



Faculdade de Ciências da Saúde- FACS
Curso de Psicologia

SUICÍDIO E FAMÍLIA: CONCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS

MARIANA PORTO DE OLIVEIRA CASTRO

BRASÍLIA
JUNHO/2005

MARIANA PORTO DE OLIVEIRA CASTRO

SUICÍDIO E FAMÍLIA: CONCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS E
PSIQUIATRAS

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia
do UniCEUB- Centro Universitário de
Brasília.

Professor-orientador: Fernando Rey

Brasília/DF, Junho de 2005

RESUMO

O suicídio é um tema que suscita diversas dúvidas. Em torno dessas dúvidas surgem mitos e idéias errôneas. Não se sabe, exatamente, as causas nem motivações que levam uma pessoa a tirar sua própria vida. Várias hipóteses são levantadas, porém, nenhuma delas pode ser generalizada, visto que, cada caso é diferente e que cada ser humano é díspar em sua existência. Alguns traços de personalidade, bem como, alguns tipos de comportamento ajudam a prever um possível ato de auto-extermínio, porém, é impossível fazer uma previsão através de testes psicológicos. O ato deixa muitas marcas, principalmente, no âmbito familiar. Os parentes podem se sentir culpados, fragilizados e não conseguir enfrentar nem aceitar o luto de maneira saudável, podendo, até mesmo, desenvolver ou desencadear algum tipo de distúrbio psicológico em consequência do ocorrido. É importante não menosprezar nem subestimar comentários de pessoas que demonstrem, por qualquer motivo ou momento da vida, intenções suicidas. Muitos morrem por não terem recebido a devida atenção ao seu pedido de ajuda.

Dedico esse trabalho à todas as famílias que sofrem ou já sofreram, em consequência de um suicídio.

AGRADECIMENTO

Agradeço às minhas colegas de classe de Monografia que me ajudaram bastante em todos os momentos e dúvidas; Agradeço ao meu Tio Ronaldo que me deu várias dicas e um enorme apoio; Aos meus pais que sempre contribuíram com minha formação acadêmica e auxiliaram em todos os aspectos de minha vida; Ao meu professor- orientador Fernando Rey e a todos os que cederam um tempo de seu dia para compartilhar comigo suas experiências profissionais. Um grande abraço!

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1 Problema | 2 |
| 1.2 Objetivos | 2 |
| 2. Capítulo I | 3 |
| 2.1 Histórico | 3 |
| 2.2 Definição | 3 |
| 2.3 Natureza e possíveis causas | 5 |
| 2.4 Casos Peculiares | 7 |
| 2.5 Família como fator de influência | 8 |
| 2.6 Fantasias inconscientes que sustentam ato suicidas | 10 |
| 2.7 Algumas abordagens sobre o suicídio | 12 |
| 2.8 Prognóstico de suicídio através de Testes Psicológicos | 14 |
| 2.9 Dados | 15 |
| 2.10 Previsão do suicídio | 17 |
| 2.11 Tratamento | 19 |
| 2.12 Impacto do suicídio | 21 |
| 2.13 Mitos | 21 |
| 3. Capítulo II | 24 |
| 3.1 O delineamento da pesquisa | 25 |
| 3.2 A construção da informação | 31 |
| 4. Capítulo III | 33 |
| 5. Considerações finais | 41 |
| 6. Referências Bibliográficas | 43 |
| 7. Apêndice | 44 |
| 7.1 Entrevista 1 | |
| 7.2 Entrevista 2 | |
| 7.3 Entrevista 3 | |
| 8. Anexos | 50 |

1.Introdução

O interesse pelo tema Suicídio surgiu há muito tempo atrás quando eu possuía apenas 14 anos e acompanhei o percurso do suicídio de uma pessoa conhecida. O caso ocorreu com uma menina de 16 anos que, aparentemente, não possuía nenhum problema físico, mental, psicológico, enfim, em nenhum aspecto de sua vida. Era rica, saudável, bonita, inteligente, tinha uma família muito boa, amigos, namorado e um dia, sem qualquer explicação, se matou. Relatos a respeito do caso, dizem que a menina uma semana antes de cometer o ato contra sua vida, estava no cinema com suas amigas e no final do filme, quando todos se levantavam para ir embora avistaram-na sentada no chão com a cabeça encostada no banco do cinema. Aparentemente, estava adormecida ou desmaiada. Suas amigas estavam sentadas ao seu redor conversando algo com ela. Quatro dias depois de tal episódio tenta o suicídio tomando metade de um vidro de remédio, porém, sua tentativa foi frustrada, visto que parentes chegaram em casa e a levaram para o hospital para fazer uma lavagem estomacal. Três dias após tomar os remédios, em casa, ainda em recuperação, a família reunida na sala escuta que a televisão do quarto da menina estava muita alta e solicitaram ao irmão caçula que fosse diminuir o volume. Chegando no quarto, o irmão vê a menina deitada com o travesseiro na cabeça. Ao retirar o travesseiro percebe que há muito sangue na fronha, olha para o lado e encontra um revólver. Enfim, a menina de fato, havia cometido suicídio e sem uma explicação plausível para isso. Nesse ponto entra o tema dessa monografia. Existem várias dúvidas e mitos em torno desse tema que gostaria que fossem esclarecidos e, se isso não for possível, visto às diferenças humanas serem incomensuráveis, chegar próximo ao que leva uma pessoa a cometer suicídio e as marcas e seqüelas que tal ato deixa na família.

1.1 Problema

Tendo em vista o interesse, anteriormente, citado, o presente trabalho irá abordar qual o impacto que o suicídio causa no âmbito familiar na concepção de psicólogos e psiquiatras.

1.2 Objetivos

- O que ocorre na dinâmica familiar quando um de seus membros comete suicídio?
- Qual a influência exercida pela família e pelo meio social na prática do suicídio?

CAPÍTULO I

2. Histórico

A morte por iniciativa própria é um ato complexo que apresenta múltiplos aspectos. Nenhuma teoria isolada será capaz de explicá-la.

O suicídio só foi condenado no pensamento ocidental no século IV, quando Santo Agostinho proclamou que esse ato era um crime, uma vez que violava o Sexto Mandamento. “Não matarás” (Bíblia Sagrada). No século XIII, São Tomás de Aquino ampliou essa idéia, declarando que o suicídio era um pecado mortal, uma vez que usurpava o poder de Deus sobre a vida e a morte. De modo que, embora nem o Velho nem o Novo Testamento proibam explicitamente o suicídio, o mundo ocidental veio a considerá-lo um crime e um pecado (Shneidman, 1973).

A ironia é que as injunções cristãs contra o suicídio, baseadas em profundo respeito pela vida, contribuíram para a perseguição àqueles que tentaram acabar ou realmente acabaram com a própria vida. Em passado recente (em torno de 1823), quem quer que cometesse suicídio em Londres era enterrado com uma estaca fincada no coração, e só em 1961 é que o suicídio deixou de ser um crime no Reino Unido. Nos Estados Unidos de hoje, alguns estados categorizam tentativas de suicídio como delitos, embora estes raramente cheguem aos tribunais. A maioria dos estados têm leis que consideram crime estimular ou aconselhar suicídio (Shneidman, 1987).

2.2 Definição

Ao imaginar um suicídio, em geral pensa-se em uma pessoa executando deliberadamente um ato drástico, escolhido de maneira explícita para acabar quase no mesmo instante com a vida- a mulher sentada dentro de um carro na garagem fechada com o motor ligado, o homem com uma pistola apontada para a têmpora, a criança com o vidro de comprimidos para dormir dos pais. Especialistas no assunto, porém, vêem como de tendências suicidas os indivíduos que agem de maneira autodestrutiva que podem causar ferimentos graves ou morte após um período prolongado, tal como o diabético que deixa de tomar insulina ou segue um regime alimentar errôneo, ou o alcoólatra que continua a beber e não procura ajuda, apesar de saber o mal que vem

fazendo a seu corpo. Às vezes chamados de *morte subintencional*, esses aparentes suicídios complicam ainda mais o trabalho de compreender e reunir estatísticas sobre o assunto (Shneidman, 1973).

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVI. As várias definições de suicídio costumam conter uma idéia central, mais evidente, ligada ao “ato de terminar com a própria vida”, juntamente com idéias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade. Poderia, ainda, ser considerado o componente autodestrutivo presente em diversas condições, como o tabagismo, o alcoolismo, a toxicomania, a inobservância de tratamentos médicos e determinados estilos de vida, que podem resultar em mortes por causas naturais.

Porém, apesar das várias tentativas no sentido de definir o ato, não há uma definição certa ou acabada para o suicídio, visto que, tal comportamento não é algo que possua uma causa definida nem um motivo específico. Levando tais fatores em consideração, torna-se difícil definir suicídio de uma forma única. Pode-se chegar a um conceito aproximado, concatenando diversas idéias sobre o tema. Sem incorrer em erros conceituais pode-se arriscar a afirmar que o comportamento suicida é definido como sendo todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Essa noção possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, suicídio.

Segundo Freud, suicídio é assassinato, numa ampliação de sua teoria da raiva internalizada na depressão. Quando a pessoa perde alguém que ora amou ora odiou e a introjeta, a agressão volta-se para dentro. Se esses sentimentos são suficientemente fortes, o indivíduo cometerá suicídio.

Se suicídio é, etimologicamente, “a morte de si mesmo”, essa definição enseja uma série de problemas, derivados da sua amplitude. Nela se pode incluir desde o auto-extermínio, como conceituado pelos médicos legistas, até a morte decorrente da exposição a condutas de risco, da falta de cuidado frente a doenças ou eventos perigosos, das intoxicações acidentais e “overdoses”, dos acidentes e outros fatos similares.

Ao adotar uma visão mais abrangente de comportamento suicida, evita-se, por um lado, a tendência encontrada em várias outras definições de valorizar exageradamente a intencionalidade e a lucidez da consciência no ato suicida. Por outro lado, essa idéia mais abrangente de

comportamento suicida permite avaliar melhor os vários fatores que influem nos pensamentos, nas ameaças, nos planos nos gestos e nas tentativas de suicídio, determinando quais os condicionantes que levam, ou não, a uma progressão do risco até a consumação do mesmo.

2.3 Natureza e possíveis causas

Muitos motivos têm sido sugeridos para o suicídio: agressão contra si mesmo, retaliação ao induzir culpa em outras pessoas, tentativa de forçar amor por parte de outra pessoa, ato para reparar supostas más ações praticadas no passado, desejo intenso de livrar-se de sentimentos inaceitáveis, tal como atração sexual por membro do mesmo sexo, desejo de reencarnação, vontade de juntar-se a uma pessoa amada já falecida e de escapar de estresse, deformação física, dor ou vácuo emocional. Diversos modernos profissionais de saúde consideram o suicídio em geral como uma tentativa individual de resolver um problema, realizada sob forte estresse e marcada por consideração de uma faixa muito estreita de alternativas, entre as quais o auto-aniquilamento parece a mais viável (Linehan & Shearin, 1988).

Idéias sobre a natureza e as causas do suicídio podem ser encontradas em incontáveis fontes. Cartas e diários podem fornecer insights sobre a fenomenologia de indivíduos que o cometem.

Estudos de bilhetes deixados por pessoas comuns que levaram o suicídio até o fim contêm muitas vezes instruções detalhadas e mostram prova de mais angústia e hostilidade do que notas simuladas, escritas por indivíduos que não estavam pensando em suicídio, mas que foram equiparados demograficamente e solicitados a escrever um desses bilhetes, como se estivessem pensando em se matar (Ogilvie et al., 1983; Shneidman & Farberow, 1970). O que falta nas cartas autênticas de suicidas é o tipo de conteúdo geral e filosófico que caracteriza as que são escritas por simuladores. “Não esqueça de pagar a conta de luz” provavelmente parecerá mais autêntica do que outra que diz “Ama teu próximo” (Baumeister, 1990).

Existem várias causas que ficam latentes na mente e no comportamento dos potenciais suicidas.

A maioria apresenta características, identificáveis meses ou até anos antes do evento fatal, de doenças psiquiátricas e de distúrbios de comportamento graves. É freqüente encontrar, entre os suicidas, casos de depressão, esquizofrenia, ansiedade, distúrbios profundos de personalidade.

Mas os fatores de risco incluem muito mais que a personalidade e a mente. Fatores sociais, econômicos, biológicos e até ambientais se entrelaçam para criar o terreno propício para o suicídio.

Situações como pobreza, perda de bens materiais, pressão social, perda de um ente querido, frustrações amorosas, problemas profissionais, processos legais, abuso sexual na infância, alcoolismo e uso de drogas, baixa auto-estima, doença grave ou terminal, ou até sofrimento físico intenso (dores crônicas), podem levar uma pessoa a cometer suicídio. A eutanásia assistida não passa de um tipo especial de suicídio.

Não é raro encontrar na família do suicida, casos anteriores de pessoas que também tenham tirado a própria vida. Muitos pesquisadores acreditam que existam alterações genéticas que aumentam o risco de suicídio, e que podem ser herdadas de pais para filhos.

Estudos tentam identificar esses genes e compreender a sua influência isolada, independentemente dos outros muitos fatores que sobrecarregam a alma desses indivíduos infelizes. Quanto de genética (biologia), de ambiente (social) e de psiquiátrico (personalidade) atua em cada caso, ainda está para ser descoberto com precisão.

Existem, por outro lado, fatores protetores. Sua presença reduz as chances de uma pessoa tentar tirar sua própria vida. Entre eles a religiosidade. Quanto mais a pessoa frequenta e pratica uma religião, mais improvável que cometa suicídio. O apego à religião poderia explicar, pelo menos parcialmente, o baixo índice de suicídio.

Provavelmente, os devotos se sentem integrados em um conjunto, em um grupo social. Essa âncora ajuda as pessoas a sair do isolamento, a encontrar um sentido ou um objetivo para a sua vida. A valorização do viver os afasta do suicídio.

Os adolescentes que tentam suicídio frequentemente têm uma longa história de instabilidade familiar progressiva e discórdia. Atingiram um ponto em que se sentem incapazes de se comunicar com os pais ou de pedir apoio a eles. A perda de um dos pais muito cedo também é muito comum entre adolescentes suicidas. Tipicamente, os adolescentes suicidas têm menos amigos íntimos, mas seus relacionamentos com eles são muito mais intensos.

Ao considerar as tentativas de suicídio, é importante distinguir entre fatores desencadeantes imediatos e fatores de longo prazo que as predispõem. Os eventos desencadeantes podem incluir o rompimento ou ameaça de término de um romance; gravidez (real ou imaginária); fracasso escolar; conflitos com os pais; rejeição por parte de um amigo; ser apreendido num ato proibido

ou delinqüente; perda de uma pessoa querida ou de um dos pais; e medo de doença grave ou colapso mental iminente. Examinando mais detalhadamente, entretanto, torna-se claro que a reação do adolescente a tais eventos geralmente é o auge de uma série de dificuldades.

O ato suicida exitoso se constitui no evento final de uma completa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos (com ênfase nas primeiras experiências vitais), sociais, históricos e culturais. Por isso, não se pode referir a “causas” de um determinado suicídio, visto que, é um processo complexo demais o qual está mais envolvido com fatores internos de cada pessoa do que “causas externas”. Na verdade, o que se apresenta ao observador como motivações do ato são apenas desencadeantes constituídos por fatos que, aparentemente, estimularam o desenlace. Esses desencadeantes são considerados, pelo leigo, como as “causas” do ato suicida. Esse tipo de reducionismo pode ocorrer também com o psiquiatra caso ele atribua a “causa” de um suicídio a um determinado transtorno mental.

2.4 Casos peculiares

É possível se defrontar com suicídios em que a necessidade e o desejo de controlar o momento da morte se constitui no desencadeante mais evidente. Esse tipo de desejo, será encontrado em condenados à morte, em torturados, em perseguidos por ditadores que têm poder sobre a vida e a morte. Esses suicidas resistem com seus atos, destruindo a onipotência dos donos do poder e dos torturadores, frustrando-os e, por vezes, levando para o túmulo informações que poderiam comprometer amigos ou ideais. Concomitantemente, escapam de sofrimentos terríveis. Entre essas pessoas pode-se encontrar verdadeiros heróis.

As hipóteses levantadas acima são, no entanto, incompletas, como todas as desta área de estudo. Assim, outras pessoas em situações similares não se matam e podem fazer emergir seu heroísmo (ou não) de outras formas, dependendo de fatores internos e de como a realidade externa é sentida.

Outros suicídios que poderiam ser considerados heróicos, do ponto de vista da sociedade na qual ocorrem, ressaltam a grande importância de fatores culturais, em sua interação com os demais. Por exemplo, existem grupos sociais cujas idéias sobre honra são peculiarmente rígidas, como ocorre na tradição japonesa. Ainda que essa tradição esteja menos rigorosa, pela influência

da ocidentalização, pode-se esperar que alguém se mate, por vezes mediante o ritual *harakiri*, caso tenha cometido um ato considerado desonroso ou se sentido injustamente estigmatizado. Nessas situações o suicida se “reconcilia” com seu grupo social.

Próximo à categoria dos suicídios heróicos temos aqueles que, similarmente a Durkheim (1982), pode-se chamar suicídios altruístas. Aqui encontram-se indivíduos que se matam tendo como fator desencadeante a defesa de ideais ou de outros seres humanos. É o caso de pessoas que se deixam morrer, em protesto, mediante greves de fome, ateando fogo a seus corpos etc.

As considerações acima visaram introduzir o leitor em uma proposta aparentemente bizarra: a de que o suicida não quer morrer. Na verdade seu objetivo é fugir do sofrimento e substituí-lo por uma “vida” após a morte, prazerosa, por vezes prêmio ou compensação por seus sofrimentos ou sacrifícios terrenos. E isso independe de crenças ou não-crenças na área da religião.

O dilema do suicida, entre querer morrer e viver ao mesmo tempo, terá seu resultado (morte ou sobrevivência) determinado pela força desses desejos e por circunstâncias por vezes fortuitas, como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévias.

2.5 Família como fator de influência

As pesquisas existentes mostram que as dificuldades na família constituem um dos fatores mais importantes quando se trata de suicídio. Joseph e Jerry Jacobs (1966), por exemplo, observaram que os adolescentes suicidas têm más relações com seus pais e conflitos familiares que impedem que se estabeleçam as relações e os modelos propícios que permitiriam ao jovem enfrentar os problemas e tensões associadas com a adolescência. Christopher Williams e Christina Lyons (1976) citam uma série de estudos clínicos indicativos de uma relação entre a presença de uma família nuclear desorganizada e as tentativas de suicídio dos adolescentes. A perda de um dos pais, os conflitos familiares e uma diversidade de características parentais disfuncionais, tais como problemas emocionais, problemas de saúde e atitudes negativas nos relacionamentos entre pai-filho, são todos fatores coadjuvantes.

Outras pesquisas têm comprovado que a tensão familiar, em especial a resultante de conflitos matrimoniais e entre pais e filhos, é um fator chave nas tendências suicidas dos adolescentes. Segundo Joseph Sabbatch (1969,1971), os adolescentes que tentavam se suicidar tinham a tendência de perceber seus conflitos familiares como prolongados e extremos. Manifestam que seus lares estão dominados por brigas freqüentes, mal-estar e desorganização emocional.

Uma família instável pode dificultar o manejo das tensões externas por parte do adolescente, fazendo com que as perceba como mais catastróficas do que realmente são.

Uma falta de coerência no contexto familiar pode produzir a contradição e a desesperança incontroláveis que caracterizam o adolescente deprimido em transição ao suicídio. A fim de resolver as agudas e profundas contradições que debilitam a auto-estima do adolescente, o terapeuta deve detectar e atacar os paradoxos existentes em seu contexto. É responsabilidade do terapeuta tratar o sistema com vistas à produzir sua congruência.

Situações familiares desorganizadas produzem sentimentos de confusão, inadequação e baixa auto-estima, que se relacionam com a conduta suicida. Quando uma pessoa se depara com dificuldades para enfrentar o contexto social externo, não recorre à família, visto que, esta representa um lugar de desvalorização e repressão para esse membro da família.

Generalizadamente, todos os sistemas familiares de pessoas suicidas poderiam ser considerados como extremamente rígidos. Esses sistemas não mudam sua forma para se adaptar às novas necessidades determinadas pelo contexto social de seus membros. Um exemplo claro desse tipo de sistema familiar rígido existe em famílias que insistem na perfeição. Não se pode tolerar um indivíduo imperfeito em um sistema que persiste em repetir a mensagem: “Deves ser feliz, deves ser competente em tudo!”. Esses sistemas são extremamente opressivos e criam um nível para a mudança tremendamente elevado. Um sintoma do suicídio pode ser interpretado como uma intenção desesperada de produzir uma mudança nesse contexto familiar rígido.

Existe outro tipo de sistema familiar que é aquele que aceita a todos os caprichos de seus membros. Esse sistema também deve ser modificado, pois, se todos os desejos de um dos

familiares forem imediatamente satisfeitos, essa pessoa não estará preparada para enfrentar as inevitáveis frustrações que aparecerão em sua vida.

Deve-se ter em mente também que é possível se supervalorizar a participação da família nos casos de suicídio. Muitas famílias recorrem à terapia querendo ser, exclusivamente, a responsável pelo ato e deixando de lado o fato de que o suicida vive num contexto mais amplo que pode exercer enorme influência sobre a pessoa. Essas famílias atuam como se fossem, na realidade, totalmente responsáveis pela vida da pessoa que se matou. Esta convicção nega um fato fundamental da existência humana: que as pessoas são livres e responsáveis por seus atos. Os adolescentes, por exemplo, podem fazer pactos suicidas e estar imersos no mundo das drogas, fatores estes, que poderiam exercer um importante papel quando se trata de suicídio. O pressuposto automático da família de considerar o ato com sendo de sua exclusiva responsabilidade, no entanto, pode constituir uma distorção para o terapeuta.

Deve-se desprezar a idéia generalizada de que o contexto de uma pessoa é provido exclusivamente pela família e que, por conseguinte, a família deveria sempre saber o que causou ou provocou o ato suicida. Esse tipo de pressuposto que provoca sentimentos de culpa, não ajuda nem á família nem a terapia. Nesses casos, grande parte da tarefa do terapeuta se resume em transmitir a família que na realidade eles não exerciam um controle total sobre a vida do membro suicida e que culpar a família pelo que houve só serve para piorar a situação, pois origina uma rigidez e um temor que só fazem com que a família se sinta menos predisposta a encarar os problemas que possam emergir.

2.6 Fantasias inconscientes que sustentam atos suicidas

As fantasias inconscientes mais comuns que sustentam os atos suicidas são:

- a) *Busca de uma “outra vida”- em um mundo paradisíaco.* O estudo de componentes culturais confirma isso. Em vários grupos sociais os mortos eram enterrados e, ainda são, ritualisticamente com seus pertences, facilitando a transição para o outro mundo. Esses rituais, em sua essência, também fazem parte de nossa cultura, mediatizados pelas religiões. Os suicídios coletivos são constatações da intensidade e da importância destas

fantasias conscientes e inconscientes. Essa busca da vida após a morte facilita a verificação da superposição de fantasias sobre o tema.

b) *Reencontro e autopunição*: paradoxalmente, essas duas fantasias comumente se sobrepõem, mostrando como a idealização é o corolário da perseguição. A fantasia de reencontro pode dar-se com Deus, um Deus correspondente ao fantasiado internamente, com o paraíso, com pessoas que faleceram, pessoas essas com quem se mantinha uma relação intensamente amorosa, por vezes idealizada e dependente. Esse é um dos fatores que auxiliam a compreensão do suicídio em situações de luto. Por vezes, o suicídio é crônico, isto é, a pessoa adoece, se entrega e acaba morrendo. A fantasia inconsciente predominante é o re-encontro em um “outro mundo”.

A identificação com o morto pode fazer com que a pessoa morra ou se mate da mesma forma. Por isso, são encontrados suicídios, em seqüência, entre pessoas próximas. Por vezes o mesmo lugar, a mesma arma é utilizada, ou ocorre uma reação de aniversário (implicam o eclodir de um fenômeno patológico nas áreas mental, patológica, somática ou social, próximo ou exatamente no aniversário da morte de algum ente querido, ou quando se completa a idade em que a pessoa morreu). O forte componente genético de transtornos afetivos faz com que se encontrem mais suicídios nas famílias desses pacientes, mas as considerações acima sobre a identificação com pessoas que se mataram se somam aos fatores biológicos.

É importante ressaltar a existência do luto patológico, que foi, de certa forma abordado nos itens acima.

