SUICÍDIO: A PERCEPÇÃO FAMILIAR SOBRE AQUELE QUE DEU FIM À PRÓPRIA VIDA

Pedro Canisio Spies[1]

Crístofer Batista da Costa[2]

Resumo: O suicídio é um fenômeno que ocorre com frequência e, na maioria das vezes, é omitido ou atribuído a algum tipo de acidente sem justificativas e causa intenso sofrimento principalmente à família. Por isso, o objetivo deste estudo é compreender a percepção familiar sobre o suicídio de um membro através de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. O instrumento utilizado baseou-se na entrevista semiestruturada para autópsia psicológica, adaptado para este estudo. Foram entrevistados cinco familiares em primeiro grau de pessoas que cometeram suicídio segundo relatório pericial. Os dados foram avaliados pelo método de análise de conteúdo. Os resultados apontam para a tendência dos familiares a negar os fatos que indicam suicídio e para o adoecimento psíquico como uma condição de vulnerabilidade à morte autoinfligida. Percebe-se também que o suicídio esteve associado à dependência de substância psicoativa e aspectos transgeracionais das famílias onde ocorreu.

Palavras-chave: Suicídio. Relações Familiares. Doença.

INTRODUÇÃO

A morte encerra o ciclo de vida de uma pessoa. Pode ser provocada intencionalmente, fruto das ações humanas através das guerras, homicídios e suicídios, ou pode acontecer por processos naturais como doenças, quando se busca meios de prevenir, ou de prolongar a vida. Entre as diversas formas de morte intencional, o suicídio é denominação que significa "assassinato de si mesmo". Duas definições principais caracterizam o suicídio, a primeira o considera um ato voluntário pelo qual uma pessoa tem a intenção e provoca a sua própria morte, e a segunda o avalia como um ato patológico de autoeliminação (CASSORLA, 1984; GOLDIM et al., 2004).

Etimologicamente, o termo suicídio provém da língua latina, em que "sui" significa próprio e "caedere", é o infinitivo do verbo matar, constituindo-se então na "morte de si

[1] Psicólogo, Especialista em Psicologia do Trânsito. Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC/SC. E-mail: spies.hipnose@pzo.com.br.

[2] Psicólogo, Especialista em Dinâmica das Relações Conjugais e Familiares (IMED/RS), Mestrando em Psicologia Clínica. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS/RS. E-mail: cristoferbatistadacosta@gmail.com.

mesmo". O suicídio é compreendido como uma ação voluntária e consciente em que o indivíduo age convencido de que o ato, consciente ou inconsciente, concretizará a sua morte. A voluntariedade do suicídio nem sempre fica clara, pois a pessoa se defronta com o dilema de querer morrer e viver ao mesmo tempo, sendo que o resultado, morte ou vida, será determinado pela força do desejo de morrer ou de viver. Consideram-se ainda outros fatores como a intencionalidade do ato, o método utilizado, um eventual socorro e as condições de saúde do suicida em potencial. Na suicidologia, intencionalidade significa a intensidade do desejo do indivíduo em acabar com sua vida, e letalidade são as consequências do ato em termos de gravidade médica (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Nos séculos passados, na Grécia, o suicídio já foi designado como pena de morte. Nesta época o ato de se suicidar era considerado pela lei como crime, o próprio suicida e sua família eram penalizados. Atualmente a lei brasileira, através do artigo 122 do Código Penal Brasileiro, prevê punição para pessoas que auxiliam o suicídio, seja com informações, incentivo ou auxílio para que o faça, punindo com reclusão de dois a seis anos se o ato for consumado (GOLDIM et al., 2004; TRINDADE, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde o suicídio é considerado uma decisão tomada por alguém com o objetivo de atingir um resultado fatal através do seu ato. Porém, a situação é avaliada de forma diferente quando há apenas uma tentativa de suicídio e ao se perceber que o individuo apresenta um comportamento incomum com resultado não letal, sem a participação de outras pessoas, provocando prejuízos para si mesmo. A OMS aponta que mais de um milhão de pessoas se matam por ano no mundo e que entre elas, as principais vítimas são jovens (OMS, 2001).

Além disso, o suicídio é característica e consequência de uma situação de crise. Trata-se de uma dificuldade, geralmente de cunho psicológico, para gerenciar situações mais difíceis. Há certa predisposição ao desequilíbrio emocional diante de eventos estressores e de grandes mudanças o que, para outras pessoas, poderia ser encarado como algo promotor de crescimento (BAPTISTA, 2004). Associada a essa instabilidade emocional, percebe-se a presença frequente de agressividade entre as pessoas suicidas. O impulso agressivo pode ser dirigido para o mundo exterior, objetos ou pessoas, ou para o mundo interior, em forma de autoagressividade. Quando oriunda de uma desordem psicológica, em função da qual o indivíduo acredita que os seus problemas não têm solução, e associada a níveis elevados de ansiedade, tristeza e desesperança, a agressividade incita o indivíduo à concretização de sua

morte (HECK, 1994; HOFFMANN; CRUZ; ALCHIERI, 2003).

