

Cartografia de uma vida que tentou suicídio

Cartography of a life that attempted suicide

Ana Paula Antero Lôbo¹ , Diego da Silva Medeiros² 

¹Prefeitura de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde – Fortaleza (CE), Brasil.

²Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde – Fortaleza (CE), Brasil.

Como citar: Lôbo APA, Medeiros DS. Cartografia de uma vida que tentou suicídio. Cad Saúde Colet. 2023;31(4):e31040562. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040562>

Resumo

Introdução: O suicídio é um grave problema de saúde pública, ainda permeado de estigmas, fato que dificulta o registro desses eventos e o cuidado às pessoas envolvidas. Por se tratar de um acontecimento multicausal, a construção do cuidado perpassa por ações intersetoriais. **Objetivo:** Cartografar os elementos envolvidos no contexto de vida de uma mulher que tentou suicídio (usuária-guia), destacando os caminhos percorridos no processo de subjetivação e na produção de cuidado no seu território existencial. **Método:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a própria usuária-guia, amigos, familiares e profissionais de saúde. Esta pesquisa foi realizada no município de Icapuí-CE de agosto/2018 a março/2019. A análise baseou-se em conceitos da Filosofia da Diferença, da teoria de Michel Foucault e da Saúde Coletiva. **Resultados:** Os caminhos trilhados pela usuária-guia formaram seu território existencial, nesse processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. Percebeu-se que a rede social foi sua maior proteção, mas também sua maior vulnerabilidade, perpassando por estigmas e identificações. **Conclusões:** Considerando o despreparo dos profissionais de saúde e da comunidade em lidar com o suicídio, aposta-se em programas permanentes e intersetoriais de prevenção, capacitação e amparo às pessoas envolvidas nesse contexto, além de práticas interprofissionais, principalmente na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; mapeamento geográfico; atenção à saúde.

Abstract

Background: Suicide is a serious public health problem, still permeated by stigma, a fact that makes it difficult to record these events and care for the people involved. As it is a multicausal event, the construction of care goes through intersectoral actions. **Objective:** To map the elements involved in the life context of a woman who attempted suicide (guide user), highlighting the paths taken in the subjectivation process and in the production of care in her existential territory. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with the guide user, her friends, family, and health professionals. This research was carried out in the city of Icapuí, Ceará, from August/2018 to March/2019. The analysis was based on concepts of Philosophy of Difference, Michel Foucault's theory, and Collective Health. **Results:** The paths taken by the guide user formed her existential territory in this process of territorialization, deterritorialization, and reterritorialization. It was noticed that the social network was her greatest protection, but also her greatest vulnerability, crossing stigmas and identifications. **Conclusions:** Considering the unpreparedness of health professionals and the community in dealing with suicide, we focus on permanent and intersectoral prevention, training and protection programs for people involved in this context, as well as interprofessional practices, especially in Primary Health Care.

Keywords: suicide, attempted; geographic mapping; delivery of health care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado em Praia de Redonda – Icapuí (CE), Brasil.
Correspondência: Ana Paula Antero Lôbo. E-mail: anapaula_lobo@hotmail.com
Fonte de financiamento: nenhuma.
Conflito de interesses: nada a declarar.
Recebido em: Dez. 17, 2019. Aprovado em: Jul. 14, 2021.

INTRODUÇÃO

O suicídio, a princípio, suscita a ideia de um ato irracional, de difícil compreensão. Na maioria dos casos, esse fenômeno deixa um rastro de dúvidas e impotência. Contudo, ele é conceituado como um ato provocado intencionalmente contra si mesmo, no sentido de pôr um fim à própria vida. Trata-se de um acontecimento multicausal que ultrapassa o limite de um único campo do conhecimento¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que mais de 800 mil pessoas morram, anualmente, em decorrência de suicídio no mundo. Para cada pessoa que comete esse ato, outras 20 atentam contra a própria vida. No Brasil, a taxa de mortes por suicídio é de 5,8/100 mil hab., estando abaixo da média global que é de 11,4/100 mil, mas variando seus índices de acordo com o perfil socioeconômico e demográfico de cada região².

De acordo com o Boletim Epidemiológico sobre tentativas e óbitos por suicídio no Brasil³, o número dessas ocorrências vem crescendo de forma gradativa e contínua ao longo dos anos. Muitos estudos têm sido realizados nessa área, utilizando principalmente dados de mortalidade, pois, na maioria dos países, não há dados sistemáticos de resultados não fatais, que, por sua vez, acontecem com muito mais frequência¹.

