



SOBREVIVENDO AO SUICÍDIO:

Estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba

Nei Ricardo de Souza Mestrando em Sociologia (UFPR) – nrsouza@yahoo.com

José Miguel Rasia Professor (UFPR) – jrasia@ufpr.br

Resumo

A publicação de O Suicídio, de Durkheim, foi um marco na teoria sociológica, embora já existissem preocupações com este tema antes desta obra. Após seu surgimento outros autores se dedicaram a continuar este estudo. Via de regra uma abordagem estatística é adotada: busca-se estabelecer correlações entre a taxa de suicídios e outras variáveis sociais. Aqui o suicídio é tratado sob outro enfoque. O objeto de trabalho selecionado são os familiares de suicidas, que normalmente participam da vida da vítima e sobrevivem a ela para contar sua história. O objetivo almejado é, portanto, compreender como estes familiares reagem à perda de um parente que tirou a própria vida. Para isso emprego a entrevista não-diretiva com estes sujeitos. A partir desta coleta de dados foi possível compreender diversos aspectos das famílias onde sobrevivem casos de suicídio. O sentimento de culpa, a interação social com o suicida, as relações de poder e o papel da religião são alguns dos elementos analisados. A hipótese que norteou a pesquisa é que o discurso médico vincula o suicídio à existência de transtornos mentais e encobre outros discursos. Concluo que embora haja vários fatores que contribuem para o suicídio o discurso médico predomina e analiso possíveis razões para que isso aconteça.

Palavras-Chave: Suicídio; Sociologia da Saúde; Família.

1. INTRODUÇÃO

Foi a partir da prática profissional como psicólogo em Unidades de Saúde (US) de Curitiba que entrei em contato com casos de suicídio. Mas aqui a intenção não é reduzir o suicídio a um problema de saúde mental, logo, é a análise sociológica que vai permitir estudar o fenômeno em um aspecto mais amplo.

Dentro do tema do suicídio, o objeto específico que elegi para esta dissertação são os familiares de suicidas, por considerar que eles são mais adequados para o estudo sociológico que empreendo. O suicida em si é inapreensível e as taxas de suicídio são mais apropriadas para a análise estatística, como já realizado pelo próprio DURKHEIM (2003) e outros depois dele. Estudar a família se insere numa abordagem que procura compreender o problema, buscando reconstruir, a partir dos relatos de seus membros, como era o contexto de vida da vítima e levantar hipóteses que expliquem como o fenômeno do suicídio se produziu.

O objetivo principal deste trabalho é compreender como os familiares de suicidas lidam com a situação de terem perdido um parente que tirou a própria vida. E também explorar o processo de interação dentro e fora da família, tanto na situação de crise provocada pelo suicídio, quanto anterior e posteriormente a ele.

Após o ocorrido, a família procura justificar o ato, para si e para os outros, em termos de algum problema psicopatológico apresentado pelo morto, normalmente depressão ou dependência química. Aqui aparece nitidamente a tendência de vincular o suicídio a algum transtorno mental. E é partindo deste ponto que formulo a hipótese de trabalho que norteia este estudo: nos casos de suicídio, o discurso médico silencia outros discursos. Pretendo demonstrar que outros fatores, não apenas os psicopatológicos, desempenham seu papel na conduta suicida, tais como a situação profissional e a interação familiar. Assim, esta dissertação também tem por meta resgatar o enfoque sociológico do suicídio e compreender o porquê do predomínio do enfoque médico.

Outra questão que examino é como a religião se articula com o suicídio na atualidade.

O material empírico utilizado é essencialmente a informação fornecida pelos familiares de suicidas, que foi colhida mediante a técnica de entrevista sociológica baseada na não-diretividade, na associação livre de idéias e na atenção uniformemente suspensa, provenientes da Psicanálise. De posse do conjunto de depoimentos, procedi a sua análise articulando os dados empíricos com a Teoria Sociológica. Posso dizer que estabeleci um diálogo entre a Sociologia, alguns elementos da Psicanálise e os dados empíricos, porém convém ressaltar que o eixo teórico desta dissertação é a Sociologia.

2. ASPECTOS DA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

A compreensão das relações familiares na atualidade passa pelo estudo de seu desenvolvimento. Uma análise histórica da constituição da família é encontrada em Philippe ARIÈS (1981). Partindo da investigação das representações gráficas de cenas do cotidiano dos últimos séculos, segundo se apresentam em gravuras, livros, calendários e vitrais, ele procura mostrar por quais mudanças a família passou ao longo deste período de tempo, levando em conta as diferentes representações sobre a mesma.

As primeiras ilustrações que ele toma não contavam com a presença da família, retratavam o indivíduo e seu ofício, principalmente em espaços abertos – a rua, por exemplo. O autor chama a atenção para uma transformação significativa na iconografia do século XVI: se antes a cena predominante estava ligada ao trabalho, agora o tema que emergia era a família. A partir do surgimento deste tipo de representação, a iconografia dos séculos XVI e XVII seria, por assim dizer, polarizada nesta direção, o que reflete o papel de destaque que a família vinha assumindo na vida cotidiana.