O suicídio é também um acontecimento permeado por questões morais que ocasionam discussões frequentes, principalmente por se tratar de um fenômeno que difere culturalmente, sendo encorajado por alguns grupos que o consideram uma ação heroica, quando for para salvar a vida de outras pessoas ou preservar a honra pessoal, da família ou da nação, por exemplo. Há também seitas religiosas e grupos suicidas que apoiam o ato. Por outro lado, a proibição do suicídio é a mais habitual, baseada no princípio de que o ser humano é apenas o guardião da vida, que lhe é um bem concebido, do qual pode usufruir, mas não dispor (GOLDIM et al., 2004).

Nesse sentido, compreende-se que o suicídio acontece pela interferência de diversos fatores. Há situações em que o condicionamento cultural faz com que uma pessoa adote comportamentos autodestrutivos. Em outros casos, o indivíduo que se utiliza desse método para resolver os seus problemas não busca a morte, mas a interrupção do sofrimento. A dor é tamanha que a única alternativa para fugir da crise e da angústia é acabar com a própria vida. Um suicídio consumado é a consequência de um impulso, quando o indivíduo considera que continuar vivendo é mais doloroso que morrer. Apesar de se entender na psiquiatria que o suicídio é um fenômeno individual, as intensas pressões que as condutas coletivas ou os fatos sociais exercem sobre a vida privada e profissional do indivíduo permitem demonstrar, sem esforço, a insuficiência teórica e terapêutica desse enfoque individual (CORRÊA; BARRERO, 2006; DURKHEIM, 1992; SADOCK; SADOCK, 2007).

Dados recentes de estudos empíricos apontam para a importância da reflexão sobre o fenômeno em questão. O primeiro deles, é uma pesquisa realizada em 2012 na cidade de Pelotas/RS que investigou o risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em 1.560 jovens de 18 a 24 anos. A pesquisa constatou que 8,6% dos participantes apresentaram risco de suicídio. O estudo considerou comportamentos de risco como tentativas inconscientes de se cometer suicídio. As variáveis estatisticamente significativas, associadas ao risco de suicídio, foram: a) ter sofrido acidente com necessidade de ir ao pronto-socorro, b) ter entrado em briga com agressão física, c) carregar arma branca e arma de fogo, d) abuso e dependência de substâncias psicoativas, e) não ter usado preservativo na última relação sexual, f) não ter parceiro fixo e g) ter tido relação sexual com cinco ou mais pessoas no último ano (ORES, et al., 2012).

Apesar de se compreender que os comportamentos de risco ao suicídio, referidos na pesquisa anterior, precisam ser avaliados de forma diferente daqueles adotados por uma pessoa que efetivamente planeja o suicídio, estar atento é sempre muito importante, pois o comportamento de risco é um indicativo de que algo não está bem. Nessa perspectiva, um estudo realizado em Campinas/SP no ano de 2009 analisou a prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio e constatou que a ideação suicida de parte significativa das pessoas evolui para a tentativa de se matar. Foram investigados 515 indivíduos e os resultados indicaram prevalências de 17,1% para ideação suicida, 4,8% para planos de se matar e 2,8% para tentativas de suicídio. Além disso, o comportamento suicida apresentou maior frequência entre mulheres e adultos jovens (BOTEGA, et. al., 2009).

Uma pessoa que se concentra no planejamento da própria morte encontra-se em um momento de desespero, sem perspectivas de futuro e em profunda depressão. Por isso, o suicídio ou a tentativa frustrada de se matar, pode ser um pedido desesperado de ajuda, uma forma extrema de chamar atenção sobre si e sobre os problemas e de demonstrar que o nível de sofrimento é insuportável. Nesse sentido, é fundamental estar atento a uma pessoa que demonstra ter a intenção de se matar (BOTEGA, et al., 2009), ou que apresenta comportamentos de risco, como os mencionados na pesquisa de Ores, et al. (2012). Deve-se buscar conhecer as crenças e os desejos que influenciam a interpretação da realidade e que estão associados ao suicídio, compreender a fase do ciclo vital do indivíduo, avaliar o ambiente familiar e procurar, sobretudo, encontrar alternativas e possíveis resoluções para o contexto adoecido (GOLDIM et al., 2004).

O comportamento suicida está associado também aos transtornos de humor, especialmente depressão maior que se destaca por estar presente em grande parte dos casos de suicídio. De acordo com o DSM- IV (2003) os critérios diagnósticos para depressão são sentimentos de inutilidade, culpa excessiva, importante perda ou diminuição do interesse e do prazer pelas atividades diárias e pensamentos frequentes relacionados à morte.

Além disso, agressividade e impulsividade são características associadas às pessoas com predisposição a cometer suicídio (CHACHAMOVICH et al., 2009). Entre os comportamentos suspeitos o caráter agressivo é um sintoma de desequilíbrio e de uma deficiência na capacidade de adaptação ao meio, manifesta através de atitudes autopunitivas. Ademais, uma pessoa deprimida está propensa a se envolver em situações adversas, como acidentes de trânsito, por exemplo, mais que outras em estado de humor equilibrado. A

condição deprimida influencia os níveis de atenção e concentração, lentifica os processos de tomada de decisão e, consequentemente, contribui para a ocorrência de acidentes no trânsito (HOFFMANN; CRUZ; ALCHIERI, 2003).

