antes de perderem seus netos. Quando acontece a experiência (potencialmente traumática), ganham o motivo que ‘justifica’ seus estados subjetivos. Dá uma resposta (nada saudável) para uma vida que já estava carregada de sofrimento. “Sou triste porque perdi meu neto”. Mas esta perda, na verdade, acentuou ou piorou duas histórias de vida que já vinham carregadas de pouco ou de nenhum sentido. De todo modo, o abandono de uma perspectiva de futuro é um mau prognóstico.

A saúde foi bastante afetada: ambas apresentam um quadro crônico de Depressão. Ideação suicida é comum em seus discursos, além de um sentimento de culpa constante.

Neste subgrupo, houve perda do sentido de viver. Foram as participantes que desenvolveram mais sintomas psiquiátricos, não buscaram ajuda e não cuidaram de si. Além

disso, as tentativas de enfrentamento das experiências violentas se configuraram em comportamentos “individuais”, do tipo reclusão, culpa, fuga ou isolamento.

Sobre estas participantes (Moema e Madalena), não foi surpresa seus estados atuais. Elas contaram com poucas instituições durante e depois das experiências violentas. Passaram por vivências terríveis e tiveram muito pouco suporte para enfrentá-las.

Durante os meses imediatos após a perda, as duas participantes mantiveram uma relação fraca com suas famílias, bem como com o apoio social, de forma que estas instituições não se configuraram como uma possibilidade de enfrentamento da violência. A senhora Madalena manteve uma relação forte com o trabalho e com a igreja; já Moema manteve esse tipo de relação apenas com o trabalho, que é a única coisa que a faz levantar da cama.

Madalena não fez uso de nenhuma das instituições não tradicionais durante seu luto; já Moema fez psicoterapia e tomou medicação psicotrópica.

A situação ficou mais complicada após os primeiros meses de luto. Para os dois casos, nada se modificou com relação às instituições tradicionais. Quanto às instituições não tradicionais, Moema ainda deixou de fazer terapia e usar medicação psicotrópica.

Nesses casos não há o que recordar e a repetição é uma repetição do mesmo. Não há potencial criativo e são mínimas as possibilidades de elaboração. O sujeito apenas repete as impressões que não conseguem se tornar passado. Nos casos de neurose traumática e luto mal resolvido, a mensagem é clara e não há lembranças encobridoras. Não há enigma e o trauma, nesses casos, é desestruturante. Para Cardoso (2011), quando o aparelho psíquico é atingido por quantidades excessivas de energia pulsional (sem ligação), defesas arcaicas são acionadas como tentativa extrema de manutenção da vida psíquica. Por intermédio da construção de um elo entre o trauma atual e a neurose infantil do sujeito, tratar-se-ia de restituir a este elemento sua dimensão de enigma. A compulsão à repetição, mecanismo essencial nas chamadas neuroses traumáticas, mas também presente nas tentativas bem realizadas de elaboração das

experiências (potencialmente traumáticas ou não traumáticas) apresenta-se como destino possível do traumático, mantendo o sujeito fixado no registro do atual.

Para estas participantes, as experiências que não foram elaboradas (ou que são mal elaboradas) remetem à falta constituinte, ao trauma original. Elas não encontram resposta nem conseguem dar um sentido mínimo para o que ocorreu em suas vidas. As perdas desencadeiam problemas de saúde (ou pioram os já existentes) e inflam fragilidades do corpo e da alma. Elas “quebraram”.

Os Pilares da Resiliência e os Mecanismos Protetores Específicos estão muito pouco presentes em suas histórias, ao mesmo tempo em que abundam nos seus relatos o que Marcos (2012) chama de venenos da resiliência.

4.2.3 Considerações sobre os participantes sobre os quais não foi possível concluir sobre seus estados atuais (dois em 13)

Por fim, para outras duas participantes (Miriam e Rose), não foi possível concluir sobre seus estados atuais. Ambas também tiveram parentes mortos pelo tráfico de drogas.

São duas mulheres cujas rotinas foram brutalmente modificadas pelas experiências que viveram. Não que os outros participantes não tenham tido o cotidiano modificado: sim, também tiveram. Mas nestes dois casos, em especial, elas deixaram de trabalhar e suas vidas passaram a ser vividas em função da geração seguinte, “amarradas” às vidas de familiares (um filho, no caso de Rose; três netos, no caso de Miriam) que estão crescendo e, em poucos anos, deixarão de estar sob seus cuidados. Quando comparado ao subgrupo que “ficou mal”, elas tiveram acesso a um número maior de instituições durante e depois das experiências violentas, o que significou um suporte também maior para enfrentar/lidar com a perda.

A saúde foi bastante afetada, em ambos os casos. Miriam sofreu um AVC e desenvolveu problemas cardíacos; Rose desenvolveu uma Depressão grave e ficou dependente de remédios para controlar diabetes e hipertensão arterial.

Para ambas, é difícil identificar em seus relatos se existem projetos de futuro. Como já dito, estes estão muito amarrados com o cuidado de membros da família. Quando insisto em perguntar sobre o que elas esperam ou sobre o que gostariam de fazer, Rose não sabe: não associa nada, não planeja nada. Miriam só me esboça uma resposta quando eu lhe pergunto diretamente e insisto no tema. Sua resposta envolve um bom emprego e ter um carro. Mas ela não faz nada para que estes projetos se realizem, o que me faz concluir que não se trata de um projeto de vida em sentido forte. Indo além: o que Miriam chama se projeto parece mais *fantasias* ou ilusões. Ela nunca pode comprar um carro por falta de condições materiais e dificilmente poderá conduzir depois do AVC, que a deixou com problemas de locomoção visíveis, além de um braço completamente paralisado.

Durante o luto, as relações com suas famílias foram fracas, bem como com o trabalho. Rose manteve uma relação forte apenas com igreja e com o apoio social. Esse período inicial foi especialmente difícil para Miriam, que teve suporte apenas na igreja, mas não teve nenhum nas instituições não tradicionais: não participou de ativismos, não fez psicoterapia, não usou medicação psicotrópica nem drogas ilícitas.

Rose teve mais recursos para enfrentar esta fase do luto porque participou de ativismos urbanos e tomou medicação psicotrópica, sob orientação médica.

Com o passar do tempo, ambas deixaram de fazer uso das instituições não tradicionais. E, com as tradicionais, ocorreram mudanças importantes. Para Miriam, a relação com a família ficou forte, principalmente porque ela ficou impossibilitada de trabalhar e passou a depender economicamente da mãe. A relação com esta e com a irmã melhorou e se tornou mais próxima. Já Rose perdeu o apoio que tinha de seus empregadores. Elas nunca mais voltaram a trabalhar, mas seguiram com uma relação forte com a igreja.

A impossibilidade de concluir sobre o estado atual destas duas participantes pode ser resultado de uma limitação do método utilizado nesta tese. Eu precisaria de mais tempo e de

mais entrevistas com este subgrupo. E isto não foi possível porque não consegui encontrá-las mais vezes. Ao mesmo tempo, pode ser que as conclusões só pudessem ser feitas com um trabalho de psicoterapia. Talvez eu não tenha alcançado, apenas com entrevistas, o que poderia conseguir com sessões de terapia. E aqui o verbo deve mesmo ser o futuro do pretérito. Trata-se apenas de uma possibilidade. Não há garantias de que a clínica “segure” ou que seja uma instituição suficiente para se configurar como possibilidade de enfrentamento de experiências violentas. Tampouco a atividade clínica pode garantir um tratamento exitoso. Na pesquisa e na clínica existem limites e impossibilidades. Concluo por um limite ainda maior na *situação de pesquisa*. Voltarei a este ponto no capítulo seguinte.

As considerações a seguir valem para os quatro últimos casos apresentados: para as duas mulheres que “estão mal” (Madalena e Moema) e para aquelas em que não foi possível concluir (Rose e Miriam).

No caso destas quatro participantes, é possível dizer que a medicação psicotrópica, sozinha, não é uma tentativa eficaz de enfrentamento. Sem “vínculo social” ou sem a família, o remédio não ajudou.

Outro fator em comum é que estas vítimas sentiram e sentem muita culpa pela morte das pessoas que amavam. Cada motivo desse sentimento de culpa é singular (e foi apresentado no resumo das histórias de vida). Mas uma ambivalência afetiva e um afastamento da vida social apareceram nas quatro histórias.