Concomitantemente a isso a criança também adquire relevo no seio da família, o que é representado igualmente nas obras pictóricas analisadas pelo autor. As cenas denotam sentidos diferentes dos usuais até então: refeições familiares, horas de descanso, bebês no berço e outros. Embora sempre presente, esta célula social atravessava neste momento alguma transformação: “...devemos reconhecer a importância do florescimento iconográfico que a partir do século XV, e sobretudo XVI, sucedeu a esse longo período de

obscuridade: o nascimento e o desenvolvimento do sentimento da família. Daí em diante, a família não é apenas vivida discretamente, mas é reconhecida como um valor e exaltada por todas as forças da emoção”. (ARIÈS, 1981, p. 223).

Este sentimento brota como uma reunião incomparável entre os pais e os filhos e procura nos traços de semelhança física a confirmação de uma união profunda (ARIÈS, 1981). Surge a intimidade entre os membros que é o traço distintivo da família moderna e representa uma fronteira a ser respeitada.

A intimidade familiar acaba por levar a família a se ver como uma célula isolada dentro do mundo. O processo pelo qual passa, segundo Theodore ADORNO e Max HORKHEIMER (1981), está ligado a diferenciação decorrente da criação de uma esfera de relações privadas.

Em HABERMAS (1981), o consumo de bens contribui para reforçar esta idéia de separação, pois a posse de mercadorias tende a alimentar a idéia de autonomia familiar. A família se enxerga como auto-suficiente, ligada apenas à racionalidade econômica do mercado.

Em Pierre BOURDIEU a família possui uma conotação diferenciada. Ele aponta que “A definição dominante, legítima, da família normal [...] apóia-se em uma constelação de palavras [...] que sob a aparência de descrevê-la, de fato constroem a realidade social.” (2003, p. 124). Portanto, nomear a família é o que a mantém, como é típico verificar já na educação da criança. A idéia de família vai sendo inculcada desde muito cedo na vida do indivíduo, que atribui significados diversos ao termo, mas que constelam ao redor de uma representação comum.

A família contemporânea propriamente dita desenvolveu uma forma de ligação afetiva que se diferenciou daquela presente na família antiga. É Jurandir Freire COSTA (1998) quem aponta para este fenômeno. Se antes o sentimento representava o acesso a um mundo emocional que demandava planos e conquistas paulatinas, hoje a fruição e o gozo estão ao alcance imediato. “Os indivíduos enquanto não se apaixonam, têm numerosas relações sexuais, numerosas experiências físico-sensoriais, muitos e variados tipos de parcerias afetivas e, como resultado, vão ‘aprendendo’ que o êxtase emocional não é clone do amor e ‘desaprendendo’ a valorizar a forma de vida que dava a emoção amorosa o status moral que ainda tem hoje.” (COSTA, 1998, p. 214).

3. TRATAMENTO METODOLÓGICO

O trabalho de campo consistiu na busca de familiares de suicidas dispostos a concederem entrevistas e na realização efetiva destas entrevistas. De posse das Declarações de Óbito (DO) de suicidas no ano de 2003, disponibilizadas pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, localizei o endereço destas famílias, fui até o local de sua residência e expus os objetivos da visita para a pessoa que me atendia. Caso ela concordasse, a entrevista era realizada naquele mesmo momento; apenas uma família preferiu marcar para outra ocasião. De bairro em bairro consegui capitalizar um corpo de entrevistas que constitui o material empírico a ser analisado. Do total de 35 familiares procurados, 14 consentiram em ser entrevistados, 18 não foram localizados ou por não

estarem em casa no momento da visita ou por não residirem mais no endereço constante na DO e 3 se recusaram a participar do estudo.

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

A entrevista utilizada foi do tipo não-diretivo. Sua escolha recai na familiaridade que tenho com este tipo de técnica. Ela é utilizada quando não se visa obter unicamente dados objetivos quantificáveis. Quando o trabalho é orientado qualitativamente, o tipo de informação requerida tem maior variabilidade, logo, é necessário um instrumento que não cerceie o campo pesquisado, pelo contrário, que permita a emergência do maior número possível de dados. A entrevista não-diretiva se presta a isto.

A meta de um estudo qualitativo “consiste em procurar, ao contato das pessoas envolvidas na situação ou no acontecimento pesquisado, um conhecimento não conceitualizado ou não categorizado que seja relativo à experiência vivida. O conhecimento é obtido no plano da intersubjetividade pesquisador/pesquisado e pretende restituir a representação ou o ponto de vista do indivíduo-ator de sua situação.” (THIOLLENT, 1980, p. 96).