O luto patológico, também denominado pelos psicanalistas de melancolia consiste na introjeção de aspectos amorosos e odiosos do morto que passam a fazer parte do mundo interno do sobrevivente. Como essa introjeção se processará e quais os seus resultados, dependerá de fatores constitucionais e de como se processou a formação e o funcionamento do mundo inteiro. No luto normal predominam os elementos amorosos e, no patológico, a ambivalência amor-ódio pende para o sentimento de que esse morto internalizado é malvado, persecutório.

c) *Vingança*- o ato suicida é altamente agressivo também em relação aos sobreviventes. Na fantasia do suicida, as pessoas próximas (ou a sociedade) deverão sentir-se culpadas, com remorsos, por não terem suprido as suas supostas carências ou por injustiçá-lo. O interessante é o fato de que o morto “vê” e se satisfaz com o sofrimento de seus supostos algozes, não tendo consciência de que ele não mais existe.

d) *Pedido de ajuda*- o suicida costuma comunicar sua desesperança e desespero ao ambiente, incluindo por vezes planos suicidas. Uma tentativa de suicídio mal sucedida é uma mensagem desesperada. No entanto, a não ser que haja uma intimidade imensa, as pessoas próximas têm dificuldades em captar essa necessidade, ou, quando o conseguem, se sentem impotentes. O encaminhamento a um profissional nem sempre é fácil e possível. (Trecho retirado do livro “Comportamento Suicida”)

2.7 Algumas abordagens sobre o suicídio

Uma teoria do suicídio, baseada em trabalho realizado em psicologia social e da personalidade, sustenta que alguns desses casos têm origem em um forte desejo de escapar de uma autoconsciência aversiva, ou seja, da dolorosa percepção de deficiências e falta de sucesso que o indivíduo atribui a si mesmo (Baumeister, 1990). Supõe-se que essa percepção produza sofrimento emocional agudo, talvez depressão. Irrealisticamente, altas expectativas – e, em consequência, a probabilidade de não ficar à altura delas (cf. Beck e Ellis) --- desempenham papel fundamental nessa teoria do suicídio. De particular importância seria a discrepância entre altas expectativas de intimidade e uma realidade que fica aquém disso, como, por exemplo, a pessoa amada não corresponder ao afeto de que o indivíduo necessita (Stephens, 1985). O nada através da morte talvez pareça mais tolerável do que a percepção dolorosa das próprias deficiências. É considerável a pesquisa em apoio dessa hipótese (Baumeister, 1990).

Teoria Sociológica de Dukheim Emile Durkheim (1897, 1951), um renomado sociólogo, analisou as estatísticas de suicídio de vários países, durante diferentes períodos históricos, e concluiu que o auto-aniquilamento poderia ser compreendido em termos sociológicos. E estabeleceu uma distinção entre três tipos de suicídio: o **suicídio egoísta** é cometido por indivíduos que mantêm poucos laços com a família, com a sociedade ou com a comunidade. Esses indivíduos sentem-se alienados dos outros, excluídos de apoios sociais que consideram importantes para mantê-los vivendo de maneira adaptativa como seres sociais.

O **suicídio altruísta** é considerado uma resposta às exigências da sociedade. Algumas pessoas que o cometem sentem-se parte integrante de um grupo e se sacrificam pelo que consideram o bem da sociedade. A auto-imolação de monges e monjas budistas como protesto contra a luta

durante a Guerra do Vietnã enquadra-se nessa categoria. Alguns suicídios altruístas, como o harakiri pelos japoneses, são exigidos como o único recurso honoroso em certas circunstâncias.

Finalmente, o **suicídio anônimo** pode ser provocado por uma mudança súbita na relação do indivíduo com a sociedade. Um executivo bem-sucedido que sofre graves perdas financeiras pode experimentar anomia, um senso de desorientação, porque o que acredita ser um estilo normal de vida não lhe é mais possível.

Como acontece com todas as teorizações sociológicas, as hipóteses de Durkheim enfrentam dificuldades para explicar as diferenças entre as reações de indivíduos de uma dada sociedade às mesmas pressões e condições. Nem todos que inesperadamente perdem dinheiro cometem suicídio, por exemplo. Parece que Durkheim tinha consciência desse problema, pois, sugeriu que o temperamento do indivíduo interagiria com quaisquer pressões sociais que para ele fossem causas da aflição.

Para Durkheim, a vida coletiva é integrada pelos fatos sociais e a consciência coletiva de que esta dotada é, por sua vez, integrada por representações coletivas: efeitos que se sobrepõem aos indivíduos que compõem a coletividade e que refletem a própria coletividade.

As representações coletivas diferem das representações individuais, assim como a associação de seres humanos produz um todo que se sobrepõe as partes que o formam.

Na obra clássica datada de 1897, Durkheim analisa o suicídio como fato social. Ele (1897) afirma que dado que a pequena minoria de pessoas que se matam todos os anos não constitui um grupo natural, que não estão em contato umas com as outras, o número constante dos suicídios só pode ser devido a ação de uma causa comum que domina os indivíduos e que lhes sobrevive

Abordagem de Shneidman sobre o Suicídio. Embora reconheça que talvez 90% dos suicídios poderiam justificar um diagnóstico do DSM, Shneidman (1987) lembra-se que a maioria esmagadora das pessoas com esquizofrenia e transtornos de humor não comete suicídio. E sugere também que a mente perturbada, que ele possuía como elemento fundamental na pessoa que o comete, não é uma doença mental.

Para o sofredor, essa solução põe fim à consciência e uma dor insuportável – o que Melville, no *Moby Dick*, denominou “angústia insuportável”. Desaparecem toda a esperança e o senso de ação construtiva.

Ainda assim – e esse ponto é de importância fundamental na prevenção do suicídio— quase todos que pensam em comete-lo ou realmente o cometem são ambivalentes nesse particular. “O

estado suicida prototípico é aquele em que o indivíduo corta a própria garganta, pede ajuda aos gritos e é autêntico em ambos esses atos (...). Ele se sentiria feliz em não fazer isso, se não tivesse que fazê-lo” (Shneidman, 1987, p.170). Há nesses casos um estreitamento da faixa percebida de opções. Quando não se encontra em um estado suicida altamente perturbado, a pessoa é capaz de identificar mais opções para enfrentar o estresse. Pessoas que pensam em suicídio geralmente comunicam suas intenções, às vezes com um pedido de ajuda urgente, quando não se afastando de todos, numa busca de inviolabilidade. Comportamentos típicos incluem presentear outras pessoas com objetos a que elas dão muito valor e pôr em ordem assuntos financeiros.

Pesquisas confirmam a hipótese de que as pessoas que tentam o suicídio são mais rígidas do que outras, confirmando as observações clínicas de Shneidman e outros de que indivíduos nesses casos parecem ser quase miopemente incapazes de pensar em soluções alternativas para problemas e que, por isso mesmo, tendem a escolher o suicídio com única solução.

2.8 Prognóstico de suicídio através de Testes Psicológicos

Seria de grande valor teórico e prático se pudéssemos prever o suicídio com base em testes psicológicos, porém, tal previsão é impossível. Não existe teste psicológico algum que avalie ou faça qualquer previsão a respeito do suicídio. Os testes atuais podem, no máximo, verificar se uma pessoa tem um alto grau de depressão ou qualquer outra alteração psicológica a qual pode servir de alerta para possíveis comportamentos suicidas. É importante frisar que eles avaliam o estado psicológico e a avaliação do quadro psicológico que levanta a possibilidade de que uma pessoa possa vir cometer algum ato suicida. Como não há uma causa única ou universal será sempre utópico afirmar que um teste psicológico poderá analisar ou prever um suicídio. Porém, várias pesquisas foram feitas nesse sentido. Algumas correlações foram encontradas entre tentativas de suicídio e sensação de impotência. Especialmente relevantes nesse particular foram as descobertas de Aron Beck; baseadas em dados prospectivos, de que a desesperança é um prognosticador do suicídio (Beck; 1986b; Beck et al., 1985,1990), e ainda mais forte do que a depressão (Beck, Kovacs & Weissman, 1975). A expectativa de que no futuro as coisas não serão melhores do que agora – o que, para sermos exatos, faz parte do fenômeno da depressão, mas que pode ser encontrado também em pessoas não-deprimidas – parece ser mais convincente do que a depressão *per se* para levar o indivíduo a acabar com sua própria vida.

Tem-se outro instrumento de auto-relato nos Inventários de Razões para Viver (IRV), de Marsha Linehan. Conjuntos de itens no inventário sondam o que é importante para o indivíduo, tais como responsabilidade pela família e preocupações com os filhos. Esse método difere, e é provavelmente mais útil, das escalas que focalizam apenas negativismo e pessimismo, porque sabe o que na vida de uma pessoa impede que ela cometa suicídio reveste-se de valor como avaliação e tratamento. Esse instrumento é capaz de discriminar entre indivíduos com propensão ou não para o suicídio e ajudar o clínico no tratamento, ao identificar razões que eles têm para não querer morrer.

Outro método de pesquisa focalizou as características cognitivas de indivíduos que tentam o suicídio. Sugeriu-se que eles são mais rígidos em suas maneiras de abordar problemas (por exemplo, Neuringer, 1964) e menos flexíveis no modo de pensar (Levenson, 1972). Pensamento limitado poderia explicar a aparente incapacidade dessas pessoas de procurar para os problemas da vida outras soluções que não matar-se. Tem sido difícil prognosticar suicídio com base no tipo de estudos de traços de caráter que caracteriza esses trabalhos de pesquisa. O comportamento humano é bastante influenciado pelo ambiente e este inclui eventos estressantes que por si sós podem ser difíceis de prevêê. Raramente podemos saber, por exemplo, quando um dado indivíduo vai perder o emprego, ter sérios problemas conjugais, sofrer a perda de uma pessoa amada ou envolver-se em acidente grave. Além disso, é difícil prever com exatidão um evento raro como suicídio, mesmo através de teste altamente confiável.

2.9 Dados

O suicídio é discutido porque muitas pessoas deprimidas e indivíduos com transtorno bipolar têm pensamentos de acabar com a vida e às vezes fazem tentativas concretas de levar a cabo seu intento.

Acredita-se que mais de metade das pessoas que tentam se matar está deprimida e desesperada na ocasião do ato (Henriksson et al., 1993), e calcula-se que nada menos de 15% dos indivíduos com diagnóstico de depressão aguda acabam cometendo suicídio (Maris et al, 1992). Um número significativo de pessoas sem depressão, contudo, fazem tentativas de suicídio, às vezes indo até o fim – sobretudo pessoas com diagnósticos de transtorno de personalidade limítrofe (Linehan, 1997). A taxa de suicídio de alcoólatras é mais alta do que a da população

masculina em geral e torna-se extremamente alta em alcoólatras também deprimidos (Linehan,1997). Até 13% de indivíduos com esquizofrenia acabam com a vida (Roy, 1982).

A cada ano, mais de dez milhões de pessoas tentam cometer suicídio mundo afora. Um milhão morre. Dos que sobrevivem, muitos sofrem seqüelas graves. Trata-se, em geral de uma tragédia anunciada- e evitável. Esses dados mostram que o suicídio não é algo raro. A Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou uma estimativa na qual encontrou como resultado que o suicídio em 2001 ultrapassou a soma das mortes violentas causadas por homicídio, guerras e conflitos regionais. O mais impressionante é que boa parte dessas perdas de vida ocasionadas por suicídio poderiam ter sido evitadas.

O suicídio não é um problema pessoal, individual. De Brutus a Vicent van Gogh, de Cleópatra a Getúlio Vargas, muitos cometeram suicídio, por um motivo ou por outro. Mas, atualmente, este é considerado um problema da saúde pública.

Notícias na mídia sobre suicídios podem aumentar a frequência desses casos. Essa possibilidade inquietante foi discutida por Bandura (1986) em uma análise da pesquisa de Phillips (1974, 1977, 1985), indicando várias relações.

No Brasil, suicídios representam 1% de todos os óbitos, e chegam a 4% entre adolescentes e adultos jovens, alerta o Dr. Neury Botega, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, membro do Comitê de Especialistas da Organização Mundial da Saúde para Prevenção do Suicídio e uma das maiores autoridades brasileiras em suicídio.

As estatísticas dos suicídios variam de país para país. A idade também tem influência. Na maioria dos estudos no mundo, pessoas idosas (mais de 70 anos) têm chances três vezes maiores de se suicidar que jovens entre 16 e 25 anos. Da mesma forma, homens cometem mais suicídios que mulheres.

O suicídio é raro em crianças e quase tão infrequente entre jovens adolescentes. À partir dos 15 anos, entretanto, o índice de suicídios registrados aumenta rapidamente. Atinge um nível de mais de 20 em 100.000 para idades de 15 até 24 anos, entre homens brancos, os índices para os negros e para as mulheres são significativamente menores. O índice geral de suicídio entre adolescentes mais velhos triplicou desde 1960, embora tenha decrescido ligeiramente nos anos recentes. (Holinger, 1978; US. Bureau of the Census, 1981, 1987).

As mulheres têm mais probabilidade do que os homens de usar métodos passivos de suicídio, tais como a ingestão de drogas ou venenos, e menos probabilidade de usar métodos ativos, tais como tiro ou enforcamento. Entre ambos os sexos, armas de fogo ou explosivos respondem pelo maior número de suicídios efetivados, enquanto drogas e envenenamentos respondem pelo maior número de tentativas de suicídio. Embora os homens superem o número de mulheres em suicídios efetivados, as tentativas de suicídio são muito mais comuns entre as mulheres (Curran, 1987; Holinger, 1987; Shaffer, 1986).

É importante destacar que as tentativas de suicídio são dez vezes mais frequentes que os casos fatais e podem acarretar seqüelas graves que tornam a vida um suplício. Ocorrem paralisias resultantes de tentativas com armas de fogo, obstrução do esôfago após a ingestão de substâncias cáusticas, coma causado por ingestão de medicamentos, cicatrizes etc. Os “métodos” mais utilizados para acabar com a própria vida, ao redor do mundo, incluem os pesticidas, as armas de fogo, os medicamentos e quedas de grandes alturas.

Recentemente, os pesquisadores observaram um aumento alarmante do número de suicídios entre jovens, com idades inferiores a 25 anos.

2.10 Previsão de suicídio

Há um consenso muito perigoso, não só entre leigos, mas também entre alguns clínicos, de que uma pessoa que fale em suicidar-se não fará isso. Mas, o trágico é que muitos adolescentes (e adultos) que ameaçaram se suicidar e foram ignorados ou considerados como pessoas que querem chamar a atenção acabaram realmente se suicidando. Além disso, ao falarem em suicídio, os adolescentes estão transmitindo uma mensagem de que alguma coisa está errada e que eles precisam de ajuda, ainda que não tenham seriamente a intenção de se suicidar, considerando essa a única solução que resta para seus problemas.

Suicídio é um assunto que deveria ser sempre levado a sério. Não é fácil prever um suicídio, mas há muitos sinais que podem alertar o observador cuidadoso para a possibilidade. Eles incluem os seguintes:

- Um ânimo de constante depressão ou desespero (ou uma atividade frenética alternada com um tédio ou indiferença intoleráveis).
- Distúrbios na alimentação e no sono;

- Piora do desempenho escolar;
- Afastamento social gradual e maior isolamento dos outros;
- Rompimento da comunicação com os pais ou outras pessoas importantes na vida da pessoa;
- Um histórico de tentativas anteriores de suicídio ou envolvimento em acidentes;
- Comportamento aparentemente descuidado, autodestrutivo e atípico, como o uso permanente de drogas ou álcool, dirigir sem cuidado, atividade sexual exagerada, delinquência ou fuga;
- Comentários do tipo “Queria morrer!” ou “Viver para quê?”
- Indagações sobre as propriedades letais de drogas, venenos ou armas;
- Acontecimentos estressantes demais na vida do jovem, como repetir de ano, romper um caso amoroso ou a perda de uma pessoa querida.

Uma maneira de estudar a prevenção do suicídio consiste em levar em conta que a maioria dos que tentam cometê-lo sofrem de um transtorno mental que pode ser tratado, tais como depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias químicas ou transtorno de personalidade limítrofe. Por isso mesmo, quando um clínico que segue o método cognitivo de Beck consegue aliviar a depressão do paciente, o risco de suicídio é reduzido. A mesma coisa acontece com a terapia dialética de comportamento, de Marsha Linehan (1993b).

Outra tradição na prevenção do suicídio atribui menos importância ao transtorno mental e concentra-se nas características peculiares de indivíduos com propensão para o suicídio e que o transcendem. Um dos métodos mais conhecidos nesse particular é o de Edwin Shneidman, pioneiro no estudo do suicídio e sua prevenção. A estratégia geral de prevenção do suicídio proposta por Shneidman (1985,1987) dividi-se em três partes:

- 1) Reduzir a intensidade da dor psicológica e do sofrimento;
- 2) Remover os antolhos, ou seja, expandir a visão limitada ao ajudar o indivíduo a enxergar opções que não os extremos de sofrimento contínuo e sensação de vácuo;

Estimular a pessoa a retroceder, mesmo que um pouco, do ato autodestrutivo.

A opinião de que o trabalho para prevenir o suicídio deve concentrar-se no transtorno psicológico básico é defendida por muitos especialistas nesse campo (por exemplo, Moscicki,1995).

Não obstante, nenhum estudo controlado mostrou ainda que tratamentos psicológicos ou farmacológicos que aliviam a depressão produzem um efeito benéfico no suicídio (Linehan, 1997). A ausência de um efeito positivo dessa natureza, portanto, lança dúvida sobre a estratégia de tratar um transtorno supostamente subjacente à disposição para se suicidar.

Será que chegará o dia em que identificaremos precocemente os indivíduos de alto risco, e a eles oferecermos tratamento preventivo individualizado?

Se tivéssemos mais atenção, metodologias e sistemas ao abordar esse problema na prática médica corriqueira, muitas vidas já poderiam ter sido preservadas.

2.11 Tratamento

Quando a preocupação a respeito de um risco de suicídio ocorrer em relação a uma pessoa, esta deve ser encaminhada a uma avaliação psiquiátrica, em emergências de hospitais que trabalhem com psiquiatria, para que se possa avaliar adequadamente o risco e oferecer um tratamento para essa pessoa.

Esse tratamento poderá ser uma internação, quando for avaliado que o risco é muito grave, ou tratamento ambulatorial (consultas regulares com psiquiatra), ocasião em que é feita uma avaliação das circunstâncias da vida da pessoa, se ela tem uma família que possa estar presente, observando-a e fornecendo-lhe suporte, e à qual, ela própria, apesar da vontade de se matar, possa comunicar isso e pedir ajuda antes de cometer o ato.

Quando alguém estiver pensando em cometer suicídio é importante comunicar essa idéia para que outros possam ajudá-lo, pois quem está se sentindo tão mal a ponto de pensar que a morte é sua única saída, com certeza precisará de ajuda para sair dessa.

Atrás de uma tentativa de suicídio, aparece uma família que se mostra excessivamente protetora. A família resguarda tanto o membro suicida das tensões e problemas normais, que a superproteção resultante obstrui seu desenvolvimento. Isto pode levar à uma formação de uma pessoa vulnerável.

Em casos assim, o terapeuta deve ocupar-se em modular o sentimento de culpa que experimentam os pais e familiares de um suicida. Se a família persiste em tratar o membro como

um ser vulnerável e frágil, não se poderá abordar nenhum dos aspectos-chaves ligados a esse comportamento. Os pais que insistem em superproteger e não estimular o filho, estão reforçando as mesmas dificuldades que contribuem para criar o problema. Trabalhar com a culpa é um modo de prevenir a confusão e o sofrimento contínuos da família. Esse processo implica em reorganizar a dinâmica familiar e reabrir a comunicação. Para o terapeuta, não deve importar se se trata de um gesto, aparentemente, suicida ou de uma real intenção. Ambos devem ser considerados como sinais de perigo e requerem a abordagem de significação existencial dos feitos com efeitos a gerar intensidade e fazer com que o sistema torne-se aberto à exploração. Em efeito, o que se necessita neste caso, é uma profunda análise da comunicação que se produz em torno do ocorrido, com especial atenção terapêutica à estruturação de alternativas.

No tratamento psicológico de famílias com características de “perfeição”, o terapeuta deve avaliar a família para comprovar se a mesma é capaz de confirmar o membro “imperfeito” como pessoa.

A terapia de família de pessoas suicidas deve visar muito além do que somente melhorar as disfunções desse sistema familiar. O terapeuta tem que se apegar aos aspectos organizacionais da estrutura e também à tudo que deriva dessa estrutura como, por exemplo: empatia, comunicação afetiva e etc. Uma vez corrigidos os aspectos organizacionais, a terapia então deve se orientar a ajudar o membro suicida a sentir-se valorizado e perdoado: conceder a esse membro um pouco de tolerância e, talvez, até voz ativa.

A experiência de terapeutas clínicos têm mostrado que nem os todos os sistemas familiares são emocionalmente acessíveis nem estão dispostos a procurar alternativas de mudança.

No caso de um sistema familiar muito rígido, o terapeuta não pode permitir que o membro suicida continue sendo desvalorizado por seus pais e familiares. Não se deve permitir que a tentativa de suicídio se converta em um afastamento dentro da família ou no contexto circundante que impeça a pessoa a voltar a ter um ritmo normal de vida. A tarefa do terapeuta é conectar-se com o membro “suicida” e outros recursos externos que possam ser úteis e confiáveis.

É necessário o tratamento imediato de adolescentes potencialmente suicidas, bem como, daqueles que já tentaram se suicidar. Muitas comunidades atualmente dispõem de telefones

diretos que as pessoas que estão pensando em se suicidar ou estão desesperadas podem chamar para ajuda imediata. Um tratamento mais prolongado deveria lidar não só com as circunstâncias que estão perturbando o jovem, mas também com problemas e conflitos antigos.

2.12 Impacto do suicídio

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou no local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas.

Um suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos. A família, os amigos e o médico do suicida podem sentir culpa, vergonha e remorso por não terem conseguido evitar o ato. Também podem sentir raiva contra aquele que se suicidou. Finalmente, eles se dão conta que não são oniscientes nem onipresentes e que o suicídio na maioria das vezes não poderia ter sido evitado. A tentativa de suicídio tem um impacto similar. No entanto, aqueles que são próximos do indivíduo têm uma oportunidade de tirar um peso da consciência respondendo ao seu pedido de ajuda.

Cada morte apresenta conseqüências devastadoras. Famílias são afetadas não somente do ponto de vista afetivo, mas também social e econômico. Existe atualmente um movimento mundial para aumentar a consciência de médicos e de leigos e para criar abordagens coordenadas no sentido de evitar essas mortes.

2.13 Mitos

Existem muitas idéias erradas sobre o suicídio e, por isso, torna-se importante desmistificar alguns mitos sobre esse tema.

- 1) **Pessoas que falam em suicídio nunca o cometem:** Até três quartos das pessoas que se matam comunicaram antes a sua intenção, talvez em forma de um pedido urgente de ajuda ou como insulto a alguém.
- 2) **O suicídio é cometido sem aviso:** A falsidade dessa crença é mostrada no esclarecimento precedente. O indivíduo geralmente dá muitos avisos, tal como dizer que o mundo ficaria melhor sem ele ou distribuindo presentes inesperados ou inexplicáveis a outras pessoas, não raro de suas posses valiosas.

- 3) **Só pessoas de uma certa classe social cometem suicídio:** O suicídio não é uma maldição dos pobres nem uma doença dos ricos. Pessoas de todas as classes socioeconômicas cometem suicídio.
- 4) **A filiação a um dado grupo religioso é um bom prognosticador de que a pessoa não cometerá suicídio.** Acredita-se, erroneamente, que a forte proibição do suicídio pelo catolicismo torna muito menor o risco de que os fiéis cometam esse ato. Essa crença não é confirmada pela prova existente, talvez porque a filiação religiosa formal do indivíduo não seja sempre um indicador preciso de suas verdadeiras crenças.
- 5) **Os motivos do suicídio são facilmente comprovados.** A verdade é que não compreendemos bem o motivo pelo qual alguém comete suicídio. O fato de uma grave perda financeira preceder o suicídio, por exemplo, não significa que o explique adequadamente.
- 6) **Todas as pessoas que cometem suicídio sofrem de depressão.** Essa falácia pode explicar o fato de que sinais de suicídio iminente são freqüentemente ignorados, porque a pessoa não age de maneira desolada. Muitas pessoas que se matam não estão deprimidas. Algumas parecem calmas e em paz consigo mesmas.
- 7) **É improvável que pessoas com doenças terminais cometam suicídio.** A percepção da morte iminente não evita o suicídio. Talvez o desejo de acabar com o próprio sofrimento ou com o sofrimento de pessoas amadas leve muitas dessas pessoas a escolher a ocasião de sua morte.
- 8) **Cometer suicídio é um ato psicótico.** Embora a maioria dos suicidas se sinta infeliz, a maioria parece manter contato com a realidade.
- 9) **O suicídio é influenciado por fatores cósmicos, como as manchas solares e as fases da lua.** Nenhuma prova confirma essa idéia.
- 10) **O melhoramento do estado emocional diminui o risco de suicídio.** Freqüentemente, pessoas, sobretudo as que estão deprimidas, cometem suicídio depois que seu estado de humor começa a melhorar e aumenta seu nível de energia.
- 11) **O suicídio é um ato solitário.** Embora o debate sobre cometer ou não suicídio ocorra na cabeça da pessoa, a imersão profunda em um relacionamento frustrante e doloroso com outra pessoa – cônjuge, filho, amante, colega—talvez seja a causa principal.