A despeito da importância dos estudos epidemiológicos na área da suicidologia, as limitações da maioria das pesquisas recaem sobre a subnotificação dos dados e a restrição das informações disponíveis nas fichas de notificação⁴. Outrossim, há poucas pesquisas abordando a temática da tentativa de suicídio a partir de quem cometeu o ato, destacando-se, contudo, os estudos com idosos no Brasil⁵⁻⁸. Essa escassez gera uma lacuna no conhecimento das subjetividades envolvidas nesse fenômeno, cujos múltiplos fatores (sociais, culturais, políticos etc.) estão imbricados nesse processo e divergem para cada sujeito.

Apesar de ser considerado um grave problema de saúde pública e de grande preocupação mundial, o suicídio ainda é um tema permeado de estigmas, fato que dificulta o registro desses eventos e, principalmente, o cuidado às pessoas envolvidas^{2,9}. Um indivíduo que tenta ou comete suicídio está, geralmente, diante da combinação de dor intensa e desesperança, associada à uma perda de conectividade, além de fatores que contribuem para a capacidade dessa tentativa, incluindo o acesso a métodos letais (teoria de três passos do suicídio — 3ST)¹⁰.

A construção do cuidado a essas pessoas é imprescindível e perpassa ações intersetoriais. Contudo, as redes sociais e institucionais muitas vezes não estão preparadas ou denotam uma desconsideração pela condição em que se encontra a pessoa que tentou suicídio, prejudicando esse cuidado¹¹.

Destarte, este estudo pretende compreender os elementos envolvidos no contexto de vida de uma pessoa que tentou suicídio, no caso, uma mulher (nossa usuária-guia) e sua relação com esse intento. Para isso, buscou-se captar, por meio das perspectivas da própria usuária-guia, dos seus amigos, familiares e dos profissionais de saúde que a acompanham, os caminhos percorridos no processo de subjetivação e na produção de cuidado no seu território existencial. Nesse sentido, pretendeu-se, portanto, cartografar o território existencial, anterior e posterior à tentativa de suicídio de uma usuária-guia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo cartográfico, caracterizado como uma pesquisa-intervenção, de cunho qualitativo¹². A cartografia é um dos princípios do rizoma, cujo termo Deleuze e Guattari¹³ tomam de empréstimo da biologia para propor uma imagem do pensamento que não tem começos ou fins ou centros, mas que se expande por conexões e produções de linhas. O pensamento rizomático não pretende significar, representar ou classificar, caracterizando-se como uma produção de desejo, intrínseco ao mundo sensível, à cotidianidade, ao território existencial¹⁴.

Dessa forma, a cartografia ocupa-se da produção de territórios existenciais, que vão além de delimitações espaciais ou geográficas e envolvem uma territorialidade erigida nas relações¹⁵. Ademais, ela desvela as linhas de produção de subjetividades, modeladas pelos processos de territorialização e desterritorialização pelos quais se constroem nossos modos de existência¹⁶.

O cenário deste estudo é uma mulher que tem sua história de vida marcada por uma tentativa de suicídio, cuja consequência direta foi a perda permanente do movimento de suas pernas (paraplegia). Embora o que tenha nos levado até ela verse sobre a morte ou a tentativa dela, é a construção do desejo de vida que nos afeta e que movimenta seu devir.

Enquanto psicóloga de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no município de Icapuí, litoral leste do estado do Ceará, Brasil, esse caso surgiu como demanda para atendimento domiciliar. No decorrer dos encontros e com o fortalecimento da relação, foi sugerida a produção deste estudo, em concomitância aos atendimentos terapêuticos e que foi prontamente aceita pela usuária, constituindo-se o período da produção dos dados de agosto de 2018 a março de 2019.

Na cartografia, não há um roteiro definido do que se deseja estudar nem a pretensão de alcançar um objetivo preestabelecido¹⁷. O problema de pesquisa, pelo contrário, é gerado a partir dos encontros, da experiência compartilhada, sendo o cartógrafo mobilizado pelas forças e afetos que emergem do campo¹⁸. Nessa direção, a tentativa de suicídio foi o tema gerador dos encontros, mas outros foram postos em evidência ao longo dessa trajetória, tais como estigma, feminino, relações familiares e sociais, cultura e produção de cuidado.