As entrevistas realizadas aproximam-se de uma entrevista psicanalítica, embora somente na forma, pois não é objetivo deste trabalho fazer psicanálise, mas sim colher dados de certa profundidade e não somente opiniões breves. Este procedimento será adotado por estar em concordância com MICHELLAT, segundo o qual se atinge o que é sociológico, cultural, passando pelo que há “de mais psicológico, de mais individual, de mais afetivo” (1980, p. 196). O transcorrer de uma entrevista psicanalítica orienta-se por dois princípios. O primeiro é a manutenção, por parte do entrevistador, de uma *atenção uniformemente flutuante*, que procura não se ater a nenhum ponto em especial, acolhendo igualmente todas as informações recebidas. O segundo é a *associação livre de idéias*, que consiste em deixar o entrevistado falar livremente sobre o que lhe ocorre à mente, com o curso do pensamento conduzido pelo próprio encadeamento de idéias (FREUD, 1976a).

Outro aspecto igualmente importante da técnica psicanalítica é ouvir mesmo aquilo que não é dito. Mas a informação que não é dita passa necessariamente pela interpretação do receptor. Este procedimento será adotado lembrando que a interpretação sobre o que não é expressamente dito se faz por meio de hipóteses que são confirmadas ao longo do discurso do próprio informante, que pode apresentar contradições, silêncios ou falhas. A análise posterior do material, com a conseqüente impregnação do conteúdo, permite efetuar interpretações confiáveis. O uso da escuta psicanalítica como instrumento de análise sociológica já foi estabelecido por RASIA (1998).

Em que pese a objeção de que a Psicanálise é uma técnica de trabalho individual, convém ressaltar que “O indivíduo é considerado como portador de cultura que a entrevista não-diretiva pode explorar a partir das verbalizações, inclusive as de conteúdo afetivo.

Nelas são procurados **sintomas dos modelos culturais** que se manifestam na vivência dos indivíduos ou grupos considerados.” (THIOLLENT, 1980, p. 85, sem grifo no original). A cultura é compreendida como o conjunto das representações, das valorizações, das regras sociais e códigos simbólicos. Os indivíduos vivenciam existências particulares mas que se desdobram no interior de grupos sociais, dos quais muito é assimilado. “É porque esses modelos são interiorizados – mesmo se, às vezes, de modo conflitante – por cada indivíduo, que eles podem desempenhar um papel explicativo dos comportamentos sociais cujos mecanismos tentamos analisar.” (MICHELAT, 1980, p. 195). Além do que a exata fronteira entre o social e o individual é difícil de precisar, conforme também exposto por ELIAS (1993).

4. A INTEGRAÇÃO DO SUICÍDIO NA FAMÍLIA

O sentido conferido ao termo *integração* é análogo a *estar junto* ou *fazer parte* e aplicado ao suicídio quer significar quanto este faz parte da vida da família. A importância de identificar esta integração se refere ao processo de adaptação que a família atravessa após passar pela perda de um de seus membros.

Este aspecto foi revelado no discurso dos entrevistados, mas ao longo do trabalho de coleta de dados uma regularidade se apresentou: trata-se do local onde a entrevista foi concedida. Há, assim, uma vinculação entre o espaço no qual a entrevista ocorreu e o grau de integração do suicídio. A idéia de o espaço possuir um significado além do meramente físico têm sido trabalhada por alguns autores. FOUCAULT (1994) comenta sobre um tipo de espacialização que se encontra no espaço social, quando a doença e a morte são alocadas em determinadas regiões, como o hospital e o cemitério, que passam a portar significados correlacionados.

Em ELIAS o espaço residencial é utilizado para abstrair o comportamento social da época. Ele argumenta que as unidades habitacionais são “*unidades de indivíduos* relacionados entre si, ligados uns aos outros. E mesmo que o modo ou o tipo dessas relações nunca possa ser expresso essencialmente, e em última instância, por meio de categorias espaciais, ele pode ser expresso *também* por meio de categorias espaciais.” (2001, p. 67).

O espaço também adquire significados sociais em BOURDIEU (2002). Em seu estudo sobre a casa cabila, ele coloca em relação o arranjo arquitetônico que a constitui, a disposição de objetos, as concepções cosmológicas e as práticas sociais desenvolvidas. De acordo com sua análise, declara: “Microcosmo organizado segundo as mesmas oposições e as mesmas homologias que ordenam todo o universo, a casa mantém uma relação de homologia com o resto do universo...” (BOURDIEU, 2002, p. 46).

Assim, inserido nesta linha de raciocínio, posso apresentar algumas reflexões sobre o espaço da entrevista e a integração do suicídio. As entrevistas que revelaram maior integração do suicídio transcorreram na *sala* da residência, local tradicionalmente utilizado para acolher a entrada de pessoas estranhas à família, mas que são aceitas em seu interior, bem como o assunto de que tratam as conversas. Uma integração menor se verificou nas entrevistas que ocorreram em um *ambiente profissional* anexo a residência, como escritório ou restaurante. Nestes casos foi possível perceber que o suicídio era tratado com maior reserva e, ainda que o familiar em questão falasse sobre o ocorrido, o assunto não

circulava livremente no grupamento familiar. Um terceiro local de entrevista foi a *área externa* da casa, onde foi constatada maior dificuldade com o suicídio, que se traduziu numa entrevista mais reticente e preocupação aberta do familiar informante em manter o tema fora de casa e distante dos demais familiares. Quando a entrevista não foi possível ser realizada, após a abordagem inicial, fui mantido para fora da propriedade familiar, em *espaço público*, portanto, o que acarretou a interpretação da ausência de integração do suicídio predominante na família, uma recusa em falar sobre o ocorrido que denuncia a dificuldade em se adaptar a situação.