- 12) Os suicidas querem evidentemente morrer.** A maioria dos suicidas parece ambivalente quanto à própria morte. Outros sofrem de depressão ou alcoolismo, o alívio dos quais poderia reduzir o desejo de suicidar-se. Nos casos de muitas pessoas, a crise suicida passa e elas ficam satisfeitas por terem evitado a autodestruição.
- 13) É raro pensar em suicídio.** Estimativas da prevalência do tempo de vida, extraídas de vários estudos, sugerem que, entre populações de pessoas que não estão em tratamento, idéias de suicídio variam de 40% a nada menos que 80%; ou seja, são percentuais de pessoas que pensaram em se matar pelo menos uma vez na vida.
- 14) Fazer perguntas a uma pessoa, especialmente se for deprimida, sobre suicídio leva-la a à beira do precipício e poderá causar um ato impensado que, de outra maneira, não teria ocorrido.** Uma das primeiras coisas que os clínicos aprendem em sua formação é fazer perguntas sobre suicídio a pacientes profundamente perturbados. Perguntar pode ser equivalente a dar à pessoa permissão para falar sobre aquilo em que ela vem pensando, como em um segredo terrível e vergonhoso, que poderia leva-la a ainda mais isolamento e depressão.
- 15) Pessoas que tentam suicídio usando um meio pouco letal não estão pensando seriamente em se matar.** Essa afirmação confunde letalidade com intenção. Algumas pessoas pouco sabem sobre dosagens de comprimidos ou anatomia humana. Uma tentativa que provavelmente não resultaria em morte pode, ainda assim, ter sido praticada por alguém que queria realmente morrer.

CAPÍTULO II

A pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. Denomina-se esse ritmo de “ciclo da pesquisa”, ou seja, um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. (Minayo, 2002:25)

O processo começa com o que se denomina fase exploratória da pesquisa e seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação.

Em seguida, estabelece-se o trabalho de campo que consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento. Essa etapa realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias.

Por fim, tem-se que elaborar o tratamento do material recolhido no campo. O tratamento do material conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição.

Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior. Confrontando esse aspecto com tema aqui abordado, pode-se afirmar que, por mais que as questões referentes ao impacto do suicídio na família sejam, de alguma forma, esclarecidos ou clarificados, sempre surgirão dúvidas e novas questões a serem discutidas.

No presente trabalho será utilizada como foco de pesquisa a pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa responde a questões muito particulares, como, por exemplo, o impacto do suicídio no ambiente familiar. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Torna-se inviável a utilização, neste trabalho, da pesquisa quantitativa, pois, é impossível quantificar o resultado do impacto do suicídio nos membros e na dinâmica familiar.

A diferença entre quantitativo-qualitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das

ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Tem havido muita discussão sobre as diferenças entre pesquisa quantitativa e qualitativa. Para clarificar melhor essa diferença, torna-se necessário abordar as implicações de cada pesquisa. A pesquisa quantitativa lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados, e é considerada pesquisa *hard* (pesada). O protótipo mais conhecido é a pesquisa de levantamento de opinião. Em contraste, a pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações das realidades sociais, e é considerada pesquisa *soft* (leve). O protótipo mais conhecido é, provavelmente, a entrevista em profundidade. Estas diferenças são mostradas na Tabela 1.1. (ANEXO I)

3.1 O delineamento da pesquisa

É útil distinguir entre quatro dimensões na investigação social. Estas dimensões descrevem o processo de pesquisa em termos de combinações de elementos através das quatro dimensões. Primeiro, há o delineamento da pesquisa de acordo com seus princípios estratégicos, tais como o levantamento por amostragem, a observação participante, os estudos de caso, os experimentos e quase- experimentos. Segundo, há os métodos de coleta de dados, tais como a análise de conteúdo, a análise retórica, a análise de discurso e a análise estatística. Finalmente, os interesses do conhecimento referem-se à classificação de Habermas sobre o controle, a construção de consenso e a emancipação dos sujeitos do estudo. As quatro dimensões são mostradas na Tabela 1.2 (ANEXO II)

Defende-se a idéia de que todas as quatro dimensões devem ser vistas como escolhas relativamente independentes no processo de pesquisa e que a escolha qualitativa ou quantitativa é primariamente uma decisão sobre a geração de dados e os métodos de análise, e só secundariamente uma escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento.

Deve-se aludir quanto à pesquisa qualitativa, que tem tornado possível a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos/ temas delicados e em que uma relação íntima e de confiança pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos. É o caso do modelo da pesquisa clínico-qualitativa discutida no presente trabalho,

que se propõe a lidar com questões de foro íntimo, que vêm acompanhadas de angústias, ansiedades, medos e insegurança. As principais características da pesquisa clínico-qualitativo são: abordagem naturalística; existência de dados descritivos; preocupação com o processo e é indutiva. A questão da significação é essencial nesse contexto também.

Faz-se necessário, definir-se com clareza o que é o método qualitativo de pesquisa, pois não convém aceitar-se arremedos de conceituação, tais como: método de pesquisa que não lança mão de recursos como: números, cálculos de porcentagem, técnicas estatísticas, tabelas, amostras numericamente representativas, ensaios randômicos, questionários fechados ou escalas de avaliação.

Pode-se afirmar então que a pesquisa qualitativa “é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitivistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles” (Denzin & Lincoln, 1994:2/ apud Egberto Turato).

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Enquanto os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si, os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.

O tema da pesquisa foi selecionado, visando, entender e possibilitar o apóio à famílias que tenham tido sua dinâmica modificada em função de um suicídio. O cenário utilizado foi o consultório clínico de psiquiatras e psicólogos que tenham como foco as abordagens familiares, sistêmicas e direcionadas à tratamento de pacientes em crise.

Tal cenário não foi selecionado aleatoriamente. Todas as escolhas feitas basearam-se em métodos teóricos de estruturação de uma pesquisa qualitativa, bem com, por conhecimento e indicações positivas à respeito do trabalho dos três profissionais selecionados para representar a amostra.

A palavra amostra que dizer uma porção, um pedaço, um fragmento. Na linguagem científica das pesquisas com seres humanos, amostra significa uma parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, consistindo assim num subconjunto do universo.

O critério de escolha dos mesmos foi a facilidade de acesso aos consultórios e o atendimento clínico psicológico à membros de famílias nas quais tenha ocorrido algum caso de suicídio. Esse critério foi utilizado, visando, dar à pesquisa resultados fidedignos, os quais possam contribuir para análise e, talvez até, posterior auxílio aos membros familiares que estejam enfrentando o problema abordado.

Levou-se em conta que, nas pesquisas em que seres humanos são os alvos do estudo é impossível, por razões práticas, abordar todos os sujeitos que compõem o grupo de interesse do pesquisador, salvo quando o recorte do objeto de estudo compreenda comunidades numericamente tão restritas, que o pesquisador tem condições temporais de conhecer cada um e condições intelectuais de apreender todos em seu trabalho. Como então só é viável conhecer parte do universo, seja em pesquisa quantitativa ou qualitativa, resta ao investigador recorrer à amostras de sujeitos.

A amostragem proposital está para a pesquisa qualitativa assim como a amostragem randômica está para a pesquisa quantitativa. A amostragem proposital, intencional ou deliberada é definida como “aquela de escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total (Pope & Mays, 1995:43 , apud Egberto Turato). Não há modo certo ou errado de construir amostras em pesquisa qualitativa, sendo que a decisão pela amostragem deve ser distintamente pensada e ser apropriada às questões da pesquisa, não simplesmente ditada pela conveniência.

Existem vários métodos de pesquisa por amostragem, como, por exemplo, amostragem por saturação; amostragem bola-de-neve e amostragem por variedade de tipos. No presente trabalho será utilizado o método de amostragem por saturação que corresponde ao fechamento do grupo (amostra) quando, após coletadas informações com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. Diante do exposto, algumas entrevistas não serão citadas nem usadas na presente pesquisa, visto que, passaram a ter acréscimos pouco significativos mediante o objetivo primordial desse estudo.

Em relação à escolha de somente três profissionais para a pesquisa deve-se ao fato de que, a amostragem foi suficientemente boa para abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, considerando, logicamente, a peculiaridade do assunto.

Foi utilizada a técnica de entrevista focal para a coleta de dados e informações.

Merton e Kendall (1946) desenvolveram a entrevista focal para a pesquisa da mídia. Após a apresentação de um estímulo uniforme, estuda-se o impacto deste sobre o entrevistado, utilizando-se, para isso, um guia da entrevista. O estímulo apresentado tem seu conteúdo analisado de antemão, o que possibilita que se faça uma distinção entre os fatos “objetivos” da situação e as definições subjetivas geradas pelos entrevistados a respeito da situação com vistas a compará-las (Uwe Flick. 2004: 89).

Quatro critérios devem ser preenchidos durante o planejamento do guia da entrevista e a condução da entrevista propriamente dita: o não-direcionamento, a especificidade, o espectro, além da profundidade e do contexto pessoal relevados pelo entrevistado. Os diferentes elementos do método servirão para satisfazer a esses critérios.

O não-direcionamento é conseguido através de diversas formas de questões. A primeira consiste nas questões não-estruturadas. Na segunda forma, questões semi-estruturadas, opta-se ou pela definição do assunto concreto, deixando-se a resposta em aberto, ou pela definição da reação, deixando-se o assunto concreto em aberto. Na terceira forma de questionamento- questões estruturadas- ambas as formas são definidas.

Primeiramente, fazem-se perguntas não-estruturadas, e uma maior estruturação é introduzida somente mais tarde, durante a entrevista, para evitar que o sistema de referência do entrevistador seja imposto sobre os pontos de vista do entrevistado. O entrevistador deve abster-se, na medida do possível, de fazer avaliações precoces, devendo desempenhar um estilo não-diretivo de conversa.

O critério da especificidade significa que a entrevista deve ressaltar os elementos específicos que determinam o impacto ou significado de um evento para o entrevistado, a fim de impedir que esta permaneça no nível dos enunciados gerais.

O critério do espectro visa a assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão de pesquisa sejam mencionados durante a entrevista. Por um lado, deve ser dada a chance ao entrevistado de introduzir tópicos próprios e novos na entrevista. Por outro lado, a dupla tarefa do entrevistador é abranger gradualmente o espectro do tópico, introduzindo novos tópicos ou iniciando mudanças no que tiver sido escolhido.

A profundidade e o contexto pessoal revelados pelo entrevistado significam que ele deve assegurar-se de que as repostas emocionais na entrevista ultrapassem avaliações simples do tipo “agradável” ou “desagradável”. A meta é, em vez disso, “um máximo de comentários auto-

reveladores no que diz respeito à forma como o material de estímulo foi aproveitado” pelo entrevistado. Como resultado dessa meta, uma tarefa concreta para o entrevistador é diagnosticar continuamente o nível para qualquer finalidade do “continuum de profundidade” que ele achar apropriada ao caso determinado. As estratégias para elevar o grau de profundidade são, por exemplo, “o foco em sentimentos”, a “reafirmação de sentimentos inferidos ou expressos” e a “referência a situações comparativas”. (Uwe Flick, 2004; 91)

Na entrevista, o foco é entendido como ligado ao tópico de estudo, e não ao uso de estímulos, tais como filmes.

É importante salientar nesse momento da pesquisa, que para a análise dos dados da entrevista tornar-se o mais fidedigno possível, tentou-se compreender plenamente o contexto local, ou seja, a conotação de alguns termos comuns que poderiam ser ambíguos, bem como, evitar que a existência de possíveis omissões por parte dos entrevistados não atrapalhassem o resultado e contexto geral da entrevista (procurou-se sempre esclarecimentos de fatos não muito claros no decorrer das entrevistas). Por fim, tentou-se realizar uma comparação entre a teoria e os fatos relatados para que vieses na percepção do entrevistado não afetassem o andamento e resultado da pesquisa.

Tendo a entrevista focal como base, a entrevista formulada para a pesquisa baseou-se nas seguintes questões:

- Quando um ente comete suicídio, o que acontece com a dinâmica familiar?
- Os parentes podem desenvolver algum distúrbio psicológico em função do suicídio?
- Por que a família entra num clima de mistério e silêncio quando alguém se suicida?
- Enfim, qual a sua visão a respeito do impacto do suicídio no âmbito familiar?

A análise da entrevista foi realizada através de uma análise de conteúdo, o qual se destina a analisar e processar os conteúdos abertos e pouco estruturados, se apoiando na codificação da informação em categorias que visam a dar sentido ao material. A análise de conteúdo representa um momento analítico no processamento da informação e nesse sentido se interpõe no curso fluido dos processos de construção teórica pesquisada que acompanham e são parte da qualidade da informação produzida pela pesquisa. (González Rey, 2002: 143). Constitui um procedimento que se orienta para dar sentido ao tema que está sendo abordado, utilizando unidades parciais que fragmentam a entrevista para, posteriormente, integrá-la num processo de interpretação. É

essencial salientar que esse tipo de análise pode ser orientada para a produção de indicadores sobre o material analisado, que transcendam a codificação e o convertam em um processo mais aberto, processual e construtivo, o qual não pretende reduzir o conteúdo a categorias concretas restritivas.

A utilização desse tipo de análise nesta pesquisa foi escolhida, pois, possibilita centrar a interpretação em aspectos do texto suscetíveis de ser codificados, impedindo assim, o uso de elementos singulares, implícitos e indiretos, os quais só podem ser definidos como momentos da construção teórica.

Para realizar bem a análise, foi necessário consolidar intuições teóricas iniciais, realizando formulações a respeito de tais intuições através de um conjunto de hipóteses contrastáveis e estabelecendo uma metodologia capaz de corroborar as hipóteses levantadas.

A construção das informações desta pesquisa foram levantadas pela necessidade existente, por parte da pesquisadora, em entender com maior profundidade e clareza o tema suicídio, bem como, suas possíveis conseqüências ao âmbito social e familiar. Para tornar viável o estudo e pesquisa do tema fez-se necessários realizar análises críticas de conteúdos teóricos relacionados ao assunto, recorrendo, posteriormente, à realização de comparações à relatos de entrevistas que continham a análise de psicólogos e psiquiatras que lidam ou já lidaram com suicidas e famílias nas quais houve casos de suicídio.

As informações adquiridas pelos instrumentos utilizados auxiliaram o levantamento da hipóteses, assim como, a refutação de algumas delas, como, por exemplo, a existência de testes psicológicos capazes de diagnosticar um “suicida em potencial” ou algum capaz de prever um suicídio. Ambas as hipóteses foram descartadas, ainda na fase de pesquisa teórica.

Outras hipóteses puderam ser comprovadas e geraram novos questionamentos ligadas à elas como o fato de que ocorre uma mudança na dinâmica familiar quando um suicido é cometido, levantando, dessa maneira, suposições de que alguns distúrbios psicológicos podem emergir em pessoas da família mais ligadas ao suicida.

3.2 A construção da informação

A construção da informação na pesquisa qualitativa, ou seja, na presente pesquisa, segue o curso progressivo e aberto de um processo de construção e interpretação que acompanha todos os momentos da pesquisa. Esta última é um processo de construção teórica.

A fonte das idéias não está só nos dados, mas no confronto entre o curso do pensamento e os dados; confronto de onde surgem novas idéias, cuja legitimidade só pode ser entendida dentro do processo de pensamento em que se originaram, e não por sua correspondência com os dados produzidos no cenário de onde surgiram.

O dado não se legitima de forma unilateral pelo que representa na relação com o objeto estudado, mas por “sua capacidade de diálogo” com o pesquisador; diálogo que se articula ao longo da pesquisa, em cujo curso um mesmo dado pode entrar em diferentes momentos de elaboração teórica, que o integrem a sistemas diferentes de relação com outros dados, nos quais adquirirá múltiplas significações. (González Rey, 2002: 111). É necessário então, buscar auxílio em alguns indicadores que possam contribuir para a legitimação desses dados.

Conforme afirma González Rey (Pesquisa Qualitativa em Psicologia, 2002:112), indicador é um termo usado para designar aqueles elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador, ou seja, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação. Nesse aspecto, o subjetivo e o objetivo se integram em uma unidade indissolúvel que só tem valor dentro dos limites do processo em que é produzida.

O indicador só se constrói sobre a base de informação implícita e indireta, pois não determina nenhuma conclusão do pesquisador em relação ao estudado; representa só um momento hipotético no processo de produção da informação, mesmo que conduza à aparição de novos indicadores por meio das novas idéias do pesquisador associadas à construção dos indicadores precedentes. Eles são categorias que facilitam o seguimento dos complexos processos de pesquisa, sendo produzidos com a finalidade explicativa e não descritiva. Estão presentes nos instrumentos, nas relações entre eles, assim como em quaisquer das situações e processos surgidos nas diferentes relações que constituem o campo da pesquisa.

O presente estudo fez uso de alguns indicadores que serviram como “guias” práticos, como, por exemplo: mitos envolvidos no tema suicídio, possíveis causas e alteração da dinâmica familiar. A presença desses indicadores auxiliaram a conclusão final da pesquisa, que foi baseada

em interpretações suscitadas através de análises embasadas na teoria estudada e no resultado das entrevistas práticas realizadas.

CAPÍTULO III

Diversos conceitos foram discutidos e abordados neste trabalho. Terminada a fase de pesquisa teórica, fez-se necessário a partida para a parte prática, que culminou em entrevistas feitas com profissionais da saúde mental como Psicólogos e Psiquiatras. Tendo em vista que o

tema é a junção das questões teóricas e práticas, torna-se iminente a necessidade de conciliar ambas as partes. O presente capítulo se destina a realizar uma análise sobre o que está registrado em livros e teorias e o que de fato ocorre, na visão e experiência dos profissionais.

Foi realizada, conforme citado no capítulo anterior, uma entrevista com três profissionais da saúde mental, contendo na amostra tanto Psicólogos quanto Psiquiatras. Alinhando os depoimentos recolhidos com a teoria, algumas observações tornam-se evidentes e necessárias. Tais observações serão demonstradas a seguir por meio de confrontações entre as entrevistas e a teoria.

O suicídio, quando ocorre, atinge a todos os membros da família gerando sentimentos diversos como culpa, raiva, insegurança, além de que, pode desencadear distúrbios psicológicos em função do ocorrido. O impacto na família é muito intenso. Tais conclusões podem ser embasadas, tanto pelas entrevistas como pela parte teórica. Trechos que comprovam tal conclusão são:

“Toda família tem uma espécie de “caixa preta”, na qual, ficam registrados todos os aspectos ligados à dinâmica familiar, inclusive aqueles “podres” e ruins que queiram ser esquecidos ou deixados de lado. O suicídio traz à tona diversos tipos de conflitos que permeiam a estrutura familiar. Quando um membro o comete, os demais começam a entrar em um jogo de culpa. Cada um joga a culpa para o outro, porém, essa não é diretamente incutida nem discutida. Eles demonstram o que pensam por meio de atos e atitudes mais “frias e secas”. Começam a se distanciar e essa distância, às vezes, torna-se tão grande e intolerável, que pode levar casais a se separar ou famílias inteiras se desintegrarem.” (Entrevista 3, Apêndice:....)

“Quando um membro da família tenta suicídio ou suicida-se, indiscutivelmente atinge a todos da família.” (entrevista 1, Apêndice:.....)

“Cada morte apresenta conseqüências devastadoras. Famílias são afetadas não somente do ponto de vista afetivo, mas também social e econômico.”(Capítulo Teórico,Impacto do Suicídio, página XXXXX)

“O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se ocorre em uma escola ou no local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas. Um suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos.” (Capítulo I, Impacto do suicídio, pág.....)

O entrevistado 3 vai mais adiante afirmando que o impacto e o desenvolvimento de distúrbios psicológicos em função de suicídio pode ser relativo:

“Em relação ao impacto do ato na família, esse varia. Cada família é diferente. Algumas, apesar do sofrimento e das marcas deixadas, conseguem se reorganizar. Outras, se desestruturam totalmente. Como o nível de sofrimento aumenta bastante, alguns membros, mais frágeis, podem entrar em depressão profunda ou, entrar para o mundo das drogas (alcoolismo, tabagismo e outras até mais pesadas). Distúrbios alimentares, Transtorno do Pânico e altos graus de ansiedade, são encontrados também como consequência do ato. Se a pessoa tiver o “eu” muito fragilizado ou mal estruturado, pode desencadear problemas graves, como, neuroses e psicoses. É importante salientar aqui que, só são desencadeadas essas patologias caso a pessoa possua a estrutura obsessiva ou neurótica, caso contrário, é impossível.” (Entrevista 3, Apêndice;...)

“...Há uma ressonância de seu gesto nos demais membros desencadeando diferentes sentimentos. Culpa e raiva são os mais frequentes. (entrevista 1, Apêndice; .pág...)”

“ Inicialmente, defrontam-se com um terrível trauma emocional e afetivo, devido a constatação da enorme violência cometida contra a vida. O que costuma desencadear uma grande turbulência emocional nos familiares, com mobilização de diversos sentimentos: de perda, de culpa, de revolta, de incompreensão, de impotência, e por vezes de alívio (em casos aonde o sofrimento profundo e prolongado está presente: doenças crônicas graves, estados de invalidez com perda acentuada da qualidade de vida, em casos de doenças psíquicas com grande comprometimento emocional, psicoses, melancolia,etc);

É frequente ocorrer uma desestruturação da dinâmica familiar, que nunca mais volta a ser como anteriormente na sua relação interpessoal e individual.

Instala-se algumas vezes uma permanente instabilidade e insegurança em seus membros.” (entrevista 2; Apêndice;)

“ Quanto à distúrbios psicológicos , pode acontecer que alguém entre em depressão e até pense também em morrer (para juntar-se ao outro ou para "aliviar" sua culpa). (Entrevista 1,Apêndice; pág...)

“O suicida fazendo parte do grupo familiar, não só desencadeia e provoca um processo traumático, como mobiliza nos membros mais fragilizados e muitas vezes também enfermos psíquicamente a eclosão de distúrbios emocionais latentes.

Podemos encontrar, familiares que não conseguem elaborar emocionalmente o processo de luto e desenvolvem uma depressão acentuada. (mormente, quando se sentem culpados pela morte do suicida)” (Entrevista 2; Apêndice; pág...)

“Um suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos. A família, os amigos e o médico do suicida podem sentir culpa, vergonha e remorso por não terem conseguido evitar o ato. Também podem sentir raiva contra aquele que se suicidou. Finalmente, eles se dão conta que não são oniscientes nem onipresentes e que o suicídio na maioria das vezes não poderia ter sido evitado. A tentativa de suicídio tem um impacto similar. No entanto, aqueles que são próximos do indivíduo têm uma oportunidade de tirar um peso da consciência respondendo ao seu pedido de ajuda.

“Deve-se ter em mente também que é possível se supervalorizar a participação da família nos casos de suicídio. Muitas famílias recorrem à terapia querendo ser, exclusivamente, a responsável pelo ato e deixando de lado o fato de que o suicida vive num contexto mais amplo que pode exercer enorme influência sobre a pessoa. Essas famílias atuam como se fossem, na realidade, totalmente, responsáveis pela vida da pessoa que se matou. O pressuposto automático da família de considerar o ato como sendo de sua exclusiva responsabilidade, no entanto, pode constituir uma distorção para o terapeuta.” (Capítulo teórico, parte X pág....)

O suicídio é um tema, constantemente, envolvido num clima de silêncio e mistério e isso é devido ao fato da sociedade ter preconceito em relação a tal ato, bem como, ao desenvolvimento de sentimentos de culpa, vergonha, fraqueza, insegurança que pairam sobre os pensamentos dos familiares da “vítima”.

Os profissionais da Saúde Mental afirmam em entrevista que isso pode ser comprovado pois:

“O silêncio e o mistério envolto nesse tema está ligado ao fato de que o suicídio é algo não aceitável socialmente e, por isso, quando ocorre é motivo de vergonha para família. O ato representa o fracasso do núcleo familiar, a má criação dos filhos pelos pais, a falta de comunicação da família como um todo... Todos esses motivos levam ao silêncio e à criação do clima de mistério.” (Entrevista 3, Apêndice:.....)