Durante a produção de dados, novos personagens compuseram essa teia de relações. Dessa forma, foram entrevistadas três pessoas da família e/ou amigos da usuária-guia, indicados por ela, além de três profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que a acompanhavam na Unidade Básica de Saúde, configurando um recorte do seu território existencial.

As entrevistas tiveram um roteiro semiestruturado, dando margem à introdução de questões complementares inerentes ao contexto dos encontros. Com a permissão dos participantes, as entrevistas foram gravadas e as falas transcritas. A percepção da pesquisadora foi registrada em diário de campo. Foi realizada uma entrevista com cada participante, totalizando sete (07), com exceção da usuária-guia, cujos encontros foram frequentes e contínuos durante todo o processo.

Serão apresentados e discutidos, a seguir, fragmentos da história da nossa usuária-guia, que será chamada pelo nome fictício de Laura. A análise teve como base teórica a Filosofia da Diferença, centrada em autores como Gilles Deleuze e Félix Guattari¹³; a teoria de Michel Foucault¹⁹⁻²¹; e autores do campo da Saúde Coletiva, como Emerson Merhy e Túlio Franco²²⁻²⁴.

A pesquisa foi acordada com todos os envolvidos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e sob autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do estado do Ceará (ESP-CE), mediante parecer nº 2.761.054 e CAAE: 89772218.7.0000.5037, conforme os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

TERRITORIALIZAÇÃO E DESTERRITORIALIZAÇÃO

Nossa usuária-guia percorreu alguns caminhos antes de se fixar na sua atual residência. De acordo com seus relatos, Laura foi criada pela avó, a quem chama de mãe. De uma prole de dez irmãos (filhos também de outros relacionamentos do pai e da mãe biológica), sempre foi alegre e destemida e, por isso, criticada pela comunidade.

Logo cedo, Laura foi trabalhar em um município vizinho, onde conheceu seu primeiro marido. Engravidou e voltou para sua comunidade com ele. Passados alguns anos, separou-se e conheceu outra pessoa, com quem teve mais dois filhos. Estrangeiro, convenceu-a a morar no seu país. Ela seguiu com os filhos menores, enquanto a filha mais velha permaneceu com o outro pai, que também era estrangeiro de um país vizinho ao do destino de Laura. Nessa saída de casa, longe da filha, em um lugar que não era seu, não falava sua língua e onde não tinha a mesma liberdade, foi se sentindo presa, acuada e estrangeira.

Laura: quando a gente tá num outro país, a gente se sente pequena; assim, a gente é pequena, a gente é estrangeira. Como se a gente fosse um menino, que você tem que reaprender tudo, né. Você se sente insegura, como um animalzinho que saiu da toca, fica ali com medo.

É essa terra estranha que ela traz consigo, juntamente com seus sentimentos e sentidos, modo estrangeiro que também impacta a pesquisadora. Sou estrangeira no mundo de Laura,

na sua comunidade; sou vista como de fora, mas que tece uma produção de cuidado a partir dessa alteridade. Nessa conexão, foram realizados dois movimentos importantes: sair dos muros reais do campo da saúde, da estrutura física do serviço de saúde, indo até a residência da nossa usuária-guia, e trazer seu mundo para produzir cuidado no encontro²⁴.

Nesse movimento de ir e vir, Laura constrói seu território existencial. Para Deleuze e Guattari¹³, desterritorialização e reterritorialização são processos indissociáveis e que fazem parte da vida. Apesar de território ser sinônimo de apropriação e subjetivação, esse mesmo espaço pode se desterritorializar, ser abandonado por linhas de fuga, até se destruir. A reterritorialização seria o movimento de construção do território²⁵. Laura esteve implicada nesse processo, utilizando o próprio corpo para compor essas linhas.

Foi nesse lugar estrangeiro que a tentativa de suicídio aconteceu. De acordo com Laura, aconteceu irrefletidamente. Não queria morrer. Queria apenas se livrar daquela dor, da angústia, do vazio. Queria sua filha em seus braços. Queria sua identidade de volta: Laura: *“Eu não queria morrer naquele momento, mas eu tava me sentindo perdida, perdida, completamente perdida. Naquele momento eu perdi minha identidade como pessoa”*.

A dor e a desesperança presentes na vida de Laura, naquele momento, associadas à falta de pertencimento, de conectividade a esse novo lugar e às pessoas, parecem ter contribuído para a tentativa de suicídio da nossa usuária-guia¹⁰.