Tendências autopunitivas mais extremas, caracterizadas predominantemente por sentimentos de culpa, estão associadas aos acidentes fatais, avaliados como suicídio. O envolvimento em um acidente no trânsito garante o pagamento de indenização às famílias das vítimas, condutores e pedestres, e camuflam a real intenção de morte dos acidentados, constituindo-se nos suicídios ocultos (HOFFMANN; CRUZ; ALCHIERI, 2003). Segundo Goldim et. al. (2004) o suicídio pode ser mascarado através de acidentes de trânsito, com armas de fogo, quedas e omitidos pela mídia, pois é temido que as divulgações instiguem outras pessoas a cometerem o mesmo ato.

Nesse sentido, Cunha (1977) percebe uma relação entre o desejo de ser morto e as causas de acidentes de trânsito. Fica evidente que acidentes, inconscientemente propositais, foram uma forma utilizada para cometer um suicídio. Do mesmo modo, a agressividade pode representar elementos inconscientes de autopunição e podem predispor a pessoa a acidentes. Assim, um desastre fatal pode representar o desejo de destruir a si mesmo, uma forma clara de autopunição e de baixa autoestima (HOFFMANN; CRUZ; ALCHIERI, 2003). Segundo Hernetkski e Keskinen (1998) os acidentes de trânsito frequentemente disfarçam atos de suicídio, porém, está bastante evidente a associação entre ambos. Segundo pesquisa destes autores um percentual de 1,5 a 15% das tragédias envolvendo situações no trânsito são tentativas de suicídio encobertas ou não identificadas. Segundo Angerami-Camon (1997) inúmeros acidentes são verdadeiros atos deliberados de suicídio. Desta forma, o suicida potencial faz uma opção e transforma a via expressa e o trânsito em um instrumento de autodestruição, uma arma, sendo uma manifestação da própria circunstância da vida contemporânea.

O suicídio é um ato socialmente impactante e, por isso, muitas vezes é ocultado pela família e demais pessoas envolvidas. Há casos em que são excluídos até os registros da história da família, por causar dor, vergonha e medo (GOLDIM et al., 2004). Uma pesquisa de 2010 realizada na cidade de Porto Alegre/RS, através de uma intervenção sistêmica, investigou a dinâmica de seis famílias no contexto da crise suicida de um dos membros do núcleo familiar. Os resultados mostraram que a família encara a crise através do suicídio, em um primeiro momento, como paralisadora, porém, os questionamentos, que surgem devido à

experiência vivida, vão se transformando em oportunidade de mudança (KRÜGER; WERLANG, 2010).

Compreende-se através de Daolio (2012) que o suicídio é um fenômeno multideterminado, permeado por violência e muito presente na sociedade. No entanto, é um acontecimento ainda pouco observado e estudado, a fim de se desenvolver efetivamente estratégias de intervenção e prevenção, para que menos pessoas cometam o ato e famílias inteiras parem de sofrer pela perda e pelas consequências do suicídio na estrutura e na dinâmica familiar. Segundo Werlang (2012) o suicídio é um tema difícil de ser abordado, principalmente, porque se busca entender o que faz algumas pessoas, frente a situações adversas, optarem pelo fim da própria vida, quando outras nas mesmas condições, enfrentam os problemas de forma diferente.

De modo geral, é difícil apontar a pessoa que cometerá um suicídio, porém, é possível avaliar o quadro e identificar, através de uma entrevista clínica, os fatores de risco e de proteção ao comportamento suicida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Para Werlang (2012) o suicídio é um fenômeno complexo e pode acontecer em qualquer faixa etária e etapa do ciclo vital. Por isso, busca-se ampliar a produção de conhecimento científico e aperfeiçoar a compreensão que se tem do fenômeno.

Diante dos apontamentos teóricos e dos dados empíricos apresentados, percebe-se que existem muitos fatores implicados na compreensão do que faz uma pessoa acabar com a própria vida. No entanto, foi encontrada apenas uma pesquisa (KRÜGER; WERLANG, 2010) dedicando-se às questões familiares relacionadas ao suicídio, revelando a importância daquele contexto para o sucesso de uma intervenção e também em termos de prevenção. Nessa perspectiva, Conte et al. (2012) apontam que a atuação profissional sobre situações de suicídio começa através da identificação precoce do desejo de autoeliminação e do acolhimento diante das situações de crise, pressuposto que reforça a necessidade de se investigar a presente temática. Por isso, frente à relevância de se analisar a reverberação de um suicídio no entorno familiar, o objetivo deste estudo é compreender a percepção da família sobre o suicídio de um dos seus membros.

