

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

FAMÍLIA E COMPORTAMENTO SUICIDA:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DE DINÂMICAS FAMILIARES

MARCELA FAVARINI NUNES

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, em
cumprimento às exigências para obtenção do grau de mestre.

BRASÍLIA, AGOSTO DE 2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FAMÍLIA E COMPORTAMENTO SUICIDA:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DE DINÂMICAS FAMILIARES

MARCELA FAVARINI NUNES

ORIENTADORA: PROF^a GLÁUCIA RIBEIRO STARLING DINIZ

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
Família e Comportamento Suicida: Um estudo exploratório
de dinâmicas familiares

Banca Examinadora

Profa. Dra. Gláucia Ribeiro Starling Diniz
Presidente da banca examinadora
Instituto de Psicologia

Profa. Dra. Gláucia Rezende Tavares
Membro efetivo da banca
Fundação Mineira de Educação e Cultura

Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares
Membro efetivo da banca
Instituto de Psicologia

Profa. Dra. Vera Lucia Decnop Coelho
Membro suplente da banca
Instituto de Psicologia

Agradecimentos

Agradeço à professora Gláucia Diniz, que me ensinou tudo o que sei a respeito de famílias, terapia familiar e de como ser psicóloga clínica. Minha formação em Psicologia se deve muito à sua generosidade em sempre dividir com seus alunos seus conhecimentos e experiências de vida como psicóloga clínica.

Ao professor Marcelo Tavares, que me permitiu observar as reuniões de supervisão de seu grupo de Intervenção em Crise e compreender um pouco mais sobre as questões terapêuticas concernentes ao atendimento de pessoas com risco de suicídio.

À minha família, eterna fonte de recursos e incentivos. Seu apoio vital possibilitou a realização desse curso de pós-graduação. A tarefa de ser pai e mãe não pára nunca!

Ao Luiz Fabrício, meu psicólogo favorito, dono de incríveis capacidades de paciência e escuta. Seus esforços em desenvolver múltiplos papéis - profissional, “dono-de-casa”, revisor de textos - tornaram este trabalho possível.

Às amigas que compartilharam comigo as alegrias e angústias de se trabalhar e fazer mestrado: Raquel Gomes, Maviane Ribeiro e Jacqueline Marangoni.

À equipe de colegas da Diretoria de Saúde Ocupacional do GDF, que dialogaram comigo ao longo do trabalho e sempre me dando força e apoio necessários, mesmo nos momentos mais difíceis. Em especial, gostaria de agradecer à psicóloga e “chefe” Janemary Mangabeira, pessoa capaz de uma generosidade e de uma flexibilidade incríveis.

À Jhenne Diniz, funcionária da Secretaria de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, pessoa atenciosa, sempre disponível para fazer bem mais do que seu trabalho lhe exige.

À amiga e antropóloga Roberta Salgueiro. Sua eterna curiosidade e vontade de dialogar com as mais diversas áreas de conhecimento são exemplos a se seguir e serviram de muito incentivo em toda a parte de escrita deste trabalho. Além das grandes contribuições que proporcionou, ela ainda fez a revisão de texto do trabalho.

Aos meus amigos, capazes de sempre estarem ao meu lado e de serem sempre compreensíveis nos momentos em que eu não podia me fazer presente ao lado deles: Tatiana Yokoy, Camila Peixoto, Miguel Vargas, Marina Kohlsdorf, Bianca Dumas, Tatiana Beaklini, só para citar alguns.

Finalmente, agradeço aos membros da banca examinadora, por aceitarem dialogar com este trabalho.

Este trabalho é dedicado às famílias atendidas neste trabalho, que se dispuseram a participar do estudo em um momento tão delicado de suas vidas.

O que essas famílias ensinaram não caberia em nenhum estudo.

Índice

RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: COMPORTAMENTOS SUICIDAS: UMA QUESTÃO CLÍNICA	14
1 - Aspectos Epidemiológicos	15
2 - Definições dos Comportamentos Suicidas	17
3 - Intervenções em Tentativas de Suicídio	20
4 - O que Evoca o Desejo de Morte? Fatores Individuais e Sociais	24
5 - Gênero e Comportamentos Suicidas	28
CAPÍTULO II: A FAMÍLIA, A TERAPIA FAMILIAR E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO	34
1 - A Família	34
2 - Terapia Familiar: Histórico e Conceitos das Principais Abordagens	44
2.1 - O Grupo de Palo Alto	46
2.2 - A Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen	53
2.3 - A Terapia Familiar Contextual	57
2.4 - A Terapia Familiar Estrutural	59
3 - A visão do sintoma na Terapia Familiar	63
4 - Dinâmicas Familiares em Tentativas de Suicídio	68
5 - Objetivos do Trabalho	76
CAPÍTULO III: MÉTODO	77
1 - Metodologia	77
2 - Participantes	82
3 - Ética na Pesquisa	83
4 - Coleta e Análise de Dados	84
CAPÍTULO IV: ANÁLISE DOS CASOS	
1 - “A Família das Tragédias”	88
1.1 - Apresentação do caso	88
1.1.1 - Composição da família	88