Para Freud, (1900b) o sentimento de culpa pela morte de uma pessoa próxima é derivado da ambivalência afetiva que temos com quem amamos. Amar e odiar são sentimentos presentes e que se complementam nas relações. É comum que pessoas que perderam seus entes queridos expressem conscientemente um sentimento de culpa com relação ao objeto perdido. Culpa esta aparentemente inexplicável, mas que tem origem nos sentimentos hostis

inconscientes. A parte ambivalente que pende para o ódio nos torna culpados. Já em Totem e Tabu (1914) diz sobre a ambivalência afetiva afirmando que não é raro acontecer que o sobrevivente fique atormentado por dúvidas atrozes (às quais chama de “autocensuras obsessivas”) quanto a se ele próprio não poderia ter sido a responsável pela morte desse ente querido através de algum ato de descuido ou negligência. “Nenhuma quantidade de lembranças do cuidado que prodigalizou ao sofredor e nenhuma quantidade de refutações objetivas a acusação servem para dar fim ao tormento” (p. 73).

Os dados obtidos em campo durante este trabalho de tese se coadunam com as investigações de Cremasco, Scheinmann e Pimenta (2013) quando, falando sobre pessoas que apresentam uma saída melancólica do luto, concluem que estas pessoas não têm mais o “álibi das ilusões” (p. 63) e podem chegar a sentir imenso desprazer ou tristeza em festividades e datas comemorativas, em fazer atividades como compras ou eventos sociais. São invadidas por um atroz sentimento de culpa ou de desprazer diante de ocasiões que antes faziam sentido e era motivo de alegria. O luto pode representar uma ruptura com algumas ideias e concepções e a vida perde seu “colorido”. Assim, alguns sucumbem à tristeza por muitos anos; outros conseguem encontrar apenas meia solução ou uma meia elaboração para seus processos de luto.

Aqueles que conseguem passar do estado subjetivo de vítimas ao de sobrevivente (em um período aproximado de um ano), percebem os infortúnios do passado como desafio que foram vencidos, recuperam o “controle da direção³³” de suas vidas e planejam novas metas, sonhos ou projetos. Infelizmente, não foi assim para quatro dos 13 participantes.

Mais uma vez recorro a Freud porque, apesar do seu pessimismo com relação à natureza e relações humanas em seus textos tardios, o mal estar na civilização permite plurais

³³ Esta seria a expressão em português que melhor traduz sua equivalente na língua castelhana, que seria “timón del barco”, sendo esta a usada por Marcos (2012) no livro aqui citado.

possibilidades de existência (psíquica e social). “O programa que nos impõe o princípio do prazer, o de nos tornarmos felizes, ao mesmo tempo em que não pode ser realizado, também não pode ser abandonado” (Freud, 1930, p. 90). O mal estar ao qual Freud se refere não é sinônimo de aniquilamento-, exercício puro da pulsão de morte. Apesar do pouco otimismo, está claro que a pulsão de morte não pode triunfar.

É preciso que a cultura garanta os recursos mínimos que permitam o “projeto de futuro” e a tentativa de ser feliz; de seguir com a vida, se continuar sonhando. Os resultados desta investigação apontam que as instituições têm que ser fortes o suficiente para dar este suporte ou esta contenção ao sujeito. Quando existe perda do sentido do viver (ou quando o projeto de futuro nunca existiu) o que sobra é o puro conflito psíquico.

5. Considerações finais

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim:
Esquenta e esfria
Aperta e daí afrouxa,
Sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem
(Guimarães Rosa, 1982)*

A palavra ‘tese’ é de origem grega (*θέσις*) e significa “proposição”. Trata-se de um trabalho que exige o uso de uma metodologia específica para abordar um tema relevante de modo original, de forma que a pesquisa como um todo contribua para o progresso da ciência. Visa o ineditismo.

Em “Como se faz uma tese” (2008), Umberto Eco, professor e pesquisador italiano recentemente falecido, dispõe sobre o “passo a passo” para a escrita de um trabalho de tese do tipo PhD, abordando a definição do objeto e do tema de estudo, o processo de pesquisa do material, o plano de trabalho e a redação. Para o autor, fazer uma tese significa por as próprias ideias em ordem, organizar os dados obtidos e analisá-los. Trata-se de uma experiência de “trabalho metódico” (Eco, 2008, p. 5).

O medo de não ‘dar conta’ do desafio de ‘fazer uma tese’ me acompanhou ao longo dos últimos quatro anos. A angústia de não terminar, de perder todos os prazos e de não obter um trabalho final que resultasse em uma tese acadêmica foi contornada com muito trabalho, momentos ‘arrã!’, choro, desespero, desânimo, inspiração e, também, de muito prazer. Quanto mais eu estudava, mais sorte eu tinha. E minha inquietação foi diminuindo conforme fui percebendo que, ainda que minha tese seja o melhor trabalho acadêmico que eu já realizei, ela (não concorreria ao prêmio Nobel) seria tão somente o início (e não o fim!) da melhor parte de minha vida acadêmica.

O tempo para fazer e terminar a tese foi determinado pela CAPES e pelo Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Se eu tivesse mais tempo, continuaria melhorando e sofisticando meu texto. E aqui preciso concordar com Dunker (2010), quando, em “Os 27 + 1 erros mais comuns de quem quer escrever uma tese em Psicanálise” lembra-se do que se diz frequentemente: “*Você nunca acaba uma tese, ela acaba com você*” (s/p). Fiz o melhor que pude no tempo que tive, com os problemas e possibilidades que me foram apresentados.

Foi parida a minha filha de papel.

Nas páginas seguintes, discorro sobre as principais conclusões, os limites e as novas questões de investigação geradas com este trabalho de tese.

Retomando os pressupostos e os objetivos da pesquisa

Assumi a indissociabilidade entre o psíquico e o social como o *primeiro pressuposto* deste trabalho. Assim, também assumi que as formas de viver e de sofrer estão diretamente marcadas e influenciadas pela época e pelo lugar em que se vive.

Gaulejac (2002, 2006) postula que o sofrimento pode ser produzido pelas contradições sociais que transpassam a identidade de cada um. Essas contradições geram um conflito que é internalizado a partir do momento em que o indivíduo não tem meios de sair dessa posição. O sujeito, então, enfrenta um conflito interno cuja gênese é externa. Os casos de vítimas indiretas de violência urbana podem ser ilustrativos. Esse conflito provoca um sofrimento de ordem psíquica que só pode ser atenuado por uma mudança de sua situação social. O mesmo autor vai dizer sobre um “irredutível social” e de um “irredutível psíquico”. Para ele, a articulação entre a cena social e a “outra cena”, a do inconsciente, está longe de ser evidente. A vergonha e a violência, por exemplo, não são nem sociais, nem psíquicas: têm sua fonte em um *duplo registro* e a maior parte dos conflitos vividos está na interface entre esses diferentes registros.

Na base da explicação sociológica está a convicção de que a conduta, o comportamento e as representações são condicionadas, influenciadas, sobredeterminados pelo contexto socioeconômico e pela posição que o indivíduo ocupa nas relações sociais. Para os sociólogos, o essencial se encontra não no interior dos seres humanos, mas entre eles, nas relações mais ou menos estáveis que constituem o tecido social. Do lado dos psicanalistas, vem o peso do inconsciente, a dinâmica das identificações, das pulsões, dos desejos e angústias. De uma forma ou de outra, não se pode dissociar a análise dos conflitos vividos da análise das condições de existência de cada um.

Estaria aqui o que Gaulejac chamou de “nó” sócio psíquico, no qual uma função psíquica se entrelaça com uma função social. Este entrelaçamento está presente na noção freudiana de trauma, na qual o peso das experiências primevas, o que se ouve dos outros, a força do acaso na história de vida e os acontecimentos traumáticos instauram crises identificatórias e exige o refazer periódico dessa história, a exclusão de partes dela, a invenção de outros capítulos, em trabalho nunca definitivamente estabelecido (Rudge, 2009).

Boris Cyrulnik (2003) diz sobre “capital psíquico adquirido” para referir-se à força que cada um tem para superar desafios e experiências ruins. Segundo o autor, esta força dependerá da trajetória de vida e esta, por sua vez, será influenciada por fatores sociais e psíquicos.

Rojas (2012) destaca que algumas pessoas são mais vulneráveis e desenvolvem quadros graves como consequência de acidentes ou desgraças ocorridas em suas vidas. De igual maneira, algumas experiências são tão difíceis que causam alterações psíquicas mesmo em sujeitos muito resistentes. Ainda assim, a maioria das pessoas que passam por experiências muito duras não mostram sintomas que justifiquem diagnósticos de transtornos psicológicos. Isto não quer dizer que não se sintam profundamente comovidas pela experiência brutal. Mas o temor, a angústia, o desconsolo e a dor que sentem e expressam são respostas normais a condições anormais e não indícios de doença. Faz-se necessário respeitar o luto e o tempo desse

luto. Outro fator que precisa ser apontado é que as pessoas podem voltar à sua rotina (quando as coisas saem bem) apesar do sofrimento. O sofrimento advindo de uma experiência com a violência urbana não faz ninguém ser mais forte, mais resiliente ou mais preparado para enfrentar situações adversas da vida.