“O silêncio decorre do preconceito que existe na sociedade. Falar sobre morte e, em especial, sobre suicídio ainda é um assunto cercado de tabus. Além do que, para alguns, significa

um atestado de incompetência. Incompetência como pessoa, como pais, etc.” (Entrevista 1, Apêndice página...)

“O suicídio sendo conseqüência da predominância do instinto de morte, destrutivo, sobre o instinto de vida, deixa sua marca de violência, de auto-destrutividade, impregnando o mundo psíquico dos familiares. Desenvolvem, algumas vezes, sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de fraqueza, de insegurança, procurando negar o fato, camuflá-lo, não podendo relembrar, nem fazer qualquer referência ao ocorrido.” (Entrevista 2, Apêndice; página..)

O preconceito citado por um dos entrevistados, tem origem bem remota, conforme comprava a teoria estudada:

“O suicídio só foi condenado no pensamento ocidental no século IV, quando Santo Agostinho proclamou que esse ato era um crime, uma vez que violava o Sexto Mandamento. “Não matarás” (Bíblia Sagrada). No século XIII, São Tomás de Aquino ampliou essa idéia, declarando que o suicídio era um pecado mortal, uma vez que usurpava o poder de Deus sobre a vida e a morte. De modo que, embora nem o Velho nem o Novo Testamento proibam explicitamente o suicídio, o mundo ocidental veio a considerá-lo um crime e um pecado (Shneidman, 1973).

A ironia é que as injunções cristãs contra o suicídio, baseadas em profundo respeito pela vida, contribuíram para a perseguição àqueles que tentaram acabar ou realmente acabaram com a própria vida. Em passado recente (em torno de 1823), quem quer que cometesse suicídio em Londres era enterrado com uma estaca fincada no coração, e só em 1961 é que o suicídio deixou de ser um crime no Reino Unido. Nos Estados Unidos de hoje, alguns estados categorizam tentativas de suicídio com delitos, embora estes raramente cheguem aos tribunais. A maioria dos estados têm leis que consideram crime estimular ou aconselhar suicídio (Shneidman, 1987).” (Capítulo teórico, Histórico, página....)

O entrevistado 3 completa o raciocínio com o seguinte argumento:

“A parte religiosa condena tanto o ato que muitos padres e pastores se recusam a rezar pelo morto, alegando que o mesmo já está no inferno e não tem salvação. Eles rezam pela família do suicida.” (Entrevista 3; Apêndice:.....)

O clima misterioso que se envolve no tema, gera vários mitos em torno do suicídio, como, por exemplo:

“Pessoas que falam em suicídio nunca o cometem; O suicídio é cometido sem aviso; Só pessoas de uma certa classe social cometem suicídio; A filiação a um dado grupo religioso é um bom prognosticador de que a pessoa não cometerá suicídio; Os motivos do suicídio são facilmente comprovados; Todas as pessoas que cometem suicídio sofrem de depressão; É improvável que pessoas com doenças terminais cometam suicídio; Cometer suicídio é um ato psicótico; O suicídio é influenciado por fatores cósmicos, como as manchas solares e as fases da lua; O melhoramento do estado emocional diminui o risco de suicídio; O suicídio é um ato solitário; Os suicidas querem evidentemente morrer; É raro pensar em suicídio; Fazer perguntas a uma pessoa, especialmente se for deprimida, sobre suicídio leva-la-a à beira do precipício e poderá causar um ato impensado que, de outra maneira, não teria ocorrido; Pessoas que tentam suicídio usando um meio pouco letal não estão pensando seriamente em se matar” (Capítulo Teórico, Mitos sobre o Suicídio, página.....)

No que concerne ao ponto de vista dos Psicólogos e Psiquiatras, algumas famílias procuram buscar consolo na religião, que serve não só para consolo mas também como fonte de evitação do ato, conforme demonstra a seguinte afirmativa:

“Existem, por outro lado, fatores protetores. Sua presença reduz as chances de uma pessoa tentar tirar sua própria vida. Entre eles a religiosidade. Quanto mais a pessoa frequenta e pratica uma religião, mais improvável que cometa suicídio. O apego à religião poderia explicar, pelo menos parcialmente, o baixo índice de suicídio.

Provavelmente, os devotos se sentem integrados em um conjunto, em um grupo social. Essa âncora ajuda as pessoas a sair do isolamento, a encontrar um sentido ou um objetivo para a sua vida. A valorização do viver os afasta do suicídio.” (Capítulo teórico, Natureza e possíveis causas; pagina...)

Alguns familiares, para se livrar da dor, chegam a acreditar que a morte foi a melhor saída depois de muitas buscas pela felicidade como afirma o entrevistado 2 no seguinte trecho:

“Alguns familiares procuram aceitar a morte do suicida quando acreditam que, após muito sofrimento, diversos tratamentos, algumas tentativas frustradas de suicídio a pessoa em questão, precisou descansar de tanto sofrer. E se houver um contexto religioso, agarram-se na crença de que foi para o outro mundo descansar junto do Pai Celeste.” (Entrevista 2, Apêndice; página...)

Existe a idéia de que o suicida, na verdade, não queria de fato morrer mas sim, se livrar de uma situação de sofrimento constante.

Segundo a entrevista 2: “O suicida revela ser alguém que não quer mais viver a vida como ela a ele se apresenta, nem sempre o desejo é realmente não-viver, e sim não continuar vivendo daquela maneira com aquela dor, com aquele sofrimento insuportável, com tão baixa qualidade de vida, com tão pouco prazer, em suma tão infeliz. Alguns indivíduos que tentaram suicídio e não morreram, revelam que queriam naquele momento de desespero aliviar ou arrancar de si, tamanho sofrimento, com a fantasia inconsciente de conseguir viver adiante, livre de todo aquele peso e dor.”

Algumas teorias apóiam essa idéia:

“... Existe uma proposta aparentemente bizarra: a de que o suicida não quer morrer. Na verdade seu objetivo é fugir do sofrimento e substituí-lo por uma “vida” após a morte, prazerosa, por vezes prêmio ou compensação por seus sofrimentos ou sacrifícios terrenos, e isso independe de crenças ou não-crenças na área da religião.

“A maioria dos suicidas parece ambivalente quanto à própria morte. Outros sofrem de depressão ou alcoolismo, o alívio dos quais poderia reduzir o desejo de suicidar-se. Nos casos de muitas pessoas, a crise suicida passa e elas ficam satisfeitas por terem evitado a autodestruição.” (Capítulo Teórico; Mitos sobre o suicídio; página)

“O dilema do suicida, entre querer morrer e viver ao mesmo tempo, terá seu resultado (morte ou sobrevivência) determinado pela força desses desejos e por circunstâncias por vezes fortuitas, como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévias.” (Capítulo teórico, casos peculiares; página).

Outro fator abordado em uma das entrevistas é o temor das pessoas da família em relação às suas fantasias inconscientes. Tais fantasias são muito bem colocadas no capítulo teórico que trata das fantasias inconscientes que sustentam ato suicidas (página XXXXXX). O entrevistado 2, no que diz respeito á esse assunto, afirma que: o suicídio:

“...suscita questões existenciais, de vida e morte, da fragilidade da vida, da transitoriedade, da impotência diante da morte, do temor das próprias fantasias inconscientes de morte e de possibilidade de suicídio, temor da própria loucura, despertando no seio familiar uma profunda insegurança diante da própria vida.” (Entrevista 2, Apêndice; página)

Atualmente, estuda-se a possibilidade do suicídio possuir uma carga genética. O entrevistado 3 levanta a hipótese afirmando que:

“Existe uma questão no suicídio que é bem interessante: as famílias que perdem um ente por esse motivo, encontra (quase sempre), em sua história pregressa outros casos de suicídio. Isso está muito relacionado à fantasias inconscientes de morte. A subjetividade da morte, as menções subliminares, a significação de que representa a saída e o alívio fica bastante clara na mente das pessoas e, mesmo que os suicídios anteriores tenham sido mantidos em segredo, os sinais e histórias da família, tendem a se repetir.” (Entrevista 3, Apêndice:.....)

A teoria comprova essa afirmativa:

“Não é raro encontrar na família do suicida, casos anteriores de pessoas que também tenham tirado a própria vida. Muitos pesquisadores acreditam que existam alterações genéticas que aumentam o risco de suicídio, e que podem ser herdadas de pais para filhos.

Estudos tentam identificar esses genes e compreender a sua influência isolada, independentemente dos outros muitos fatores que sobrecarregam a alma desses indivíduos infelizes. Quanto de genética (biologia), de ambiente (social) e de psiquiátrico (personalidade) atua em cada caso, ainda está para ser descoberto com precisão.” (Capítulo I, Natureza e possíveis causas;

Estatísticas demonstram que o índice de suicídio é muito alto, porém, não é muito divulgado. O trecho abaixo comprova a afirmação.

“No Brasil, suicídios representam 1% de todos os óbitos, e chegam a 4% entre adolescentes e adultos jovens, alerta o Dr. Neury Botega, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, membro do Comitê de Especialistas da Organização Mundial da Saúde para Prevenção do Suicídio e uma das maiores autoridades brasileiras em suicídio.” (Capítulo I, Dados:.....)

O entrevistado 3, corrobora com os dados obtidos, acrescentando a possível justificativa para a não divulgação desses dados em instrumentos de grande circulação para o público:

“O suicídio é a 4ª ou 5ª maior causa de morte no Brasil. Esses dados não são divulgados, pois, especialistas na área da saúde mental, acreditam que a divulgação possa aumentar os índices. Geralmente, o suicídio ocorre em cadeias, ou seja, verifica-se a existência de uma certa “seqüência” nos atos. Esse é o perigo da divulgação.” (Entrevista 3, Apêndice: ...)

Após a realização de algumas confrontações entre a teoria e a prática clínica, sobre o impacto do suicídio pode-se afirmar que o mais interessante do trabalho é que ambas as fontes concordam que os sentimentos de culpa nos familiares tornam-se evasivos, bem como, aflora a insegurança a respeito do que causou a morte do ente querido, questões sobre o que poderia ter sido feito para evitar o ato ficam iminentes, fazendo com que os familiares comecem a sentir-se, muitas vezes, sensíveis e frágeis diante de questões existenciais do ser humano. Outro ponto em comum é que o suicídio é um ato que pode ser considerado de muita violência contra si e o mundo, tornando o luto um aspecto muito difícil e complicado de ser entendido e enfrentado. A família, para aceitar ou tentar entender, diversas vezes, busca refúgio em vários campos, como, por exemplo, o religioso e o terapêutico.

“Existe atualmente um movimento mundial para aumentar a consciência de médicos e de leigos e para criar abordagens coordenadas no sentido de evitar essas mortes.” (Capítulo teórico , Impacto do suicídio;pág).

Tendo em vista o acima exposto, resta, portanto, a alerta dos profissionais sobre a importância de se prever o ato através da identificação de sinais como, por exemplo: “Valorizando as falas, os gestos de alguém que fala da vontade de morrer, que não se cuida, que se sente isolado, que não consegue pedir ajuda.” (Entrevista 1, Apêndice; página XXXX).

Terminada a presente análise, várias outras questões surgem, dentre elas, algumas de cunho moralista levantadas pelo entrevistado 2 que, talvez, nunca consigam ser respondidas.

“O suicídio é um ato de coragem por acabar com a vida ou de enfrentar a morte, o desconhecido...? Ou pelo contrário: É um ato de covardia diante da manutenção da vida?”

CONCLUSÃO

Os estudiosos a respeito do tema suicídio enumeram uma série de possíveis fatores desencadeantes e que podem influenciar o comportamento, tal como, uma raiva introjetada (Durkheim, 1951), o isolamento social (Trout, 1980), a alienação a respeito dos pares e o consumo abusivo de drogas e álcool. Um elemento necessário, se bem que não suficiente por si mesmo, em todos os comportamentos suicidas é a depressão. Mesmo que a depressão não se manifeste abertamente, está encoberta por outro problema ou por uma negação, o vínculo entre a depressão e o suicídio tem sido comprovado.

Compreender o contexto que conduz a depressão suicida permite transformar dinâmica e liberar os membros do sistema da desesperança que os afeta.

Na verdade, não há uma representação convincente sobre a morte. Em outras palavras, ninguém sabe o que é a morte. Por isso, não é a morte que o suicida busca, mas substitutos fantasiados.

BIBLIOGRAFIA

- BAUER M.W & GASKELL George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis- RJ: Vozes, 3ª edição, 2004.
- DAVISON G. & NEALE J. M. *Psicologia do Comportamento Especial*. (Páginas 260 à 270). Rio de Janeiro- RJ: LTC Editora. 8ª edição, 2003.
- FISHMAN H. Charles. *Tratamiento de adolescentes com problemas: um enfoque de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- FLICK, Uwe. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, SP: ARTMED Editora S.A, 2ª edição, 2004
- MINAYO M.C.S. *Pesquisa Social- Teoria, método e criatividade..* Petrópolis- RJ: Editora Vozes, 21ª edição, 2002.
- MUSSEN P.H., CONGER J. J., KAGAN J., HUSTON A. C. *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. (Páginas 616 à 619). São Paulo- SP: Editora Harbra Ltda. 3ª edição, 1995.
- REY F.L.G. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia- caminhos e desafios*. São Paulo: Editora Thompson Pioneira; 2002.
- TURATO E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa*. Petrópolis- RJ: Editora Vozes, 2003.
- WERLANG B.G & BOTEGA N.J. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- [http// www.abcdasaude.com.br/artigo.php.401](http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php.401)
- [http// www.msd-brazil.com](http://www.msd-brazil.com)
- Revista *Carta Capital*, 29 de Setembro de 2004. Edição Especial de Saúde, páginas 49 a 53.

Entrevista

- * Quando um ente comete suicídio, o que acontece com a dinâmica familiar?
- * Os parentes podem desenvolver algum distúrbio psicológico em função do suicídio?
- * Por que a família entra num clima de mistério e silêncio quando alguém se suicida?
- * Enfim, qual a sua visão a respeito do impacto do suicídio no âmbito familiar?

7.1 Entrevista I

Quando um membro da família tenta suicídio ou suicida-se, indiscutivelmente atinge a todos da família. Há uma ressonância de seu gesto nos demais membros, desencadeando diferentes sentimentos. Culpa e raiva são os mais frequentes. A culpa traz profundas indagações, tipo: "por que não percebi nada?", "Não imaginava que ele/ela estava sofrendo!", "eu poderia ter feito alguma coisa para evitar isso". A raiva surge também. Não é incomum que familiares sintam raiva e se sintam magoados e injustiçados por terem sido abandonados. Uma mulher que perde o marido, por exemplo, sente raiva por ter ficado sozinha e com muitas responsabilidades.

Quanto à distúrbios psicológicos, pode acontecer que alguém entre em depressão e até, pense também em morrer (para juntar-se ao outro ou para "aliviar" sua culpa).

O silêncio decorre do preconceito que existe na sociedade. Falar sobre morte e, em especial, sobre suicídio ainda é um assunto cercado de tabus. Além do que, para alguns, significa um atestado de incompetência. Incompetência como pessoa, como pais, etc.

O membro da família que morreu por suicídio, parece-me, sempre estará presente no contexto familiar, suscitando sentimentos diversos e ambivalentes. O impacto desse tipo de morte precisa ser trabalhado. Trata-se de um luto difícil de ser elaborado, merecendo uma atenção especial. Contudo, algumas pessoas encontram formas diferentes de lidar com sua dor, utilizando muitas vezes, a religião como fonte para explicação. Outras, levam tempo falando sobre o acontecido, outras ainda se fecham na dor. É importante que possamos pensar em prevenção; em formas de se poder identificar sinais de alerta do suicídio, principalmente dentro dos espaços da casa. Como? Valorizando as falas, os gestos de alguém que fala da vontade de morrer, que não se cuida, que se sente isolado, que não consegue pedir ajuda. Estas são algumas das pistas para identificar alguém em risco de suicídio.

7.2 Entrevista 2

Inicialmente, defrontam-se com um terrível trauma emocional e afetivo, devido a constatação da enorme violência cometida contra a vida. O que costuma desencadear uma grande turbulência emocional nos familiares, com mobilização de diversos sentimentos: de perda, de culpa, de revolta, de incompreensão, de impotência, e por vezes de alívio (em casos aonde o sofrimento profundo e prolongado está presente: doenças crônicas graves, estados de invalidez com perda acentuada da qualidade da vida, em casos de doenças psíquicas com grande comprometimento emocional, psicoses, melancolia, etc);

É freqüente ocorrer uma desestruturação da dinâmica familiar, que nunca mais volta a ser como anteriormente na sua relação interpessoal e individual.

Instala-se algumas vezes uma permanente instabilidade e insegurança em seus membros.

Em geral o suicida fazendo parte do grupo familiar, não só desencadeia e provoca um processo traumático, como mobiliza nos membros mais fragilizados e muitas vezes também enfermos psíquicamente a eclosão de distúrbios emocionais latentes.

Podemos encontrar, familiares que não conseguem elaborar emocionalmente o processo de luto e desenvolvem uma depressão acentuada. (mormente, quando se sentem culpados pela morte do suicida);

Algumas vezes, o suicida já pertencia a uma família com uma dinâmica patológica.

O suicídio sendo conseqüência da predominância do instinto de morte, destrutivo, sobre o instinto de vida, deixa sua marca de violência, de auto-destrutividade, impregnando o mundo psíquico dos familiares. Desenvolvem, algumas vezes, sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de fraqueza, de insegurança, procurando negar o fato, camuflá-lo, não podendo relembrar, nem fazer qualquer referência ao ocorrido.

A morte por suicídio, diferencia-se bastante da morte por acidente ou da morte por enfermidade física ou mesmo por velhice.

O suicida revela ser alguém que não quer mais viver a vida como ela a ele se apresenta, nem sempre o desejo é realmente não-viver, e sim não continuar vivendo daquela maneira com aquela dor, com aquele sofrimento insuportável, com tão baixa qualidade de vida, com tão pouco prazer, em suma tão infeliz. Alguns indivíduos que tentaram suicídio e não morreram, revelam

que queriam naquele momento de desespero aliviar ou arrancar de si, tamanho sofrimento, com a fantasia inconsciente de conseguir viver adiante, livre de todo aquele peso e dor.

Alguns familiares, procuram aceitar a morte do suicida, quando acreditam que após muito sofrimento, diversos tratamentos, algumas tentativas frustradas de suicídio, a pessoa em questão, precisou descansar de tanto sofrer. E se houver um contexto religioso, agarram-se na crença de que foi para o outro mundo descansar junto do Pai Celeste.

Certamente, a morte por suicídio é a mais traumática para uma família, na medida em que a violência cometida pelo suicida, atinge a todos os familiares de uma maneira brutal. Desperta diversos questionamentos:

- O que poderíamos ter feito para que não terminasse assim com sua vida?
- Por que nos abandonou?
- Por que fez isso conosco? (manifestação narcisista);

Enfim, suscita questões existenciais, de vida e morte, da fragilidade da vida, da transitoriedade, da impotência diante da morte, do temor das próprias fantasias inconscientes de morte e de possibilidade de suicídio, temor da própria loucura, despertando no seio familiar uma profunda insegurança diante da própria vida.

Resta sempre uma questão de cunho moralista:

O suicídio é um ato de coragem por acabar com a vida ou de enfrentar a morte, o desconhecido...?
Ou pelo contrário: É um ato de covardia diante da manutenção da vida?

7.3 Entrevista 3

Toda família tem uma espécie de “caixa preta”, na qual, ficam registrados todos os aspectos ligados à dinâmica familiar, inclusive aqueles “podres” e ruins que queiram ser esquecidos ou deixados de lado. O suicídio traz à tona diversos tipos de conflitos que permeiam a estrutura familiar. Quando um membro o comete, os demais começam a entrar em um jogo de culpa. Cada um joga a culpa para o outro, porém, essa não é diretamente incutida nem discutida. Eles demonstram o que pensam por meio de atos e atitudes mais “frias e secas”. Começam a se distanciar e essa distância, às vezes, torna-se tão grande e intolerável, que pode levar casais a se separar ou famílias inteiras se desintegrarem.

O silêncio e o mistério envolto nesse tema está ligado ao fato de que o suicídio é algo não aceitável socialmente e, por isso, quando ocorre é motivo de vergonha para família. O ato representa o fracasso do núcleo familiar, a má criação dos filhos pelos pais, a falta de comunicação da família como um todo... Todos esses motivos levam ao silêncio e à criação do clima de mistério.

Tirar a própria vida é tão vinculado à vergonha e ao fracasso que, pessoas que tentam se matar e não morrem, não são socorridas pelo Hospital. Somente os Bombeiros fazem esse tipo de salvamento. Em boletins médicos, de autópsia, no laudo não consta que a pessoa se matou, mas sim, a forma como morreu. Por exemplo: “Fulano morreu vítima de enforcamento” e não “Fulano morreu por ter se enforcado”.

A parte religiosa condena tanto o ato que muitos padres e pastores se recusam a rezar pelo morto, alegando que o mesmo já está no inferno e não tem salvação. Eles rezam pela família do suicida.

A sociedade atual exige que as pessoas sejam bastante competentes e não permite “deslizes”, imperfeições. O suicídio nesse contexto remete, novamente, à idéia de fracasso, fraqueza. A pessoa que se matou foi aquela que não soube enfrentar bem seus problemas e as adversidades da vida.

O suicídio é a 4ª ou 5ª maior causa de morte no Brasil. Esses dados não são divulgados, pois, especialistas na área da saúde mental, acreditam que a divulgação possa aumentar os índices. Geralmente, o suicídio ocorre em cadeias, ou seja, verifica-se a existência de uma certa “seqüência” nos atos. Esse é o perigo da divulgação.

Em relação ao impacto do ato na família, esse varia. Cada família é diferente. Algumas, apesar do sofrimento e das marcas deixadas, conseguem se reorganizar. Outras, se desestruturam totalmente. Como o nível de sofrimento aumenta bastante, alguns membros, mais frágeis, podem entrar em depressão profunda ou, entrar para o mundo das drogas (alcoolismo, tabagismo e outras até mais pesadas). Distúrbios alimentares, Transtorno do Pânico e altos graus de ansiedade, são encontrados também como consequência do ato. Se a pessoa tiver o “eu” muito fragilizado ou mal estruturado, pode desencadear problemas graves, como, neuroses e psicoses. É importante salientar aqui que, só são desencadeadas essas patologias caso a pessoa possua a estrutura obsessiva ou neurótica, caso contrário, é impossível.

As causas do suicídio são diversas. Muitas estão ligadas à questão sexual, principalmente, à homossexualidade. Por não aceitarem sua condição ou por terem medo de viver sua escolha, estão mais suscetíveis à cometer suicídio, pela tendência que possuem em ficar deprimidos.

Existe uma questão no suicídio que é bem interessante: as famílias que perdem um ente por esse motivo, encontra (quase sempre), em sua história pregressa outros casos de suicídio. Isso está muito relacionado à fantasias inconscientes de morte. A subjetividade da morte, as menções subliminares, a significação de que representa a saída e o alívio fica bastante clara na mente das pessoas e, mesmo que os suicídios anteriores tenham sido mantidos em segredo, os sinais e histórias da família, tendem a se repetir.

O tratamento, geralmente, ocorre sem o apoio da família. Quando um membro tenta se matar e não consegue, a família entra num ciclo de medo que tende a se afastar e colocar a responsabilidade em cima do Psicólogo. Para um bom tratamento, é preciso envolver a família e, caso o suicídio já tenha ocorrido, é importante dar suporte aos familiares, no sentido de reestabelecer a comunicação interna com o intuito de retirar a agressão presente em muitas das atitudes, bem como, buscar uma solução para diminuição do sofrimento.

ANEXO I

Tabela 1.1- Diferenças entre pesquisa quantitativa e qualitativa

| Estratégias | | |
|-------------|----------------------|----------------------------|
| | Quantitativas | Qualitativas |
| Dados | Números | Textos |
| Análise | Estatística | Interpretação |
| Protótipo | Pesquisas de opinião | Entrevista em profundidade |
| Qualidade | Hard (pesada) | Soft (leve) |

ANEXO II

Tabela 1.2- As quatro dimensões do processo de pesquisa

| Princípios do Delineamento | Geração de dados | Análise dos dados | Interesses do conhecimento |
|-----------------------------|---|---|-------------------------------|
| Estudo de caso | Entrevista individual | Formal | |
| Estudo Comparativo | Questionário | Modelagem estatística | |
| Levantamento por amostragem | Grupos Focais | Análise estrutural | Controle e predição |
| Levantamento por painel | Filme | Informal | Construção de consenso |
| Experimento | Registros áudio-visuais | Análise de conteúdo | Emancipação e “empoderamento” |
| Observação Participante | Observação sistemática; Coleta de documentos | Codificação Indexação | |
| Etnografia | Registro de sons | Análise semiótica; Análise retórica; Análise de discurso. | |

1.1 Problema

Tendo em vista o interesse, anteriormente, citado, o presente trabalho irá abordar qual o impacto que o suicídio causa no âmbito familiar na concepção de psicólogos e psiquiatras.