1.1.2 - Breve História Familiar	88
1.1.3 - História das Tentativas de Suicídio	90
1.1.4 - Contexto do Encaminhamento	92
1.1.5 - Dimensões do Trabalho Terapêutico	92
1.2 - Identificação das Dinâmicas Familiares	94
1.2.1 - Ciclo de Vida Familiar	95
1.2.2 - Mitos	96
1.2.3 - Isolamento Social e Familiar	99
1.2.4 - Comunicação Disfuncional / Paradoxal	100
1.2.5 - Fronteiras	101
1.2.6 - Transgeracionalidade	102
1.2.7 - Triangulação	102
1.2.8 - Determinantes Biológicos ou Sócio-Históricos	103
1.2.9 - Ética Relacional	106
1.2.10 - Características Individuais de Quem Tentou Suicídio	107
1.2.11 - Questões de Gênero	111
1.3 - Reflexão Sobre o Caso	112
2 - “A Família das Rupturas”	121
2.1 - Apresentação do caso	121
2.1.1 - Composição da família	121
2.1.2 - Breve História Familiar	121
2.1.3 - História das Tentativas de Suicídio	124
2.1.4 - Contexto do Encaminhamento	125
2.1.5 - Dimensões do Trabalho Terapêutico	125
2.2 - Identificação das Dinâmicas Familiares	128
2.2.1 - Ciclo de Vida Familiar	128
2.2.2 - Mitos	129
2.2.3 - Isolamento Social e Familiar	129
2.2.4 - Comunicação Disfuncional / Paradoxal	131
2.2.5 - Fronteiras	132
2.2.6 - Transgeracionalidade	132
2.2.7 - Triangulação	133
2.2.8 - Determinantes Biológicos ou Sócio-Históricos	133
2.2.9 - Ética Relacional	135
2.2.10 - Características Individuais de Quem Tentou Suicídio	136
2.2.11 - Questões de Gênero	139

	8
2.3 - Reflexão Sobre o Caso	140
CAPÍTULO V: REFLEXÕES FINAIS	150
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	176

RESUMO

Os comportamentos suicidas representam um grave problema de saúde pública. O suicídio encontra-se entre as três maiores causas de morte no mundo na população compreendida entre 15 e 44 anos. A tentativa de suicídio pode ser considerada como um sintoma, ou seja, uma comunicação de que tanto o indivíduo quanto sua família estão em sofrimento. Torna-se fundamental, portanto, a participação da mesma no processo terapêutico. O presente trabalho teve como objetivos compreender o funcionamento de duas famílias em que um de seus membros tentou suicídio e identificar dinâmicas familiares que poderiam estar associados ao risco. As informações foram adquiridas por meio de sessões de terapia familiar. A metodologia utilizada foi o estudo de caso, tendo como base as proposições teóricas da terapia familiar sistêmica. Na primeira família apresentada, uma mulher tentou suicídio. Na segunda, a tentativa de suicídio foi realizada por um homem. Em ambos os casos, tratava-se de adultos jovens. Nas duas famílias foi possível observar a existência de dinâmicas familiares disfuncionais, como isolamento social e familiar, dificuldades de comunicação, fronteiras emaranhadas e triangulação. Eventos adversos, vivenciados ao longo da história de cada família, também foram encontrados, como divórcios, casos de dependência química, de doença mental e, sobretudo o contexto de nascimento conturbado dos dois jovens que tentaram suicídio. Constatou-se ainda dificuldade em lidar com transições entre fases do ciclo vital e com a ética relacional em ambas as famílias. Além dessas características, foram identificados elementos considerados na literatura como fatores de risco de suicídio, como fácil acesso aos métodos de suicídio e impulsividade. A relação entre gênero e suicídio foi também discutida. A compreensão de características de famílias com casos de tentativas de suicídio é fundamental para que os profissionais de saúde possam reconhecer e atuar de forma preventiva em situações de risco.

