

MODELO DE REAÇÃO FAMILIAR AO SUICÍDIO*

MODEL OF FAMILIAR REACTION TO SUICIDE

MODELO DE REACCIÓN FAMILIAR AL SUICIDIO

*Nei Ricardo de Souza****José Miguel Rasia****

* Artigo extraído da dissertação *Sobrevivendo ao Suicídio: estudo sociológico com familiares de suicidas em Curitiba*. Mestrado em Sociologia, UFPR, 2005.

** Mestre em Sociologia, Especialista em Saúde da Família, Psicólogo do Caps ad Centro Vida – Curitiba, Psicólogo Clínico

*** Orientador da referida dissertação, Departamento de Sociologia, UFPR.

RESUMO. Este artigo é uma contribuição ao estudo do suicídio. Seu objetivo é compreender como familiares de pessoas suicidas lidam com a situação de terem perdido um parente que tirou a própria vida. Respeitados os aspectos éticos, a metodologia utilizada foi a entrevista não-diretiva com 14 destes familiares, sendo possível reconstruir a experiência pela qual passaram. O resultado deste estudo foi a proposição de um modelo que descreve a reação de familiares ao suicídio de um de seus membros.

PALAVRAS-CHAVE: família; sociologia da saúde; suicídio.

ABSTRACT. This paper is a contribution to the study of the suicide. Its objective is to understand how suicides' relatives deal with the situation to have lost a relative who took off his proper life. The applied methodology was a non-directive interview with 14 of these familiar ones, being possible to reconstruct the experience for which had passed. The result of this study was the proposal of a model that describes the reaction of familiar to the suicide of one of its members. Word-key: Family, Sociology of the Health, Suicide.

KEYWORDS: family; health sociology; suicide.

RESUMEN. Este artículo es una contribución al estudio sobre el suicidio y tiene como objetivo comprender como los familiares de personas suicidas conviven con el hecho de haber perdido un familiar que se quitó la propia vida. Siendo respetados los aspectos éticos, la metodología usada fue la entrevista no directiva con 14 de estés familiares. Fue posible reconstruir la experiencia por la que pasaron y el resultado obtenido, fue la propuesta de un modelo que describa la reacción de familiares al suicidio de uno de sus miembros.

PALABRAS-CLAVE: familia; sociología de la familia; suicidio.

Recebido em: 27/01/2006
Aceito em: 03/03/2006

Ney Ricardo de Souza
Centro Clínico Ferreira
Rua Brasílio Itiberê, 3963 - Água Verde
CEP 80240-060 - Curitiba - PR
E-mail: nrsouza@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O suicídio sempre foi foco de atenção da área da saúde. Este tema é considerado relevante, devido ao fato de ser uma das formas de violência contemporânea¹. Juntamente com homicídios e acidentes de trânsito, é um dos fatores para compreender a tendência autodestrutiva da sociedade. Em Curitiba, no ano de 2003, ocorreram 88 casos, segundo as Declarações de Óbito da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), o que resulta numa taxa de 5,2 casos a cada 100.000 habitantes.

O suicídio aparece como a resultante de um processo psíquico. Na realidade ele pode ser aproximado de um homicídio transposto: o eu é identificado a um objeto sobre o qual incidiriam impulsos agressivos; quando o indivíduo tira a própria vida está na realidade aniquilando o objeto em questão². Contudo, já na análise do caso Dora, Freud² interpreta o fato desta paciente ter escrito um bilhete que foi posteriormente encontrado por seus pais como uma tentativa de provocar um efeito na família, principalmente afastar o pai de um caso amoroso extraconjugal. Isso é apenas um exemplo de que, embora o suicídio incida sobre o próprio indivíduo, ele também está inserido em um contexto mais amplo.

Dentro da família se desenvolvem três complexos: desmame, intrusão e Édipo³. Eles podem deixar marcas no indivíduo e, neste sentido, o suicídio corresponde a tendências regressivas que poderiam ser atuadas em função destas marcas por aquele que investe contra a própria vida.

Por outro lado, para a determinação do ato suicida convergem inúmeros fatores: "Evidentemente, o ato suicida exitoso se constitui no evento final de uma complexa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo. Por isso não podemos referir-nos à 'causas' de um determinado suicídio"⁴.

"O risco de implementar um comportamento suicida ocorre como resultado do desenvolvimento de um processo que leva o indivíduo ao sofrimento psicológico, no qual ele não consegue ver outra saída para se livrar da dor"⁵. Mais adiante, autoras

comentam o papel da família na terapêutica do indivíduo suicida, pois o conhecimento da dinâmica e do desenvolvimento familiar é considerado requisito essencial para um tratamento bem sucedido.

Dentro do referencial sociológico, o papel da família é analisado sob dois aspectos: primeiro, considera-se que a família representa um fator de proteção à morte voluntária e esta proteção é tanto maior quanto maior o número de elementos que a compõem⁶. Segundo, em se tratando de casos de suicídio já ocorridos há uma "regularidade deplorável" de ocorrências no seio de uma mesma família. Assim, a família pode tanto proteger contra o suicídio quanto contribuir para que ocorra.