O *segundo pressuposto*, diretamente relacionado com o primeiro, admite a violência urbana como um potencial fator social de adoecimento e de mal estar psíquico. Este pressuposto foi confirmado com a pesquisa teórica e com o campo empírico. Vítimas de violência podem apresentar (e, na maioria das vezes, apresentam) alterações negativas em sua saúde³⁴. No caso específico da amostra estudada nesta pesquisa, sete participantes tiveram a saúde prejudicada após sofrer a experiência de perder alguém muito próximo por causa violenta. Nesses casos, a violência fez mal à saúde.

Um ponto importante a ser destacado aqui é que tive o cuidado de não estabelecer uma relação direta de causa e efeito entre a violência urbana e os impactos negativos na saúde. O estabelecimento de uma correlação biunívoca entre uma experiência (potencialmente) traumática e consequências sintomáticas não é possível porque, entre elas, interpõe-se o inconsciente, a resiliência e as instituições de apoio que influenciarão as saídas do luto e as tentativas de enfrentamento e/ou elaboração.

Retomando o **objetivo geral** desta pesquisa de tese, que foi investigar, - através do uso do método psicanalítico em uma *situação de pesquisa*-, os mecanismos de reparação/ressignificação das experiências vividas por vítimas indiretas da violência urbana, algumas considerações finais foram possíveis.

³⁴ Utilizo o conceito ampliado de saúde (proposto pela Organização Mundial de Saúde), que define saúde como bem estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença: “[A] *state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (OMS, 2001).

Em primeiro lugar, o fato de ter entrevistados apenas *vítimas indiretas* da violência foi uma peculiaridade do meu campo e não uma escolha planejada inicialmente.

Em segundo lugar, a teoria/método da *história de vida* traz um problema a ser manejado durante o trabalho de campo porque está limitada às pessoas que querem falar. A maior parte dos meus informantes foram pessoas que tiveram acesso à terapia, que conseguiram algum tipo de justiça/reparação ou que se envolveram em ativismos sociais. E estes fatores foram importantes para que eles pudessem contar suas histórias.

Sobre os mecanismos de reparação ou ressignificação das experiências violentas (e potencialmente traumáticas) foi possível concluir que o aparelho psíquico tem recursos consideráveis para enfrentar situações extremas. Mas as diferenças individuais são significativas.

A revisão da literatura especializada e a análise dos dados obtidos em campo me fizeram concluir que marcos microssociológicos (relativos às condições de vida), pautas psicossociológicas (família e outros grupos de pertencimento e relações de amizade e confiança) e fatores de caráter mais ‘individual’ (interesses, conflitos, estratégias individuais, busca por ajuda especializada, etc.) parecem estar interarticulados nos processos de luto. Conforme já apresentei no capítulo de resultados/discussão, os participantes que “ficaram bem” são os que mais apresentaram relações fortes com as instituições tradicionais e que se utilizaram das não tradicionais por algum tempo após a experiência adversa que sofreram. Além disso, apresentam em suas histórias uma forte capacidade resiliente.

Para alguns participantes, houve uma possibilidade de reorganização e mesmo ressignificação das experiências. Tudo muito lento e com muito sofrimento. Para os que perderam entes queridos, existe em comum uma triste constatação: a dor não acaba. Eles nunca se recuperarão por completo. Independe também o tempo do luto. Os anos não curam e a

saudade tampouco passa. O que difere é a forma como cada um lida com a perda, com os planos futuros e com a saudade.

Quanto aos **objetivos específicos**, em especial ao **primeiro** deles, avalio que pude conhecer as *experiências e as vivências violentas nas Histórias de Vida dos participantes*, contadas em detalhes, por eles mesmos.

A partir da narrativa livre e da escuta psicanalítica, tentei investigar o que os participantes lembravam (e o que eles esqueciam) ao contar as suas histórias. Essa recordação é necessária para a perlaboração. Recordar e repetir, para que alguma elaboração seja possível.

Pode-se inferir que é pela repetição que o sujeito se prepara para o que já o chocou.

Esta repetição abriu possibilidade para contornar/elaborar/ressignificar o potencialmente traumático. A compulsão à repetição é dessa ordem: emerge para um sujeito, tornando-o de tal maneira que ele vai “fazer por sua própria conta”. Os neuróticos de guerra continuavam em guerra mesmo quando esta já estava oficialmente encerrada. Apenas para citar alguns comportamentos dos participantes dessa pesquisa: eles contam suas histórias muitas vezes, buscam a TV e os jornais, acompanham de perto os processos penais dos culpados, vêm as fotos do filho morto milhares de vezes, mantém intacto o quarto do ente que já morreu. Têm sonhos traumáticos, militam em ativismos urbanos, buscam justiça, vão lutar, vão sofrer, vão reviver. Dão suas próprias versões dos fatos, contam e recontam o que lhes sucedeu, perseguem o acontecido, publicizam a dor, buscando um reconhecimento e reparação coletivos e públicos, etc.

Estes comportamentos têm por função veicular de forma figurada aquilo que nunca chega a fazer sentido para quem viveu um acontecimento desse tipo, por este ser da ordem do encontro com o excessivo, aniquilador e arbitrário da morte. É uma repetição não paralisante, que traz consigo um potencial de elaboração psíquica.

Neste ponto, é importante retomar a discussão já apresentada no capítulo teórico desta tese, no qual distingo dois tipos de repetição: aquela que se configura como tentativa de religamento e de elaboração (integração aos domínios do princípio de prazer) e, por outro lado, aquela que é a pura ‘repetição do mesmo’, que mantém a experiência traumática como aquilo que não se modifica e jamais se torna passado. Nesta saída se encontram duas participantes desta pesquisa (Moema e Madalena).

Os processos de luto diante da perda de pessoas próximas por causas violentas foram bem sucedidos para a maior parte dos participantes. A análise conjunta dos dados, articulada com a literatura especializada, apontam que “ficar bem” ou “ficar mal” após sofrer experiências de perda extremamente dolorosas está diretamente relacionado com a saída ou elaboração (suficiente, precária ou inexistente) do trabalho de luto. E esta saída do luto também está relacionada com o potencial de resiliência de cada sujeito e com as instituições que o ajudaram a “segurar a barra” de passar por uma experiência potencialmente traumática.

O subgrupo de participantes que “ficou bem” (nove em 13) após sofrer experiências potencialmente traumáticas está formado por aqueles que tiveram seus parentes mortos em latrocínio, por ‘gangues de rua’ ou em acidentes de trânsito. Em suas histórias, é possível identificar, sem dificuldades e para todo o grupo, a redefinição, busca ou construção de *projetos de futuro* que, em outras palavras, seria o próprio “sentido da vida”, na expressão de Viktor Frank (2004).

Com a análise conjunta dos dados empíricos e com a revisão teórica empreendida na presente pesquisa, concluí que as vítimas de violência urbana desta investigação não são necessariamente pessoas (re) traumatizadas pelas experiências que vivenciaram. Mas para chegar a esta conclusão foi necessário rever a literatura, articulando os achados com os dados obtidos em campo.

Quando a experiência foi de tal ordem para o sujeito e (a médio ou longo prazo) envolveu perda de sentido do viver, os dados apontaram para ideações suicidas, isolamento, abandono do posto de trabalho e diminuição dos laços sociais e familiares.