Após o intento, Laura ficou internada no hospital da cidade onde, de acordo com sua percepção, as pessoas lançavam olhares de julgamento e a tratavam como doente, louca ou objeto de estudo. Passados alguns meses de recuperação, voltou para sua cidade natal sem seus filhos, sem o marido, sem o movimento das pernas e sem sua identidade.

O RETORNO PARA A COMUNIDADE: ESTIGMAS E IDENTIFICAÇÕES

Para Laura, voltar para casa foi sinônimo de reconstrução, de retornar às origens, reencontrar-se. Sua primeira acolhida foi na casa de sua mãe biológica. Lá, foi possível refazer esse vínculo, haja vista que fora criada pela avó desde cedo. A mãe nunca esteve tão próxima a ela.

Mas nossa usuária-guia não era mais aquela mulher sorridente, destemida e independente de outrora, como ressaltaram alguns entrevistados. Estava “fechada”, cheia de medos. Uma profissional da ESF relata que foram necessários muitos encontros para que ela verbalizasse o ocorrido e suas emoções.

Profissional de saúde 1: Depois de algum tempo foi que ela foi contar o que era que tinha acontecido e se sentir à vontade pra conversar; ela não falava, ela era muito fechada; ficava muito triste porque tava sem os filhos, tinham várias questões aí também das crianças que ela foi lidando com o tempo e se abrindo mais.

O encontro entre usuário e profissional de saúde é um encontro de mundos distintos. O vínculo, caracterizado como uma tecnologia leve, de relação²³, é uma importante ferramenta para a transformação das práticas cotidianas de saúde e para a construção de relações simétricas²⁶. Além disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel muito importante na identificação e prevenção do comportamento suicida, bem como dos fatores biopsicossociais geradores de sofrimento, haja vista sua proximidade com a comunidade e sua posição estratégica na rede de saúde²⁷.

Contudo, muitas vezes esse encontro pode gerar desconforto ou crise, quando o profissional/equipe está centrado nas próprias lógicas de saberes moralmente operados, colocando-se como detentor de saber/poder e tomando o outro como objeto de ação^{22,26}. O uso hegemônico de medicamentos para o tratamento de sofrimentos psíquicos pode ser efeito dessa centralidade na qual as subjetividades são negadas e soluções (ilusórias) são criadas para o mal-estar dos indivíduos, conforme o relato a seguir: Familiar: *“Bem cuidado lá [cuidado dos profissionais de saúde]. Esses remédios aí que elas tomam, às vezes se desespera, que quer o remédio, né, [...] tem umas que se desespera, chora no posto, mas o médico sempre passa remédio pra elas, quando tem, né?”*

Com o retorno de Laura, algumas palavras que antes passavam despercebidas no seu contexto de vida se transformaram em agressões. Ser chamada de “louca” foi uma delas: Laura: *“há um preconceito e uma má informação muito grande. Assim, porque a pessoa que tenta suicídio ela é vista como louca, né? As pessoas começam logo a olhar ela com outros olhos. [...] Isso não ajuda a pessoa que tá naquele sofrimento. Não ajuda de jeito nenhum”*.

O estigma é considerado uma marca socialmente construída e imposta a quem apresenta características diferentes do grupo dominante. Esses atributos podem ser de diversas ordens (racial, religiosa, física, patológica etc.) e assumem um caráter depreciativo, legitimando vários tipos de discriminação. Pessoas ou grupos estereotipados pela sociedade são afastados do convívio social e considerados diminuídos, em desvantagem²⁸. Laura sentiu o peso do estigma da loucura.

Além disso, ser cadeirante e mulher contribuíam ainda mais para a sentença de uma vida dependente e assexuada. Arelada a esses (pré)conceitos, a tentativa de suicídio ainda era encarada por muitas pessoas da localidade como fraqueza ou como a falta de algo: Deus, sexo ou saúde, como indicam alguns relatos: Amigo(a) 1: *“Eu acho que o que contribui [para o suicídio], no meu ponto de cristão, é a falta, uma fraqueza do ser humano”*. Profissional de saúde 2: *“Porque num deixa de ser uma doença, né, um problema que a pessoa tá. Aí as pessoas (dizem que) fez isso de sem vergonha, é falta de peia [falta de palmada, de surra]”*. Laura: *“Se você diz que tá doente, eles dizem “não... é falta”, falta de alguma coisa, falta de sexo, ou porque tá com fraqueza”*.