A maior dificuldade de se adaptar à nova situação da vida familiar se refere ao anseio, nem sempre expresso claramente, de que tudo voltasse a ser como antes, ou seja, que a morte do parente que tirou a própria vida não tivesse ocorrido. Neste sentido, pode-se ilustrar no que consiste a idéia de patologia segundo a concepção de CANGUILHEM (1995), como a falta de capacidade de instituir uma nova norma de funcionamento da família, considerando as alterações de condições pregressas, expressas pela ausência do parente morto.

5. O ENVOLVIMENTO FAMILIAR

A seguir vou apresentar três aspectos principais do envolvimento familiar no suicídio: antecedentes, enfrentamento da situação e reação da família. Esta ordem dos fatores é cronológica, mas não corresponde aquela que foi apresentada nas entrevistas. Com efeito, todos os depoimentos iniciaram espontaneamente pelo enfrentamento da situação. É este o primeiro aspecto a ser desenvolvido, depois os antecedentes e, por último, a reação familiar.

O enfrentamento da situação diz respeito à ocorrência do suicídio em si e como a família se mobilizou para dar conta do acontecido. Os suicidas considerados neste estudo cometeram um suicídio de forma consciente, conforme pude depreender dos depoimentos colhidos, mas nem sempre o familiar enxergava deste modo, preferindo atribuir o fato a um momento de falta de razão, vinculado seja ao transtorno mental, seja à influência demoníaca.

O familiar procura afastar a responsabilidade do suicida por três motivos. Primeiro, trata-se da condenação do suicídio por parte da instituição religiosa, ao menos nas religiões consideradas no presente estudo – católica e evangélica. Segundo, o familiar procura atenuar a implicação porque tende a rejeitar o ocorrido como forma de rejeitar um suposto produto do grupamento familiar. O terceiro motivo a ser examinado contempla uma característica da própria realidade – espera-se que ela seja conhecida: “A vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente.” (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 35). Quando isso não ocorre recai-se no atípico. “Podemos falar do atípico se no fluxo experiencial de atenção se introduzem elementos significativos temáticos que não têm equivalentes nas tipificações já sedimentadas no acervo subjetivo de conhecimento vigente.” (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003, p. 230)

Por antecedentes entendo o período de tempo anterior à ocorrência da morte autoinfligida. De modo geral, a tendência predominante nas famílias é atribuir um problema ao suicida, conforme comentado. Esta situação caracteriza o estigma, na concepção dada por

GOFFMAN (1980), como uma identidade deteriorada, como um déficit que o indivíduo apresenta porque não satisfaz as expectativas sociais construídas sobre ele. Assim identificado, o indivíduo estigmatizado é submetido a um tratamento que pode ter duas direções: a médico-científica e a religiosa. Para DOUGLAS (1976), ambas convergem, no sentido de que se trata de dois sistemas simbólicos que procuram dar conta de um fenômeno. Para DURKHEIM (1973) idem, tanto a ciência quanto a religião são sistemas de representação construídos socialmente para dar conta da realidade vivida. A alternativa a este enfoque, de caráter eminentemente individualista, é abordar o suicídio como um fenômeno que ocorre dentro da família entendida como uma configuração, no sentido atribuído por ELIAS: “Por configuração entendemos o padrão mutável criado pelo conjunto dos jogadores – não só pelos seus intelectos mas pelo que eles são no seu todo, a totalidade das suas acções nas relações que sustentam uns com os outros. Podemos ver que essa configuração forma um entrançado flexível de tensões. (1999, p. 142):

Desta forma, deslocamos o suicídio de uma abordagem centrada no indivíduo para outra centrada na configuração familiar da qual ele faz parte. É possível que o suicídio desempenhe um papel no grupamento familiar, que seja uma forma de comunicação ou de resolução de problemas.

Agora, o modo ordinário de compreender o suicídio está baseado no estigma do indivíduo e os antecedentes encontrados nas famílias de suicidas apontaram para a tentativa de *cura* deste indivíduo, o que permitiu levantar problemas quanto ao tratamento deste tipo de caso. Há dificuldades no manejo dos suicidas, principalmente naqueles que tentam repetidamente tirar a própria vida. Três razões para isso se destacam. Primeiro há uma questão já levantada por FOUCAULT (1994) relativa à localização das doenças em sedes anatômicas precisas, o que não se verifica no caso do suicídio. Segundo, há que se considerar que a área médica é um campo, no sentido bourdieusiano, portanto sua lógica de funcionamento se baseia na disputa dos atores do campo pela posição dominante (BOURDIEU; WACQUANT, 1992); a cura de pacientes acaba sendo um elemento secundário a este processo. Terceiro, existe um descompasso entre as expectativas dos doentes e dos médicos, conforme apontado por CANGUILHEM (2003). Se os doentes pensam que a medicina lhes deve a cura de seus males, os médicos pensam que devem ao doente o tratamento mais experimentado e julgado adequado para o caso.