1 MÉTODO

1.1 Delineamento

Esta é uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Enquanto estudo qualitativo investigará um determinado fenômeno e os seus significados para as pessoas envolvidas. Busca-se analisar a experiência pessoal e a interação considerando, principalmente, o universo subjetivo dos participantes e como o fenômeno investigado se constituiu para cada pessoa (TURATO, 2008; GIBBS, 2009). Trata-se de uma pesquisa exploratória por investigar uma situação específica, em que determinado fenômeno ocorre, ainda pouco estudada. Além disso, no estudo exploratório adotam-se procedimentos flexíveis a fim de explorar e conhecer um fenômeno e a sua reverberação na vida das pessoas e nas relações entre elas (CERVO; BERVIAN, 2006).

1.2 Participantes

Participaram deste estudo cinco familiares em primeiro grau de uma pessoa que cometeu suicídio em uma cidade do sul do Brasil. Os cinco participantes distribuem-se da seguinte forma: do primeiro caso de suicídio foram entrevistados dois irmãos, do segundo caso foi entrevistado um casal de tios, e do terceiro caso entrevistou-se uma filha. Devido a dificuldades para conseguir contato com um segundo familiar deste terceiro caso e considerando que as informações fornecidas eram suficientes para a análise a partir dos mesmos critérios dos outros dois casos, optou-se por permanecer apenas com uma entrevista. Foram considerados para a pesquisa apenas casos de suicídio por atropelamento, tendo presente que a análise dos dados refere-se à percepção familiar do suicídio e, portanto, a utilização de um mesmo método suicida poderia, em certa medida, reduzir a interferência de outros fatores. Não foram considerados os casos sem avaliação pericial confirmando ser um ato de suicídio e outros que não continham as informações necessárias para a localização de pelo menos um familiar que pudesse participar do estudo.

1.3 Instrumento

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi uma entrevista semiestrutura baseada nas perguntas da ESAP - Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (WERLANG, 2001), e adaptada para este estudo. Optou-se por reduzir a ESAP porque o objetivo do estudo

foi compreender a reverberação do suicídio por atropelamento na dinâmica familiar. A entrevista foi estruturada nas seguintes questões: a) relato de fatos importantes na vida da pessoa falecida, antes da sua morte e associados ao suicídio, b) possíveis motivos para a ocorrência do suicídio, c) relato de como aconteceu a morte, d) observância de diferenças no comportamento habitual da pessoa falecida e e) outras informações relevantes para a compreensão do acontecimento.

1.4 Procedimentos de coleta de dados

Os participantes foram selecionados junto ao Corpo de Bombeiros e Delegacia de Polícia Civil através da identificação de casos fatais de atropelamento, registrados como atos de suicídio nos boletins de ocorrência. Após a seleção dos casos de suicídio, somando um total de três boletins de ocorrência com os dados necessários à realização do estudo, levantaram-se informações como nome da pessoa falecida, familiares mencionados nos boletins de ocorrência e laudos periciais e contato telefônico destes familiares. De posse das informações, os familiares foram contatados por telefone, oportunidade na qual se procedeu com a identificação do pesquisador, vínculo acadêmico, objetivos da pesquisa e o convite para participar do estudo. Diante do aceite, agendou-se o dia e o horário da entrevista que aconteceu no consultório do pesquisador a fim de preservar os entrevistados pela natureza da temática de investigação. As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 45 minutos.

1.5 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para avaliação dos procedimentos que seriam realizados. O parecer de aprovação da pesquisa é o de protocolo número 239.933. Além disso, no momento da entrevista os participantes receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido aos mesmos, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa, assegurar questões como anonimato, preservação da identidade de todos os envolvidos no estudo, familiares e pessoas falecidas, durante todas as etapas da pesquisa. Após leitura e assinatura do termo, os participantes também foram informados que estariam contribuindo à compreensão de um fenômeno causador de intenso sofrimento para

diversas famílias que passam por situações semelhantes. Foi mencionado também que os riscos em participar da pesquisa seriam se sentirem mobilizados pelo conteúdo que emergiria das entrevistas, situações em que os participantes receberiam atendimento psicológico gratuito, disponibilizado pelo próprio pesquisador em seu consultório, para que juntos pudessem gerenciar melhor a situação.

1.6 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas integralmente e submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bauer (2008). O método proposto pelo autor compreende as seguintes etapas: a) leitura compreensiva, detalhada e repetida das entrevistas; b) identificação de unidades de sentido; c) elaboração do referencial de codificação; d) organização de categorias temáticas e e) integração das informações através da discussão aprofundada das categorias à luz da revisão teórica do artigo.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados emergiram quatro categorias fundamentais que serão apresentadas e discutidas nesta sessão, são elas: a) Sentimentos e negação familiar diante dos sinais de um possível suicídio; b) Adoecimento psíquico: condição de vulnerabilidade ao suicídio; c) Suicídio e dependência de substância psicoativa e d) Aspectos transgeracionais do suicídio. Destaca-se que as falas dos cinco participantes deste estudo, familiares em primeiro grau de uma das três pessoas que cometeram suicídio, serão identificadas como Caso 1, Caso 2 e Caso 3 para facilitar a compressão da sessão de resultados e discussão das três situações.