Esses autores ocupam-se principalmente do ato suicida e do suicídio em si. Mesmo quando abordam a família, o fazem levando em conta quais os efeitos que ela exerce na determinação de tal conduta. Dentre eles, quem se ocupa de aspectos relativos à reação familiar propriamente dita é Cassorla⁴, ao apontar um fenômeno que lhe é típico: as reações de aniversário. Elas implicam o eclodir de uma perturbação em parentes do morto próximo ao aniversário da morte ou quando se completa a idade em que ele morreu.

A pesquisa desenvolvida na dissertação que serviu de base para este artigo se ocupa prioritariamente da família dos suicidas e tem por objetivo compreender como os familiares de suicidas lidam com a situação de terem perdido um parente que tirou a própria vida. Para isso a análise sociológica de alguns casos foi empreendida.

Aqui a família é compreendida de duas formas: primeiro, no sentido domiciliar, ou seja, ela é composta pelas pessoas que residem juntas numa mesma casa ou no mesmo terreno, que agrupa várias casas. Segundo, a família é uma configuração:

Por configuração entendemos o padrão mutável criado pelo conjunto de jogadores – não só pelos seus intelectos mas pelo que eles são no seu todo, a totalidade das suas ações nas relações que sustentam uns com os outros. Podemos ver que essa configuração forma um entrancado flexível de tensões^{7:41}.

Desta maneira, o suicídio, ou as tentativas, se inserem no rol das inter-relações familiares e se constituem em elemento que promove alguma espécie de interação. O indivíduo que tenta matar-se pode estar querendo comunicar algo sem usar palavras; e o indivíduo que efetivamente se mata pode estar querendo resolver um problema do único modo que considera possível.

TRATAMENTO METODOLÓGICO

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e da SMS. Obtive, junto a esta última, cópias das Declarações de Óbito (DO) dos casos de suicídio ocorridos no ano de 2003. Após localizar o endereço de cada caso em um mapa, fui até o local e expus os objetivos da visita para a pessoa que me atendia. Caso ela concordasse, a entrevista era realizada naquele mesmo momento; apenas uma família preferiu marcar para outra ocasião. Do total de 35 familiares procurados, 14 consentiram em ser entrevistados, 18 não foram localizados ou por não estarem em casa no momento da visita ou por não residirem mais no endereço constante na DO e 3 se recusaram a participar do estudo.

A abordagem inicial era sempre a mesma: apresentação pessoal, breve descrição da pesquisa e convite à participação. Apresentava-me como funcionário da Prefeitura Municipal. Confirmava o nome e o endereço do morto e a relação de parentesco com o familiar. Confirmava a *causa mortis* e explicava que estava realizando uma pesquisa para conhecer melhor a situação e subsidiar ações de prevenção. Perguntava, enfim, se seria possível conversarmos à respeito. As vezes era prontamente acolhido, outras, a pessoa buscava maiores esclarecimentos, aos quais eu respondia. Comentava o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo a Resolução 196/96, tendo obtido o consentimento, iniciava a entrevista. A pergunta chave a partir da qual o diálogo se desencadeava era: *Que foi que aconteceu?*

O estudo é orientado qualitativamente. A meta deste tipo de estudo consiste em procurar, ao contato das pessoas envolvidas na situação ou no acontecimento pesquisado, um conhecimento não conceitualizado ou não categorizado que seja relativo à experiência vivida. O conhecimento é obtido no plano da intersubjetividade pesquisador/pesquisado e pretende restituir a representação ou o ponto de vista do indivíduo-ator de sua situação⁸.

A entrevista utilizada foi do tipo não-diretivo. Sua escolha recai na familiaridade que tenho com este tipo de técnica e também porque ela é utilizada quando não se visa obter unicamente dados objetivos quantificáveis. Para o estudo qualitativo é necessário um instrumento que não cerceie o campo pesquisado; pelo contrário, que permita a emergência do maior número possível de dados. A entrevista não-diretiva se presta a isto.

As entrevistas realizadas aproximam-se de uma entrevista psicanalítica, embora somente na forma, pois não é objetivo deste trabalho fazer psicanálise, mas sim colher dados de certa profundidade e não somente opiniões breves. Este procedimento foi adotado por estar em concordância com Michellat⁹, segundo o qual atinge-se o que é sociológico, cultural, passando pelo que há “de mais psicológico, de mais individual, de mais afetivo”. O transcorrer de uma entrevista psicanalítica orienta-se por dois princípios. O primeiro é a manutenção, por parte do entrevistador, de uma atenção uniformemente flutuante, que procura não se ater a nenhum ponto em especial, acolhendo igualmente todas as informações recebidas. O segundo é a associação livre de idéias, que consiste em deixar o entrevistado falar livremente sobre o que lhe ocorre à mente, com o curso do pensamento conduzido pelo próprio encadeamento de idéias².

Outro aspecto igualmente importante da técnica psicanalítica é ouvir mesmo aquilo que não é dito. A atenção ao ato-falho, à pausa e ao próprio modo pelo qual uma mensagem é enunciada é fonte de dados tão importante quanto a informação verbal em si. Estes elementos também comunicam algo, que vai ser compreendido no contexto geral da entrevista.