1.2 Objetivos

- O que ocorre na dinâmica familiar quando um de seus membros comete suicídio?
- Qual a influência exercida pela família e pelo meio social na prática do suicídio?

CAPÍTULO I

2. Histórico

A morte por iniciativa própria é um ato complexo que apresenta múltiplos aspectos. Nenhuma teoria isolada será capaz de explicá-la.

O suicídio só foi condenado no pensamento ocidental no século IV, quando Santo Agostinho proclamou que esse ato era um crime, uma vez que violava o Sexto Mandamento. “Não matarás” (Bíblia Sagrada). No século XIII, São Tomás de Aquino ampliou essa idéia, declarando que o suicídio era um pecado mortal, uma vez que usurpava o poder de Deus sobre a vida e a morte. De modo que, embora nem o Velho nem o Novo Testamento proibam explicitamente o suicídio, o mundo ocidental veio a considerá-lo um crime e um pecado (Shneidman, 1973).

A ironia é que as injunções cristãs contra o suicídio, baseadas em profundo respeito pela vida, contribuíram para a perseguição àqueles que tentaram acabar ou realmente acabaram com a própria vida. Em passado recente (em torno de 1823), quem quer que cometesse suicídio em Londres era enterrado com uma estaca fincada no coração, e só em 1961 é que o suicídio deixou de ser um crime no Reino Unido. Nos Estados Unidos de hoje, alguns estados categorizam tentativas de suicídio como delitos, embora estes raramente cheguem aos tribunais. A maioria dos estados têm leis que consideram crime estimular ou aconselhar suicídio (Shneidman, 1987).

2.2 Definição

Ao imaginar um suicídio, em geral pensa-se em uma pessoa executando deliberadamente um ato drástico, escolhido de maneira explícita para acabar quase no mesmo instante com a vida- a mulher sentada dentro de um carro na garagem fechada com o motor ligado, o homem com uma pistola apontada para a têmpora, a criança com o vidro de comprimidos para dormir dos pais. Especialistas no assunto, porém, vêem como de tendências suicidas os indivíduos que agem de maneira autodestrutiva que podem causar ferimentos graves ou morte após um período prolongado, tal como o diabético que deixa de tomar insulina ou segue um regime alimentar errôneo, ou o alcoólatra que continua a beber e não procura ajuda, apesar de saber o mal que vem

fazendo a seu corpo. Às vezes chamados de *morte subintencional*, esses aparentes suicídios complicam ainda mais o trabalho de compreender e reunir estatísticas sobre o assunto (Shneidman, 1973).

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVI. As várias definições de suicídio costumam conter uma idéia central, mais evidente, ligada ao “ato de terminar com a própria vida”, juntamente com idéias periféricas, menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade. Poderia, ainda, ser considerado o componente autodestrutivo presente em diversas condições, como o tabagismo, o alcoolismo, a toxicomania, a inobservância de tratamentos médicos e determinados estilos de vida, que podem resultar em mortes por causas naturais.

Porém, apesar das várias tentativas no sentido de definir o ato, não há uma definição certa ou acabada para o suicídio, visto que, tal comportamento não é algo que possua uma causa definida nem um motivo específico. Levando tais fatores em consideração, torna-se difícil definir suicídio de uma forma única. Pode-se chegar a um conceito aproximado, concatenando diversas idéias sobre o tema. Sem incorrer em erros conceituais pode-se arriscar a afirmar que o comportamento suicida é definido como sendo todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Essa noção possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, suicídio.

Segundo Freud, suicídio é assassinato, numa ampliação de sua teoria da raiva internalizada na depressão. Quando a pessoa perde alguém que ora amou ora odiou e a introjeta, a agressão volta-se para dentro. Se esses sentimentos são suficientemente fortes, o indivíduo cometerá suicídio.

Se suicídio é, etimologicamente, “a morte de si mesmo”, essa definição enseja uma série de problemas, derivados da sua amplitude. Nela se pode incluir desde o auto-extermínio, como conceituado pelos médicos legistas, até a morte decorrente da exposição a condutas de risco, da falta de cuidado frente a doenças ou eventos perigosos, das intoxicações acidentais e “overdoses”, dos acidentes e outros fatos similares.

Ao adotar uma visão mais abrangente de comportamento suicida, evita-se, por um lado, a tendência encontrada em várias outras definições de valorizar exageradamente a intencionalidade

e a lucidez da consciência no ato suicida. Por outro lado, essa idéia mais abrangente de comportamento suicida permite avaliar melhor os vários fatores que influem nos pensamentos, nas ameaças, nos planos nos gestos e nas tentativas de suicídio, determinando quais os condicionantes que levam, ou não, a uma progressão do risco até a consumação do mesmo.

2.3 Natureza e possíveis causas

Muitos motivos têm sido sugeridos para o suicídio: agressão contra si mesmo, retaliação ao induzir culpa em outras pessoas, tentativa de forçar amor por parte de outra pessoa, ato para reparar supostas más ações praticadas no passado, desejo intenso de livrar-se de sentimentos inaceitáveis, tal como atração sexual por membro do mesmo sexo, desejo de reencarnação, vontade de juntar-se a uma pessoa amada já falecida e de escapar de estresse, deformação física, dor ou vácuo emocional. Diversos modernos profissionais de saúde consideram o suicídio em geral como uma tentativa individual de resolver um problema, realizada sob forte estresse e marcada por consideração de uma faixa muito estreita de alternativas, entre as quais o auto-aniquilamento parece a mais viável (Linehan & Shearin, 1988).

Idéias sobre a natureza e as causas do suicídio podem ser encontradas em incontáveis fontes. Cartas e diários podem fornecer insights sobre a fenomenologia de indivíduos que o cometem.

Estudos de bilhetes deixados por pessoas comuns que levaram o suicídio até o fim contêm muitas vezes instruções detalhadas e mostram prova de mais angústia e hostilidade do que notas simuladas, escritas por indivíduos que não estavam pensando em suicídio, mas que foram equiparados demograficamente e solicitados a escrever um desses bilhetes, como se estivessem pensando em se matar (Ogilvie et al., 1983; Shneidman & Farberow, 1970). O que falta nas cartas autênticas de suicidas é o tipo de conteúdo geral e filosófico que caracteriza as que são escritas por simuladores. “Não esqueça de pagar a conta de luz” provavelmente parecerá mais autêntica do que outra que diz “Ama teu próximo” (Baumeister, 1990).

Existem várias causas que ficam latentes na mente e no comportamento dos potenciais suicidas.

A maioria apresenta características, identificáveis meses ou até anos antes do evento fatal, de doenças psiquiátricas e de distúrbios de comportamento graves. É freqüente encontrar, entre os suicidas, casos de depressão, esquizofrenia, ansiedade, distúrbios profundos de personalidade.

Mas os fatores de risco incluem muito mais que a personalidade e a mente. Fatores sociais, econômicos, biológicos e até ambientais se entrelaçam para criar o terreno propício para o suicídio.

Situações como pobreza, perda de bens materiais, pressão social, perda de um ente querido, frustrações amorosas, problemas profissionais, processos legais, abuso sexual na infância, alcoolismo e uso de drogas, baixa auto-estima, doença grave ou terminal, ou até sofrimento físico intenso (dores crônicas), podem levar uma pessoa a cometer suicídio. A eutanásia assistida não passa de um tipo especial de suicídio.

Não é raro encontrar na família do suicida, casos anteriores de pessoas que também tenham tirado a própria vida. Muitos pesquisadores acreditam que existam alterações genéticas que aumentam o risco de suicídio, e que podem ser herdadas de pais para filhos.

Estudos tentam identificar esses genes e compreender a sua influência isolada, independentemente dos outros muitos fatores que sobrecarregam a alma desses indivíduos infelizes. Quanto de genética (biologia), de ambiente (social) e de psiquiátrico (personalidade) atua em cada caso, ainda está para ser descoberto com precisão.

Existem, por outro lado, fatores protetores. Sua presença reduz as chances de uma pessoa tentar tirar sua própria vida. Entre eles a religiosidade. Quanto mais a pessoa frequenta e pratica uma religião, mais improvável que cometa suicídio. O apego à religião poderia explicar, pelo menos parcialmente, o baixo índice de suicídio.

Provavelmente, os devotos se sentem integrados em um conjunto, em um grupo social. Essa âncora ajuda as pessoas a sair do isolamento, a encontrar um sentido ou um objetivo para a sua vida. A valorização do viver os afasta do suicídio.

Os adolescentes que tentam suicídio frequentemente têm uma longa história de instabilidade familiar progressiva e discórdia. Atingiram um ponto em que se sentem incapazes de se comunicar com os pais ou de pedir apoio a eles. A perda de um dos pais muito cedo também é muito comum entre adolescentes suicidas. Tipicamente, os adolescentes suicidas têm menos amigos íntimos, mas seus relacionamentos com eles são muito mais intensos.

Ao considerar as tentativas de suicídio, é importante distinguir entre fatores desencadeantes imediatos e fatores de longo prazo que as predis põem. Os eventos desencadeantes podem incluir o rompimento ou ameaça de término de um romance; gravidez (real ou imaginária); fracasso escolar; conflitos com os pais; rejeição por parte de um amigo; ser apreendido num ato proibido

ou delinqüente; perda de uma pessoa querida ou de um dos pais; e medo de doença grave ou colapso mental iminente. Examinando mais detalhadamente, entretanto, torna-se claro que a reação do adolescente a tais eventos geralmente é o auge de uma série de dificuldades.

O ato suicida exitoso se constitui no evento final de uma completa rede de fatores que foram interagindo durante a vida do indivíduo, de formas variadas, peculiares e imprevisíveis. Dessa complexidade fazem parte fatores genéticos, biológicos, psicológicos (com ênfase nas primeiras experiências vitais), sociais, históricos e culturais. Por isso, não se pode referir a “causas” de um determinado suicídio, visto que, é um processo complexo demais o qual está mais envolvido com fatores internos de cada pessoa do que “causas externas”. Na verdade, o que se apresenta ao observador como motivações do ato são apenas desencadeantes constituídos por fatos que, aparentemente, estimularam o desenlace. Esses desencadeantes são considerados, pelo leigo, como as “causas” do ato suicida. Esse tipo de reducionismo pode ocorrer também com o psiquiatra caso ele atribua a “causa” de um suicídio a um determinado transtorno mental.

2.4 Casos peculiares

É possível se defrontar com suicídios em que a necessidade e o desejo de controlar o momento da morte se constitui no desencadeante mais evidente. Esse tipo de desejo, será encontrado em condenados à morte, em torturados, em perseguidos por ditadores que têm poder sobre a vida e a morte. Esses suicidas resistem com seus atos, destruindo a onipotência dos donos do poder e dos torturadores, frustrando-os e, por vezes, levando para o túmulo informações que poderiam comprometer amigos ou ideais. Concomitantemente, escapam de sofrimentos terríveis. Entre essas pessoas pode-se encontrar verdadeiros heróis.

As hipóteses levantadas acima são, no entanto, incompletas, como todas as desta área de estudo. Assim, outras pessoas em situações similares não se matam e podem fazer emergir seu heroísmo (ou não) de outras formas, dependendo de fatores internos e de como a realidade externa é sentida.

Outros suicídios que poderiam ser considerados heróicos, do ponto de vista da sociedade na qual ocorrem, ressaltam a grande importância de fatores culturais, em sua interação com os demais. Por exemplo, existem grupos sociais cujas idéias sobre honra são peculiarmente rígidas, como ocorre na tradição japonesa. Ainda que essa tradição esteja menos rigorosa, pela influência

da ocidentalização, pode-se esperar que alguém se mate, por vezes mediante o ritual *harakiri*, caso tenha cometido um ato considerado desonroso ou se sentido injustamente estigmatizado. Nessas situações o suicida se “reconcilia” com seu grupo social.

Próximo à categoria dos suicídios heróicos temos aqueles que, similarmente a Durkheim (1982), pode-se chamar suicídios altruístas. Aqui encontram-se indivíduos que se matam tendo como fator desencadeante a defesa de ideais ou de outros seres humanos. É o caso de pessoas que se deixam morrer, em protesto, mediante greves de fome, ateando fogo a seus corpos etc.

As considerações acima visaram introduzir o leitor em uma proposta aparentemente bizarra: a de que o suicida não quer morrer. Na verdade seu objetivo é fugir do sofrimento e substituí-lo por uma “vida” após a morte, prazerosa, por vezes prêmio ou compensação por seus sofrimentos ou sacrifícios terrenos. E isso independe de crenças ou não-crenças na área da religião.

O dilema do suicida, entre querer morrer e viver ao mesmo tempo, terá seu resultado (morte ou sobrevivência) determinado pela força desses desejos e por circunstâncias por vezes fortuitas, como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévias.

2.5 Família como fator de influência

As pesquisas existentes mostram que as dificuldades na família constituem um dos fatores mais importantes quando se trata de suicídio. Joseph e Jerry Jacobs (1966), por exemplo, observaram que os adolescentes suicidas têm más relações com seus pais e conflitos familiares que impedem que se estabeleçam as relações e os modelos propícios que permitiriam ao jovem enfrentar os problemas e tensões associadas com a adolescência. Christopher Williams e Christina Lyons (1976) citam uma série de estudos clínicos indicativos de uma relação entre a presença de uma família nuclear desorganizada e as tentativas de suicídio dos adolescentes. A perda de um dos pais, os conflitos familiares e uma diversidade de características parentais disfuncionais, tais como problemas emocionais, problemas de saúde e atitudes negativas nos relacionamentos entre pai-filho, são todos fatores coadjuvantes.

Outras pesquisas têm comprovado que a tensão familiar, em especial a resultante de conflitos matrimoniais e entre pais e filhos, é um fator chave nas tendências suicidas dos adolescentes. Segundo Joseph Sabbatch (1969,1971), os adolescentes que tentavam se suicidar tinham a tendência de perceber seus conflitos familiares como prolongados e extremos. Manifestam que seus lares estão dominados por brigas freqüentes, mal-estar e desorganização emocional.

Uma família instável pode dificultar o manejo das tensões externas por parte do adolescente, fazendo com que as perceba como mais catastróficas do que realmente são.

Uma falta de coerência no contexto familiar pode produzir a contradição e a desesperança incontroláveis que caracterizam o adolescente deprimido em transição ao suicídio. A fim de resolver as agudas e profundas contradições que debilitam a auto-estima do adolescente, o terapeuta deve detectar e atacar os paradoxos existentes em seu contexto. É responsabilidade do terapeuta tratar o sistema com vistas à produzir sua congruência.

Situações familiares desorganizadas produzem sentimentos de confusão, inadequação e baixa auto-estima, que se relacionam com a conduta suicida. Quando uma pessoa se depara com dificuldades para enfrentar o contexto social externo, não recorre à família, visto que, esta representa um lugar de desvalorização e repressão para esse membro da família.

Generalizadamente, todos os sistemas familiares de pessoas suicidas poderiam ser considerados como extremamente rígidos. Esses sistemas não mudam sua forma para se adaptar às novas necessidades determinadas pelo contexto social de seus membros. Um exemplo claro desse tipo de sistema familiar rígido existe em famílias que insistem na perfeição. Não se pode tolerar um indivíduo imperfeito em um sistema que persiste em repetir a mensagem: “Deves ser feliz, deves ser competente em tudo!”. Esses sistemas são extremamente opressivos e criam um nível para a mudança tremendamente elevado. Um sintoma do suicídio pode ser interpretado como uma intenção desesperada de produzir uma mudança nesse contexto familiar rígido.

Existe outro tipo de sistema familiar que é aquele que aceita a todos os caprichos de seus membros. Esse sistema também deve ser modificado, pois, se todos os desejos de um dos

familiares forem imediatamente satisfeitos, essa pessoa não estará preparada para enfrentar as inevitáveis frustrações que aparecerão em sua vida.

Deve-se ter em mente também que é possível se supervalorizar a participação da família nos casos de suicídio. Muitas famílias recorrem à terapia querendo ser, exclusivamente, a responsável pelo ato e deixando de lado o fato de que o suicida vive num contexto mais amplo que pode exercer enorme influência sobre a pessoa. Essas famílias atuam como se fossem, na realidade, totalmente responsáveis pela vida da pessoa que se matou. Esta convicção nega um fato fundamental da existência humana: que as pessoas são livres e responsáveis por seus atos. Os adolescentes, por exemplo, podem fazer pactos suicidas e estar imersos no mundo das drogas, fatores estes, que poderiam exercer um importante papel quando se trata de suicídio. O pressuposto automático da família de considerar o ato com sendo de sua exclusiva responsabilidade, no entanto, pode constituir uma distorção para o terapeuta.

Deve-se desprezar a idéia generalizada de que o contexto de uma pessoa é provido exclusivamente pela família e que, por conseguinte, a família deveria sempre saber o que causou ou provocou o ato suicida. Esse tipo de pressuposto que provoca sentimentos de culpa, não ajuda nem á família nem a terapia. Nesses casos, grande parte da tarefa do terapeuta se resume em transmitir a família que na realidade eles não exerciam um controle total sobre a vida do membro suicida e que culpar a família pelo que houve só serve para piorar a situação, pois origina uma rigidez e um temor que só fazem com que a família se sinta menos predisposta a encarar os problemas que possam emergir.

2.6 Fantasias inconscientes que sustentam atos suicidas

As fantasias inconscientes mais comuns que sustentam os atos suicidas são:

- a) *Busca de uma “outra vida”- em um mundo paradisíaco.* O estudo de componentes culturais confirma isso. Em vários grupos sociais os mortos eram enterrados e, ainda são, ritualisticamente com seus pertences, facilitando a transição para o outro mundo. Esses rituais, em sua essência, também fazem parte de nossa cultura, mediatizados pelas religiões. Os suicídios coletivos são constatações da intensidade e da importância destas

fantasias conscientes e inconscientes. Essa busca da vida após a morte facilita a verificação da superposição de fantasias sobre o tema.

b) *Reencontro e autopunição*: paradoxalmente, essas duas fantasias comumente se sobrepõem, mostrando como a idealização é o corolário da perseguição. A fantasia de reencontro pode dar-se com Deus, um Deus correspondente ao fantasiado internamente, com o paraíso, com pessoas que faleceram, pessoas essas com quem se mantinha uma relação intensamente amorosa, por vezes idealizada e dependente. Esse é um dos fatores que auxiliam a compreensão do suicídio em situações de luto. Por vezes, o suicídio é crônico, isto é, a pessoa adoece, se entrega e acaba morrendo. A fantasia inconsciente predominante é o re-encontro em um “outro mundo”.

A identificação com o morto pode fazer com que a pessoa morra ou se mate da mesma forma. Por isso, são encontrados suicídios, em seqüência, entre pessoas próximas. Por vezes o mesmo lugar, a mesma arma é utilizada, ou ocorre uma reação de aniversário (implicam o eclodir de um fenômeno patológico nas áreas mental, patológica, somática ou social, próximo ou exatamente no aniversário da morte de algum ente querido, ou quando se completa a idade em que a pessoa morreu). O forte componente genético de transtornos afetivos faz com que se encontrem mais suicídios nas famílias desses pacientes, mas as considerações acima sobre a identificação com pessoas que se mataram se somam aos fatores biológicos.

É importante ressaltar a existência do luto patológico, que foi, de certa forma abordado nos itens acima.

O luto patológico, também denominado pelos psicanalistas de melancolia consiste na introjeção de aspectos amorosos e odiosos do morto que passam a fazer parte do mundo interno do sobrevivente. Como essa introjeção se processará e quais os seus resultados, dependerá de fatores constitucionais e de como se processou a formação e o funcionamento do mundo inteiro. No luto normal predominam os elementos amorosos e, no patológico, a ambivalência amor-ódio pende para o sentimento de que esse morto internalizado é malvado, persecutório.

c) *Vingança*- o ato suicida é altamente agressivo também em relação aos sobreviventes. Na fantasia do suicida, as pessoas próximas (ou a sociedade) deverão sentir-se culpadas, com remorsos, por não terem suprido as suas supostas carências ou por injustiçá-lo. O interessante é o fato de que o morto “vê” e se satisfaz com o sofrimento de seus supostos algozes, não tendo consciência de que ele não mais existe.

d) *Pedido de ajuda*- o suicida costuma comunicar sua desesperança e desespero ao ambiente, incluindo por vezes planos suicidas. Uma tentativa de suicídio mal sucedida é uma mensagem desesperada. No entanto, a não ser que haja uma intimidade imensa, as pessoas próximas têm dificuldades em captar essa necessidade, ou, quando o conseguem, se sentem impotentes. O encaminhamento a um profissional nem sempre é fácil e possível. (Trecho retirado do livro “Comportamento Suicida”)

2.7 Algumas abordagens sobre o suicídio

Uma teoria do suicídio, baseada em trabalho realizado em psicologia social e da personalidade, sustenta que alguns desses casos têm origem em um forte desejo de escapar de uma autoconsciência aversiva, ou seja, da dolorosa percepção de deficiências e falta de sucesso que o indivíduo atribui a si mesmo (Baumeister, 1990). Supõe-se que essa percepção produza sofrimento emocional agudo, talvez depressão. Irrealisticamente, altas expectativas – e, em consequência, a probabilidade de não ficar à altura delas (cf. Beck e Ellis) --- desempenham papel fundamental nessa teoria do suicídio. De particular importância seria a discrepância entre altas expectativas de intimidade e uma realidade que fica aquém disso, como, por exemplo, a pessoa amada não corresponder ao afeto de que o indivíduo necessita (Stephens, 1985). O nada através da morte talvez pareça mais tolerável do que a percepção dolorosa das próprias deficiências. É considerável a pesquisa em apoio dessa hipótese (Baumeister, 1990).

Teoria Sociológica de Durkheim Emile Durkheim (1897, 1951), um renomado sociólogo, analisou as estatísticas de suicídio de vários países, durante diferentes períodos históricos, e concluiu que o auto-aniquilamento poderia ser compreendido em termos sociológicos. E estabeleceu uma distinção entre três tipos de suicídio: o **suicídio egoísta** é cometido por indivíduos que mantêm poucos laços com a família, com a sociedade ou com a comunidade. Esses indivíduos sentem-se alienados dos outros, excluídos de apoios sociais que consideram importantes para mantê-los vivendo de maneira adaptativa como seres sociais.

O **suicídio altruísta** é considerado uma resposta às exigências da sociedade. Algumas pessoas que o cometem sentem-se parte integrante de um grupo e se sacrificam pelo que consideram o bem da sociedade. A auto-imolação de monges e monjas budistas como protesto contra a luta durante a Guerra do Vietnã enquadra-se nessa categoria. Alguns suicídios altruístas,

como o hara-kiri pelos japoneses, são exigidos como o único recurso honoroso em certas circunstâncias.

Finalmente, o **suicídio anônimo** pode ser provocado por uma mudança súbita na relação do indivíduo com a sociedade. Um executivo bem-sucedido que sofre graves perdas financeiras pode experimentar anomia, um senso de desorientação, porque o que acredita ser um estilo normal de vida não lhe é mais possível.

Como acontece com todas as teorizações sociológicas, as hipóteses de Durkheim enfrentam dificuldades para explicar as diferenças entre as reações de indivíduos de uma dada sociedade às mesmas pressões e condições. Nem todos que inesperadamente perdem dinheiro cometem suicídio, por exemplo. Parece que Durkheim tinha consciência desse problema, pois, sugeriu que o temperamento do indivíduo interagiria com quaisquer pressões sociais que para ele fossem causas da aflição.

Para Durkheim, a vida coletiva é integrada pelos fatos sociais e a consciência coletiva de que esta dotada é, por sua vez, integrada por representações coletivas: efeitos que se sobrepõem aos indivíduos que compõem a coletividade e que refletem a própria coletividade.

As representações coletivas diferem das representações individuais, assim como a associação de seres humanos produz um todo que se sobrepõe as partes que o formam.