A produção do estigma da loucura se deu historicamente, segundo Foucault²¹, como resultado de uma tecnologia de exclusão dos corpos na sociedade. Associada à doença mental, a partir do final do século XVIII, a loucura ficou sujeita a tratamentos fundados no isolamento e na segregação, fato que se perpetua até hoje, como podemos ver nos discursos acima e em muitas práticas em saúde.

Apesar dos estigmas gerarem desconforto, raiva e afastamento de muitas pessoas, outras se aproximaram de Laura, a partir de algumas identificações, às quais Goffman²⁸ se refere como processo identificatório entre os estigmatizados.

Amigo(a) 2: A gente ficou próxima depois que ela voltou. [...] Porque a gente tinha alguns traumas em comum, sabe? [...] a gente partilhava muito, sabe esse negócio de dor, de perdas, de medo, esse tipo de coisa. [...] eu também fiz tratamento psicológico [...]. [...] Eu tinha isso, eu tinha certeza que a única coisa que acabaria com a minha dor seria a morte [...].

Com o passar do tempo, Laura foi aprendendo a lidar com essa nova configuração de vida. Retornou às suas atividades no mar, para fortalecimento dos músculos e relaxamento; passou a praticar uma nova religião; iniciou um relacionamento que culminou com uma gestação (interrompida espontaneamente após um mês); adquiriu uma renda extra alugando sua casa para temporada; dentre outros movimentos que a deslocaram de um lugar de tristeza e dependência para outro de autonomia e (co)responsabilização.

É difícil saber em que medida os atendimentos realizados na APS, mais especificamente pelos profissionais da Residência Multiprofissional, no caso, psicologia e fisioterapia, impactaram nesse processo de reconstrução da nossa usuária-guia. Porém, a colaboração interprofissional tem sido apontada como um recurso importante para uma atenção à saúde mais abrangente, um cuidado integral e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas²⁹.

Entretanto, não foi sem críticas que esse processo de transformação de Laura aconteceu, como pode ser sentido no seguinte relato: Familiar: *“Dela aqui [Laura] falam demais. “Como é que uma pessoa numa cadeira de rodas pode arrumar homem?”. Quer ver aquela pessoa depressiva lá”*.

Foucault¹⁹ aponta que alguns dispositivos de biopoder foram se constituindo ao longo das épocas, com vistas à normalização dos indivíduos e destes no interior de uma população. Da exclusão dos corpos e de mecanismos disciplinares a tecnologias biopolíticas (regulação da vida por meio do controle de natalidade, mortalidade, epidemias etc.), percebe-se que esses dispositivos estão vivos nesse território existencial quando: profissionais da saúde tentam controlar a possibilidade de Laura engravidar novamente; atuam para que não falte a medicação psicotrópica; a comunidade a chama de louca e desconsidera seu discurso; ou quando a

pesquisadora e outros profissionais de saúde se surpreendem com o novo relacionamento amoroso de Laura.

Contudo, nesse momento, a rede de apoio da nossa usuária-guia estava mais estruturada e o cuidado se fez presente, formando linhas de fuga nesse plano coletivo de forças. A percepção de Laura sobre si, sobre o outro e sobre a vida foi se transformando, o que fortaleceu sua reconstrução.

RESSIGNIFICANDO O SUICÍDIO: A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Se o suicídio era considerado uma fraqueza no início das conversas nesse território existencial, ao final, esse fenômeno adquiriu novas perspectivas.

Profissional de saúde 1: talvez num tenha só a ver com problema psicológico não, às vezes é a história de vida, também, a pessoa é acostumada a viver sempre daquela forma, aí muda alguma coisa, acontece algum problema que foge daquilo, aí ela diz "e agora, num sei resolver" e aí tenta [suicídio].

Pesquisadora: "E o que você acha que tem aqui na comunidade [...] que pode influenciar uma pessoa a tentar suicídio?". Profissional de saúde 2: "As pessoas não aceitam a pessoa do jeito que é".

A cartografia, enquanto pesquisa-intervenção, tem como sentido intervir sobre uma realidade, ampliando seu grau de abertura ao novo³⁰. Nota-se que outros caminhos foram traçados para a conceitualização do suicídio. Avaliar se é certo ou errado não é o ponto, mas importa destacar que, como o rizoma, as pessoas foram construindo novos sentidos, sem começos e fins, sempre no meio de infinitas possibilidades¹³.