Neste ponto, uma discussão sobre a medicalização pode ser iniciada. Uma sociedade que reduz suas manifestações a patologias esta impregnada pela medicalização, conforme apontado por ARIÈS (1981), ou seja, o saber médico se inseriu em todas as áreas da experiência humana e tende a classificar determinados elementos como patológicos e a buscar uma cura para eles. Outro aspecto é a denúncia de FOUCAULT (1994) quanto ao papel da medicina enquanto agência reguladora do social. Tanto um aspecto quanto outro justifica a predominância do discurso médico.

Outro modo de *tratar* o indivíduo que se envolve com o suicídio é o enfoque religioso, que acaba por colocá-lo como vítima de um poder maior. Chama a atenção que se o tratamento médico falha a tendência é culpar os profissionais que o ministraram. Por outro lado, se a religião falha, não se culpam os atores envolvidos, simplesmente atribui-se a falha a uma influência negativa maior – o diabo.

A reação da família engloba o período posterior à morte do parente até o momento da entrevista, o que compreende cerca de dois anos. Aqui o que procuro investigar são as conseqüências do suicídio para a família e as estratégias que cada grupo utiliza para

assegurar o convívio com o fato. Do ponto de vista das configurações, a morte de um familiar representa uma alteração configuracional, ou ainda, uma desconfiguração. A ausência de um parente deixa valências em aberto (ELIAS, 1999), que podem persistir para todo o sempre. Também podemos compreender este processo fazendo referência à noção de *outro significativo* de BERGER e LUCKMANN. A realidade na qual o indivíduo vive é marcada pela relação com os outros significativos, que “são os principais agentes da conservação de sua realidade subjetiva.” (1985, p. 200). É no relacionamento com estes outros que o indivíduo se define e se confirma continuamente e aí se estabelece a alteridade. Na ausência deste outro surge uma falta, que é sentida individual e configuracionalmente. Perder um parente faz falta no aspecto individual porque é uma relação que se interrompe, um vínculo que se desfaz, mostrando inclusive o aspecto social da subjetividade. Estas perdas são comumente relatadas como *perder um pedaço de si*, ou seja, o outro faz parte de minha própria subjetividade. Dito de outra forma os outros habitam dentro de mim, comigo; ou ainda, eu sou eu mais os outros. Em um processo de perda, um dos efeitos mais comuns é o familiar imergir em sua subjetividade e comprometer a alteridade. É em sentido análogo que RICOEUR (1994) postula que diante do sofrimento uma das primeiras reações é o isolamento, que nos afasta do outro e faz projetarmos sobre ele a causa de nossos males. Aqui não é possível deixar de fazer menção à idéia de luto, conforme ensinada pela Psicanálise: trabalho que visa o desligamento de um objeto perdido e posterior preenchimento do vazio deixado (LAPLANCHE; PONTALIS, 1970).

A morte por suicídio é provavelmente mais difícil de ser aceita, tanto que não é raro ouvir dos familiares elementos de dúvida sobre se houve realmente suicídio. Ela não se encaixa no que ARIÈS (1982) denomina de uma boa morte, ou seja, aquela que se seguiu a uma boa vida. O suicídio implica necessariamente na percepção de que havia algum problema na vida do morto, ao menos do ponto de vista do familiar. Contudo convém fazer uma ressalva que em outras épocas o suicídio não tinha sempre esta conotação. Diversas obras relacionam aspectos históricos do suicídio e mostram que sua inserção na sociedade chegava mesmo a ser regra, e não exceção (DIAS, 1991; ALVAREZ, 1999; MAUSS, 2001; DURKHEIM, 2003; WERLANG; ASNIS, 2004). Na atualidade, ele tem esta conotação negativa, o que leva a família a se sentir culpada por não ter conseguido evitar o ocorrido. Esta culpa desencadeia no grupamento familiar um sentimento de perseguição, pois como afirma RICOEUR (1960), e como foi possível perceber no trabalho de campo, sentir-se culpado é antecipar uma punição imaginária, idéia esta concordante com FREUD (1976b). Novamente surge o estigma (GOFFMAN, 1980), mas desta vez ele recai sobre a família, que passa a se ver como desacreditada e estabelece estratégias para se autoprotger, dentre as quais o sigilo a respeito do morto é a mais usual.

A família, via de regra, fica presa no instante do suicídio. “O instante, é preciso sublinhar, é outra coisa que o presente [...] ele não é mais que a interrupção do tempo, ruptura da duração; é por aí que todas as conexões narrativas se encontram adulteradas.” (RICOEUR, 1994, p. 63).