2.1 Sentimentos e negação familiar diante dos sinais de um possível suicídio

A perda de um membro da família, por morte de qualquer natureza, sempre vem acompanhada de muito sofrimento. A intensidade da dor parece ser proporcional ao vínculo afetivo existente. Percebe-se através desta pesquisa que ao se tratar da perda de um familiar por meio de suicídio, o acontecimento carrega um significado diferenciado. A sensação é de que se trata de algo constrangedor e mais doloroso do que outros tipos de morte. As

entrevistas evidenciam que as pessoas sentem vergonha, culpa e, muitas vezes, responsabilizam-se pelo acontecimento.

Além disso, chamou atenção que os membros das famílias onde ocorreu o suicídio foram tomados por intensa angústia. Na tentativa de encontrar um alívio para suas tensões internas, os familiares procuram então explicar ou justificar os fatos como se quisessem se livrar dos sentimentos incômodos. São posturas racionais que transmitem a sensação de autoconsolo para aliviar a intensidade do sofrimento. Percebe-se que os familiares do suicida ficam perturbados emocionalmente e em significativo sofrimento, procurando justificar ou amenizar o acontecimento.

> Acho que ele não teria feito isso, eu não conseguiria acreditar (CASO 1).
>
> Eu acho que foi mais um descuido dele ou um branco que às vezes dá na pessoa (CASO 1).
>
> Daí meus irmãos acharam que ele estava premeditando essa morte, que ele pensava em se jogar embaixo dum carro, isto e aquilo, mas eu acho que não! Ele estava cansado de... eu acho que ele estava cansado, foi atravessar, o caminhão veio naquela hora chutado, lá de baixo (CASO 2).
>
> Se ele tinha idéia de se jogar embaixo do carro ele teria se jogado logo e não teria caminhado tudo o que ele caminhou (CASO 2).

Uma circunstância agravante acontece quando a família não é bem sucedida em sua tentativa de auxiliar o indivíduo que apresenta sinais de que algo está errado. Essa dificuldade acontece, muitas vezes, porque a pessoa recusa ajuda ou porque o método pode não ter sido tão eficiente para auxiliar diante da situação. Situações como dependência química, em que os familiares tentam convencer o dependente quanto à necessidade de internação e de tratamento especializado, ou a busca de solução por meio de intervenções espirituais, entre outras formas de auxiliar o suicida em potencial e amenizar o sofrimento e desgaste familiares. Porém, apesar de todo investimento que a família despende, quando acontece um suicídio, as pessoas envolvidas sentem-se impotentes, culpadas, com a sensação de que fracassaram e pensando no que poderiam ter feito para que a tragédia pudesse ter sido evitada. Identificam-se significativos sentimentos de fracasso e de culpa nas expressões dos entrevistados.

Segundo Hoffmann, Cruz e Alchieri (2003) a consciência de que a saúde e a vida estão em perigo e a recusa em aceitar o tratamento adequado para resolver o problema, pode indicar um suicídio oculto. Nesse sentido, a percepção dos familiares sobre as situações de suicídio no trânsito analisadas nesta pesquisa, está associada ao que os autores mencionados

denominam de um acidente inconscientemente proposital, isto é, uma forma de se cometer um suicídio.

> Mas ele, quando eu falava, meu Deus, filho, não pode ser, mude tua cabecinha, a tia já fez tudo por você (CASO 2).
>
> Ele tinha problemas de saúde, uma depressão profunda, mas não se tratava, não se cuidava, era muito relaxado para tomar remédios, ele não controlava nada (CASO 1).

Além disso, a solidão, o silêncio, o isolamento, a rejeição e talvez sentimentos de culpa sinalizam ideias suicidas. Muitas vezes, o próprio silêncio pode ser uma forma de se comunicar. No entanto, para os familiares parece ser difícil fazer a devida leitura compreensiva destes sinais. Nesta perspectiva, Angerami-Camon (1997) apontam que o suicídio não se constitui num ato isolado, mas numa forma de o indivíduo apontar a crise coletiva que permeia as relações e o ambiente onde vive.

> Ah, quando ele não estava bêbado, ele era mudo, mudo, para ele falar conosco, nós tinha que perguntar, e ele ficava quieto, ele era muito quieto, éh, ele não falava nada assim, só alguma coisa, quando ele queria que a gente fazia algum serviço, quando ele não bebia, ele não tinha boca pra nada (CASO 03).

De acordo com os relatos, percebe-se que nas famílias investigadas e que foram acometidas por casos de suicídio, não se quer relembrar o sofrimento associado ao antes e ao depois do acontecimento trágico. Porém, ao participar do estudo, eram nítidas as expressões de perplexidade e os sentimentos de amargura dos participantes ao se conectar com as lembranças do suicida e do que foi vivido. Percebe-se, entre os respondentes, situações como manter-se em silêncio, caracterizar o acontecimento como uma fatalidade, responsabilizar outras pessoas pelo atropelamento, apontar motoristas como irresponsáveis ou assassinos. Estas atitudes podem estar evidenciando a intolerância frente à fatalidade ou a fuga diante da intensidade do sofrimento.