O cuidado em saúde também se modifica quando a percepção sobre o suicídio se amplia. Em um primeiro momento, contudo, o que se destaca na fala de alguns profissionais de saúde é a inabilidade e o despreparo em lidar com esse fenômeno, fato que corrobora com a revisão sistemática de Ferreira *et al.*³¹, abordando o comportamento suicida na APS. A pesquisa revela a dificuldade dos profissionais de saúde na prevenção ao suicídio, seja devido à sobrecarga de trabalho, à falta de capacitação profissional e/ou à carência/ausência de políticas públicas, programas e incentivos locais de prevenção desse fenômeno: Profissional de saúde 1: "Sensível eu acho que a gente tá [para lidar com quem tenta suicídio], talvez a gente num esteja preparado, assim, preparado tecnicamente, nem psicologicamente pra lidar".

Contudo, apesar dessa inabilidade, percebe-se também que algumas ações em saúde têm feito a diferença no cuidado à comunidade, têm marcado novos pontos de conexão nessa rede, como a divulgação dos serviços de apoio, as campanhas de prevenção ao suicídio e o ato de falar sobre a temática. É importante ressaltar que essa cartografia não influenciou o início dessas atividades pelos profissionais, mas pode ter aberto novas perspectivas para a continuidade dessa práxis.

Profissional de saúde 1: "Nos grupos que a gente faz no setembro [amarelo] [...] as palestras e os encontros na escola e no posto... [...] e no final da reunião teve gente que chegou pra conversar [...]. E que às vezes você num imagina, né. A pessoa nunca se sentiu à vontade pra lhe contar e você tocando no assunto, a pessoa se sente..."

Amigo(a) 2: "Por isso que é tão bom a divulgação, essas coisas de você explicar pras pessoas, de você dar apoio às pessoas. Porque eu acho que muita gente, pelo menos, no meu caso, o acompanhamento que eu fiz [...] foi muito importante, você ter com quem desabafar, com quem dividir a dor".

De acordo com a ideia deleuziana de multiplicidade, importa trazer para o campo do cuidado as singularidades do sujeito e suas potencialidades existenciais, ou seja, suas multiplicidades²⁴. Um dos pontos críticos dos processos de produção de cuidado em saúde, como apontam Merhy *et al.*²⁴, é "a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos

e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas”.

Dessa forma, percebe-se que Laura não é apenas a pessoa que tentou suicídio, ela é mulher, filha, mãe, amiga, apreciadora do mar, que tem um sorriso largo e uma risada gostosa, dentre tantas outras possibilidades.

Nessa tessitura de relações, vale destacar ainda que, em todas as conversas partilhadas durante a produção desses dados, a rede de apoio, seja comunitária, familiar ou institucional, foi o principal fator de proteção, mas também de risco para o suicídio. A mesma rede que suporta, deixa também sucumbir, não protegendo: Laura: *“Porque quando a gente tá numa situação dessa, a gente precisa muito de apoio dos familiares. E eu não achei essa força nele [esposo]. Não achei”*. Amigo(a) 2: *“Pra mim é o desespero, é a falta de apoio. Você viver, tipo uma pessoa que vive numa casa sozinha, [...] abandonada, que num tem com quem converse, que num tem com quem divida a dor, é muito mais fácil a pessoa fazer [o suicídio]...”*

A partir do que foi exposto, nota-se não apenas a existência de ações pontuais para a prevenção do suicídio no âmbito da saúde, mas também a ausência de programas permanentes e intersetoriais no município. A falta de preparo dos profissionais de saúde e da própria comunidade em lidar com esse fenômeno também chama a atenção e sinaliza para a importância da coprodução do cuidado e da construção de espaços de amparo às pessoas que estão direta e indiretamente envolvidas no contexto do suicídio.

Apesar das limitações nessa rede de suporte, Laura inaugura outras possibilidades de cuidado, expande-se, metamorfoseia-se: Laura: *“As pessoas já me olham com olhar de coitadinha. Mas também tem outras pessoas. Tem pessoas, assim, [...] que me elogiam, que vê assim que eu sou uma mulher forte, assim, uma mulher que conseguiu se superar, que tem facilidade de superar rápido”*. Amigo(a) 2: *“Antes, [...] ela era muito assim, muito alegre. E depois do acidente ela teve esse período dela de luto, né, depois das perdas dela e agora que ela tá renascendo de novo, voltando a ser quem ela era antes, pelo menos em alegria, porque andar, em relação aos filhos ainda é um... problema muito grande”*.