Mas a informação que não é dita passa necessariamente pela interpretação do receptor. Este procedimento será adotado, lembrando que a interpretação do que não é expressamente dito se faz por meio de hipóteses que são confirmadas ao longo do discurso do próprio informante, que pode apresentar contradições, silêncios ou falhas. A análise posterior do material, com a conseqüente impregnação do conteúdo, permite efetuar interpretações confiáveis. O uso da escuta psicanalítica como instrumento de análise sociológica já foi estabelecido por Rasia¹⁰.

O número de entrevistas com cada sujeito não estava previamente definido, tanto que no TCLE consta a possibilidade de ser realizada mais que uma. Na prática, todavia, uma entrevista se mostrou suficiente para subsidiar a análise pretendida.

O objetivo de cada encontro era conseguir reconstruir, em linhas gerais, a situação do suicídio e como a família enfrentou a situação imediatamente após o ocorrido e ao longo deste período de tempo de cerca de dois anos. O tempo de cada entrevista variou entre 40 min e 1h30min, sendo o mais comum situar-se ao redor de 50 minutos. Este foi o tempo que cada informante despendeu para fornecer um relato que englobasse os diferentes aspectos da experiência vivenciada. Dependeu, em última instância, da capacidade de ele se comunicar, de seu grau de concisão ou dispersão de idéias e do quanto a situação traumática já havia sido elaborada em sua própria mente.

A REAÇÃO FAMILIAR E O MODELO PROPOSTO

Pensando na reação familiar, em termos amplos, é possível estabelecer três intervalos de tempo: os antecedentes ao suicídio, o momento do suicídio e o período posterior. As entrevistas com familiares não tiveram outra meta que não fosse reconstruir a vivência das famílias no decorrer destas etapas.

A apresentação das informações principiou pelo momento do suicídio, que denominei de enfrentamento da situação, e que diz respeito a como

a família se mobilizou para dar conta do acontecido. Embora os suicidas tenham cometido o ato de forma consciente, conforme pode ser depreendido dos depoimentos colhidos, o familiar procurou afastar a responsabilidade do suicida. Para isso concorrem três aspectos: influência da religião, atenuação da implicação da própria família que pode ver no suicídio um produto do próprio grupamento e o desafio que esta morte representa para a própria realidade, que se espera seja conhecida. Existe uma expectativa de que a realidade tenha sentido e seja coerente¹¹. A morte de um parente por suicídio desafia esta coerência. Trata-se de um fato atípico, ou seja, um fato que ainda não está sedimentado nas tipificações do acervo subjetivo de conhecimento vigente¹².

Os antecedentes ao suicídio se caracterizam por um movimento da família em atribuir ao suicida alguma espécie de problema que justifique o ato. Sobre ele pesa o estigma, ou seja, uma identidade deteriorada, que não satisfaz as expectativas sociais, às quais deveria corresponder¹³. A adoção da família como foco do estudo e sua compreensão como uma configuração visa justamente opor-se ao reducionismo de compreender o suicídio como manifestação de caráter apenas individual.

Tendo sido estigmatizado o suicida, a medida adotada pela família é então procurar curá-lo. Para isso o tratamento médico e de áreas afins é empreendido; porém, na percepção do familiar, há pouca efetividade nesta ação. O próprio suicida se recusa ao tratamento, negando que necessite de qualquer espécie de auxílio.

Outro modo de tratar o suicida é o enfoque religioso, que acaba por colocá-lo como vítima de um poder maior. Chama a atenção que, se o tratamento médico falha, a tendência é culpar os profissionais que o ministram. Por outro lado, se o “tratamento” religioso falha não se culpam os atores envolvidos, simplesmente atribui-se a falha a uma influência negativa maior, personificada pelo diabo. Isso corrobora a idéia de que a religião é um sistema de representação social superior à ciência¹⁴.

O período posterior ao suicídio engloba o intervalo de tempo que vai desde a morte do parente até cerca de dois anos após, parâmetro adotado nesta pesquisa. Aqui o que procuro investigar são as consequências do suicídio para a família e as estratégias que cada grupo utiliza para assegurar o convívio com o fato. Do ponto de vista das configurações, a morte de um familiar representa uma alteração configuracional ou, ainda, uma desconfiguração. A ausência de um parente deixa valências abertas, que podem persistir para todo o sempre⁷. Também podemos compreender este processo, fazendo referência à noção de outro significativo. A realidade em que o indivíduo vive é marcada pela relação com os outros significativos, que “são os principais agentes da conservação de sua realidade subjetiva”¹¹. É no relacionamento com estes outros que o indivíduo se define e se confirma continuamente e aí se estabelece a alteridade. Na ausência deste outro surge uma falta, que é sentida individual e configuracionalmente. Perder um parente faz falta no aspecto individual, porque é relação que se interrompe, vínculo que se desfaz, mostrando o próprio aspecto social da subjetividade. Estas perdas são comumente relatadas como *perder um pedaço de si*, ou seja, o outro faz parte de minha própria subjetividade. Dito de outra forma, os outros habitam dentro de mim, comigo; ou ainda, eu sou eu mais os outros. Em processo de perda, um dos efeitos mais comuns é o familiar imergir em sua subjetividade e comprometer a alteridade. É em sentido análogo que Ricoeur¹⁵ postula que, diante do sofrimento, uma das primeiras reações é o isolamento, que nos afasta do outro e faz projetarmos sobre ele a causa de nossos males. Aqui não é possível deixar de fazer menção à idéia de luto, conforme ensina a Psicanálise: trabalho que visa ao desligamento de um objeto perdido e posterior preenchimento do vazio deixado¹⁶.