2.2 Adoecimento psíquico: condição de vulnerabilidade ao suicídio

Perdas afetivas e financeiras, frustrações e decepções são fatores que podem desencadear atos suicidas. Assim, pessoas com maior propensão a abalar-se emocionalmente percebem as crises como insuportáveis (BAPTISTA, 2004; HOFFMANN, CRUZ,

ALCHIERI, 2003). Nota-se, através das entrevistas, que os suicidas se excluíam do contexto familiar e social, nutriam sentimentos de menos valia e sensação de incapacidade frente à realidade, sendo o suicídio uma alternativa.

> Olha, desde que tua mãe morreu, pai tu não teve nenhum, mas mãe tu teve duas, morreu uma e teve o privilégio de ter mais uma. Agora que está no fundo do poço você veio, você quer dinheiro, dinheiro (CASO 02).
>
> O pai dele rejeitou ele muito, quase matou ele a laço e deu uma camaçada de pau, foi parar na delegacia com ele (CASO 02).
>
> Não, a única coisa que ele dizia era: tia, eu queria que a M. - namorada dele, eu queria voltar, foi a única namorada que eu tive tia, agora ela, agora só porque estou no fundo do poço, ela não quer mais (CASO 02).

Subjetividade adoecida foi um termo empregado neste estudo, surgiu da interpretação dos relatos dos familiares sobre as vítimas de atropelamento, por demonstrarem certa incapacidade de atribuir um significado existencial para suas vidas. Além disso, percebe-se fragilidade, humor deprimido e um contexto de vulnerabilidade ao suicídio. O quadro emocional debilitado é propício ao desencadeamento de conduta suicida. Segundo o DSM-IV, (2003, p.354), os critérios para depressão estão associados a "sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva, perda ou diminuição do interesse ou prazer pelas atividades rotineiras na maior parte do tempo, pensamentos de morte recorrentes, sem necessariamente existir um plano de conduta suicida".

> O viver dele era isto, era isto aí, de beber, vivia bêbado, muitas vezes ele ia na igreja, mas ele não se afirmava para ver se mudava de rumo, mas ele não conseguiu (CASO 03).
>
> Ele não era feliz, ele tinha problemas de saúde, depressão profunda (CASO 01).
>
> Ele sempre foi uma pessoa doente (CASO 01).

Um contexto familiar disfuncional é espaço propício para gerar e desenvolver sensações de desamparo e de insegurança quanto ao futuro. Perde-se as perspectivas de novas realizações, o isolamento e a solidão impedem que a pessoa note as possibilidades e sinta esperança. Em consequência, os sentimentos incapacitantes e a fragilidade emocional se impõem e por isso predominam ideias suicidas que encontram ressonância quando o indivíduo percebe que na própria família existem situações limítrofes de crise, violência, alcoolismo, entre outras situações associadas à disfuncionalidade do sistema familiar.

> Ele dizia que para ele morrer ou matar, era indiferente. Quando ele chegava bêbado, isto várias vezes, quando nós éramos mais pequenos, tivemos que dormir fora de casa, nós íamos junto com a mãe, às vezes íamos na casa de vizinhos, outras vezes ficávamos escondidos por aí, para não incomodar vizinhos altas horas da noite, às vezes nós levava cobertor, levava em tal lugar, na capoeira para dormir sossegado (CASO 03).

2.3 Suicídio associado à dependência de substância psicoativa

Na análise das entrevistas percebeu-se importante relação entre o consumo abusivo de substâncias psicoativas e o comportamento autoagressivo. Nos casos 02 e 03 os entrevistados relatam situações de consumo abusivo de drogas, estados de consciência alterados, relacionamentos conflitantes e agressivos na família, no trabalho e no meio social. No contexto narrado pelos familiares percebe-se, associado ao consumo de álcool e outras drogas, sentimentos de rejeição, desamparo, solidão, desesperança e humor deprimido, fatores que potencializaram os comportamentos autodestrutivos. Além disso, uma circunstância agravante ocorre devido ao consumo concomitante de várias drogas como bebidas alcoólicas, nicotina, cocaína e crack.

> Primeiro era a maconha, depois cocaína e agora, por último, o crack, até isso, até o dia em que ele morreu (CASO 02).

Segundo DSM-IV (2003) a substância psicoativa perturba as aptidões cognitivas gerando estados confusionais e potencializando a ocorrência de atos suicidas. Diante desta alteração na consciência ocorre prejuízo na capacidade cognitiva e de julgamento e problemas de conduta no contexto familiar e social. Quando o dependente de substância psicoativa entra em dissonância com seus familiares e demais pessoas da sua convivência, se desfazem, por vezes, vínculos afetivos importantes para o indivíduo. Desta forma, os familiares que naturalmente seriam as pessoas mais próximas e indicadas para apoiar e socorrer o dependente químico, que é um doente grave, muitas vezes, se cansam dele, da situação, abandonam, rejeitam e, em situações mais difíceis, até expulsam-no de casa.