O instante, na concepção de RICOEUR é fundamentalmente descontinuidade, pois ele adquire relevo em relação aos demais aspectos da experiência. Uma imagem que serve para ilustrá-lo é sua aproximação para primeiro plano, como se estivesse sob efeito de um *zoom*. Creio poder acrescentar a esta idéia outro atributo do instante: a fixação, se bem que ela não se produza obrigatoriamente. Mas no caso do suicídio ela se produz, a cena da morte do familiar ficou impressa na memória de quem o encontrou. A morte como um todo

e o suicídio principalmente desafiam a idéia de recuperabilidade preconizada por SCHUTZ e LUCKMANN. O mundo traz a expectativa de ser possível rever constantemente o que já nos é familiar. É possível se referir a isso como a capacidade de recuperar experiências. O que já fiz, vi, ou vivi continua ao meu alcance e para isso: "...sei que devo levar a cabo somente tais ou quais movimentos, tomar tais ou quais medidas, por de novo este setor ao meu alcance efetivo [...] As experiências sedimentadas no meu acervo de conhecimento dão conta das acumulações empíricas de recuperabilidade." (2003, p. 56). E esta incapacidade de voltar a ser como antes já foi apareceu anteriormente em CANGUILHEM (1995).

Existe também um ponto a ser comentado sobre a configuração familiar, no que tange as relações dela com as demais configurações, inclusive aquelas situadas num nível superior. Com efeito, a configuração familiar como um todo também apresenta valências que são preenchidas por meio das outras configurações com as quais é possível manter relação. Mas esta rede geral sofre abalos após o suicídio. Mudam as relações possíveis, e mesmo as desejáveis. Sob a imposição da morte e da impossibilidade de recuperar algumas relações, a configuração familiar reage restringindo o contato com as outras configurações que lhe eram habituais.

A construção de um modelo procura sintetizar as diversas formas de reação familiar, mas sem pretender ser exaustivo. Proponho que ele seja denominado de Modelo NID de Reação Familiar, devido as iniciais de cada etapa descrita.

O modo de reação típico dos familiares de suicidas pode ser descrito em três etapas, conforme abaixo:

1. Negação / Não-conhecimento
2. Insegurança / Inconsistência
3. Desamparo / Dúvida

Antes de o suicídio ser cometido ou tentado, as famílias não se encontram propriamente envolvidas na problemática, se for a primeira vez que se deparam com ela.

Via de regra este estado perdura até que uma dentre três situações ocorra: primeira tentativa, suicídio efetivo ou sinais indicativos de intenção suicida que sejam de fato percebidos, pois nem todos o são, seja pela negação do familiar ou pela dificuldade de associação com a intenção da morte auto-infligida.

No caso do suicídio efetivo há um salto para a terceira etapa, comentada adiante.

No caso da tentativa ou da percepção do sinal, a reação familiar se encontra na segunda etapa, caracterizada pela Insegurança/Inconsistência. A insegurança começa quando a família reconhece que o problema existe de verdade, mas não sabe como enfrentá-lo. A Inconsistência é o outro aspecto desta segunda etapa e se apresenta usualmente quando há várias tentativas de suicídio, que desestabilizam a ordem familiar.

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

6. RETORNO ÀS ORIGENS

Neste ponto, alguns aspectos da teoria durkheimiana do suicídio podem ser comentados a luz dos dados atuais. O suicídio continua sendo mais freqüente em homens do que em mulheres, embora DURKHEIM (2003) tenha apontado uma relação de quatro para um, no ano pesquisado (2003) esta relação foi de três para um.

A confissão religiosa adquiriu aqui outra dimensão. Ao invés de procurar demonstrar a mesma relação proporcional de suicídios dependendo do credo religioso que, segundo DURKHEIM (2003) era a seguinte: protestantes se matam mais do que católicos, que por sua vez se matam mais do que judeus, surgiu, nos dados coligidos, um outro enfoque para a situação. Verificou-se grande mobilidade de credos religiosos e, às vezes, a combinação de dois sistemas de crenças tanto no familiar quanto no suicida. Por outro lado, na maioria dos casos, o suicida não possuía nenhuma fé, o que permite concluir que o dado religião, quando tomado em termos secundários não informa necessariamente a religião praticada por um indivíduo. Assim, uma cidade pode até se proclamar como católica, ou uma família, mas isso não é garantia de que todos os elementos do grupo professem realmente a fé declarada.

Para DURKHEIM (2003), o suicídio estava ligado a graus de instrução mais elevados e ele interpretava isso como efeito secundário da religião: se o indivíduo estuda mais é porque seu sistema de crença dá mais espaço para o livre exame da realidade, logo, é menos coeso. Pois bem, atualmente se verifica que todas as pessoas que tem recursos procuram estudar, independentemente do credo religioso, como estratégia para crescer profissionalmente. Por outro lado, na amostra de casos selecionada, apenas um suicida possuía curso superior, o que indica a necessidade de rever este parâmetro.

A vida familiar era considerada protetora em relação ao suicídio, mas agora isso não se verifica necessariamente, pelo contrário, dentro da família há uma diminuição dos laços afetivos e da intimidade, levando ao predomínio da fruição e do gozo (COSTA, 1998). Todos os suicidas considerados neste trabalho possuíam família e este parece não ter sido um fator determinante para que eles permanecessem vivos.