Na obra clássica datada de 1897, Durkheim analisa o suicídio como fato social. Ele (1897) afirma que dado que a pequena minoria de pessoas que se matam todos os anos não constitui um grupo natural, que não estão em contato umas com as outras, o número constante dos suicídios só pode ser devido a ação de uma causa comum que domina os indivíduos e que lhes sobrevive

Abordagem de Shneidman sobre o Suicídio. Embora reconheça que talvez 90% dos suicídios poderiam justificar um diagnóstico do DSM, Shneidman (1987) lembra-se que a maioria esmagadora das pessoas com esquizofrenia e transtornos de humor não comete suicídio. E sugere também que a mente perturbada, que ele possuía como elemento fundamental na pessoa que o comete, não é uma doença mental.

Para o sofredor, essa solução põe fim à consciência e uma dor insuportável – o que Melville, no *Moby Dick*, denominou “angústia insuportável”. Desaparecem toda a esperança e o senso de ação construtiva.

Ainda assim – e esse ponto é de importância fundamental na prevenção do suicídio— quase todos que pensam em comete-lo ou realmente o cometem são ambivalentes nesse particular. “O

estado suicida prototípico é aquele em que o indivíduo corta a própria garganta, pede ajuda aos gritos e é autêntico em ambos esses atos (...). Ele se sentiria feliz em não fazer isso, se não tivesse que fazê-lo” (Shneidman, 1987, p.170). Há nesses casos um estreitamento da faixa percebida de opções. Quando não se encontra em um estado suicida altamente perturbado, a pessoa é capaz de identificar mais opções para enfrentar o estresse. Pessoas que pensam em suicídio geralmente comunicam suas intenções, às vezes com um pedido de ajuda urgente, quando não se afastando de todos, numa busca de inviolabilidade. Comportamentos típicos incluem presentear outras pessoas com objetos a que elas dão muito valor e pôr em ordem assuntos financeiros.

Pesquisas confirmam a hipótese de que as pessoas que tentam o suicídio são mais rígidas do que outras, confirmando as observações clínicas de Shneidman e outros de que indivíduos nesses casos parecem ser quase miopemente incapazes de pensar em soluções alternativas para problemas e que, por isso mesmo, tendem a escolher o suicídio com única solução.

2.8 Prognóstico de suicídio através de Testes Psicológicos

Seria de grande valor teórico e prático se pudéssemos prever o suicídio com base em testes psicológicos, porém, tal previsão é impossível. Não existe teste psicológico algum que avalie ou faça qualquer previsão a respeito do suicídio. Os testes atuais podem, no máximo, verificar se uma pessoa tem um alto grau de depressão ou qualquer outra alteração psicológica a qual pode servir de alerta para possíveis comportamentos suicidas. É importante frisar que eles avaliam o estado psicológico e a avaliação do quadro psicológico que levanta a possibilidade de que uma pessoa possa vir cometer algum ato suicida. Como não há uma causa única ou universal será sempre utópico afirmar que um teste psicológico poderá analisar ou prever um suicídio. Porém, várias pesquisas foram feitas nesse sentido. Algumas correlações foram encontradas entre tentativas de suicídio e sensação de impotência. Especialmente relevantes nesse particular foram as descobertas de Aron Beck; baseadas em dados prospectivos, de que a desesperança é um prognosticador do suicídio (Beck; 1986b; Beck et al., 1985,1990), e ainda mais forte do que a depressão (Beck, Kovacs & Weissman, 1975). A expectativa de que no futuro as coisas não serão melhores do que agora – o que, para sermos exatos, faz parte do fenômeno da depressão, mas que pode ser encontrado também em pessoas não-deprimidas – parece ser mais convincente do que a depressão *per se* para levar o indivíduo a acabar com sua própria vida.

Tem-se outro instrumento de auto-relato nos Inventários de Razões para Viver (IRV), de Marsha Linehan. Conjuntos de itens no inventário sondam o que é importante para o indivíduo, tais como responsabilidade pela família e preocupações com os filhos. Esse método difere, e é provavelmente mais útil, das escalas que focalizam apenas negativismo e pessimismo, porque sabe o que na vida de uma pessoa impede que ela cometa suicídio reveste-se de valor como avaliação e tratamento. Esse instrumento é capaz de discriminar entre indivíduos com propensão ou não para o suicídio e ajudar o clínico no tratamento, ao identificar razões que eles têm para não querer morrer.

Outro método de pesquisa focalizou as características cognitivas de indivíduos que tentam o suicídio. Sugeriu-se que eles são mais rígidos em suas maneiras de abordar problemas (por exemplo, Neuringer, 1964) e menos flexíveis no modo de pensar (Levenson, 1972). Pensamento limitado poderia explicar a aparente incapacidade dessas pessoas de procurar para os problemas da vida outras soluções que não matar-se. Tem sido difícil prognosticar suicídio com base no tipo de estudos de traços de caráter que caracteriza esses trabalhos de pesquisa. O comportamento humano é bastante influenciado pelo ambiente e este inclui eventos estressantes que por si sós podem ser difíceis de prevêê. Raramente podemos saber, por exemplo, quando um dado indivíduo vai perder o emprego, ter sérios problemas conjugais, sofrer a perda de uma pessoa amada ou envolver-se em acidente grave. Além disso, é difícil prever com exatidão um evento raro como suicídio, mesmo através de teste altamente confiável.

2.9 Dados

O suicídio é discutido porque muitas pessoas deprimidas e indivíduos com transtorno bipolar têm pensamentos de acabar com a vida e às vezes fazem tentativas concretas de levar a cabo seu intento.

Acredita-se que mais de metade das pessoas que tentam se matar está deprimida e desesperada na ocasião do ato (Henriksson et al., 1993), e calcula-se que nada menos de 15% dos indivíduos com diagnóstico de depressão aguda acabam cometendo suicídio (Maris et al, 1992). Um número significativo de pessoas sem depressão, contudo, fazem tentativas de suicídio, às vezes indo até o fim – sobretudo pessoas com diagnósticos de transtorno de personalidade limítrofe (Linehan, 1997). A taxa de suicídio de alcoólatras é mais alta do que a da população

masculina em geral e torna-se extremamente alta em alcoólatras também deprimidos (Linehan,1997). Até 13% de indivíduos com esquizofrenia acabam com a vida (Roy, 1982).

A cada ano, mais de dez milhões de pessoas tentam cometer suicídio mundo afora. Um milhão morre. Dos que sobrevivem, muitos sofrem seqüelas graves. Trata-se, em geral de uma tragédia anunciada- e evitável. Esses dados mostram que o suicídio não é algo raro. A Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou uma estimativa na qual encontrou como resultado que o suicídio em 2001 ultrapassou a soma das mortes violentas causadas por homicídio, guerras e conflitos regionais. O mais impressionante é que boa parte dessas perdas de vida ocasionadas por suicídio poderiam ter sido evitadas.

O suicídio não é um problema pessoal, individual. De Brutus a Vicent van Gogh, de Cleópatra a Getúlio Vargas, muitos cometeram suicídio, por um motivo ou por outro. Mas, atualmente, este é considerado um problema da saúde pública.

Notícias na mídia sobre suicídios podem aumentar a freqüência desses casos. Essa possibilidade inquietante foi discutida por Bandura (1986) em uma análise da pesquisa de Phillips (1974, 1977, 1985), indicando várias relações.

No Brasil, suicídios representam 1% de todos os óbitos, e chegam a 4% entre adolescentes e adultos jovens, alerta o Dr. Neury Botega, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, membro do Comitê de Especialistas da Organização Mundial da Saúde para Prevenção do Suicídio e uma das maiores autoridades brasileiras em suicídio.

As estatísticas dos suicídios variam de país para país. A idade também tem influência. Na maioria dos estudos no mundo, pessoas idosas (mais de 70 anos) têm chances três vezes maiores de se suicidar que jovens entre 16 e 25 anos. Da mesma forma, homens cometem mais suicídios que mulheres.

O suicídio é raro em crianças e quase tão infreqüente entre jovens adolescentes. À partir dos 15 anos, entretanto, o índice de suicídios registrados aumenta rapidamente. Atinge um nível de mais de 20 em 100.000 para idades de 15 até 24 anos, entre homens brancos, os índices para os negros e para as mulheres são significativamente menores. O índice geral de suicídio entre adolescentes mais velhos triplicou desde 1960, embora tenha decrescido ligeiramente nos anos recentes. (Holinger, 1978; US. Bureau of the Census, 1981, 1987).

As mulheres têm mais probabilidade do que os homens de usar métodos passivos de suicídio, tais como a ingestão de drogas ou venenos, e menos probabilidade de usar métodos ativos, tais como tiro ou enforcamento. Entre ambos os sexos, armas de fogo ou explosivos respondem pelo maior número de suicídios efetivados, enquanto drogas e envenenamentos respondem pelo maior número de tentativas de suicídio. Embora os homens superem o número de mulheres em suicídios efetivados, as tentativas de suicídio são muito mais comuns entre as mulheres (Curran, 1987; Holinger, 1987; Shaffer, 1986).

É importante destacar que as tentativas de suicídio são dez vezes mais freqüentes que os casos fatais e podem acarretar seqüelas graves que tornam a vida um suplício. Ocorrem paralisias resultantes de tentativas com armas de fogo, obstrução do esôfago após a ingestão de substâncias cáusticas, coma causado por ingestão de medicamentos, cicatrizes etc. Os “métodos” mais utilizados para acabar com a própria vida, ao redor do mundo, incluem os pesticidas, as armas de fogo, os medicamentos e quedas de grandes alturas.

Recentemente, os pesquisadores observaram um aumento alarmante do número de suicídios entre jovens, com idades inferiores a 25 anos.

2.10 Previsão de suicídio

Há um consenso muito perigoso, não só entre leigos, mas também entre alguns clínicos, de que uma pessoa que fale em suicidar-se não fará isso. Mas, o trágico é que muitos adolescentes (e adultos) que ameaçaram se suicidar e foram ignorados ou considerados como pessoas que querem chamar a atenção acabaram realmente se suicidando. Além disso, ao falarem em suicídio, os adolescentes estão transmitindo uma mensagem de que alguma coisa está errada e que eles precisam de ajuda, ainda que não tenham seriamente a intenção de se suicidar, considerando essa a única solução que resta para seus problemas.

Suicídio é um assunto que deveria ser sempre levado a sério. Não é fácil prever um suicídio, mas há muitos sinais que podem alertar o observador cuidadoso para a possibilidade. Eles incluem os seguintes:

- Um ânimo de constante depressão ou desespero (ou uma atividade frenética alternada com um tédio ou indiferença intoleráveis).
- Distúrbios na alimentação e no sono;

- Piora do desempenho escolar;
- Afastamento social gradual e maior isolamento dos outros;
- Rompimento da comunicação com os pais ou outras pessoas importantes na vida da pessoa;
- Um histórico de tentativas anteriores de suicídio ou envolvimento em acidentes;
- Comportamento aparentemente descuidado, autodestrutivo e atípico, como o uso permanente de drogas ou álcool, dirigir sem cuidado, atividade sexual exagerada, delinquência ou fuga;
- Comentários do tipo “Queria morrer!” ou “Viver para quê?”
- Indagações sobre as propriedades letais de drogas, venenos ou armas;
- Acontecimentos estressantes demais na vida do jovem, como repetir de ano, romper um caso amoroso ou a perda de uma pessoa querida.

Uma maneira de estudar a prevenção do suicídio consiste em levar em conta que a maioria dos que tentam cometê-lo sofrem de um transtorno mental que pode ser tratado, tais como depressão, esquizofrenia, abuso de substâncias químicas ou transtorno de personalidade limítrofe. Por isso mesmo, quando um clínico que segue o método cognitivo de Beck consegue aliviar a depressão do paciente, o risco de suicídio é reduzido. A mesma coisa acontece com a terapia dialética de comportamento, de Marsha Linehan (1993b).

Outra tradição na prevenção do suicídio atribui menos importância ao transtorno mental e concentra-se nas características peculiares de indivíduos com propensão para o suicídio e que o transcendem. Um dos métodos mais conhecidos nesse particular é o de Edwin Shneidman, pioneiro no estudo do suicídio e sua prevenção. A estratégia geral de prevenção do suicídio proposta por Shneidman (1985,1987) dividi-se em três partes:

- 1) Reduzir a intensidade da dor psicológica e do sofrimento;
- 2) Remover os antolhos, ou seja, expandir a visão limitada ao ajudar o indivíduo a enxergar opções que não os extremos de sofrimento contínuo e sensação de vácuo;

Estimular a pessoa a retroceder, mesmo que um pouco, do ato autodestrutivo.

A opinião de que o trabalho para prevenir o suicídio deve concentrar-se no transtorno psicológico básico é defendida por muitos especialistas nesse campo (por exemplo, Moscicki,1995).

Não obstante, nenhum estudo controlado mostrou ainda que tratamentos psicológicos ou farmacológicos que aliviam a depressão produzem um efeito benéfico no suicídio (Linehan, 1997). A ausência de um efeito positivo dessa natureza, portanto, lança dúvida sobre a estratégia de tratar um transtorno supostamente subjacente à disposição para se suicidar.

Será que chegará o dia em que identificaremos precocemente os indivíduos de alto risco, e a eles oferecermos tratamento preventivo individualizado?

Se tivéssemos mais atenção, metodologias e sistemas ao abordar esse problema na prática médica corriqueira, muitas vidas já poderiam ter sido preservadas.

2.11 Tratamento

Quando a preocupação a respeito de um risco de suicídio ocorrer em relação a uma pessoa, esta deve ser encaminhada a uma avaliação psiquiátrica, em emergências de hospitais que trabalhem com psiquiatria, para que se possa avaliar adequadamente o risco e oferecer um tratamento para essa pessoa.

Esse tratamento poderá ser uma internação, quando for avaliado que o risco é muito grave, ou tratamento ambulatorial (consultas regulares com psiquiatra), ocasião em que é feita uma avaliação das circunstâncias da vida da pessoa, se ela tem uma família que possa estar presente, observando-a e fornecendo-lhe suporte, e à qual, ela própria, apesar da vontade de se matar, possa comunicar isso e pedir ajuda antes de cometer o ato.

Quando alguém estiver pensando em cometer suicídio é importante comunicar essa idéia para que outros possam ajudá-lo, pois quem está se sentindo tão mal a ponto de pensar que a morte é sua única saída, com certeza precisará de ajuda para sair dessa.

Atrás de uma tentativa de suicídio, aparece uma família que se mostra excessivamente protetora. A família resguarda tanto o membro suicida das tensões e problemas normais, que a superproteção resultante obstrui seu desenvolvimento. Isto pode levar à uma formação de uma pessoa vulnerável.

Em casos assim, o terapeuta deve ocupar-se em modular o sentimento de culpa que experimentam os pais e familiares de um suicida. Se a família persiste em tratar o membro como

um ser vulnerável e frágil, não se poderá abordar nenhum dos aspectos-chaves ligados a esse comportamento. Os pais que insistem em superproteger e não estimular o filho, estão reforçando as mesmas dificuldades que contribuem para criar o problema. Trabalhar com a culpa é um modo de prevenir a confusão e o sofrimento contínuos da família. Esse processo implica em reorganizar a dinâmica familiar e reabrir a comunicação. Para o terapeuta, não deve importar se se trata de um gesto, aparentemente, suicida ou de uma real intenção. Ambos devem ser considerados como sinais de perigo e requerem a abordagem de significação existencial dos feitos com efeitos a gerar intensidade e fazer com que o sistema torne-se aberto à exploração. Em efeito, o que se necessita neste caso, é uma profunda análise da comunicação que se produz em torno do ocorrido, com especial atenção terapêutica à estruturação de alternativas.

No tratamento psicológico de famílias com características de “perfeição”, o terapeuta deve avaliar a família para comprovar se a mesma é capaz de confirmar o membro “imperfeito” como pessoa.

A terapia de família de pessoas suicidas deve visar muito além do que somente melhorar as disfunções desse sistema familiar. O terapeuta tem que se apegar aos aspectos organizacionais da estrutura e também à tudo que deriva dessa estrutura como, por exemplo: empatia, comunicação afetiva e etc. Uma vez corrigidos os aspectos organizacionais, a terapia então deve se orientar a ajudar o membro suicida a sentir-se valorizado e perdoado: conceder a esse membro um pouco de tolerância e, talvez, até voz ativa.

A experiência de terapeutas clínicos têm mostrado que nem os todos os sistemas familiares são emocionalmente acessíveis nem estão dispostos a procurar alternativas de mudança.

No caso de um sistema familiar muito rígido, o terapeuta não pode permitir que o membro suicida continue sendo desvalorizado por seus pais e familiares. Não se deve permitir que a tentativa de suicídio se converta em um afastamento dentro da família ou no contexto circundante que impeça a pessoa a voltar a ter um ritmo normal de vida. A tarefa do terapeuta é conectar-se com o membro “suicida” e outros recursos externos que possam ser úteis e confiáveis.

É necessário o tratamento imediato de adolescentes potencialmente suicidas, bem como, daqueles que já tentaram se suicidar. Muitas comunidades atualmente dispõem de telefones diretos que as pessoas que estão pensando em se suicidar ou estão desesperadas podem chamar para ajuda imediata. Um tratamento mais prolongado deveria lidar não só com as circunstâncias que estão perturbando o jovem, mas também com problemas e conflitos antigos.

2.12 Impacto do suicídio

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou no local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas.

Um suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos. A família, os amigos e o médico do suicida podem sentir culpa, vergonha e remorso por não terem conseguido evitar o ato. Também podem sentir raiva contra aquele que se suicidou. Finalmente, eles se dão conta que não são oniscientes nem onipresentes e que o suicídio na maioria das vezes não poderia ter sido evitado. A tentativa de suicídio tem um impacto similar. No entanto, aqueles que são próximos do indivíduo têm uma oportunidade de tirar um peso da consciência respondendo ao seu pedido de ajuda.

Cada morte apresenta conseqüências devastadoras. Famílias são afetadas não somente do ponto de vista afetivo, mas também social e econômico. Existe atualmente um movimento mundial para aumentar a consciência de médicos e de leigos e para criar abordagens coordenadas no sentido de evitar essas mortes.

2.13 Mitos

Existem muitas idéias erradas sobre o suicídio e, por isso, torna-se importante desmistificar alguns mitos sobre esse tema.

- 1) **Pessoas que falam em suicídio nunca o cometem:** Até três quartos das pessoas que se matam comunicaram antes a sua intenção, talvez em forma de um pedido urgente de ajuda ou como insulto a alguém.
- 2) **O suicídio é cometido sem aviso:** A falsidade dessa crença é mostrada no esclarecimento precedente. O indivíduo geralmente dá muitos avisos, tal como dizer que o mundo ficaria

melhor sem ele ou distribuindo presentes inesperados ou inexplicáveis a outras pessoas, não raro de suas posses valiosas.

- 3) **Só pessoas de uma certa classe social cometem suicídio:** O suicídio não é uma maldição dos pobres nem uma doença dos ricos. Pessoas de todas as classes socioeconômicas cometem suicídio.
- 4) **A filiação a um dado grupo religioso é um bom prognosticador de que a pessoa não cometerá suicídio.** Acredita-se, erroneamente, que a forte proibição do suicídio pelo catolicismo torna muito menor o risco de que os fiéis cometam esse ato. Essa crença não é confirmada pela prova existente, talvez porque a filiação religiosa formal do indivíduo não seja sempre um indicador preciso de suas verdadeiras crenças.
- 5) **Os motivos do suicídio são facilmente comprovados.** A verdade é que não compreendemos bem o motivo pelo qual alguém comete suicídio. O fato de uma grave perda financeira preceder o suicídio, por exemplo, não significa que o explique adequadamente.
- 6) **Todas as pessoas que cometem suicídio sofrem de depressão.** Essa falácia pode explicar o fato de que sinais de suicídio iminente são freqüentemente ignorados, porque a pessoa não age de maneira desolada. Muitas pessoas que se matam não estão deprimidas. Algumas parecem calmas e em paz consigo mesmas.
- 7) **É improvável que pessoas com doenças terminais cometam suicídio.** A percepção da morte iminente não evita o suicídio. Talvez o desejo de acabar com o próprio sofrimento ou com o sofrimento de pessoas amadas leve muitas dessas pessoas a escolher a ocasião de sua morte.
- 8) **Cometer suicídio é um ato psicótico.** Embora a maioria dos suicidas se sinta infeliz, a maioria parece manter contato com a realidade.
- 9) **O suicídio é influenciado por fatores cósmicos, como as manchas solares e as fases da lua.** Nenhuma prova confirma essa idéia.
- 10) **O melhoramento do estado emocional diminui o risco de suicídio.** Freqüentemente, pessoas, sobretudo as que estão deprimidas, cometem suicídio depois que seu estado de humor começa a melhorar e aumenta seu nível de energia.

- 11) O suicídio é um ato solitário.** Embora o debate sobre cometer ou não suicídio ocorra na cabeça da pessoa, a imersão profunda em um relacionamento frustrante e doloroso com outra pessoa – cônjuge, filho, amante, colega—talvez seja a causa principal.
- 12) Os suicidas querem evidentemente morrer.** A maioria dos suicidas parece ambivalente quanto à própria morte. Outros sofrem de depressão ou alcoolismo, o alívio dos quais poderia reduzir o desejo de suicidar-se. Nos casos de muitas pessoas, a crise suicida passa e elas ficam satisfeitas por terem evitado a autodestruição.
- 13) É raro pensar em suicídio.** Estimativas da prevalência do tempo de vida, extraídas de vários estudos, sugerem que, entre populações de pessoas que não estão em tratamento, idéias de suicídio variam de 40% a nada menos que 80%; ou seja, são percentuais de pessoas que pensaram em se matar pelo menos uma vez na vida.
- 14) Fazer perguntas a uma pessoa, especialmente se for deprimida, sobre suicídio leva-la à beira do precipício e poderá causar um ato impensado que, de outra maneira, não teria ocorrido.** Uma das primeiras coisas que os clínicos aprendem em sua formação é fazer perguntas sobre suicídio a pacientes profundamente perturbados. Perguntar pode ser equivalente a dar à pessoa permissão para falar sobre aquilo em que ela vem pensando, como em um segredo terrível e vergonhoso, que poderia leva-la a ainda mais isolamento e depressão.
- 15) Pessoas que tentam suicídio usando um meio pouco letal não estão pensando seriamente em se matar.** Essa afirmação confunde letalidade com intenção. Algumas pessoas pouco sabem sobre dosagens de comprimidos ou anatomia humana. Uma tentativa que provavelmente não resultaria em morte pode, ainda assim, ter sido praticada por alguém que queria realmente morrer.

CAPÍTULO II

A pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. Denomina-se esse ritmo de “ciclo da pesquisa”, ou seja, um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. (Minayo, 2002:25)

O processo começa com o que se denomina fase exploratória da pesquisa e seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação.

Em seguida, estabelece-se o trabalho de campo que consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento. Essa etapa realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias.

Por fim, tem-se que elaborar o tratamento do material recolhido no campo. O tratamento do material conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição.

Certamente o ciclo nunca se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior. Confrontando esse aspecto com tema aqui abordado, pode-se afirmar que, por mais que as questões referentes ao impacto do suicídio na família sejam, de alguma forma, esclarecidos ou clarificados, sempre surgirão dúvidas e novas questões a serem discutidas.

No presente trabalho será utilizada como foco de pesquisa a pesquisa qualitativa. Esse tipo de pesquisa responde a questões muito particulares, como, por exemplo, o impacto do suicídio no ambiente familiar. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Torna-se inviável a utilização, neste trabalho, da pesquisa quantitativa, pois, é impossível quantificar o resultado do impacto do suicídio nos membros e na dinâmica familiar.

A diferença entre quantitativo-qualitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Tem havido muita discussão sobre as diferenças entre pesquisa quantitativa e qualitativa. Para clarificar melhor essa diferença, torna-se necessário abordar as implicações de cada pesquisa. A pesquisa quantitativa lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados, e é considerada pesquisa *hard* (pesada). O protótipo mais conhecido é a pesquisa de levantamento de opinião. Em contraste, a pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações das realidades sociais, e é considerada pesquisa *soft* (leve). O protótipo mais conhecido é, provavelmente, a entrevista em profundidade. Estas diferenças são mostradas na Tabela 1.1. (ANEXO I)

3.1 O delineamento da pesquisa

É útil distinguir entre quatro dimensões na investigação social. Estas dimensões descrevem o processo de pesquisa em termos de combinações de elementos através das quatro dimensões. Primeiro, há o delineamento da pesquisa de acordo com seus princípios estratégicos, tais como o levantamento por amostragem, a observação participante, os estudos de caso, os experimentos e quase- experimentos. Segundo, há os métodos de coleta de dados, tais como a análise de conteúdo, a análise retórica, a análise de discurso e a análise estatística. Finalmente, os interesses do conhecimento referem-se à classificação de Habermas sobre o controle, a construção de consenso e a emancipação dos sujeitos do estudo. As quatro dimensões são mostradas na Tabela 1.2 (ANEXO II)

Defende-se a idéia de que todas as quatro dimensões devem ser vistas como escolhas relativamente independentes no processo de pesquisa e que a escolha qualitativa ou quantitativa é primariamente uma decisão sobre a geração de dados e os métodos de análise, e só secundariamente uma escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento.