Ademais, é notável que em dois dos três casos de morte por atropelamento, ocorridos em locais onde há tráfego de veículos automotores, existe forte indicação de suicídio associado à dependência de substância psicoativa. São relatadas também dificuldades emocionais, humor deprimido e crises existenciais, que podem ter contribuído de forma

decisiva para que o suicídio fosse consumado.

> Então meu marido viu que ia chegar a noite e ele ia encher a cara de droga e bebida, pegou a roupa dele e a enfiou no carro dele, mandou lá pros irmãos dele, então ele saiu de casa chorando (CASO 02).
>
> O problema dele é que ele era alcoólatra, quando ele morreu, ele estava bêbado (CASO 3).
>
> Quando ele era bêbado, o bicho pegava em casa, ele começava a brigar, discutir, bater as coisas, quebrava as coisas, tinha muitas vezes que ele queria pular na mãe, daí nós que estavam em casa não deixava (CASO 03).

2.4 Aspectos transgeracionais do suicídio

Identificou-se que os casos de suicídio avaliados não foram acontecimentos isolados na história das três famílias que participaram do estudo, corroborando o pressuposto de Angerami-Camon (1997) acerca de o fato denunciar problemas no contexto maior onde o indivíduo está inserido. Foram considerados aspectos transgeracionais, a reincidência de suicídios ao longo de gerações e a repetição de comportamentos autodestrutivos.

As questões transgeracionais presentes nos três casos de óbito por atropelamento, analisados nesta pesquisa, foram evidenciadas através do relato acerca das experiências intergeracionais traumáticas, dos casos de depressão na família e da repetição de casos de suicídio. Ainda, na mesma direção do estudo de Ores *et al.* (2012), foram considerados na interpretação dos resultados, os comportamentos autodestrutivos ou de risco à saúde caracterizados pela ingestão excessiva de álcool de outras pessoas do contexto familiar mais amplo.

> Agravou-se também uma depressão profunda, não que isto seja um problema, aliás, minha família toda tem esse problema, não é problema (CASO 1).
>
> É, nós temos, infelizmente, o meu avô, por enforcamento; minha avó, aos 95 anos, se enforcou com um cinto, no banheiro; meu pai, tentou duas ou três vezes, mas, meu irmão mais novo também aconteceu a mesma coisa, tentou duas ou três vezes (CASO 01).
>
> Eu é que, às vezes, me dava na idéia de me enforcar, de me matar; tentei com remédio, duas vezes, tomei bastante e, fui parar no hospital; quantas vezes eu peguei a cordinha para me dar um fim, hoje vou me dar um fim (CASO 02).

Diante dos relatos é possível notar a presença de problemas e dificuldades na história

pregressa das famílias que participaram da pesquisa. Os respondentes narram um contexto disfuncional que reverberou em um membro da família de maneira fortemente negativa, culminando em suicídio. Nesse sentido, os problemas no ambiente familiar e social podem ter mobilizado o indivíduo e, em certa medida, contribuído para que o fato se concretizasse. Além disso, pode-se compreender também que há padrões familiares que, se não identificados e tratados, podem se repetir por tempo indeterminado na história de algumas famílias. São fatos que marcam muitas gerações e, veladamente, se mantém vivos naquele membro da família que carrega o legado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi compreender a percepção da família sobre o suicídio de um dos seus membros. Identificou-se, então, a partir dos resultados, algo comum a todos os eventos suicidários analisados. Trata-se de um acontecimento cruel que impõe intenso sofrimento à família envolvendo, quase sempre, o inesperado e o imprevisto. Por mais que uma pessoa tenha dado sinais e indicativos da sua intenção suicida, a família acredita ou tem a esperança de que o suicídio não irá acontecer. Frequentemente, não se reconhece, não se aceita e não se dimensiona a seriedade dos sinais e, por isso, os familiares resistem em tomar atitudes preventivas. Quando a família se depara com o óbito consumado, predominam os sentimentos de tristeza, amargura e decepção.

Analisou-se, também, que os suicidas eram pessoas que se sentiam incapazes e, por isso, apresentavam maior dificuldade para administrar crises, conflitos intrapsíquicos e as próprias emoções, recorrendo a lenitivos como isolamento, álcool e outras drogas. Tais subterfúgios os impediam de se fortalecer para enfrentar as situações adversas da vida, razão pela qual podem ter percebido no suicídio a única solução para os seus problemas.

Além disso, os participantes referiram um contexto perpassado por problemas de saúde física e mental, preocupações financeiras e com doenças, dificuldades no relacionamento com familiares, dependência de substâncias psicoativas e humor deprimido. E, apesar de não ser o objetivo deste estudo responder por que o suicídio aconteceu, compreende-se que a conduta suicida esteve associada a questões familiares, sociais e transgeracionais, tratando-se, portanto, da interrelação de múltiplos fatores. Ademais, dos aspectos transgeracionais presentes nos três casos pesquisados, surgiram alguns

questionamentos: O que acontece em uma família para que várias pessoas tentem repetidas vezes, suicidar-se? Segredos familiares nos casos de suicídio impedem que o fato se repita nas gerações futuras?