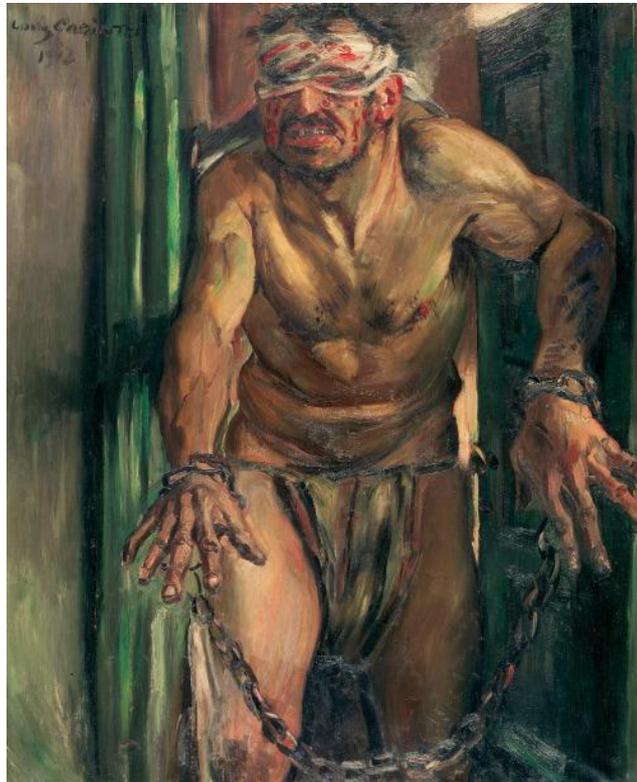
Este sentido da vida (ou projeto de futuro) muda, mas não deve deixar de existir. Descobrir ou concretizar o sentido da vida pode ocorrer de três modos, segundo o autor: realizando uma ação, acolhendo as doações da existência e pelo sofrimento. Sobre este terceiro item cabe uma explicação. O sentido não reside no sofrimento em si, mas sim na atitude para suportar esse sofrimento. Nos casos das vítimas indiretas de violência em que ocorreu a perda do sentido do viver ou um abandono da perspectiva de futuro, o prognóstico indicou desenvolvimento de quadros psiquiátricos e sintomas psicológicos evidentes, além de um ‘estancamento’ do processo de luto.

Aqui é preciso concordar novamente com Freud, quando diz que “tolerar a vida continua a ser, afinal de contas, o primeiro dever de todos os seres vivos” (Freud, 1915b, p. 309).

As duas participantes que “ficaram mal” após perder pessoas próximas por causas violentas (Moema e Madalena) e as duas que não pude concluir sobre seus estados atuais (Rose e Miriam) foram aquelas que tiveram seus entes queridos mortos pelo tráfico de drogas. Aqui existe uma coincidência que não passou despercebida. As vítimas que foram assassinadas eram ligadas ao tráfico. Foram os casos com maior sensação de impunidade porque os assassinos não foram julgados.

Por fim, para ilustrar o processo de tentativa de elaboração de experiências adversas, trago um quadro (Fotografia 1) de Lovis Corinth (Der geblendete Simson / The blinded Samson), pintado em 1912 e exposto atualmente na Nationalgalerie, Staatliche Museen, em Berlim. Ele serve como metáfora da superação da dor. Sansão, cego e desnudo, tenta livrar-se das correntes que o aprisionam. Quando seus cabelos crescem, recupera sua força e se livra das algemas.

Trata-se do autorretrato do pintor, que sofreu uma apoplexia (ou Acidente Vascular Cerebral) e com muito esforço, conseguiu se recuperar e voltar a pintar meses depois do que lhe sucedeu.



Fotografia 1 Arquivo pessoal da autora, quadro fotografado na Nationalgalerie, em Berlim

No que se refere ao **segundo objetivo específico**, que foi *apontar as principais tentativas de enfrentamento da violência urbana utilizadas no grupo estudado, com ênfase nas instituições que apareceram nos relatos e no potencial de resiliência para enfrentar adversidades*, aqui se destacaram um conjunto de oito instituições que, além de serem importantes instituições de socialização (no caso específico das instituições tradicionais), são aquelas que “seguram a barra” daqueles que passam por experiências potencialmente traumáticas.

A trajetória de vida e o potencial de resiliência influenciam os impactos das experiências adversas e a saída do luto, bem como as tentativas utilizadas para sobreviver e *passar a página*.

Voltar à rotina e ter projetos de futuro foi, nesta amostra, um prognóstico de (boa) saúde e um *indicativo* de elaboração das experiências. Para além da importância das instituições tradicionais e não tradicionais, o grupo de participantes que *ficou bem* após as experiências adversas que viveram são os que mais apresentam, em suas biografias, os ***Pilares da Resiliência*** e os ***Mecanismos Protetores Específicos*** propostos por Marcos (2012).

Articulando os resultados obtidos neste subgrupo com o texto do já citado Marcos (2012), é possível concluir que, nos casos de luto mal sucedido e no qual houve perda do sentido do viver, ao invés de ter os Pilares da Resiliência fortalecidos ou os Mecanismos Protetores Específicos atuantes, os participantes apresentam muitos dos “*venenos*” da sobrevivência, também descritos pelo referido autor.

Foi possível concluir que os participantes que se apegaram às instituições tradicionais se saíram melhor em seus ***processos de luto*** e de ***retomar a vida*** do que aqueles que lançaram mão de tentativas individuais (como o isolamento a fuga, a negação, uso de tabaco, abuso de drogas ilícitas, etc.).

A família foi a principal instituição tradicional a quem os participantes recorreram para passar pelo luto e seguir com suas vidas.

Sobre a instituição igreja, poucos participantes recorreram a ela. Contudo, a presença da “fé” e da “religiosidade” é tão marcante para os entrevistados que muitos me falam sobre o tema antes mesmo de eu perguntar sobre o que os “ajudou” a sobreviver. Crer em deus (no mais além) pode fazer com que as pessoas passem melhor por certas adversidades, ainda que elas não frequentem um templo.

O trabalho foi uma importante ferramenta de ressignificação das experiências sofridas e uma possibilidade de ***retomar a rotina***, um dos principais indicativos de retomar a vida.

Sobre a instituição apoio social, cabem algumas considerações finais mais detalhadas.

Os vínculos de afeto e apoio são um potente incentivo para lutar contra a adversidade. Muitos dos que superam as piores turbulências costumam apontar como chave de sua resistência o carinho e apoio que receberam de pessoas (conhecidas ou não) em algum momento de sua vida. O campo empírico com vítimas de violência permite concluir que o apoio social é um recurso importante de enfrentamento de situações difíceis. Os suportes sociais são fundamentais para a manutenção da saúde mental, visto que uma rede social fortalecida ajuda o indivíduo a enfrentar situações estressantes (e potencialmente traumáticas). Uma rede social pessoal estável, ativa e confiável pode proteger o indivíduo em sua vida diária, favorecendo a construção e manutenção da autoestima (quarto pilar da resiliência, segundo Marcos, 2012).

Para concluir sobre as instituições tradicionais como possibilidade de enfrentamento da violência sofrida, os dados apontam que, de maneira geral, aqueles participantes que já tinham vínculos fortes com a família, com a igreja, com o trabalho e com o apoio social, continuaram tendo após as experiências adversas. E os que tinham relações fracas ou pouco significativas assim permaneceram após o luto. Desta forma, nesta pesquisa, não existe nenhuma instituição que “resolva” a dor de perder um parente por morte violenta.

Já sobre as instituições não tradicionais, como anunciado, estas aparecem pontualmente na vida dos participantes, sobretudo *durante* o processo de luto.

A prática social, através do ativismo urbano, desempenhou um papel na reparação simbólica e na elaboração do luto. Principalmente para aqueles que lutaram por justiça e reparação (cinco em 13). Ajudar outras pessoas parece fazer os participantes mais resistentes ao estresse e esgotamento físico e emocional.

O ativismo surgiu aqui como um poderoso instrumento de apoio e ressignificação das experiências de violência que sofreram, se constituindo em uma ‘via de mão dupla’: ao mesmo tempo em que estão mais ‘expostos’ à violência - porque lidam com o tema diariamente e cotidianamente -, esta instituição foi uma das formas que encontraram de seguir adiante, com

suas perdas. Estar com e ajudar outras vítimas é uma tentativa de promover algum sentido possível para a experiência vivida, cuja saída não seja apenas a vingança. Existe aqui uma possibilidade de deslocamento da posição de vítima; vítima da própria experiência, do próprio passado, dos próprios segredos (Endo, 2005).

Sobre a psicoterapia, um resultado interessante foi a maioria dos participantes (oito em 13) ter usado esta instituição como possibilidade de enfrentamento da violência urbana que sofreram. É um recurso muito caro no Brasil e, em geral, as classes menos abastadas não têm acesso. Alguns tiveram acesso através do Programa Pró-Vítima e/ou de pessoas ligadas a este. Foi o caso de Sofia, Ângela, Beatriz, Saramago, Gilda e Moema. Ester e Alex também fizeram terapia, mas com psicólogo particular.

A medicação psicotrópica também foi bastante utilizada, mas por um tempo curto (semanas a meses). Exceção foi a participante Ester, que nunca deixou de usar esse tipo de medicação após sua perda. Ficou claro nesta investigação que esta estratégia, sozinha, não é eficaz como possibilidade de elaboração ou ressignificação de experiências adversas.

Resta destacar, sobre a droga ilícita, que ainda que apenas um participante tenha relatado seu uso como possibilidade de enfrentamento da violência, outros quatro tiveram suas histórias atravessadas por esta instituição (seus filhos ou sobrinho foram mortos pelo tráfico de drogas local).