Deve-se aludir quanto à pesquisa qualitativa, que tem tornado possível a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos/ temas delicados e em que uma relação íntima e de confiança pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos. É o caso do modelo da pesquisa clínico-qualitativa discutida no presente trabalho, que se propõe a lidar com questões de foro íntimo, que vêm acompanhadas de angústias, ansiedades, medos e insegurança. As principais características da pesquisa clínico-qualitativo são: abordagem naturalística; existência de dados descritivos; preocupação com o processo e é indutiva. A questão da significação é essencial nesse contexto também.

Faz-se necessário, definir-se com clareza o que é o método qualitativo de pesquisa, pois não convém aceitar-se arremedos de conceituação, tais como: método de pesquisa que não lança mão de recursos como: números, cálculos de porcentagem, técnicas estatísticas, tabelas, amostras numericamente representativas, ensaios randômicos, questionários fechados ou escalas de avaliação.

Pode-se afirmar então que a pesquisa qualitativa “é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitivistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles” (Denzin & Lincoln, 1994:2/ apud Egberto Turato).

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Enquanto os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si, os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.

O tema da pesquisa foi selecionado, visando, entender e possibilitar o apóio à famílias que tenham tido sua dinâmica modificada em função de um suicídio. O cenário utilizado foi o consultório clínico de psiquiatras e psicólogos que tenham como foco as abordagens familiares, sistêmicas e direcionadas à tratamento de pacientes em crise.

Tal cenário não foi selecionado aleatoriamente. Todas as escolhas feitas basearam-se em métodos teóricos de estruturação de uma pesquisa qualitativa, bem com, por conhecimento e indicações positivas à respeito do trabalho dos três profissionais selecionados para representar a amostra.

A palavra amostra que dizer uma porção, um pedaço, um fragmento. Na linguagem científica das pesquisas com seres humanos, amostra significa uma parcela selecionada, segundo uma determinada conveniência, e extraída de uma população de sujeitos, consistindo assim num subconjunto do universo.

O critério de escolha dos mesmos foi a facilidade de acesso aos consultórios e o atendimento clínico psicológico à membros de famílias nas quais tenha ocorrido algum caso de suicídio. Esse critério foi utilizado, visando, dar à pesquisa resultados fidedignos, os quais possam contribuir para análise e, talvez até, posterior auxílio aos membros familiares que estejam enfrentando o problema abordado.

Levou-se em conta que, nas pesquisas em que seres humanos são os alvos do estudo é impossível, por razões práticas, abordar todos os sujeitos que compõem o grupo de interesse do pesquisador, salvo quando o recorte do objeto de estudo compreenda comunidades numericamente tão restritas, que o pesquisador tem condições temporais de conhecer cada um e condições intelectuais de apreender todos em seu trabalho. Como então só é viável conhecer parte do universo, seja em pesquisa quantitativa ou qualitativa, resta ao investigador recorrer à amostras de sujeitos.

A amostragem proposital está para a pesquisa qualitativa assim como a amostragem randômica está para a pesquisa quantitativa. A amostragem proposital, intencional ou deliberada é definida como “aquela de escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total (Pope & Mays, 1995:43 , apud Egberto Turato). Não há modo certo ou errado de construir amostras em pesquisa qualitativa, sendo que a decisão pela amostragem deve ser distintamente pensada e ser apropriada às questões da pesquisa, não simplesmente ditada pela conveniência.

Existem vários métodos de pesquisa por amostragem, como, por exemplo, amostragem por saturação; amostragem bola-de-neve e amostragem por variedade de tipos. No presente trabalho será utilizado o método de amostragem por saturação que corresponde ao fechamento do grupo (amostra) quando, após coletadas informações com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. Diante do exposto, algumas entrevistas não serão citadas nem usadas na presente pesquisa, visto que, passaram a ter acréscimos pouco significativos mediante o objetivo primordial desse estudo.

Em relação à escolha de somente três profissionais para a pesquisa deve-se ao fato de que, a amostragem foi suficientemente boa para abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões, considerando, logicamente, a peculiaridade do assunto.

Foi utilizada a técnica de entrevista focal para a coleta de dados e informações.

Merton e Kendall (1946) desenvolveram a entrevista focal para a pesquisa da mídia. Após a apresentação de um estímulo uniforme, estuda-se o impacto deste sobre o entrevistado, utilizando-se, para isso, um guia da entrevista. O estímulo apresentado tem seu conteúdo analisado de antemão, o que possibilita que se faça uma distinção entre os fatos “objetivos” da situação e as definições subjetivas geradas pelos entrevistados a respeito da situação com vistas a compará-las (Uwe Flick. 2004: 89).

Quatro critérios devem ser preenchidos durante o planejamento do guia da entrevista e a condução da entrevista propriamente dita: o não-direcionamento, a especificidade, o espectro, além da profundidade e do contexto pessoal relevados pelo entrevistado. Os diferentes elementos do método servirão para satisfazer a esses critérios.

O não-direcionamento é conseguido através de diversas formas de questões. A primeira consiste nas questões não-estruturadas. Na segunda forma, questões semi-estruturadas, opta-se ou pela definição do assunto concreto, deixando-se a resposta em aberto, ou pela definição da reação, deixando-se o assunto concreto em aberto. Na terceira forma de questionamento-questões estruturadas- ambas as formas são definidas.

Primeiramente, fazem-se perguntas não-estruturadas, e uma maior estruturação é introduzida somente mais tarde, durante a entrevista, para evitar que o sistema de referência do entrevistador seja imposto sobre os pontos de vista do entrevistado. O entrevistador deve abster-se, na medida do possível, de fazer avaliações precoces, devendo desempenhar um estilo não-diretivo de conversa.

O critério da especificidade significa que a entrevista deve ressaltar os elementos específicos que determinam o impacto ou significado de um evento para o entrevistado, a fim de impedir que esta permaneça no nível dos enunciados gerais.

O critério do espectro visa a assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão de pesquisa sejam mencionados durante a entrevista. Por um lado, deve ser dada a chance ao entrevistado de introduzir tópicos próprios e novos na entrevista. Por outro lado, a dupla tarefa

do entrevistador é abranger gradualmente o espectro do tópico, introduzindo novos tópicos ou iniciando mudanças no que tiver sido escolhido.

A profundidade e o contexto pessoal revelados pelo entrevistado significam que ele deve assegurar-se de que as repostas emocionais na entrevista ultrapassem avaliações simples do tipo “agradável” ou “desagradável”. A meta é, em vez disso, “um máximo de comentários auto-reveladores no que diz respeito à forma como o material de estímulo foi aproveitado” pelo entrevistado. Como resultado dessa meta, uma tarefa concreta para o entrevistador é diagnosticar continuamente o nível para qualquer finalidade do “continuum de profundidade” que ele achar apropriada ao caso determinado. As estratégias para elevar o grau de profundidade são, por exemplo, “o foco em sentimentos”, a “reafirmação de sentimentos inferidos ou expressos” e a “referência a situações comparativas”. (Uwe Flick, 2004; 91)

Na entrevista, o foco é entendido como ligado ao tópico de estudo, e não ao uso de estímulos, tais como filmes.

É importante salientar nesse momento da pesquisa, que para a análise dos dados da entrevista tornar-se o mais fidedigno possível, tentou-se compreender plenamente o contexto local, ou seja, a conotação de alguns termos comuns que poderiam ser ambíguos, bem como, evitar que a existência de possíveis omissões por parte dos entrevistados não atrapalhassem o resultado e contexto geral da entrevista (procurou-se sempre esclarecimentos de fatos não muito claros no decorrer das entrevistas). Por fim, tentou-se realizar uma comparação entre a teoria e os fatos relatados para que vieses na percepção do entrevistado não afetassem o andamento e resultado da pesquisa.

Tendo a entrevista focal como base, a entrevista formulada para a pesquisa baseou-se nas seguintes questões:

- Quando um ente comete suicídio, o que acontece com a dinâmica familiar?
- Os parentes podem desenvolver algum distúrbio psicológico em função do suicídio?
- Por que a família entra num clima de mistério e silêncio quando alguém se suicida?
- Enfim, qual a sua visão a respeito do impacto do suicídio no âmbito familiar?

A análise da entrevista foi realizada através de uma análise de conteúdo, o qual se destina a analisar e processar os conteúdos abertos e pouco estruturados, se apoiando na codificação da informação em categorias que visam a dar sentido ao material. A análise de conteúdo representa

um momento analítico no processamento da informação e nesse sentido se interpõe no curso fluido dos processos de construção teórica pesquisada que acompanham e são parte da qualidade da informação produzida pela pesquisa. (González Rey, 2002: 143). Constitui um procedimento que se orienta para dar sentido ao tema que está sendo abordado, utilizando unidades parciais que fragmentam a entrevista para, posteriormente, integrá-la num processo de interpretação. É essencial salientar que esse tipo de análise pode ser orientada para a produção de indicadores sobre o material analisado, que transcendam a codificação e o convertam em um processo mais aberto, processual e construtivo, o qual não pretende reduzir o conteúdo a categorias concretas restritivas.

A utilização desse tipo de análise nesta pesquisa foi escolhida, pois, possibilita centrar a interpretação em aspectos do texto suscetíveis de ser codificados, impedindo assim, o uso de elementos singulares, implícitos e indiretos, os quais só podem ser definidos como momentos da construção teórica.

Para realizar bem a análise, foi necessário consolidar intuições teóricas iniciais, realizando formulações a respeito de tais intuições através de um conjunto de hipóteses contrastáveis e estabelecendo uma metodologia capaz de corroborar as hipóteses levantadas.

A construção das informações desta pesquisa foram levantadas pela necessidade existente, por parte da pesquisadora, em entender com maior profundidade e clareza o tema suicídio, bem como, suas possíveis conseqüências ao âmbito social e familiar. Para tornar viável o estudo e pesquisa do tema fez-se necessários realizar análises críticas de conteúdos teóricos relacionados ao assunto, recorrendo, posteriormente, à realização de comparações à relatos de entrevistas que continham a análise de psicólogos e psiquiatras que lidam ou já lidaram com suicidas e famílias nas quais houve casos de suicídio.

As informações adquiridas pelos instrumentos utilizados auxiliaram o levantamento da hipóteses, assim como, a refutação de algumas delas, como, por exemplo, a existência de testes psicológicos capazes de diagnosticar um “suicida em potencial” ou algum capaz de prever um suicídio. Ambas as hipóteses foram descartadas, ainda na fase de pesquisa teórica.

Outras hipóteses puderam ser comprovadas e geraram novos questionamentos ligadas à elas como o fato de que ocorre uma mudança na dinâmica familiar quando um suicido é

cometido, levantando, dessa maneira, suposições de que alguns distúrbios psicológicos podem emergir em pessoas da família mais ligadas ao suicida.

3.2 A construção da informação

A construção da informação na pesquisa qualitativa, ou seja, na presente pesquisa, segue o curso progressivo e aberto de um processo de construção e interpretação que acompanha todos os momentos da pesquisa. Esta última é um processo de construção teórica.

A fonte das idéias não está só nos dados, mas no confronto entre o curso do pensamento e os dados; confronto de onde surgem novas idéias, cuja legitimidade só pode ser entendida dentro do processo de pensamento em que se originaram, e não por sua correspondência com os dados produzidos no cenário de onde surgiram.

O dado não se legitima de forma unilateral pelo que representa na relação com o objeto estudado, mas por “sua capacidade de diálogo” com o pesquisador; diálogo que se articula ao longo da pesquisa, em cujo curso um mesmo dado pode entrar em diferentes momentos de elaboração teórica, que o integrem a sistemas diferentes de relação com outros dados, nos quais adquirirá múltiplas significações. (González Rey, 2002: 111). É necessário então, buscar auxílio em alguns indicadores que possam contribuir para a legitimação desses dados.

Conforme afirma González Rey (Pesquisa Qualitativa em Psicologia, 2002:112), indicador é um termo usado para designar aqueles elementos que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador, ou seja, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação. Nesse aspecto, o subjetivo e o objetivo se integram em uma unidade indissolúvel que só tem valor dentro dos limites do processo em que é produzida.

O indicador só se constrói sobre a base de informação implícita e indireta, pois não determina nenhuma conclusão do pesquisador em relação ao estudado; representa só um momento hipotético no processo de produção da informação, mesmo que conduza à aparição de novos indicadores por meio das novas idéias do pesquisador associadas à construção dos indicadores precedentes. Eles são categorias que facilitam o seguimento dos complexos processos de pesquisa, sendo produzidos com a finalidade explicativa e não descritiva. Estão presentes nos

instrumentos, nas relações entre eles, assim como em quaisquer das situações e processos surgidos nas diferentes relações que constituem o campo da pesquisa.

O presente estudo fez uso de alguns indicadores que serviram como “guias” práticos, como, por exemplo: mitos envolvidos no tema suicídio, possíveis causas e alteração da dinâmica familiar. A presença desses indicadores auxiliaram a conclusão final da pesquisa, que foi baseada em interpretações suscitadas através de análises embasadas na teoria estudada e no resultado das entrevistas práticas realizadas.

CAPÍTULO III

Diversos conceitos foram discutidos e abordados neste trabalho. Terminada a fase de pesquisa teórica, fez-se necessário a partida para a parte prática, que culminou em entrevistas feitas com profissionais da saúde mental como Psicólogos e Psiquiatras. Tendo em vista que o tema é a junção das questões teóricas e práticas, torna-se iminente a necessidade de conciliar ambas as partes. O presente capítulo se destina a realizar uma análise sobre o que está registrado em livros e teorias e o que de fato ocorre, na visão e experiência dos profissionais.

Foi realizada, conforme citado no capítulo anterior, uma entrevista com três profissionais da saúde mental, contendo na amostra tanto Psicólogos quanto Psiquiatras. Alinhando os depoimentos recolhidos com a teoria, algumas observações tornam-se evidentes e necessárias. Tais observações serão demonstradas a seguir por meio de confrontações entre as entrevistas e a teoria.

O suicídio, quando ocorre, atinge a todos os membros da família gerando sentimentos diversos como culpa, raiva, insegurança, além de que, pode desencadear distúrbios psicológicos em função do ocorrido. O impacto na família é muito intenso. Tais conclusões podem ser embasadas, tanto pelas entrevistas como pela parte teórica. Trechos que comprovam tal conclusão são:

“Toda família tem uma espécie de “caixa preta”, na qual, ficam registrados todos os aspectos ligados à dinâmica familiar, inclusive aqueles “podres” e ruins que queiram ser esquecidos ou deixados de lado. O suicídio traz à tona diversos tipos de conflitos que permeiam a estrutura familiar. Quando um membro o comete, os demais começam a entrar em um jogo de culpa. Cada um joga a culpa para o outro, porém, essa não é diretamente inculcada nem discutida. Eles demonstram o que pensam por meio de atos e atitudes mais “frias e secas”. Começam a se distanciar e essa distância, às vezes, torna-se tão grande e intolerável, que pode levar casais a se separar ou famílias inteiras se desintegrarem.” (Apêndice; Entrevista 3)

“Quando um membro da família tenta suicídio ou suicida-se, indiscutivelmente atinge a todos da família.” (Apêndice; Entrevista 1)

“O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se ocorre em uma escola ou

no local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas. Um suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos.”

“Cada morte apresenta conseqüências devastadoras. Famílias são afetadas não somente do ponto de vista afetivo, mas também social e econômico.” (Capítulo I, Impacto do suicídio; 21)

“...Há uma ressonância de seu gesto nos demais membros desencadeando diferentes sentimentos. Culpa e raiva são os mais freqüentes. (Apêndice; Entrevista 1)”

“Um suicídio consumado tem um forte impacto emocional em todos os envolvidos. A família, os amigos e o médico do suicida podem sentir culpa, vergonha e remorso por não terem conseguido evitar o ato. Também podem sentir raiva contra aquele que se suicidou. Finalmente, eles se dão conta que não são oniscientes nem onipresentes e que o suicídio na maioria das vezes não poderia ter sido evitado. A tentativa de suicídio tem um impacto similar. No entanto, aqueles que são próximos do indivíduo têm uma oportunidade de tirar um peso da consciência respondendo ao seu pedido de ajuda. (Capítulo I, Impacto do Suicídio; 21)

O entrevistado 3 vai mais adiante afirmando que o impacto e o desenvolvimento de distúrbios psicológicos em função de suicídio pode ser relativo:

“Em relação ao impacto do ato na família, esse varia. Cada família é diferente. Algumas, apesar do sofrimento e das marcas deixadas, conseguem se reorganizar. Outras, se desestruturam totalmente. Como o nível de sofrimento aumenta bastante, alguns membros, mais frágeis, podem entrar em depressão profunda ou, entrar para o mundo das drogas (alcoolismo, tabagismo e outras até mais pesadas). Distúrbios alimentares, Transtorno do Pânico e altos graus de ansiedade, são encontrados também como conseqüência do ato. Se a pessoa tiver o “eu” muito fragilizado ou mal estruturado, pode desencadear problemas graves, como, neuroses e psicoses. É importante salientar aqui que, só são desencadeadas essas patologias caso a pessoa possua a estrutura obsessiva ou neurótica, caso contrário, é impossível.” (Apêndice; Entrevista 3)

Explanando, com maiores detalhes, sobre o desenvolvimento de distúrbios psicológicos encontram-se os seguintes dados:

“ Inicialmente, defrontam-se com um terrível trauma emocional e afetivo, devido a constatação da enorme violência cometida contra a vida. O que costuma desencadear uma grande turbulência emocional nos familiares, com mobilização de diversos sentimentos: de perda, de culpa, de revolta, de incompreensão, de impotência, e por vezes de alívio (em casos aonde o sofrimento profundo e prolongado está presente: doenças crônicas graves, estados de invalidez

com perda acentuada da qualidade de vida, em casos de doenças psíquicas com grande comprometimento emocional, psicoses, melancolia, etc);

É freqüente ocorrer uma desestruturação da dinâmica familiar, que nunca mais volta a ser como anteriormente na sua relação interpessoal e individual.

Instala-se algumas vezes uma permanente instabilidade e insegurança em seus membros.”
(Apêndice; Entrevista 2)

“ Quanto à distúrbios psicológicos , pode acontecer que alguém entre em depressão e até pense também em morrer (para juntar-se ao outro ou para "aliviar" sua culpa). (Apêndice; Entrevista 1)

“O suicida fazendo parte do grupo familiar, não só desencadeia e provoca um processo traumático, como mobiliza nos membros mais fragilizados e muitas vezes também enfermos psíquicamente a eclosão de distúrbios emocionais latentes.

Podemos encontrar, familiares que não conseguem elaborar emocionalmente o processo de luto e desenvolvem uma depressão acentuada. (mormente, quando se sentem culpados pela morte do suicida)” (Apêndice; Entrevista 2)

“Deve-se ter em mente também que é possível se supervalorizar a participação da família nos casos de suicídio. Muitas famílias recorrem à terapia querendo ser, exclusivamente, a responsável pelo ato e deixando de lado o fato de que o suicida vive num contexto mais amplo que pode exercer enorme influência sobre a pessoa. Essas famílias atuam como se fossem, na realidade, totalmente, responsáveis pela vida da pessoa que se matou. O pressuposto automático da família de considerar o ato como sendo de sua exclusiva responsabilidade, no entanto, pode constituir uma distorção para o terapeuta.” (Capítulo I, A família como fator de influência; 10)

O suicídio além de ser um ato de grande impacto social e psicológico, é um tema polêmico que está, constantemente, envolvido num clima de silêncio e mistério e isso é devido ao fato da sociedade ter preconceito em relação a tal ato, bem como, ao desenvolvimento de sentimentos de culpa, vergonha, fraqueza, insegurança que pairam sobre os pensamentos dos familiares da “vítima”.

Profissionais da saúde mental, na entrevista, confirmam essa análise:

“O silêncio e o mistério envolto nesse tema está ligado ao fato de que o suicídio é algo não aceitável socialmente e, por isso, quando ocorre é motivo de vergonha para família. O ato representa o fracasso do núcleo familiar, a má criação dos filhos pelos pais, a falta de

comunicação da família como um todo... Todos esses motivos levam ao silêncio e à criação do clima de mistério.” (Apêndice; Entrevista 3)

“O silêncio decorre do preconceito que existe na sociedade. Falar sobre morte e, em especial, sobre suicídio ainda é um assunto cercado de tabus. Além do que, para alguns, significa um atestado de incompetência. Incompetência como pessoa, como pais, etc.” (Apêndice; Entrevista 1)

“O suicídio sendo consequência da predominância do instinto de morte, destrutivo, sobre o instinto de vida, deixa sua marca de violência, de auto-destrutividade, impregnando o mundo psíquico dos familiares. Desenvolvem, algumas vezes, sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de fraqueza, de insegurança, procurando negar o fato, camuflá-lo, não podendo lembrar, nem fazer qualquer referência ao ocorrido.” (Apêndice; Entrevista 2)

O preconceito citado por um dos entrevistados, tem origem bem remota, conforme comprava a teoria estudada:

“O suicídio só foi condenado no pensamento ocidental no século IV, quando Santo Agostinho proclamou que esse ato era um crime, uma vez que violava o Sexto Mandamento. “Não matarás” (Bíblia Sagrada). No século XIII, São Tomás de Aquino ampliou essa idéia, declarando que o suicídio era um pecado mortal, uma vez que usurpava o poder de Deus sobre a vida e a morte. De modo que, embora nem o Velho nem o Novo Testamento proibam explicitamente o suicídio, o mundo ocidental veio a considerá-lo um crime e um pecado (Shneidman, 1973).

A ironia é que as injunções cristãs contra o suicídio, baseadas em profundo respeito pela vida, contribuíram para a perseguição àqueles que tentaram acabar ou realmente acabaram com a própria vida. Em passado recente (em torno de 1823), quem quer que cometesse suicídio em Londres era enterrado com uma estaca fincada no coração, e só em 1961 é que o suicídio deixou de ser um crime no Reino Unido. Nos Estados Unidos de hoje, alguns estados categorizam tentativas de suicídio com delitos, embora estes raramente cheguem aos tribunais. A maioria dos estados têm leis que consideram crime estimular ou aconselhar suicídio (Shneidman, 1987).” (Capítulo I, Histórico; 3)

O entrevistado 3 completa o raciocínio com o seguinte argumento:

“A parte religiosa condena tanto o ato que muitos padres e pastores se recusam a rezar pelo morto, alegando que o mesmo já está no inferno e não tem salvação. Eles rezam pela família do suicida.”(Apêndice; Entrevista 3)

O clima misterioso que se envolve no tema, gera vários mitos em torno do suicídio, como, por exemplo:

“Pessoas que falam em suicídio nunca o cometem; O suicídio é cometido sem aviso; Só pessoas de uma certa classe social cometem suicídio; A filiação a um dado grupo religioso é um bom prognosticador de que a pessoa não cometerá suicídio; Os motivos do suicídio são facilmente comprovados; Todas as pessoas que cometem suicídio sofrem de depressão; É improvável que pessoas com doenças terminais cometam suicídio; Cometer suicídio é um ato psicótico; O suicídio é influenciado por fatores cósmicos, como as manchas solares e as fases da lua; O melhoramento do estado emocional diminui o risco de suicídio; O suicídio é um ato solitário; Os suicidas querem evidentemente morrer; É raro pensar em suicídio; Fazer perguntas a uma pessoa, especialmente se for deprimida, sobre suicídio leva-la-a à beira do precipício e poderá causar um ato impensado que, de outra maneira, não teria ocorrido; Pessoas que tentam suicídio usando um meio pouco letal não estão pensando seriamente em se matar” (Capítulo I, Mitos;21/22/23)

No que concerne ao ponto de vista dos Psicólogos e Psiquiatras, algumas famílias procuram buscar consolo na religião, que serve não só para consolo mas também como fonte de evitação do ato, conforme demonstra a seguinte afirmativa:

“Existem, por outro lado, fatores protetores. Sua presença reduz as chances de uma pessoa tentar tirar sua própria vida. Entre eles a religiosidade. Quanto mais a pessoa freqüenta e pratica uma religião, mais improvável que cometa suicídio. O apego à religião poderia explicar, pelo menos parcialmente, o baixo índice de suicídio.