De uma mulher extrovertida, alegre e transgressora, parece que Laura foi tecendo também a mulher batalhadora e desejante de vida. Nessa construção, mesmo insatisfeita com suas limitações e impotências, Laura vai se refazendo: Laura: *“[eu aprendi que] se você não se amar, se você não tem sua fortaleza, né, se você esperar isso do outro, você vai sofrer demais, demais, porque nunca o outro vai poder dar isso a você, tá entendendo?”*

Como no fluxo das marés, a vida de Laura recuou e avançou, formando ondas que a derrubaram, mas também tempos de calma. Avançando por mares profundos, descobrimos segredos escondidos e resgatamos afetos perdidos; ela se reconstruiu. E o mais importante é que ela continua a navegar, criando rotas alternativas e desbravando novos lugares, sabendo onde aportar, quando necessário, e aberta a compartilhar com outros navegantes essa viagem que é a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos traçados dessa cartografia, a partir da tentativa de suicídio de Laura, outros caminhos se entrelaçaram, colocando em evidência temas como estigma, feminino, rede de apoio e produção de cuidado. Desvelou-se ainda que os caminhos trilhados pela nossa usuária-guia formaram seu território existencial, nesse indissociável processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. Em busca de cuidado e de sua reconstrução subjetiva, Laura encontrou nos vários pontos de sua rede social (família, amigos, setor saúde, comunidade) sua maior proteção, mas também sua maior vulnerabilidade.

Considerando o despreparo dos profissionais de saúde e da própria comunidade em lidar com o suicídio, aposta-se em programas permanentes e intersetoriais de prevenção, capacitação e amparo às pessoas envolvidas nesse contexto, como forma de cuidado, além de práticas interprofissionais, principalmente na APS, que é porta de entrada para a atenção à saúde. Tendo como base o vínculo e a singularização dos sujeitos, investir nas redes sociais e institucionais de apoio poderia indicar um caminho de criativas possibilidades de suporte e de vida.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2002.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: World Health Organization; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Bol Epidemiol. 2017;48(30).
4. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciên Saúde Colet. 2017;22(9):2841-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
5. Silva RM, Sousa GS, Vieira LJS, Caldas JMP, Minayo MCS. Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil. Rev Bras Enferm. 2018;71(Supl. 2):755-62. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>
6. Minayo MCS, Figueiredo AEB, Mangas RMN. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. Physis. 2017;27(4):981-1002. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400007>
7. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LJS, Sousa GS, Cavalcanti AMTS, et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. Ciên Saúde Colet. 2015;20(6):1703-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>
8. Cavalcante FG, Minayo MCS. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. Ciên Saúde Colet. 2015;20(6):1655-66. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. Int J Cognit Ther. 2015;8(2):114-29. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
11. Rocha MAS, Boris GDJB, Moreira V. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. Rev Abordagem Gestalt. 2012;18(1):69-78.
12. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L (Eds.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 17-31.
13. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: 34; 1995. v. 1.
14. Amorim AKMA, Severo AKS, Romagnol RC. Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. Physis. 2015;25(2):657-78. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200017>
15. Vieira SS, Neves CAB. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. Fractal Rev Psicol. 2017;29(1):24-33. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>
16. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015.
17. Passos E, Benevides R. Por uma política da narratividade. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L (Eds.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 150-71.
18. Brito M, Chaves S. ...Cartografia... uma política de escrita. Rev Polis Psique. 2017;7(1):167-80.
19. Foucault M. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes; 2003.
20. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
21. Foucault M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva; 2014.
22. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
23. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
24. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Jorge MSB, Carvalho MRR, Merhy EE, Franco TB, Cabral MPG (Eds.). Práticas, potencialidade e desafios na produção do cuidado em saúde: cartografia nos territórios da rede cegonha e rede oncológica. Ananindeua: Itacaiúnas; 2016. p. 30-60.
25. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 10ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
26. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface. 2019;23:e170627. <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica/Saúde Mental, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
28. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2017.
29. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3; 2010.
30. Passos E, Eirado A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L (Eds.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 109-30.
31. Ferreira ML, Vargas MAO, Rodrigues J, Trentin M, Brehmer LCF, Lino MM. Comportamento suicida e Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2018;9(4):50-4.