A morte por suicídio é provavelmente mais difícil de ser aceita, tanto que não é raro a fala dos familiares conter elementos de dúvida sobre se houve realmente suicídio. Ela não se encaixa no conceito

de boa morte, ou seja, aquela que se seguiu a uma boa vida¹⁷. O suicídio implica necessariamente a percepção de que havia algum problema na vida do morto, pelo menos do ponto de vista do familiar. Contudo convém fazer uma ressalva que em outras épocas o suicídio não tinha sempre esta conotação. Diversas obras relacionam aspectos históricos do suicídio e mostram que sua inserção na sociedade chegava mesmo a ser regra^{6;18;19;20;21}. Na atualidade, ele tem esta conotação negativa, o que leva a família a se sentir culpada por não ter conseguido evitar o ocorrido. Esta culpa desencadeia no grupamento familiar um sentimento de perseguição, pois como foi possível perceber no trabalho de campo²², sentir-se culpado é antecipar uma punição imaginária, idéia esta concordante com Freud². Novamente surge o estigma¹³, mas desta vez ele recai sobre a família, que passa a se ver como desacreditada e estabelece estratégias para se proteger, dentre as quais o sigilo a respeito do morto é a mais usual.

A família, via de regra, fica presa no instante do suicídio. “O instante, é preciso sublinhar, é outra coisa que o presente [...] ele não é mais que a interrupção do tempo, ruptura da duração; é por aí que todas as conexões narrativas se encontram adulteradas”^{15;20}.

O instante, na concepção de Ricoeur, é fundamentalmente descontinuidade, pois ele adquire relevo em relação aos demais aspectos da experiência. Uma imagem que serve para ilustrá-lo é sua aproximação para primeiro plano, como se estivesse sob efeito de um zoom. Creio poder acrescentar a esta idéia outro atributo do instante: a fixação, se bem que ela não se produza obrigatoriamente. Mas, no caso do suicídio, ela se produz; a cena da morte do familiar ficou impressa na memória de quem o encontrou. A morte como um todo e o suicídio principalmente desafiam a idéia de recuperabilidade preconizada por Schutz mantém Luckmann. O mundo traz a expectativa de ser possível rever constantemente o que já nos é familiar. É possível se referir a isso como a capacidade de recuperar experiências. O que já fiz, vi, ou vivi continua

ao meu alcance e para isso: "...sei que devo levar a cabo somente tais ou quais movimentos, tomar tais ou quais medidas, pôr de novo este setor ao meu alcance efetivo [...] As experiências sedimentadas no meu acervo de conhecimento dão conta das acumulações empíricas de recuperabilidade" ^{12:56}. E esta incapacidade de voltar a ser como antes também aparece em Canguilhem²³. Para ele, o senso de normalidade está ligado à conservação de aspectos da história pregressa. No caso, se um membro da família morre, altera o esquema por meio do qual a família se define; neste caso ela pode ver-se como anormal.

Existe também um ponto a ser comentado sobre a configuração familiar, no que tange às relações dela com as demais configurações, incluindo aquelas situadas num nível superior. Com este nível quero significar algo análogo ao que Elias⁷ toma para o jogo: níveis superiores implicam maior número e maior complexidade nas interações. Da mesma forma, níveis superiores de configurações, com relação à família, dizem respeito às configurações como vizinhança, bairro, grupos sociais diversos. Com efeito, a configuração familiar como um todo também apresenta valências que são preenchidas por meio das outras configurações com as quais é possível manter relação. Mas esta rede geral sofre abalos após o suicídio. Mudam as relações possíveis, e mesmo as desejáveis. Sob a imposição da morte e da impossibilidade de recuperar algumas relações, a configuração familiar reage restringindo o contato com as outras configurações que lhe eram habituais.

MODELO DE REAÇÃO FAMILIAR

De posse da análise da vivência familiar acerca do suicídio, é possível estabelecer aqui um modelo para a reação familiar. Ele se propõe unicamente a facilitar a análise do processo familiar após a perda de um membro por suicídio. Seu objetivo não é contemplar todas as manifestações possíveis nem pretender ser exaustivo. É retrato elaborado a partir dos dados colhidos, em seu aspecto mais essencial.

O modo de reação típico dos familiares de suicidas pode ser descrito em três etapas, 1. Negação/Não-saber; 2. Insegurança/Inconsistência; e 3. Desamparo/Dúvida.