O contágio social ainda se faz presente, pois no material empírico constam depoimentos do familiar suicida ter tido contato com casos de suicídio anteriormente e também a ocorrência de casos posteriores de pessoas conhecidas dele.

Por fim, resta a questão da tipologia do suicídio. DURKHEIM (2003) definiu três tipos de suicídio socialmente determinados: O tipo egoísta, onde o eu individual se sobrepõe ao eu social; o tipo altruísta, onde a sociedade ordena que o indivíduo deixe de existir, e o tipo anômico, que provém do desregramento das atividades do homem. Acredito que esta tipologia tem menor força descritiva em relação aos suicídios atuais. A idéia de altruísmo em si é questionável, pois a conduta altruísta busca obter alguma espécie de ganho. BOURDIEU (2003) reflete sobre a possibilidade de existir um ato realmente desinteressado, e conclui que mesmo mostrar-se desinteressado está a serviço de algum interesse. De modo análogo, isso pode ser aplicado ao altruísmo. Quanto à anomia e ao egoísmo, creio que ambos estão presentes em todo suicídio, pois o suicida toma a si próprio como o único elemento sobre o qual pode fazer uma intervenção, sendo egoísta neste sentido. A anomia é indicada porque vai de encontro à vida, considerada um bem maior por parte da cultura.

O estudo dos casos considerados permite reter que o suicídio pode ser considerado uma solução estratégica para problemas, conforme apontado por BOUDON e BOURRICAUD (1993). As tentativas de suicídio ilustram bem esta situação porque provocam uma alteração na família, o indivíduo que tenta se matar adquire uma espécie de poder. O indivíduo que já se matou não possui mais poder algum, pois sua capacidade de intervir na realidade não mais existe; é preferível dizer que ele possui *mana*, ou seja, que seu suicídio provocou um efeito na família (RODRIGUES, 1983). A dissertação que deu origem a este artigo é basicamente o estudo do efeito dos suicídios nas famílias consideradas.

Em RODRIGUES (1983) também aparece o aspecto da morte como desafiadora da civilização. Ela o faz atacando quatro poderosos mitos: a riqueza da sociedade industrial, a capacidade produtiva da civilização moderna, o progresso e a sociedade como terreno mais propício ao florescimento da vida. Diante da morte, estes quatro mitos se calam, tanto mais quando ela é produzida pelo próprio agente. Provavelmente esta é a questão chave para compreender porque o universo simbólico não consegue aceitar o suicídio como uma ação legítima.

A violência do ato suicida choca, o contato com o cadáver, o esvaziamento da vida e todas as considerações anteriores sobre a descontinuidade e o atípico revelam um aspecto do ser humano que a todo custo a civilização procura ocultar. FREUD (1976c) já chamou a atenção sobre isso ao postular a existência de um mal-estar na civilização. Em MAFFESOLI (1984) essa idéia também é considerada, quando ele comenta a imposição de uma felicidade planificada que procura negar os aspectos mais melancólicos da existência.

7. CONCLUSÃO

A morte é um objeto privilegiado para ser estudado. O suicídio é um tipo de morte que apresenta uma riqueza particular. Justamente por ser tão controverso e desafiar a cultura, é um ponto de partida que a revela mais intensamente. A pesquisa voltada ao suicídio revela as representações sociais das pessoas envolvidas sobre a morte e o morrer e, por contraste, sobre a vida e o viver. Revela como são as interações familiares em situações de crise e revela quais recursos são utilizados pelas pessoas em situações de crise.

Foi um pressuposto metodológico deste trabalho adotar o indivíduo como representante da cultura, o que se confirma indubitavelmente. O papel do indivíduo na pesquisa sociológica é permitir o acesso aos significados culturais, mesmo que ele próprio não saiba – no sentido da inconsciência – quais elementos culturais traz consigo. O uso de técnicas de coleta de dados não estruturadas permite acessar um reservatório de conhecimentos que nem sempre é alcançado por outros procedimentos. O significado sociológico do espaço enquanto indicativo da integração do suicídio surgiu neste contexto.

A partir do momento de ocorrência da morte auto-infligida foi possível analisar as atitudes da família. O familiar, para dar conta da situação, precisa elaborar uma construção com a qual possa atribuir algum sentido para esta experiência. Quem se apegou a credos religiosos e incorporou as noções fornecidas sobre morte por estes sistemas de representação está mais próximo de se desprender do trauma e continuar a levar uma vida relativamente normal, ou seja, que não grave mais em torno do suicida e do ato por ele

cometido. A vivência da experiência do suicídio, em seus aspectos descritivos mais essenciais, foi sintetizada no modelo NID de reação familiar.