Palavras chave: família, tentativa de suicídio, gênero, fatores de risco

ABSTRACT

Suicidal behaviors represent a serious problem of public health. The suicide is among the three larger death causes in the world in the population understood between 15 and 44 years old. The suicide attempt can be considered as a symptom, in other words, a communication that both the person and the family are in suffering. Becomes fundamental, therefore, the participation of the latter in the therapeutic process. The present study's goals are to understand the functioning of two families in which, one of the members tried suicide, and identify the presenting family dynamics that can be related to the risk. The informations were acquired by means of family therapy sessions. The used methodology was the case study, based in the systemic family therapy theoretical propositions. In the first presented family, a woman tried suicide. In the second, the suicide was attempted by a man. Both the cases, the attempters were youngsters. In both families, it was possible to observe the existence of dysfunctional family dynamics, as isolations from society and family, troubles in communication, enmeshment boundaries and triangulation. Adverse life events, experienced during the history of each family were also found, as divorces, cases of drug addiction, mental health issues, and above all, the two attempters' troubled birth. It was found the families' difficulty in dealing with transitions between phases of the life cycle and with relational ethics. Besides those characteristics, there were identified elements considered by the literature as indicators of suicide risk, such as easy access to suicide methods and impulsivity. The relation between gender and suicide was also discussed. The understanding of the characteristics of families with cases of attempted suicides is fundamental so that the health care professionals can recognize and act in a preventive way when facing the risk situations.

Keywords: family, suicide attempt, gender, risk factors

Introdução

Martin, Maureen, Jess e JJ. Os três primeiros, ingleses, o último, americano. Aparentemente, os quatro não têm nada em comum. Martin é um conhecido, porém decadente, apresentador de um programa matinal. Tinha esposa, filhas, mas acabou envolvido em um escândalo ao ter relações sexuais com uma garota menor de idade. Maureen é uma mãe solteira de um filho portador de necessidades especiais, não conta com a ajuda de ninguém e vive para cuidar do filho, que nunca pode fazê-la sentir-se realmente “mãe”, apenas “enfermeira”. Jess é uma jovem rica, filha de um ministro de estado inglês, que carrega um fardo que não mais é capaz de suportar. Sua irmã mais velha desapareceu e seus pais fazem constantes comparações entre as duas, pois nunca conseguiram lidar com a perda da filha. JJ é um frustrado músico de Rock, que não consegue manter-se com sua música e nunca atingiu o status de ser um astro. Tampouco conseguiu manter a namorada ao seu lado. Vive como entregador de pizza.

Essas quatro pessoas têm, entretanto, duas coisas em comum: na véspera de ano-novo, pensaram que pular de um prédio em Londres fosse a melhor alternativa para aplacar suas angústias e são personagens do livro “Uma longa queda”, do escritor inglês Nick Hornby. Na noite da véspera de ano-novo, os quatro se encontram no terraço do edifício Topper’s House, descrito como um dos lugares favoritos dos suicidas londrinos. Tinham o propósito de pularem, fazendo ou não preparativos para este dia. Neste insólito encontro, os quatro percebem que podem se ajudar. Aos poucos, fazem contratos, como “não tentar nada até a Páscoa” e fazem esforços para ir resolvendo a vida uns dos outros. Jess procura, incessantemente, na Internet, como lidar com potenciais suicidas. E aplica, sem muito saber como ou porquê, aquilo que a literatura científica dizia ser “o correto”. Organiza, inclusive,

um encontro com os familiares dos quatro, tentando promover uma “reconciliação”, na tentativa de entender o que fez com que cada um deles quisesse se matar.

Entre ficção, realidade e um pouco de comédia, o livro explora a vida de pessoas comuns que não conseguem ver uma alternativa para suas vidas, além da morte. Buscando apoio uns nos outros e por vezes até na família, eles descobrem que as razões para viver são maiores do que as que tinham para morrer.

No mundo real, contudo, suicidas e tentadores de suicídio dificilmente conseguem apoio, seja pelo sistema de saúde, que na maioria dos casos, trata com desdém o problema (Tavares, Montenegro e Prieto, 2004; Cassorla, 2005) ou pela rede de apoio social, que se sente impotente e estigmatizada e não consegue lidar com essas pessoas de uma maneira em que se sintam acolhidas (Gaspari e Botega, 2002). Assim, estudos clínicos são essenciais para entendermos o que acontece quando uma pessoa tenta suicídio, seja este planejado ou impulsivo, e não consegue lidar com as frustrações da vida de uma maneira saudável. Buscar explicações sobre as razões que levaram uma pessoa a tentar suicídio e tentar generalizar isso para toda a população não é suficiente, pois cada indivíduo é único, experiencia sua vida de uma maneira particular. Cada sofrimento humano é único. Podemos, todavia, ajudar as pessoas a entender suas próprias motivações e construir com elas uma nova história, na qual a morte não seja a única resposta possível.