Por fim, sobre o **terceiro objetivo específico**, que foi *apontar para as possibilidades do uso do método psicanalítico em um contexto não clínico*, retomo que trabalhei a partir da escuta psicanalítica de depoimentos e entrevistas, colhidos de acordo com o tema e com os objetivos de pesquisa.

Não ofereci nenhum tipo de tratamento analítico às vítimas de violência (nem era esse o objetivo). Mas houve transferência (e contratransferência) com os participantes, em menor ou

maior grau. Em outras palavras, embora não tenham sido ‘analisados’, alguns participantes entraram em *situação transferencial*.

Freud (1925) descreveu que a transferência diz respeito a um ‘fenômeno humano geral’ podendo manifestar-se em situações outras que não apenas o *setting* terapêutico (porque se trata de um fenômeno humano que ocorre nas relações entre os falantes). Os entrevistados despertam em mim sentimentos que pacientes costumam despertar em seus analistas (admiração, desconfiança, pena, empatia, etc.).

No que se refere às limitações do método utilizado nesta tese, algumas destas apontam para os limites que se pode encontrar também na clínica (como, por exemplo, o não comparecimento às sessões ou não comparecimento às entrevistas agendadas, a inexistência de transferência ou de vínculo terapêutico, por exemplo). As limitações, porém, são ainda maiores quando em uma situação de pesquisa.

O principal limite do método psicanalítico em um contexto de pesquisa foi o acesso à dimensão inconsciente (dos participantes). Em uma análise tradicional, via de regra, o paciente (candidato à análise) procura o analista. Há uma demanda pelo tratamento (ainda que este não prossiga, ou seja, interrompido prematuramente). Na pesquisa, como já dito, a demanda é do pesquisador, que deseja conhecer sujeitos cujas histórias de vida lhe sirvam para responder ou questionar suas hipóteses.

Em uma *situação de pesquisa*, não se cobra, não se marca o tempo, não se convida o participante para deitar no divã, etc. Conteúdos reprimidos dificilmente serão acessados durante uma entrevista (tampouco está garantido que surjam na clínica). Assim, mais preciso que falar em *escuta psicanalítica*, é falar em *escuta psicanalítica não clínica*, exatamente para marcar os limites do método freudiano fora do *setting* clínico tradicional. Em ambos os contextos, poderão emergir questões ligadas ao sentimento de desamparo proporcionado pela exposição à violência e à insegurança.

Para concluir esta discussão sobre as condições de análise e as condições de pesquisa, preciso destacar, concordando com Nasio (2013), que a psicanálise em ambos os contextos estudados, não se define pela disposição dos móveis, pelo tempo da sessão, pela quantidade de dinheiro pago ao analista e tampouco pela regra fundamental da associação livre. A psicanálise se define pela intensidade da relação inconsciente entre o terapeuta e o analisando. E, por que não, entre o investigador e o participante de pesquisa. Para o referido autor, tal relação depende da aptidão do terapeuta em perceber em seu próprio inconsciente a fantasia inconsciente do paciente e, assim, a operar uma dupla empatia: uma superficial e outra profunda. Essa experiência não acontece todos os dias, menos ainda em todas as sessões ou entrevistas. Ao contrário, são momentos privilegiados, pouco frequentes e, principalmente, terapêuticos pois esta experiência perceptiva pode produzir e reproduzir, melhorando o estado do paciente (ou do participante de pesquisa, se houver essa demanda).

Apesar das limitações inerentes ao método, concluí que em uma pesquisa psicanalítica existe a possibilidade de articulação entre *história de vida e reconstrução*. Toda investigação psicanalítica tem efeito terapêutico, no sentido amplo do termo. Esse “efeito terapêutico”, embora não tenha sido um objetivo do meu trabalho de campo, pode ser identificado em alguns dos participantes.

Depois que encontrei sujeitos dispostos a participar, houve um segundo momento, no qual os participantes contaram suas histórias. Pude perceber que, quando o sujeito fala, ele também se escuta e que falar sobre si tem um efeito potencialmente terapêutico (o velho *talking cure* freudiano). Isto ocorreu principalmente com os participantes que não tiveram acesso à psicoterapia (espaço oportuno para elaborar suas experiências) e com os que não participaram de ativismos sociais.

Contar sua história pode ter efeitos de transformação pela tomada de consciência do que somos e do peso do ambiente social; pode nos permitir entrar em uma história coletiva da qual

participamos; e nos permite atualizar nossos conhecimentos. Cada narrador leva uma parte da memória do mundo (Henríquez, 2002). Assim, contar aquilo que é feio, difícil, insuportável e potencialmente traumático pode ser uma possibilidade de esboçar outro presente e uma nova história. É uma possibilidade de voltar a sonhar, de fazer novos planos, de seguir com a vida apesar de tudo: do vazio, do luto, da dor, da saudade. Na clínica ou na pesquisa, trata-se de um espaço para reacender a lembrança, repetir, perlaborar para, se tudo der certo, elaborar. Trata-se de lembrar para esquecer e mudar a relação com a história pessoal. Ao nomear o que não tem nome, o sujeito pode encontrar sentido para o estranho que o habita. Pode operar uma restauração da história, provocando uma verdadeira reconstrução biográfica. Mas isto é sempre tão somente uma potencialidade.

Independente da natureza da experiência (potencialmente) traumática (desastres naturais, violências, acidentes, etc.), as pessoas necessitam elaborar algum sentido para o que viveu. E este processo interior de criação do relato autobiográfico possibilita dar algum sentido para o que pode ser inominável, traumático ou insuportável. Para Rojas (2012), relatar os eventos penosos e expressar as emoções é a melhor forma de diminuir sua intensidade, transformando-os em lembranças manejáveis e incorporando-os na memória e ao resto da biografia.

Sabemos, com Freud, que a palavra é ferramenta essencial do tratamento anímico e das relações humanas. Em “Tratamento psíquico” (1905b), Freud versa sobre a *magia das palavras*, as considerando como mediador mais importante da influência que um homem pode exercer sobre outro, e também sobre como as palavras são recurso para modificar aqueles a quem são dirigidas. Contar sua história é uma possibilidade de elaborar e dar um sentido para o que se conta. Para o que se viveu. E, por que não, para o que se viverá.

Quando convidei os participantes a contarem suas histórias, associando livremente, não sabia de antemão como que eles fariam isso porque cada associação é singular. Mas, quando

aceitaram contar a própria história, isso os tornou capazes de evocar, em certo nível, sua realidade psíquica. A reconstrução da história pode ser, também, uma reconstrução psíquica, podendo essa história ser lembrada no divã ou diante de um pesquisador. Da parte deste, interpretar pode se constituir na tarefa quase impossível de evocar e criar sentido para o que, originalmente, é singular e inominável. As interpretações, ou melhor, construções, tratam de destinos pulsionais, do que aparece no momento da fala. São precisamente reconstruções. Para tentar realizar essa tarefa de interpretação (no sentido que Freud em 1937 escreve em “Construções em análise”) penso que o investigador deve ser ousado. Ter uma boa dose de curiosidade, criatividade e, por que não, recorrer vez por outra, à especulação.

Outras limitações do estudo e lacunas para novas descobertas

Uma boa pergunta ou questão de pesquisa carrega consigo uma resposta. Mas esta resposta não se apresenta antes de muito trabalho, leituras, questionamentos, discussões, retrocessos e conclusões. Aqui aparece uma diferença importante entre a pesquisa e a clínica psicanalítica: o tempo e os prazos a serem cumpridos exigem do pesquisador um ‘momento de concluir’ que o encaminha para a conclusão da pesquisa, ainda que emergjam novas questões no caminho. Novas perguntas sempre surgirão, porém precisarão ser abordadas em novas investigações.

Concluo esse texto apontando para os limites da pesquisa efetuada, que apontam para o meu próprio limite pessoal, temporal, teórico e metodológico. É importante reconhecer que o tema deste trabalho não se esgota aqui e aponta para um maior refinamento e conhecimento do tema em novas pesquisas.

Entre as limitações do estudo e novas questões de pesquisa, aponto ainda para:

- A falta de uma análise sobre as diferenças de gênero em meu texto. Existem diferenças significativas entre o luto materno e o luto paterno?