NEGAÇÃO/NÃO-SABER

Antes do suicídio ser cometido ou tentado, as famílias não se encontram propriamente envolvidas na problemática, se for a primeira vez que se deparam com ela. Por um lado, podem negar**** a possibilidade de que o suicida possa matar-se, considerando eventuais ameaças como vazias de sentido, ou desvalorizando queixas, ou ainda apresentando uma recusa inconsciente em ver estes aspectos. A irmã de uma suicida é quem fornece a fala mais significativa: ninguém esperava isso! Detalhe, a vítima já teve duas internações anteriores por tentativas de suicídio, sua irmã já tinha cometido uma tentativa e estava em tratamento psiquiátrico. Dois anos antes, o irmão tirou a própria vida.

Por outro lado, podem realmente não conhecer os planos do suicida. A mãe de um suicida comentou que o filho disse para ela que achava que ia morrer. Ela nunca poderia imaginar o que estava por detrás desta fala, nunca lhe passou pela cabeça qualquer sugestão ao suicídio.

Via de regra este estado perdura até que uma de três situações ocorra: primeira tentativa, suicídio efetivo ou sinais indicativos de intenção suicida que sejam de fato percebidos, pois nem todos o são, seja pela negação do familiar ou pela dificuldade de associação com a intenção da morte auto-infligida. Esta mesma mãe serve de exemplo: só depois é que eu fui entender por que ele falou aquilo.

INSEGURANÇA/INCONSISTÊNCIA

No caso da tentativa ou da percepção do sinal, a reação familiar se encontra na segunda etapa,

**** A negação foi tomada no sentido psicanalítico: "processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos, até aí recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença." Ver (20).

caracterizada pela Insegurança/Inconsistência. A insegurança começa quando a família reconhece que o problema existe de verdade, mas não sabe como enfrentá-lo. Fica em dúvida como abordar o familiar e também que medidas deve tomar. Quando se trata de tentativa, é comum receber atenção médica e via de regra há orientação aos familiares, mas se resume a indicar que é necessário encaminhar a vítima para um psiquiatra. No caso da percepção de sinais, nem sempre o familiar tem disponibilidade para buscar orientações nem para comentar com outras pessoas. Também é preciso considerar que algumas famílias buscam os tratamentos que estão ao seu alcance; porém o suicida em potencial ora adere, ora não, a estas medidas terapêuticas. O que se destaca é que o sentimento de insegurança do familiar persiste mesmo assim. A madrasta de um suicida relata que a família vivia em permanente tensão por causa do enteado. Cada vez que ele saía de casa, todos se sentiam apreensivos. Quando aconteciam as tentativas, já pensavam que ele iria morrer mesmo. Os tratamentos eram providenciados, mas ele não comparecia em nenhum deles.

A Inconsistência é o outro aspecto desta segunda etapa e se apresenta usualmente quando há várias tentativas de suicídio. O agente destas tentativas percebe que desfruta de ganhos secundários em função de sua situação. A tentativa é realizada com sentido ou intenção manipulativa. O irmão de uma suicida comentou que o pai sempre fazia tudo o que ela queria, até mesmo providenciar sua alta hospitalar quando era internada.

Esta etapa pode ser prolongada, pode também apresentar uma tentativa, ou várias. Geralmente, o que determina a passagem para a etapa seguinte é o suicídio bem sucedido.

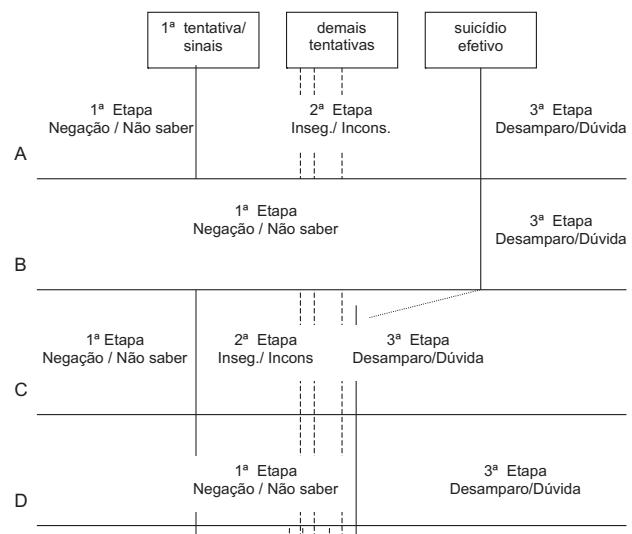
DESAMPARO/DÚVIDA

A terceira etapa se caracteriza pelo Desamparo/Dúvida e parece ser a mais geral das três. O desamparo ocorre na família após um de seus membros tirar a própria vida: os restantes são tomados por uma sensação de que nada mais vale a pena, principalmente quando são bem próximos ao

morto. Nesta etapa é que se encontrava a maioria dos familiares entrevistados. O estado de dúvida aparece em função do questionamento acerca dos motivos do suicida, o que acaba levando a um questionamento geral das condições de existência e da vida como um todo. Este estado tende a permanecer, se não for tratado de alguma maneira. O que se tem verificado é que poucas pessoas se preocupam com o tratamento. Quando isso ocorre limitam-se ao uso de sedativos, ou seja, há poucas possibilidades de elaboração da experiência.

No gráfico a seguir apresento algumas hipóteses sobre o modelo de reação familiar ao suicídio de um de seus membros.