Provavelmente, os devotos se sentem integrados em um conjunto, em um grupo social. Essa âncora ajuda as pessoas a sair do isolamento, a encontrar um sentido ou um objetivo para a sua vida. A valorização do viver os afasta do suicídio.”(Capítulo I, Natureza e possíveis causas;6)

Para se livrar da dor, familiares chegam a acreditar que a morte foi a melhor saída depois de muitas buscas pela felicidade como afirma o entrevistado 2 no seguinte trecho:

“Alguns familiares procuram aceitar a morte do suicida quando acreditam que, após muito sofrimento, diversos tratamentos, algumas tentativas frustradas de suicídio a pessoa em questão, precisou descansar de tanto sofrer. E se houver um contexto religioso, agarram-se na crença de que foi para o outro mundo descansar junto do Pai Celeste.” (Apêndice; Entrevista 2)

Existe a idéia de que o suicida, na verdade, não queria de fato morrer mas sim, se livrar de uma situação de sofrimento constante.

Segundo a entrevista 2: “O suicida revela ser alguém que não quer mais viver a vida como ela a ele se apresenta, nem sempre o desejo é realmente não-viver, e sim não continuar vivendo daquela maneira com aquela dor, com aquele sofrimento insuportável, com tão baixa qualidade de vida, com tão pouco prazer, em suma tão infeliz. Alguns indivíduos que tentaram suicídio e não morreram, revelam que queriam naquele momento de desespero aliviar ou arrancar de si, tamanho sofrimento, com a fantasia inconsciente de conseguir viver adiante, livre de todo aquele peso e dor.”

Algumas teorias apóiam essa idéia:

“... Existe uma proposta aparentemente bizarra: a de que o suicida não quer morrer. Na verdade seu objetivo é fugir do sofrimento e substituí-lo por uma “vida” após a morte, prazerosa, por vezes prêmio ou compensação por seus sofrimentos ou sacrifícios terrenos, e isso independe de crenças ou não-crenças na área da religião. (Capítulo I, Casos Peculiares; 8)

“A maioria dos suicidas parece ambivalente quanto à própria morte. Outros sofrem de depressão ou alcoolismo, o alívio dos quais poderia reduzir o desejo de suicidar-se. Nos casos de muitas pessoas, a crise suicida passa e elas ficam satisfeitas por terem evitado a autodestruição.” (Capítulo I; Mitos;23)

“O dilema do suicida, entre querer morrer e viver ao mesmo tempo, terá seu resultado (morte ou sobrevivência) determinado pela força desses desejos e por circunstâncias por vezes fortuitas, como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévias.” (Capítulo I, Casos Peculiares; 8).

Outro fator abordado em uma das entrevistas é o temor das pessoas da família em relação às suas fantasias inconscientes. Tais fantasias são muito bem colocadas no capítulo I (páginas 10,11,12) que trata das fantasias inconscientes que sustentam ato suicidas. O entrevistado 2, no que diz respeito á esse assunto, afirma que: o suicídio:

“...suscita questões existenciais, de vida e morte, da fragilidade da vida, da transitoriedade, da impotência diante da morte, do temor das próprias fantasias inconscientes de morte e de possibilidade de suicídio, temor da própria loucura, despertando no seio familiar uma profunda insegurança diante da própria vida.” (Apêndice ; Entrevista 2)

Atualmente, estuda-se a possibilidade do suicídio possuir uma carga genética. O entrevistado 3 apóia a hipótese afirmando que:

“Existe uma questão no suicídio que é bem interessante: as famílias que perdem um ente por esse motivo, encontra (quase sempre), em sua história pregressa outros casos de suicídio. Isso está muito relacionado à fantasias inconscientes de morte. A subjetividade da morte, as menções subliminares, a significação de que representa a saída e o alívio fica bastante clara na mente das pessoas e, mesmo que os suicídios anteriores tenham sido mantidos em segredo, os sinais e histórias da família, tendem a se repetir.” (Apêndice ; Entrevista 3)

Há correntes teóricas que acreditam na hipótese acima descrita, argumentando que é bastante comum, dentro de uma mesma família, ocorrer vários casos de suicídio. Segue um trecho que demonstra tal crença na carga genética:

“Não é raro encontrar na família do suicida, casos anteriores de pessoas que também tenham tirado a própria vida. Muitos pesquisadores acreditam que existam alterações genéticas que aumentam o risco de suicídio, e que podem ser herdadas de pais para filhos.

Estudos tentam identificar esses genes e compreender a sua influência isolada, independentemente dos outros muitos fatores que sobrecarregam a alma desses indivíduos infelizes. Quanto de genética (biologia), de ambiente (social) e de psiquiátrico (personalidade) atua em cada caso, ainda está para ser descoberto com precisão.” (Capítulo I, Natureza e possíveis causas; 6)

Tendo como base a análise de dados em pesquisas estatísticas, percebe-se que o índice de suicídio é muito alto e vem aumentando, porém, tais índices são pouco divulgados. O trecho abaixo comprova a afirmação.

“No Brasil, suicídios representam 1% de todos os óbitos, e chegam a 4% entre adolescentes e adultos jovens, alerta o Dr. Neury Botega, professor titular do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, membro do Comitê de Especialistas da Organização Mundial da Saúde para Prevenção do Suicídio e uma das maiores autoridades brasileiras em suicídio.” (Capítulo I, Dados;16)

O entrevistado 3, corrobora com os dados obtidos, acrescentando a possível justificativa para a não divulgação desses dados em instrumentos de grande circulação para o público:

“O suicídio é a 4ª ou 5ª maior causa de morte no Brasil. Esses dados não são divulgados, pois, especialistas na área da saúde mental, acreditam que a divulgação possa aumentar os índices. Geralmente, o suicídio ocorre em cadeias, ou seja, verifica-se a existência de uma certa “seqüência” nos atos. Esse é o perigo da divulgação.” (Apêndice ; Entrevista 3)

Após a realização de algumas confrontações entre a teoria e a prática clínica, sobre o impacto do suicídio pode-se afirmar que o mais interessante do trabalho é que ambas as fontes concordam que os sentimentos de culpa nos familiares tornam-se evasivos, bem como, aflora a insegurança a respeito do que causou a morte do ente querido, questões sobre o que poderia ter sido feito para evitar o ato ficam iminentes, fazendo com que os familiares comecem a sentir-se, muitas vezes, sensíveis e frágeis diante de questões existenciais do ser humano. Outro ponto em comum é que o suicídio é um ato que pode ser considerado de muita violência contra si e o mundo, tornando o luto um aspecto muito difícil e complicado de ser entendido e enfrentado. A família, para aceitar ou tentar entender, diversas vezes, busca refúgio em vários campos, como, por exemplo, o religioso e o terapêutico.

“Existe atualmente um movimento mundial para aumentar a consciência de médicos e de leigos e para criar abordagens coordenadas no sentido de evitar essas mortes.” (Capítulo I, Impacto do suicídio;21).

Tendo em vista o acima exposto, resta, portanto, a alerta dos profissionais sobre a importância de se prever o ato através da identificação de sinais como, por exemplo: “Valorizando as falas, os gestos de alguém que fala da vontade de morrer, que não se cuida, que se sente isolado, que não consegue pedir ajuda.” (Apêndice; Entrevista 1).

Terminada a presente análise, várias outras questões surgem, dentre elas, algumas de cunho moralista levantadas pelo entrevistado 2 que, talvez, nunca consigam ser respondidas.

“O suicídio é um ato de coragem por acabar com a vida ou de enfrentar a morte, o desconhecido...? Ou pelo contrário: É um ato de covardia diante da manutenção da vida?”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um tema complexo e discutido desde os primórdios. Os estudiosos a respeito do tema suicídio enumeram uma série de possíveis fatores desencadeantes e que podem influenciar o comportamento, tais como, uma raiva introjetada, o isolamento e o sentimento de desajuste social, a alienação a respeito dos pares, o consumo abusivo de drogas e álcool, problemas com a sexualidade, dentre outros.

Um elemento necessário, se bem que não suficiente por si mesmo, em todos os comportamentos suicidas é a depressão. Mesmo que a depressão não se manifeste abertamente, está encoberta por outro problema ou por uma negação, o vínculo entre a depressão e o suicídio tem sido comprovado. Compreender o contexto que conduz à depressão suicida, permite transformar dinâmica e liberar os membros do sistema da desesperança que os afeta.

A depressão é um fator encontrado também nas conseqüências do suicídio. Quando uma pessoa tira sua própria vida, afeta todos os membros da família, bem como, outros indivíduos que fazem parte do convívio pessoal do suicida (amigos e namorados, por exemplo).

O impacto do suicídio, às vezes, é tão intenso que pode desencadear distúrbios psicológicos em membros da família. Esses distúrbios podem variar desde uma depressão até sintomas psicóticos. O impacto varia muito de família para família mas, percebe-se que, em quase todos os casos de suicídio a família tende a se culpar pelo ocorrido.

Suicídio é sinônimo, principalmente na cultura ocidental, de vergonha e fraqueza. Esses sentimentos levam as pessoas a não comentarem abertamente sobre o tema. Em torno do ato, vários mitos são gerados, no sentido de racionalizar uma causa que pareça pertinente ao ocorrido.

Verifica-se que há diversas causas para o suicídio, porém, nenhuma universal ou específica. Existem alguns pontos em comum na maioria dos casos, mas, há também casos nos quais as causas são totalmente desconhecidas. Os pesquisadores, na tentativa incessante de conhecer melhor os fenômenos envolvidos no suicídio, levantam várias hipóteses para explicar as causas desse ato. Afirmam que há uma carga genética, pois, verificam que na mesma família ocorrem vários casos (às vezes até no mesmo núcleo, por exemplo: irmãos); argumentam que pode ocorrer em função da forte pressão social que existe, a qual lança a idéia de que o indivíduo deve ser perfeito, infalível; a depressão é uma das causas mais citadas. Outros motivos também são expostos como: núcleo familiar rígido, perda de um ente querido, rompimento de relações

amorosas, dentre outros. Apesar de todas essas hipóteses serem pertinentes e até comprovadas na prática, nenhuma pode ser generalizada nem considerada como a mais importante. Isso porque o ser humano é muito díspar e único em sua vivência e experiência. Qualquer tentativa no sentido de unificar as causas incorrerá em um grave erro de análise.

Apesar de não haver uma causa específica, percebe-se que a maioria dos suicidas, antes de cometer o ato, demonstram alguns sinais. É importante que a família tenha uma boa percepção e, principalmente, excelente comunicação para conseguir notar as diferenças em atitudes e assuntos de seus membros.

É muito comum o suicida declarar abertamente sua intenção de morrer e ser ignorado ou considerado como uma pessoa carente que quer chamar atenção. O apelo é muito importante de ser atendido. Nunca se deve subestimar falas de pessoas que afirmam que só terão sossegado ou felicidade quando estiverem mortas.

Muitas vezes, a culpa que a família sente, é devida à falta de atenção ao apelo feito pelo membro que se matou.

A sociedade tem um grande preconceito no que concerne ao ato auto-destrutivo. As religiões condenam severamente essas atitudes. Todas afirmam que uma pessoa que retira sua própria vida é condenada e que esse “crime” não é digno de perdão.

Esse preconceito transforma a família do suicida em vítima triplamente. Primeiro porque perdeu seu ente querido, segundo pelo fato de acreditar que essa pessoa que se matou para encontrar a paz possa estar muito pior “na eternidade” e, por fim, pela vergonha que enfrentam em expor sua dor socialmente, visto que, a morte por suicídio pode representar a falha da família como entidade social.

Esse trabalho buscou expor um pouco sobre o suicídio, assim como, o lado e a visão do impacto que este tem no núcleo familiar, objetivando, encontrar uma maneira de entender melhor o que acontece com o campo psicológico de alguém que perde uma pessoa querida de modo violento e inesperado.

A importância de demonstrar esses fatores está no sentido fazer com que as pessoas percebam mais claramente os sinais dos suicidas, a fim de tentar evitar essas mortes. Caso não seja possível evitá-las, pelo menos auxilia a família a acreditar que não é culpada pela morte que ocorreu, visto que, cada ser é dono de sua vontade e de seu destino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUER M.W & GASKELL George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis- RJ: Vozes, 3ª edição, 2004.
- DAVISON G. & NEALE J. M. *Psicologia do Comportamento Especial. (Páginas 260 à 270)*. Rio de Janeiro- RJ: LTC Editora. 8ª edição, 2003.
- FISHMAN H. Charles. *Tratamiento de adolescentes com problemas: um enfoque de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- FLICK, Uwe. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, SP: ARTMED Editora S.A, 2ª edição, 2004
- MINAYO M.C.S. *Pesquisa Social- Teoria, método e criatividade..* Petrópolis- RJ: Editora Vozes, 21ª edição, 2002.
- MUSSEN P.H., CONGER J. J., KAGAN J., HUSTON A. C. *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. (Páginas 616 à 619). São Paulo- SP: Editora Harbra Ltda. 3ª edição, 1995.
- REY F.L.G. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia- caminhos e desafios*. São Paulo: Editora Thompson Pioneira; 2002.
- TURATO E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa*. Petrópolis- RJ: Editora Vozes, 2003.
- WERLANG B.G & BOTEGA N.J. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- [http// www.abcdasaude.com.br/artigo.php.401](http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php.401)
- [http// www.msd-brazil.com](http://www.msd-brazil.com)
- Revista *Carta Capital*, 29 de Setembro de 2004. Edição Especial de Saúde, páginas 49 a 53.

APÊNDICES

- * Quando um ente comete suicídio, o que acontece com a dinâmica familiar?
- * Os parentes podem desenvolver algum distúrbio psicológico em função do suicídio?
- * Por que a família entra num clima de mistério e silêncio quando alguém se suicida?
- * Enfim, qual a sua visão a respeito do impacto do suicídio no âmbito familiar?

7.2 Entrevista 1

Quando um membro da família tenta suicídio ou suicida-se, indiscutivelmente atinge a todos da família. Há uma ressonância de seu gesto nos demais membros, desencadeando diferentes sentimentos. Culpa e raiva são os mais frequentes. A culpa traz profundas indagações, tipo: "por que não percebi nada?", "Não imaginava que ele/ela estava sofrendo!", "eu poderia ter feito alguma coisa para evitar isso". A raiva surge também. Não é incomum que familiares sintam raiva e se sintam magoados e injustiçados por terem sido abandonados. Uma mulher que perde o marido, por exemplo, sente raiva por ter ficado sozinha e com muitas responsabilidades.

Quanto à distúrbios psicológicos, pode acontecer que alguém entre em depressão e até, pense também em morrer (para juntar-se ao outro ou para "aliviar" sua culpa).

O silêncio decorre do preconceito que existe na sociedade. Falar sobre morte e, em especial, sobre suicídio ainda é um assunto cercado de tabus. Além do que, para alguns, significa um atestado de incompetência. Incompetência como pessoa, como pais, etc.

O membro da família que morreu por suicídio, parece-me, sempre estará presente no contexto familiar, suscitando sentimentos diversos e ambivalentes. O impacto desse tipo de morte precisa ser trabalhado. Trata-se de um luto difícil de ser elaborado, merecendo uma atenção especial. Contudo, algumas pessoas encontram formas diferentes de lidar com sua dor, utilizando muitas vezes, a religião como fonte para explicação. Outras levam tempo falando sobre o acontecido, outras ainda se fecham na dor. É importante que possamos pensar em prevenção; em formas de se poder identificar sinais de alerta do suicídio, principalmente dentro dos espaços da casa. Como? Valorizando as falas, os gestos de alguém que fala da vontade de morrer, que não se cuida, que se sente isolado, que não consegue pedir ajuda. Estas são algumas das pistas para identificar alguém em risco de suicídio.

7.3 Entrevista 2

Inicialmente, defrontam-se com um terrível trauma emocional e afetivo, devido a constatação da enorme violência cometida contra a vida. O que costuma desencadear uma grande turbulência emocional nos familiares, com mobilização de diversos sentimentos: de perda, de culpa, de revolta, de incompreensão, de impotência, e por vezes de alívio (em casos aonde o sofrimento profundo e prolongado está presente: doenças crônicas graves, estados de invalidez com perda acentuada da qualidade da vida, em casos de doenças psíquicas com grande comprometimento emocional, psicoses, melancolia, etc);

É freqüente ocorrer uma desestruturação da dinâmica familiar, que nunca mais volta a ser como anteriormente na sua relação interpessoal e individual.

Instala-se algumas vezes uma permanente instabilidade e insegurança em seus membros.

Em geral o suicida fazendo parte do grupo familiar, não só desencadeia e provoca um processo traumático, como mobiliza nos membros mais fragilizados e muitas vezes também enfermos psiquicamente a eclosão de distúrbios emocionais latentes.

Podemos encontrar, familiares que não conseguem elaborar emocionalmente o processo de luto e desenvolvem uma depressão acentuada. (mormente, quando se sentem culpados pela morte do suicida);

Algumas vezes, o suicida já pertencia a uma família com uma dinâmica patológica.

O suicídio sendo consequência da predominância do instinto de morte, destrutivo, sobre o instinto de vida, deixa sua marca de violência, de auto-destrutividade, impregnando o mundo psíquico dos familiares. Desenvolvem, algumas vezes, sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de fraqueza, de insegurança, procurando negar o fato, camuflá-lo, não podendo relembrar, nem fazer qualquer referência ao ocorrido.

A morte por suicídio diferencia-se bastante da morte por acidente ou da morte por enfermidade física ou mesmo por velhice.

O suicida revela ser alguém que não quer mais viver a vida como ela a ele se apresenta, nem sempre o desejo é realmente não-viver, e sim não continuar vivendo daquela maneira com aquela dor, com aquele sofrimento insuportável, com tão baixa qualidade de vida, com tão pouco prazer, em suma tão infeliz. Alguns indivíduos que tentaram suicídio e não morreram, revelam

que queriam naquele momento de desespero aliviar ou arrancar de si, tamanho sofrimento, com a fantasia inconsciente de conseguir viver adiante, livre de todo aquele peso e dor.

Alguns familiares procuram aceitar a morte do suicida, quando acreditam que após muito sofrimento, diversos tratamentos, algumas tentativas frustradas de suicídio, a pessoa em questão, precisou descansar de tanto sofrer. E se houver um contexto religioso, agarram-se na crença de que foi para o outro mundo descansar junto do Pai Celeste.

Certamente, a morte por suicídio é a mais traumática para uma família, na medida em que a violência cometida pelo suicida, atinge a todos os familiares de uma maneira brutal, desperta diversos questionamentos:

- O que poderíamos ter feito para que não terminasse assim com sua vida?
- Por que nos abandonou?
- Por que fez isso conosco? (manifestação narcisista);

Enfim, suscita questões existenciais, de vida e morte, da fragilidade da vida, da transitoriedade, da impotência diante da morte, do temor das próprias fantasias inconscientes de morte e de possibilidade de suicídio, temor da própria loucura, despertando no seio familiar uma profunda insegurança diante da própria vida.

Resta sempre uma questão de cunho moralista:

O suicídio é um ato de coragem por acabar com a vida ou de enfrentar a morte, o desconhecido...? Ou pelo contrário: É um ato de covardia diante da manutenção da vida?

7.4 Entrevista 3

Toda família tem uma espécie de “caixa preta”, na qual, ficam registrados todos os aspectos ligados à dinâmica familiar, inclusive aqueles “podres” e ruins que queiram ser esquecidos ou deixados de lado. O suicídio traz à tona diversos tipos de conflitos que permeiam a estrutura familiar. Quando um membro o comete, os demais começam a entrar em um jogo de culpa. Cada um joga a culpa para o outro, porém, essa não é diretamente incutida nem discutida. Eles demonstram o que pensam por meio de atos e atitudes mais “frias e secas”. Começam a se distanciar e essa distância, às vezes, torna-se tão grande e intolerável, que pode levar casais a se separar ou famílias inteiras se desintegrarem.

O silêncio e o mistério envolto nesse tema está ligado ao fato de que o suicídio é algo não aceitável socialmente e, por isso, quando ocorre é motivo de vergonha para família. O ato representa o fracasso do núcleo familiar, a má criação dos filhos pelos pais, a falta de comunicação da família como um todo... Todos esses motivos levam ao silêncio e à criação do clima de mistério.

Tirar a própria vida é tão vinculado à vergonha e ao fracasso que, pessoas que tentam se matar e não morrem, não são socorridas pelo Hospital. Somente os Bombeiros fazem esse tipo de salvamento. Em boletins médicos, de autópsia, no laudo não consta que a pessoa se matou, mas sim, a forma como morreu. Por exemplo: “Fulano morreu vítima de enforcamento” e não “Fulano morreu por ter se enforcado”.

A parte religiosa condena tanto o ato que muitos padres e pastores se recusam a rezar pelo morto, alegando que o mesmo já está no inferno e não tem salvação. Eles rezam pela família do suicida.

A sociedade atual exige que as pessoas sejam bastante competentes e não permite “deslizes”, imperfeições. O suicídio nesse contexto remete, novamente, à idéia de fracasso, fraqueza. A pessoa que se matou foi aquela que não soube enfrentar bem seus problemas e as adversidades da vida.

O suicídio é a 4ª ou 5ª maior causa de morte no Brasil. Esses dados não são divulgados, pois, especialistas na área da saúde mental, acreditam que a divulgação possa aumentar os índices. Geralmente, o suicídio ocorre em cadeias, ou seja, verifica-se a existência de uma certa “seqüência” nos atos. Esse é o perigo da divulgação.

Em relação ao impacto do ato na família, esse varia. Cada família é diferente. Algumas, apesar do sofrimento e das marcas deixadas, conseguem se reorganizar. Outras, se desestruturam totalmente. Como o nível de sofrimento aumenta bastante, alguns membros, mais frágeis, podem entrar em depressão profunda ou, entrar para o mundo das drogas (alcooolismo, tabagismo e outras até mais pesadas). Distúrbios alimentares, Transtorno do Pânico e altos graus de ansiedade, são encontrados também como consequência do ato. Se a pessoa tiver o “eu” muito fragilizado ou mal estruturado, pode desencadear problemas graves, como, neuroses e psicoses. É importante salientar aqui que, só são desencadeadas essas patologias caso a pessoa possua a estrutura obsessiva ou neurótica, caso contrário, é impossível.

As causas do suicídio são diversas. Muitas estão ligadas à questão sexual, principalmente, à homossexualidade. Por não aceitarem sua condição ou por terem medo de viver sua escolha, estão mais suscetíveis à cometer suicídio, pela tendência que possuem em ficar deprimidos.

Existe uma questão no suicídio que é bem interessante: as famílias que perdem um ente por esse motivo, encontra (quase sempre), em sua história pregressa outros casos de suicídio. Isso está muito relacionado à fantasias inconscientes de morte. A subjetividade da morte, as menções subliminares, a significação de que representa a saída e o alívio fica bastante clara na mente das pessoas e, mesmo que os suicídios anteriores tenham sido mantidos em segredo, os sinais e histórias da família, tendem a se repetir.

O tratamento, geralmente, ocorre sem o apoio da família. Quando um membro tenta se matar e não consegue, a família entra num ciclo de medo que tende a se afastar e colocar a responsabilidade em cima do Psicólogo. Para um bom tratamento, é preciso envolver a família e, caso o suicídio já tenha ocorrido, é importante dar suporte aos familiares, no sentido de reestabelecer a comunicação interna com o intuito de retirar a agressão presente em muitas das atitudes, bem como, buscar uma solução para diminuição do sofrimento.

ANEXOS

ANEXO I

Tabela 1.1- Diferenças entre pesquisa quantitativa e qualitativa

| Estratégias | | |
|-------------|----------------------|----------------------------|
| | Quantitativas | Qualitativas |
| Dados | Números | Textos |
| Análise | Estatística | Interpretação |
| Protótipo | Pesquisas de opinião | Entrevista em profundidade |
| Qualidade | Hard (pesada) | Soft (leve) |

ANEXO II

Tabela 1.2- As quatro dimensões do processo de pesquisa

| Princípios do Delineamento | Geração de dados | Análise dos dados | Interesses do conhecimento |
|-----------------------------|---|---|-------------------------------|
| Estudo de caso | Entrevista individual | Formal | |
| Estudo Comparativo | Questionário | Modelagem estatística | |
| Levantamento por amostragem | Grupos Focais | Análise estrutural | Controle e predição |
| Levantamento por painel | Filme | Informal | Construção de consenso |
| Experimento | Registros áudio-visuais | Análise de conteúdo | Emancipação e “empoderamento” |
| Observação Participante | Observação sistemática; Coleta de documentos | Codificação Indexação | |
| Etnografia | Registro de sons | Análise semiótica; Análise retórica; Análise de discurso. | |