- Minha amostra foi muito diversificada, os participantes têm diferentes idades, tempo de luto, nível de escolaridade, acesso a recursos, etc.). Um estudo longitudinal talvez gerasse conclusões mais ricas.
- Uma questão de teoria: Não era parte do objetivo articular as histórias de vida dos participantes com a história coletiva, ainda que esta articulação costume ser apresentada como o principal objetivo do uso do método de história de vida.
- Como trabalhar, a partir de agora, para que esta pesquisa não se torne apenas mais um volume na estante da biblioteca ou no ambiente virtual da universidade? Como o meu trabalho pode contribuir para as (praticamente) inexistentes Políticas Públicas voltadas para as vítimas indiretas da violência? Este trabalho poderia se converter em algum projeto de Extensão Universitária? Organizações não Governamentais? Instituições de apoio às vítimas? Orientações para psicólogos clínicos?

Eu gostaria, sinceramente, que meu tema de pesquisa se tornasse um assunto obsoleto. Queria que a violência deixasse de ser um problema de saúde pública no país. Mas, infelizmente, a violência urbana é a violência contemporânea no Brasil e segue exigindo esforços que, no mínimo, minimizem seus danos. Não é possível não fazer nada. Algo tem que ser feito. Porque continuar estudando isso? Porque a “vida é bonita, é bonita e é bonita!”³⁵”.

E termino aqui, seguindo com a esperança de ver a cidade diferente do que se tornou e de viver em um país mais seguro.

³⁵ Música ♪ O que é, o que é ♪, composição de Gonzaguinha estreada no disco “Caminhos do Coração (EMI/Odeon), de 1982.

Referências bibliográficas

- Adorno, S.; Pasinato, W. (2010) Violência e impunidade penal: Da criminalidade detectada à criminalidade investigada. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, 3(7), 51-84.
- Agudelo, S.F. (1989) *Violencia y/o Salud: Elementos preliminares para pensarlas y actuar*. Washington, DC: PAHO/OMS.
- Alarcão, A.C.J., Carvalho, M.D.B.; Pelloso, S.M. (2008) A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 341-347.
- Alberti, V. (2004) *Manual de história oral*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- Amaro, M. C.; Andrade, S.; Garanhani, M. (2010) A violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina, Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 19, (2), 302-309.
- Antunes, R. (1995) *Adeus ao trabalho. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Antunes, R. (2000) *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Araújo, F. A. (2005) Práticas de luto reivindicativas de justiça: a experiência das Mães de Acari. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 10(2), 409-418.
- Arendt, H. (2011) *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Assis, S. G. de; Pesce, R. P., Avanci, J. Q. (2006) *Resiliência: Enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (1977) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona.
- Bertaux, D. (1981) *Biography and society: the life-history approach in the social sciences*. Beverly Hills: Sage.
- Birman, J. (2001a) Que droga! In Birman, J. *Mal estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2001b) Dionísio desencantado. In Birman, J. *Mal estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2001c) *Mal estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Birman, J. (2003) Dor e sofrimento num mundo sem mediação. *Estados Gerais da Psicanálise II Encontro Mundial*, Rio de Janeiro.
- Birman, J. (2006) *Arquivos do mal estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012) *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Birman, J. (2013) Subjetivações e risco na atualidade. *Revista EPOS*, 4(1), 1-24.
- Birman, J. (2014) Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(spe), 23-37.
- Borges, L. de O.; Yamamoto, O. H. (2004) O mundo do trabalho. In Zanelli, J. C.; Borges-Andrade, J.E.; Bastos, A.V.B. (Org.). *Psicologia, Organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed Editor
- Bourdieu, P. (1979) *O desencantamento do mundo: estruturas econômicas e estruturas temporais*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Brasil (2016) Ministério da Saúde. SIM - *Sistema de informações sobre mortalidade*. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6940&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext10>. Acesso em 12/07/2016
- Brasil (2000) *Resolução nº 016*, de 09 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF.
- Brasil (2001) Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01 Publicada no DOU n.º 96 Seção 1E – de 18/5/01
- Brasil (2012) *Resolução nº 466*, de 12 de novembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF.
- Brondfenbrenner, U. (1987) *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, G.V., Harris, T. (1978) Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women. *Social Science and Medicine*, 16, 475-482.
- Brum, E.H.M.; Frizzo, G.L.; Gomes, M.R.; Silva, M.R.; Souza, D.D.; Piccinini, C.A. (2012) Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 29(2), 259-269.
- Bucher, R. (1986) *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Cabral, S.A.; Levandowski, D.C. (2013) Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 42-55.
- Cano, I. (2006). Prefácio In: Soares, G.A.D.; Miranda, D. e Borges, D. *As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

- Caon, J. L. (1994) O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7 (2).
- Carretero, T. C. (2002) Historia de una vida, historia de una sociedad de exclusión. *Perfiles Latinoamericanos*, 21, 11-33.
- Carretero, T. C. (2012) Vidas fazendo história e construindo histórias de vida. In: Viana, T.C.V. et al (org) *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber Livros.
- Carvalho, M.T.P. (2012) *Psicoterapia dos Estados-Limite*. Lisboa: Editora Placebo.
- Castel, R. (1998) *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Cassel, J. (1976) The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Chesnais, J.C. (1981) *Histoire de la violence (en Occident de 1800 à nos jours)*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- Clot, I. (2006) *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cordini, M. (2005) La resiliencia em adolescentes del Brasil. *Revista Latinoam. Cienc. Soc. Niñez*, 3(1), 97-121.
- Cordioli, A.V. (1998a) As psicoterapias mais comuns e suas indicações. In: Cordioli, A.V. (org.) *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cordioli, A.V. (1998b) Como atuam as psicoterapias. In: Cordioli, A.V. (org.) *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cornelius, C. (1982) *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e terra.
- Corrêa, R. L. (1989) *O espaço urbano*. Rio de Janeiro: Editora Ática.
- Costa, A.T.M. (2011) Violências e conflitos intersubjetivos no Brasil contemporâneo. *Caderno CRH*, 24(62), 353-365.
- Costa, J.F. (2003). *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Creiasco, M. V. F. (2008) Violência e resiliência: enfrentamento do traumático na clínica psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental PsychoPathology Online*, 5(2), 222-240.
- Creiasco, M.V.F.; Scheinemann, D.; Pimenta, S.O. (2013) Mães que perderam filhos: Uma leitura psicanalítica do filme Rabbit Hole. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(1), 54-68.
- Cyrułnik, B. (2003) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa editorial.

- Debord, G. (1997) *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Dejours, C. (2004) Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34.
- Diniz Neto, O. ; Féres-Carneiro, T. (2005) Eficácia psicoterapêutica: Terapia de família e o efeito “Dodô”. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 355-361.
- Domenach, J.M. (1981) La violência. In: Domenach, J.M. *La violencia y sus causas*. Paris: UNESCO.
- Dufour, D.R. (2005) *A arte de reduzir as cabeças: Sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Dunker, C.I.L. (2010) Os 27 + 1 erros mais comuns de quem quer escrever uma tese em Psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, 20, s/p.
- Eco, U. (2008) *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva.
- Endo, P. (2005) *A violência no coração da cidade. Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Enriquez, E. (2002) El relato de vida: interfaz entre intimidad y vida coletiva. *Perfiles Latinoamericanos* 21, 35-47.
- Estrada, C. (2009) *Apoyo social y colectivos vulnerables: una herramienta para la intervención contra la violencia de género*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo, D. L.
- Estramiana, J.L.A. (1992) *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo veintiuno editores.
- Eysenck, H. J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fernández, R.G. (2006) Violencia sutil y violencia invisible: psicología de la impunidad. In: González Mas, R. (org.) *Violencia humana*. Sevilla, RD editores.
- Fernández, R.G. (2008) Atribuciones naturalizadoras: Notas en torno a algunos procesos de estigmatización. In: Fernández, R.G.; Lozano, B. y Castien, J.I. (orgs.) *Psicología del estigma. Ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Universitas.
- Fernández, R.G. (no prelo). La organización de la violencia y el control de la opinión pública durante el Tercer Reich: acerca de la interdisciplinarietà en Psicología Social. In: Fernández, R.G.; Dorado, S.R. *Manipular odio y temores. Raíces políticas de la violencia colectiva*.
- Figueiredo, L.C.; Minerbo, M. (2006) Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.
- Flach, F. (1988) *Resiliência: A arte de ser flexível*. Rio de Janeiro: Editora Saraiva.
- Frank, A. (2009) *Diário de Ana Frank*. México: Grupo Editorial Tomo.
- Frankl, V. (2004) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder

- Freitas, J.L.; Michel, L.H. (2014) A maior dor do mundo: O luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em Estudo*, v.19, n. 2, 273-283.
- Freud, S. (1893a/1996) Esboços para Comunicação preliminar. In *Obras Completas, ESB*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1893)
- Freud, S. (1893b/1996) Estudos sobre a histeria – A psicopatologia da histeria. In *Obras Completas, ESB*, v. II. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1893)
- Freud, S. (1895/1996) Projeto para uma psicologia científica. In *Obras Completas, ESB*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1896/1996) Carta 52 de 06 de dezembro. In *Obras Completas, ESB*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1896a/1996). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In *Obras Completas, ESB*, v. II. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1896b/1996) A etiologia da histeria. In *Obras Completas, ESB*, v. III. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1896)
- Freud, S. (1897/1996) Carta 69 de 21 de setembro. In *Obras Completas, ESB*, v. I. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1897)
- Freud, S. (1900/1996) A interpretação dos sonhos. In *Obras Completas, ESB*, v. IV-V. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1904/1996) O método psicanalítico de Freud. In *Obras Completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1904)
- Freud, S. (1905a/1996) Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In *Obras Completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1905b/1996) Tratamento psíquico (ou anímico). In *Obras Completas, ESB*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1908/1996) Moral sexual “civilizada” e a doença nervosa moderna. In *Obras Completas, ESB*, v. IX. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1908)
- Freud, S. (1909/1996) Romances familiares. In *Obras Completas, ESB*, v. IX. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1910/1996) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In *Obras Completas, ESB*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (1912a/1996) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Obras Completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1912)

- Freud, S. (1912b/1996) A dinâmica da transferência. In *Obras Completas, ESB*, v. XI. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1913a/1996) Totem e tabu. Alguns pontos de concordância entre a vida mental dos selvagens e dos neuróticos. In *Obras Completas, ESB*, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1913)
- Freud, S. (1913b/1996) Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In *Obras Completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1913)
- Freud, S. (1914a/1996) Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In *Obras Completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1914b/1996) A história do movimento psicanalítico. In *Obras Completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1914c/1996) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) In *Obras Completas, ESB*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1914d/1996) Sobre o narcisismo: Uma introdução. In *Obras Completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1915a/1996) O instinto e suas vicissitudes (A pulsão e seus destinos). In *Obras Completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1915b/1996) Reflexões para os tempos de Guerra e morte. In *Obras Completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1917/1996) Luto e melancolia. In *Obras Completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1919a/1996) Uma criança é espancada. Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In *Obras Completas, ESB*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1919b/1996) Introdução a Psicanálise e as neuroses de Guerra. In *Obras Completas, ESB*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1919c) Linhas de progresso da terapia psicanalítica. In *Obras Completas, ESB*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1919d/1996) O estranho. In *Obras Completas, ESB*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1920/1996) Além do Princípio de Prazer. In *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1920)

- Freud, S. (1921/1996) Psicologia de grupo e a análise do Ego. In *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1922/1996) Dois verbetes de Enciclopédia. In *Obras Completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1922)
- Freud, S. (1923/1996) O Ego e o Id. In *Obras Completas, ESB*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1924/1996) O problema econômico do masoquismo. In *Obras Completas, ESB*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1924)
- Freud, S. (1925[1924]/1996) Um estudo autobiográfico. In *Obras Completas, ESB*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (1926 [1925]/1996) Inibições, sintomas e ansiedade. In *Obras Completas, ESB*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1927a/1996) O humor. In *Obras Completas, ESB*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (1927b/1996) O futuro de uma ilusão. In *Obras Completas, ESB*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1927)
- Freud, S. (1930 [1929]/1996) Mal estar na civilização. In *Obras Completas, ESB*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1930)
- Freud, S. (1933a[1932]/1996) Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise. In *Obras Completas, ESB*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1933)
- Freud, S. (1933b [1932]/1996) Por que a Guerra? (Einstein e Freud). In *Obras Completas, ESB*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1933)
- Freud, S. (1937a/1996) Análise terminável e interminável. In *Obras Completas, ESB*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1937b/1996) Construções em análise. In *Obras Completas, ESB*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1937)
- Freud, S. (1939 [1934-38]/1996) Moisés e o Monoteísmo Três Ensaios. In *Obras Completas, ESB*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1939)
- Freud, S. (1940[1938]/1996) Esboço de Psicanálise. In *Obras Completas, ESB*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1940)
- Fuks, L.B. (2000) A insistência do traumático. In: Fuks, L.B.; Ferraz, F.C. (orgs) *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta.

- Gaulejac, V. (2001) *Psicologia e sociologia clínica*. In: Carreteiro, T.C.; Araujo, J.N. (orgs.) *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta.
- Gaulejac, V. (2002) *Lo irreductible social y lo irreductible psíquico*. *Perfiles Latinoamericanos*, 21, 49-71.
- Gaulejac, V. (2006) *As origens da vergonha*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Gaulejac, V.; Rodríguez, S.; Taracena, E. (2005) *Historia de vida. Psicoanálisis y sociologia clínica*. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Gaulejac, V. Lévy, A. (2000) *Récits de vie et histoire sociale*. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 6(14), 3-6.
- Gay, P. (1989) *Freud: Uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras.
- Giddens, A. (1991) *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp.
- Giddens, A. (2002) *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Glicken, M. (2006) *Learning from resilient people: Lessons we can apply to counseling and psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage.
- Gomes, R. (2010) *Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. In: Minayo, M.C.S. (org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Green, A. (1990) *Conferências Brasileiras de André Green. Metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro: Imago.
- Grotberg, E. H. (2005) *Novas tendências em resiliência*. In Melillo, A.; Ojeda, E. N.(org) *Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed.
- Gullestad, M. (2005) *Infâncias imaginadas: construções do eu e da sociedade nas histórias de vida*. *Educação e Sociedade*, 26(91), 509-534.
- Hall, S. (2002) *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Han, B.C. (2012) *La sociedad del cansacio*. Barcelona: Herder
- Han, B.C. (2014) *En el enjambre*. Barcelona: Herder
- Huyssen, A. (2000) *Seduzidos pela memória*. Rio de Janeiro: Aeroplano.
- Iglesias, U., Ayuso, L. (2007) *Permanencia y cambio en la familia española del siglo XXI*. In Gómez, F.(coord.) *Intervención social con familias*. Madrid: McGraw-Hill.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) *População estimada do Distrito Federal*. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=530010> 24/06/2016:

- Iribarry, I.N. (2003) O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138.
- Kehl, M.R. (2000) O sexo, a morte, a mãe e o mal. In: Nestrovski, A. e Seligmann-Silva, M. (orgs) *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta.
- Klüger, R. (2005) *Paisagens da memória. Autobiografia de uma sobrevivente do Holocausto*. São Paulo: Editora 34.
- Kovács, M.J. (2003) *Educação para a morte: Temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lasch, C. (1983) *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperança em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Laurau, R. (1996) *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Leite, M. P.; Birman, P. (2004) *Um mural para dor: Movimentos cívico-religiosos por justiça e paz*. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.
- Lessa, A. (2004) Arqueologia da agressividade humana: a violência sob uma perspectiva paleoepidemiológica. *História, Ciência, Saúde*, 11(2), 279-96.
- Levi, P. (1994) *A tabela periódica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Levi, P. (1990) *Os afogados e os sobreviventes*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Levi, P. (2004) *A Trégua*. São Paulo: Planeta De Agostini.
- Lo Bianco, A.C. (2003) Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, 8(2), 115-123.
- Lyotard, J.F. (2013) *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Machado, A. (1964) *Proverbios y cantares CXXXVI* (Caminante no hay camino). In: *Poesias Completas*. Habana: Consejo Nacional de Cultura.
- Maciel, M.R., Santos, L.O. (2004) Novas configurações subjetivas: um estudo sobre o pânico e a depressão. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 12(1), 41- 55.
- Maia, M.S. (2005) *Extremos da alma. Dor e cura na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Maldonado, G.; Cardoso, M.R. (2009) O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.
- Mannoni, O. (1992) O que é associar livremente? In: *Um espanto tão intenso, a vergonha, o riso, a morte*. Rio de Janeiro: Campus.
- Marcos, L.R. (2012) *Superar la adversidad. El poder de la resiliência*. Madrid: Booket.