FIGURA 1 - MODELO DE REAÇÃO FAMILIAR AO SUICÍDIO - NID, CURITIBA, 2005



FONTE: Dados de pesquisa.

Em função das letras iniciais escolhidas para denominar as etapas, proponho que este modelo seja chamado de **NID** (Negação-Insegurança-Desamparo), conforme esquematizado na figura acima.

Na situação A e B o modelo está representado como descrito. Mais duas variações são acrescentadas. Em C a hipótese é que se a família encurtar a 2ª etapa e recair na 3ª etapa (Desamparo/Dúvida) após algumas tentativas de suicídio, isso vai precipitar o sucesso do ato. Em D a hipótese é que permanecer na 1ª etapa a despeito da tentativa e/ou da percepção de sinais, também precipita o sucesso do ato. A

preocupação com a atenção ao suicida – que fique claro, nos casos que envolvem psicopatologia – norteia a formulação de outra hipótese adicional: é possível prevenir o ato bem sucedido, se for apresentada à família a informação adequada sobre o suicídio na transição da 1^a para a 2^a etapa, evitando que se instale a condição de insegurança/inconsistência. Uma última hipótese é que a viabilização de grupos de convivência para familiares de suicidas atenuaria o estado de desamparo/dúvida presente na 3^a etapa, dado que por mais que se estabeleçam relações com novas configurações e se mantenham as anteriores, não há espaço aí para compartilhar a experiência do suicídio em si.

O modelo NID também serve para comparações entre estudos que envolvem perdas na família. Foi realizada uma pesquisa com familiares de suicidas em Salvador, em 1980, aplicando questionários e observando estes familiares no IML e/ou no ambiente onde o suicida vivia²⁴. Dentre as constatações que apresenta, ele postula que “de modo geral observa-se que o grupo se reestrutura para defender-se da ameaça emergente que era representada justamente pelo indivíduo portador da tendência suicida.”^{25:185}. Segundo minhas observações, não me parece plenamente adequado dizer que o grupo se reestrutura, parecendo mais real que o grupo se desestrutura ou, no mínimo, que tem sua estrutura significativamente abalada. É a fase que corresponde à Insegurança/Inconsistência, quando a família não sabe como agir e abordar o problema, ou adota comportamentos desordenados, que cedem à manipulação do suicida.

Em seguida, comenta que “a predominância de uma atitude básica de indiferença diante da tentativa de suicídio, com a redução de intercâmbio com o paciente e a modificação desta atitude em face do suicídio, com a vivência de culpa e pânico, foram consideráveis”^{25:185}. Isso pode ser contrastado com os achados da presente pesquisa. Embora este autor tenha fornecido uma descrição que cobre alguns casos, não é correto presumir que exista sempre uma indiferença diante das tentativas. Com os

resultados de meu estudo, proponho um estado de Insegurança/Inconsistência que pode manifestar-se como indiferença ou não. Também não é possível afirmar que há redução do intercâmbio com o indivíduo que incide nas tentativas, pois ele pode ter como ganho secundário um acréscimo de atenção e contato dentro do grupo familiar. Quanto à culpa e ao pânico em face do suicídio, isto coincide com os achados deste estudo. É o que ocorre, ao adentrar na etapa de Desamparo/Dúvida.

Após essas considerações mais gerais, comenta-se quatro formas distintas de comportamento da família diante da tentativa e do suicídio, com as quais traço um paralelo²⁵. Um primeiro grupo assumiu uma atitude de apreensão vivenciando uma reação de pânico, procurando isolar o problema e resolvê-lo a curto prazo, sem, contudo assumir uma atitude reparadora no processo de reintegração do paciente. Diante da tentativa, este grupo procurou isolar de imediato o fato através da internação do paciente, afastando-o do ambiente familiar e deste modo livrando-se do contágio da ansiedade.

Este grupo age do modo típico, circunscrevendo o problema do suicídio ao próprio suicida, que necessita ser tratado. Na época recorria-se ao internamento, mas atualmente, após avaliação clínica, poder-se-ia optar por acompanhamento ambulatorial ou freqüência diária ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tem-se de considerar também a presença do fator dificultador, que é a baixa aderência por parte dos indivíduos que se submetem a eles. O autor afirma que o internamento afasta a ansiedade da família, o que de fato ocorre, uma vez que os parentes imaginam que o indivíduo está sob cuidados especializados integrais. Mas nas outras modalidades é preconizado justamente o contrário, isto é, maior envolvimento familiar no cuidado²⁶, o que contribui para o estabelecimento da etapa de Insegurança/Inconsistência, dado que o familiar não possui, conhecimento nem capacidade de manejar as situações que envolvem o suicídio.

O segundo grupo “assumiu uma postura depressiva, vivenciando culpa e propondo-se a

participar no processo terapêutico. Contudo esta atitude em face da tentativa é pouco duradoura, havendo retorno à situação anterior.”^{27:186} Aqui o autor descreve atitudes que se encaixam na etapa de Insegurança/Inconsistência, que revelam o comportamento desordenado do grupo familiar. Provavelmente, à medida que a tentativa se distancia no tempo, cai no esquecimento; a família logo pensa que está tudo em ordem de novo. Se uma situação de ganho secundário se vê ameaçada pela estabilidade familiar recuperada, nova tentativa pode ser empreendida.