Ao final desta investigação percebe-se que mais pesquisas precisam ser feitas com o objetivo de responder a estes e outros questionamentos sobre o suicídio. Por isso, entre as limitações deste estudo, estão a dificuldade para se conseguir casos envolvendo situações efetivas de suicídio, dado que o tema é sempre preservado devido a sua natureza trágica e, muitas vezes, não é deliberado como um ato de suicido. Ainda, existe a dificuldade de se conseguir acessar familiares da pessoa suicida para participar de pesquisas, visto que o conteúdo é, em certas situações, ocultado ou se torna um segredo dentro do contexto familiar. Por esses e outros fatores limitou-se a três casos, pois foram os únicos que atenderam aos critérios delimitados neste estudo.

Finalmente, estudos qualitativos e que investiguem a história de famílias onde o suicídio se repete através das gerações contribuirá de forma importante à compreensão do contexto, da dinâmica familiar e da fragilidade emocional de indivíduos que buscam a morte como alívio para o sofrimento. Avalia-se que, desvendando melhor essas questões, será possível desenvolver programas de prevenção e de intervenção em contextos onde há pessoas com comportamentos de risco, ideação e tentativa de suicido, fortalecendo as famílias e instrumentalizando os profissionais da saúde para gerenciar essas situações.

SUICIDE: THE FAMILY PERCEPTION ON THE END THAT GAVE YONDER OWN LIFE

Abstract: Suicide is a phenomenon that often happens and, in most cases, it is omitted or attributed to some type of accident without justifications and causes intense suffering, especially to the family. Thus, the aim of this study is to investigate the family perception on the suicide of one of its members by means of a qualitative research of exploratory feature. The research instrument used was based on a semi-structured interview for the psychological autopsy adapted for this study. Five direct family members of the people who committed suicide, according to forensic reports, were interviewed. The data was assessed content analysis method. The results show a tendency of family members to deny the facts that indicate suicide and also the psychic aspect as a vulnerability condition for the self-inflicted death. It is also observed that suicide has been connected to psychoactive substance dependence and transgenerational aspects of the families where suicide happened.

Key-words: Suicide. Family Relations. Illness.

Referências

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Suicídio:** fragmentos de psicoterapia existencial. São Paulo: Pioneira Thomson, 1997.

BAPTISTA, Makilim Nunes. **Suicídio e Depressão**: atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BERTOLOTE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Botucatu, v. 32 n. 2, p. 87-95, out. 2010.

BOTEGA, Neury José; MARÍN-LEÓN, Letícia; OLIVEIRA, Helenice Bosco; BARROS, Marilisa Berti A.; SILVA, Viviane Franco; DALGALARRONDO, Paulo. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke**. O que é Suicídio.** São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984.

CHACHAMOVICH, Eduardo; STEFANELLO, Sabrina; BOTEGA, Neury; TURECKI, Gustavo. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 18-25, 2009.

CONTE, Marta; MENEGHEL, Stela Nazareth; TRINDADE, Aline Gewehr; CECCON, Roger Flores; HESLER, Lilian Zielke; CRUZ, Claudia Weyne; SOARES, Regina; PEREIRA, Sanderlei; JESUS, Irani. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012.

CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. **Suicídio uma Morte Evitável.** São Paulo: Atheneu Editora, 2006.

CUNHA, Jurema A. **Suicídio e o Teste de Bender:** estudo empírico da teoria de Menninger sobre os componentes do ato do suicídio. Porto Alegre: Instituto de Psicologia PUCRS, 1977.

DAOLIO, Edilberto Raimundo. Suicídio: tema de reflexão bioética. **Revista Bioética**, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 436-441, 2012.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DURKHEIM, Èmile. **O Suicídio Estudo Sociológico.** Lisboa: Editorial Presença, 1992, n. 424.

GOLDIM, José Roberto, et. al. Suicídio e Bioética. In: WERLANG, Blaca Guevara;

BOTEGA, Neury José. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

HECK, Rita Maria**. Suicídio:** um grito sem eco. Pelotas: Editora da UFPEL, 1994.

HERNETKSKI, Kati; KESKINEN, Esko. Self-destruction in Finnish motor traffic accidents in 1974-1992. **Accident Analysis & Prevention**, Turku, Finland, v. 30, n. 5, p. 697-704, set. 1998.

HOFFMANN, Maria Helena; CRUZ Roberto Moraes; ALCHIERI, João Carlos. **Comportamento Humano no Trânsito.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SADOCK, Benjamim James; SADOCK, Virgínia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KRÜGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca S. Guevara. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 59-70, jan./abr. 2010.

ORES, Liliane Costa; QUEVEDO, Luciana Avila; JANSEN, Karen; CARVALHO, Adriana Bezerra; CARDOSO, Taiane Azevedo; SOUZA, Luciano Dias M..; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Caderno Saúde Pública**, Pelotas, v. 28, n. 2, p. 305-312, fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>. Acesso em 15 out. 2014.

TRINDADE, Jorge. **Manual de Psicologia Jurídica para Operadores de Direito.** 5ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, Blanca Guevara. **Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio.** 2001. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

WERLANG, Blanca S. Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 17, n. 8, p. 1955-1962. 2012.