- Marcos, L.R. (2014) *Todo lo que he aprendido*. Barcelona: Espasa.
- Marcuse, H. (1969) *O fim da utopia*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Martuccelli, D. (2016) O indivíduo, o amor e o sentido da vida nas sociedades contemporâneas. *Estudos Avançados*, 30 (86), 147-165.
- Masten, A. (2001) Ordinary magic, resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Meihy, J.C. (1998) *Manual de História oral*. São Paulo: Loyola.
- Mendlowicz, E. (2000) O luto e seus destinos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 3(2), 87-96
- Mezan, R. (2006) *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Companhia das letras.
- Minayo, M. C.S.; Souza, E.R. (1999) É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 7-23
- Minayo, M.C.S. (2003) A violência dramatiza causas. In Minayo, M.C.S.; Souza, E.R. (org.) *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M.C.S. (2006) A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. . *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(2), 375-383.
- Minayo, M.C.S. (2008) *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO
- Minayo, M. C. S. (2010) trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo, M. C. S (org), Deslandes, S.F.; Gomes, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Moreno, E.S. (2002) Apoyo social, integración social y enfermedad mental. In: *Indivíduo, sociedade y depresión*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Nasio, J.D. (2013) *Por que repetimos os mesmos erros?* Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Nogueira, L.C. (2004) A pesquisa em Psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83-106.
- Nunes, Edson de Oliveira (org) (1978) *A aventura sociológica. Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Oliveira, L.R.C. (2008) Existe violência sem agressão moral? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(67), 135-145.
- Organização Mundial da Saúde (1990) *A situação farmacêutica do mundo*. Gênova: OMS.

- Organização Mundial da Saúde (2001) *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Gênova: OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2002) *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/Opas.
- Quezada, M.T.P. (2012) La violencia, que nos toca a todos: una mirada desde la historia del maltrato en la escuela. *Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas e Educação*, 20(75), 243-260.
- Paez, D.; Campos, M.; Bilbao, M.A. (2008) Del trauma a la felicidad: pautas para la intervención. In: Vázquez, G.H. (Eds) *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Philippe, L. (1975) *Le pacte autobiographique*. Paris: Seuil.
- Quinet, A. (2009) *As 4+1 Condições da Análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor
- Quiroga, A. M. (1993) A internalização da violência. *Tempo e Presença*, 268(15), 18-21.
- Ramos, D.M. & Nascimento, V.G. (2008) A família como instituição moderna. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 20, n. 2, 461-472.
- Requena, F. (1994) *Amistad y redes sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ribeiro, C.T. (2009) Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 8(2), 333-346.
- Rodrigo, M.; Palacios, J. (2001) *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rosa, J. G. (1982) *Grande sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: J. Olympio. (trabalho original publicado em 1956).
- Rosa, M.D. (2004) A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista mal estar e subjetividade*, 4(2), 329-348.
- Rudge, A.M. (2009) *Trauma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sacks, O. (2003) *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sánchez, Esteban. (2002) *Individuo, sociedad y depresión*. Málaga: Aljibe.
- Santos, J.F. (2012) *O que é o pós-moderno*. São Paulo: Brasiliense.
- Sapori, L.F.; Soares, G.A. (2014) *Por que cresce a violência no Brasil?* Belo Horizonte: Autêntica Editora/Editora PUC Minas.
- Sarabia, B. (1985) Historias de vida. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*, 29/85,165-186.
- Sarason, R. (1999) Família, apoio social y salud. In J. Buendía (org.), *Familia y Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

- Seligmann-Silva, M. (2000) Auschwitz: História e Memória. *Pro-posições*, 11(2), 78-87.
- Seligmann-Silva, M. (2008) Narrar o trauma: A questão dos testemunhos de catástrofes históricas. *Psicologia Clínica*, 20(1), 65-82.
- Soares, G.A.D.; Miranda, D.; Borges, D. (2006) *As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Soares, L.E. (2003) Prefácio. In Minayo, M.C.S.; Souza, E.R. (org.) *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Sonoda, K.C.L. (2008) *Violência urbana, psicopatologias e doenças psicossomáticas: Uma investigação com líderes comunitários residentes na cidade do Rio de Janeiro*. Anais da XXX Jornada Giulio Massarani de Iniciação Científica, Artística e Cultural da UFRJ. Rio de Janeiro.
- Sonoda, K.C.L. (2009a) *Violência urbana: Um fator desencadeador de mal estar psíquico e limitante do desenvolvimento sócio-espacial*. Anais da XXXI Jornada Giulio Massarani de Iniciação Científica, Artística e Cultural da UFRJ.
- Sonoda, K.C.L. (2009b) *Espaço urbano, violência e sofrimento psíquico: a cidade e o medo*. Anais do X Encontro Nacional da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
- Sonoda, K.C.L. (2010) *Violência urbana e mal estar psíquico: Uma investigação com líderes comunitários residentes na cidade do Rio de Janeiro*. Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Sonoda, K.C.L. (2011) *Efeitos da violência urbana na saúde mental de líderes comunitários no Rio de Janeiro: Desafios para a saúde coletiva*. Anais do 7º Congresso Norte e Nordeste de Psicologia, realizado em Salvador – BA.
- Sonoda, K.C.L. (2012a) Liderança muito perigosa: Relatos de líderes comunitários vítimas da violência urbana no Rio de Janeiro. *Revista Epos*, 3, 1-21.
- Sonoda, K.C.L. (2012b) *Ativismo social como possibilidade de enfrentamento da violência urbana* (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Sonoda, K.C.L. (2013) Atualidade e produção de mal estar. *Revista Mal estar e Subjetividade*, 13, 643-664.
- Sordi, A.O.; Manfro, G.G.; Hauck, S. (2011) O conceito de resiliência: diferentes olhares. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 13(2), 115-132.
- Souto, C. (1985) *A explicação sociológica: Uma introdução à sociologia*. São Paulo: EPU.
- Souza, E. M., Grundy, E. (2004) Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: interações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, 20(5), 1354-1360.
- Souza, E. R.; Minayo, M.C.S. (orgs.) (2005) *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Souza, M.J.L. (1996) *Urbanização e desenvolvimento no Brasil atual*. São Paulo: Ática.

- Souza, M.J.L. (2005) *O desafio metropolitano. A problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Souza, M.J.L. (2006a) Clima de guerra civil? Violência e medo nas grandes cidades brasileiras. In: Albuquerque, E.S. (org.): *Que país é esse?* São Paulo: Globo.
- Souza, M.J.L. (2006b) *A Prisão e a Ágora: Reflexões em torno da Democratização do Planejamento e da Gestão das Cidades*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil
- Souza, M.J.L. (2008) *Fobópole: O medo generalizado e a militarização da questão urbana*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Souza, M.; Martins, F.; Araújo, J.G. (org) (2011) *Dimensões da violência: Conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Thomas, W.; Znaniecki, F. (2004) *El campesino polaco en Europa y en América*. Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Torregrosa, J.R. (1987) Prologo a la edición española In: Jahoda, M. *Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico*. Madrid: Ediciones Morata.
- Torres, M. (2011) *O bê-á-bá de Brasília. Dicionário de coisas e palavras da capital*. Brasília: Thesaurus.
- Uchitel, M. (2001) *Neurose traumática: Uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wieviorka, M. (1997) O novo paradigma da violência. *Tempo Social*, 9(1), 5-41.
- Wieviorka, M.(2007) Violência hoje. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (suplemento), 1147-1153.
- Winnusbst. J.A.M. *et al* (1982) Effects of social support in the stressor-strain relationship: a dutch sample. *Social Science and Medicine*, 16, 475-482.

Anexos

- a. Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do IH da UnB
- b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) solicitado aos participantes



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: Violência, mal estar na atualidade e novas formas de subjetivação
Número CAAE: 22540413.2.0000.5540

Com base nas Resoluções CNS nº 466/12, que regulamente a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu APROVAR o projeto intitulado " Violência, mal estar na atualidade e novas formas de subjetivação "

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data .

Brasília, 13 de março de 2014

Libia Barbosa Pereira
Libia Barbosa
Coordenadora Geral - CEP/IH

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Violência, mal estar na atualidade e novas formas de subjetivação”, de responsabilidade de Katerine da Cruz Leal Sonoda, aluna de doutorado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é conhecer as experiências e a vivência da violência entre os entrevistados; estudar as principais formas de enfrentamento da violência e; refletir sobre possíveis relações entre as vivências de violência e a saúde desses sujeitos e; conhecer os fatores de proteção e de vulnerabilidade das vítimas de violência. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e coleta de relatos de história de vida. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa que suas informações possam contribuir para a compreensão do fenômeno da violência e seus efeitos na saúde.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

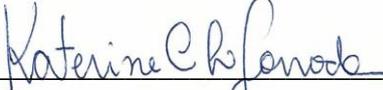
Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 85835482 ou pelo e-mail katerine.sonoda@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de divulgação na instituição onde os dados serão colhidos através de um seminário planejado para acontecer após a defesa da tese, no qual todos os participantes serão convidados a participar e terão acesso trabalho final impresso e/ou em CD, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante



Assinatura do (a) pesquisador (a)
Brasília, ___ de _____ de _____