O terceiro grupo “assumiu uma atitude basicamente de indiferença, procurando ignorar o perigo do suicídio. Neste caso não foi providenciado nenhum tipo de ajuda externa e a tentativa de suicídio não foi levada em consideração. O fato foi isolado no próprio ambiente familiar.”^{27:186} Esta reação é compatível com a 1^a etapa do modelo proposto, Negação/Não-saber. Faltou apenas o autor precisar se a indiferença era um mecanismo de defesa, uma negação, ou se decorria de realmente não conhecer o fato.

O quarto grupo “caracterizou-se por assumir uma postura predominantemente reparadora e compreensiva, dispondo-se mesmo a participar ativamente do processo de reintegração do paciente, diante da tentativa de suicídio.”^{27:186} No estudo é apontado que este grupo foi o menos frequente, mas também falta especificar melhor a situação. Pode-se supor que o grupo se mobilizou no sentido de auxiliar a vítima, mas o autor não deixa claro até que ponto isso ocorreu. O fato de ele ter colhido o dado junto ao IML tende a significar que houve óbito de qualquer forma. A despeito disso, o presente estudo englobou somente casos de suicídios efetivos e não foi constatado nenhum grupamento familiar que tenha conseguido empreender uma ação positiva no sentido de evitar a morte.

Pela comparação estabelecida, o estudo de Silva²⁷ pode ser lido através do modelo NID, se bem que haja algumas divergências nas conclusões. Mas, mesmo assim, o modelo se presta a descrever os

fatos registrados em outro estudo sobre o mesmo objeto, o que contribui para validá-lo.

Familiares envolvidos no atentado de um parente contra a própria vida também são objeto do estudo de Bellasalma e Oliveira²⁸. Elas entrevistaram membros de famílias de pessoas que cometeram tentativas de suicídio, notificadas ao Centro de Controle de Intoxicações (CCI) do Hospital Universitário Regional de Maringá – PR (HUM). Com um total de nove informantes, que responderam a um questionário que abrangeu aspectos como relacionamento familiar, círculo de amizades daquele que tentou o suicídio, lazer, violência e conflito na família, motivo alegado para a conduta suicida, sentimentos posteriores à tentativa, comunicação e alterações na família. Dentre estes, os três últimos interessam a este artigo mais imediatamente. Convém lembrar que, no modelo proposto, a tentativa de suicídio é o principal fator que modifica o tipo de reação familiar; neste sentido convém conhecer o que foi apontado pelas autoras em seu estudo com relação à reação dos familiares acerca da situação de tentativa suicida. “Perguntadas sobre os sentimentos experienciados logo após a ocorrência da tentativa de suicídio na família, sete familiares demonstraram algum tipo de sentimento em relação ao fato: preocupação, desorientação, sensação de haver fracassado, desespero, medo.”^{28:125} Dado que a fase de Insegurança/Inconsistência inicia com a primeira tentativa, o relato acima apresenta manifestações que são compatíveis com as reações esperadas nesta fase. Uma delas parece distanciar-se deste grupo: a sensação de haver fracassado, que estaria mais correlacionada à terceira etapa (Desamparo/Dúvida). Ao descrever o modelo, assumi que a transição da primeira para a terceira etapa, sem passar pela segunda, ocorreria no caso do suicídio efetivo, mas isso não impede que haja exceções e que, mesmo diante de uma tentativa suicida, a família reaja conforme a etapa de Desamparo/Dúvida. De qualquer forma, a maioria das reações tende a se expressar de modo conforme a segunda etapa, proposta no modelo deste estudo.

Outro aspecto investigado foi a existência de uma conversa posterior à tentativa suicida entre o ator dela e o familiar: Para a pergunta: 'você conversou com ele(a) após o acontecido?', seis respostas foram afirmativas, mas não percebemos que tenham encontrado solução para o problema alegado para o ato de suicídio. Das respostas negativas, três mostraram a existência de dificuldade no relacionamento, impedindo um diálogo entre a família²⁸.

Aqui é possível perceber que, mesmo havendo a intenção de estabelecer uma conversa para esclarecer a situação, esta não logra êxito na maioria dos casos. Na minoria deles, nem sequer esta conversa foi viabilizada. Ambas estas condições também são compatíveis com o esperado na etapa de Insegurança/Inconsistência: a família, abalada em suas referências, sente-se menos competente para lidar com o problema, o que se expressa na dificuldade mesma de falar sobre o ocorrido. A fala é um processo de simbolização que permite assimilar a experiência e que leva os atores à compreensão do que ocorre com eles nas circunstâncias específicas que lhes são contingentes²⁹.