A hipótese que guiou o trabalho, ou seja, o discurso médico como encobridor de outros discursos, foi confirmada. Alguns fatores concorrem para que uma pessoa chegue a tirar a própria vida, dentre eles, possíveis quadros de transtorno mental. Mas há também a interferência da interação familiar, da situação profissional e de outros estressores. Não obstante, o discurso médico adquire relevo, fazendo com que os demais fatores passem para segundo plano ou sejam efetivamente desconsiderados. Neste sentido é correto falar em um predomínio deste discurso. Em parte, esta situação ocorre porque atribuir o suicídio à depressão, por exemplo, é uma forma de lidar com o problema, é uma maneira de atribuir-lhe um significado. Mas também é uma forma dos familiares como um todo se isentarem de qualquer parcela de responsabilidade no processo. Não que exista necessariamente alguma parcela de responsabilidade, mas fica difícil para o familiar avaliar sua implicação devido ao sofrimento e à culpa presentes na situação. Há uma precipitação geral – dos familiares, vizinhos, amigos e profissionais médicos e não-médicos – em atribuir a causa do suicídio ao transtorno mental, o que restringe qualquer possibilidade de compreensão mais aprofundada do problema. Isso também se deve ao destaque que a medicina tem na sociedade contemporânea, ou seja, a regulação social tendo por base a ideologia da felicidade.

Outro discurso adotado é o da causalidade diabólica, que desempenha função semelhante ao discurso médico, só que provém de outro sistema de representação.

Um aspecto que se distancia de questões médicas, mas que parece ser igualmente relevante é a situação profissional. A ausência de vínculos estáveis parece influir na decisão do suicídio na medida em que vai de encontro a uma identidade profissional consolidada. A constante mudança de atividade se insere na mesma lógica, dificultando a formação de uma auto-imagem minimamente coesa. Nestas situações as pessoas carecem de referências para se posicionarem diante da vida, o que pode predispor ao suicídio. Neste sentido, é correto afirmar que a exclusão social desempenha um papel ativo no atentado à própria vida.

SURVIVING THE SUICIDE

SOCIOLOGICAL STUDY WITH FAMILIES OF SUICIDES AT CURITIBA

Abstract

The publication of *The Suicide*, from Durkheim, was a mark to the sociological theory; however this subject has already been studied before. After this publication, other authors continue this research, but using statistical approach. In this work, suicide is handled differently. Here, the object selected is the families of the suicide, because these families survive to tell the history. The aim intended is understand how the family reacts the lost of one of their members, who takes out his own life. For that, I use the non-directive interview with relatives. Culpability, power relationships and the role running by religion are same elements analyzed. The hypothesis that conducted this work was the medical speech links suicide to the mental illness and covers other speeches. I concluded this is true, and I analyze possible reasons for that. Besides, there are other factors contributing to suicide.

Key-words: suicide, health sociology, family.

BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, T.W.; HORKHEIMER, M. Sociologia da família. In: CANEVACCI, M. Dialética da família: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- ALVAREZ, A. O deus selvagem: um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia da Letras, 1999.
- ARIÈS, P. História social da criança e da família. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- _____. O homem diante da morte. v. 2. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. Dicionário crítico de sociologia. São Paulo: Ática, 1993.
- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. Precedido de três estudos de etnologia cabila. Oeiras: Celta Editora, 2002.
- _____. Razões Práticas. São Paulo: Papirus Editora, 2003
- BOURDIEU, P. WACQUANT, L. Réponses. Paris: Seuil, 1992.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. Escritos sobre la medicina. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
- COSTA, J.F. Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- DIAS, M.L. O suicida e suas mensagens de adeus. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.) Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.
- DOUGLAS, M. Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa. 1 ed. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril, 1973.
- _____. O suicídio. São Paulo: Editora Martin Claret, 2003
- ELIAS, N. A sociedade dos indivíduos. 1 ed. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1993.
- _____. Introdução à sociologia. Lisboa: Edições 70, 1999.
- _____. A sociedade de corte: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. v. XII. Rio de Janeiro: Imago editora, 1976a.
- _____. O ego e o id. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago editora, 1976b.
- _____. O mal-estar na civilização. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago editora, 1976c.
- GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- HABERMAS, J. A família burguesa e a institucionalização de uma esfera privada referida à esfera pública. In: CANEVACCI, M. Dialética da família: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva São Paulo: Brasiliense, 1981
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. Vocabulário da Psicanálise. Santos: Livraria Martins Fontes, 1970.
- MAFFESOLI, M. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- MAUSS, M. Ensaio de Sociologia. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis, 1980.

RASIA, J. M. A escuta como técnica de coleta de dados para a análise sociológica. Departamento de Ciências Sociais, UFPR, Curitiba, mimeo, 1998.

RICOEUR, P. Finitude et culpabilité: la symbolique du mal. Paris: Aubier, 1960.

RICOEUR, P. La souffrance n'est pas la douleur. Autrement. Paris, n. 142, fév. 1994.

RODRIGUES, J.C. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé, 1983.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

THIOLENT, M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis, 1980.

WERLANG, B.S.G.; ASNIS, N. Perspectiva histórico-religiosa. In: WERLANG, B.S.G.; BOTEGA, N. J. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004.