As autoras Bellasalma e Oliveira²⁸ também questionam-se seus informantes a respeito de possíveis alterações familiares decorrentes dos eventos que envolvem a tentativa de auto-aniquilamento: "Com relação a alterações na família após a tentativa de suicídio, cinco entrevistados expressaram sentimentos e mudanças diante da atitude do familiar. Em cinco respostas houve o relato de sentimentos de mágoa e de culpa. Nas demais, houve a afirmativa de que não houve alteração." Desta afirmação é possível derivar duas observações: primeiro, a mágoa e a culpa são os sentimentos mais prováveis de ocorrerem na reação familiar, conforme foi amplamente debatido na dissertação que deu origem a este artigo. Estes sentimentos, por sua vez, estão presentes a partir da segunda etapa e se estendem pela terceira, podendo variar em conteúdo e intensidade. Segundo, os quatro entrevistados que alegam ausência de alteração

podem ser classificados no tipo de caso já comentado em que a tentativa suicida não efetua uma mudança de etapa – da Negação/Não saber para a Insegurança/Inconsistência – ou seja, é possível que estes familiares ainda estejam negando que um parente esteja tentando tirar a própria vida. Dentro do que foi estabelecido no modelo, hipoteticamente, a persistência nesta etapa traria como consequência a realização mais rápida do suicídio efetivo.

O estudo de Bellasalma e Oliveira confirma as noções trabalhadas no modelo NID²⁸.

CONCLUSÕES

Este artigo apresentou um modelo para a reação familiar à perda de um parente morto por suicídio e que foi elaborado a partir do material empírico obtido através de entrevistas com membros das famílias que passaram por este tipo de situação. A proposição de um modelo se deveu a regularidade dos conteúdos narrados, o que permitiu a categorização da experiência dos familiares nas três etapas já descritas. A comparação do modelo com outros estudos serviu para validar sua aplicabilidade.

A representação da reação familiar em um modelo auxilia a compreensão do fenômeno do suicídio e também de suas consequências no grupamento de origem do suicida. Tendo em mãos dados sobre a evolução típica destes casos, ações preventivas podem ser empreendidas, bem como estratégias de cuidado posterior a cada caso.

Na primeira e na segunda etapa a família necessita sobretudo de orientações sobre a conduta com o parente que tenta o suicídio ou que deixa transparecer sinais de suas intenções. Na terceira etapa, a necessidade premente é o suporte emocional. A família própria se mobiliza para isso, embora não seja regra geral. Pelo contrário, pode haver um retraimento, típico daqueles que sofrem suas dores em silêncio. Não obstante, os serviços de saúde podem promover ações de apoio dirigidas a este público-alvo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Minayo MCS. Autoviolência, objeto da sociologia e problema da saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1998; Rio de Janeiro; 2(14): 421-8, abr/jun.
- 2 Freud S. *Obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago editora; 1976.
- 3 Lacan J. *Complexos familiares na formação do indivíduo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
- 4 Cassorla RMS. *Suicídio e autodestruição humana*. In: Werlang BSG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 5 Werlang BSG, Macedo MMK, Kruger LL. *Perspectiva psicológica*. In: Werlang BSG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 6 Durkheim É. *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret; 2003
- 7 Elias N. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70; 1999. p.41.
- 8 Thiollent M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis; 1980.
- 9 Michelat G. *Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia*. In: Thiollent M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis; 1980.
- 10 Rasia JM. *A escuta como técnica de coleta de dados para a análise sociológica*. Departamento de Ciências Sociais, UFPR, Curitiba, mimeo; 1998.
- 11 Berger PL, Luckmann T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes; 1985.
- 12 Schutz A, Luckmann T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003. p.56.
- 13 Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1980.
- 14 Durkheim É. *As formas elementares da vida religiosa*. 1. ed. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril; 1973.
- 15 Ricoeur P. *La souffrance n'est pas la douleur*. Autrement. Paris, n. 142, fév; 1994. p.20.
- 16 Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. Santos: Livraria Martins Fontes; 1970.
- 17 Ariès P. *O homem diante da morte*. v. 2. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1982.
- 18 Dias ML. *O suicida e suas mensagens de adeus*. In: Cassorla RMS, coordenador *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus; 1991.
- 19 Alvarez A. *O deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Companhia da Letras; 1999.
- 20 Mauss M. *Ensaios de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva; 2001.
- 21 Werlang BSG, Asnis N. *Perspectiva histórico-religiosa*. In: Werlang BSG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 22 Ricoeur P. *Finitude et culpabilité: la symbolique du mal*. Paris: Aubier; 1960.
- 23 Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
- 24 Silva JAS. *Interações familiares na decisão do suicídio*. In: D'Assumpção EA, D'Assumpção GM, Bessa HA. *Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes; 1984.
- 25 Silva JAS. *Interações familiares na decisão do suicídio*. In: D'Assumpção EA, D'Assumpção GM, Bessa HA. *Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes; 1984. p. 185.
- 26 Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). *Protocolo integrado em saúde mental*; 2002.
- 27 Silva JAS. *Interações familiares na decisão do suicídio*. In: D'Assumpção EA, D'Assumpção GM, Bessa HA. *Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes; 1984. p. 186.
- 28 Bellasalma ACM, Oliveira MLF. *Família e tentativa de suicídio com agentes químicos: um estudo em Maringá (PR)*. In: Fam, saúde e desenv 2002. Curitiba: Depto Enfermagem UFPR; 4(2): 125-33.
- 29 Lacan J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.