Na ficção, Jess acerta ao recorrer às famílias em sua tentativa de ajudar a si mesma e aos seus amigos. Compreender o desespero, a angústia, a frustração, a impotência, enfim, os sentimentos que levam alguém a atentar contra a própria vida, nos remete àquela instituição tida como a base, a formadora do indivíduo, o lugar em que ele aprende a se relacionar com o mundo e como lidar com sua própria vida, ou seja, a família. Muitas vezes, nos atendimentos clínicos de pessoas que tentaram suicídio, vemos que um atendimento

individual não é suficiente, principalmente em casos mais graves, em que o risco de uma nova tentativa é iminente. Torna-se necessário, então, convocar a família, para que ela auxilie o clínico na busca de um significado para o ocorrido e ajude o membro familiar em crise. Além disso, cabe ao clínico proporcionar um ambiente de escuta, onde os membros possam falar sobre o sofrimento dessa família, seja depois da tentativa de suicídio de um de seus membros ou mesmo antes. Acreditamos que a tentativa de suicídio é, muitas vezes, uma comunicação, um grito de desespero alertando de que algo não está funcionando como deveria nesta família, ou seja, as relações podem estar comprometidas; a dinâmica familiar, truncada.

Existe, contudo, uma “lacuna” nas pesquisas sobre a importância da família nos casos de suicídio ou tentativa. A literatura referente ao suicídio se preocupa mais em lidar com os processos psicodinâmicos do indivíduo. Assim, muitas pesquisas centram-se no indivíduo em si. Por sua vez, a literatura da área de família, especificamente a de terapia familiar, é escassa neste tipo de pesquisa, ainda muito mais preocupada em estudar o papel da família nos casos de psicose.

Este trabalho tem o objetivo primordial de ampliar o conhecimento sobre a dinâmica familiar nos casos de tentativa de suicídio, auxiliando pesquisas futuras, tanto na área da Suicidologia quanto da Terapia Familiar. Por meio do estudo de caso de duas famílias, com dados coletados a partir de sessões de terapia familiar de base sistêmica, procuramos explorar o papel da família quando um de seus membros tenta suicídio. Assim, o objetivo geral deste estudo é verificar quais são as características que essas famílias possuem, na ótica da terapia familiar sistêmica, fazendo uma análise das principais dinâmicas familiares encontradas durante o período de atendimento.

O trabalho foi dividido em cinco partes. Na primeira parte, são apresentadas algumas idéias referentes ao suicídio e sua diferenciação da tentativa de suicídio. Na segunda, apresentamos definições do termo “família” e traçamos um panorama geral das principais abordagens da área da terapia familiar sistêmica. Concluímos essa segunda parte com a revisão bibliográfica sobre os principais achados das pesquisas de família referentes às tentativas de suicídio. A terceira parte detalha a metodologia utilizada neste trabalho. Na quarta parte, cada estudo de caso é apresentado e é feita análise das dinâmicas encontradas. Na quinta parte, os dados são discutidos e as considerações finais do trabalho são apresentadas.

I - COMPORTAMENTOS SUICIDAS: UMA QUESTÃO CLÍNICA

Os comportamentos suicidas configuram-se, atualmente, como um grave problema de saúde pública. Segundo Prieto e Tavares (2005), o suicídio situa-se entre as três causas mais freqüentes de morte na população de 15 a 44 anos de idade em alguns países. No mundo, a taxa de suicídio chega a 16 por 100 mil habitantes e estima-se que as taxas de tentativas de suicídio sejam 20 vezes maiores que as de suicídio.

Dados oficiais do Ministério da Saúde (D'Oliveira, 2005) mostram que o Brasil possui uma taxa de mortalidade por suicídio de aproximadamente cinco mortes para cada 100 mil habitantes. Em 2004 foram registrados 7900 casos de suicídio em todo o país. Wang, Mello-Santos e Bertolote (2004) apontam que o Brasil ocupa a nona posição no ranking mundial em números absolutos de mortes por suicídio e figura em 71º lugar na classificação mundial das taxas de suicídio (número de casos para cada 100 mil habitantes).

O suicídio e as tentativas de suicídio constituem um problema de saúde pública. Foram registradas 10436 internações hospitalares por tentativas de suicídio em 2003. Deste total, em 3431 casos, a idade das vítimas estava entre 25 a 39 anos. Todavia, como ressalta Cassorla e Smeke (1994), as taxas oficiais são bastante subestimadas, pois não compreendem internações em hospitais particulares nem as internações por motivos em que a intencionalidade do suicídio não foi determinada ou sequer sondada, cogitada.

Neste capítulo, serão abordados os aspectos epidemiológicos, as definições do que são os comportamentos suicidas e os modelos de intervenção utilizados em casos de tentativa de suicídio. Uma das questões mais importantes deste trabalho é o atendimento com famílias e pessoas próximas de suicidas. Tal fato é explorado, bem como os fatores

individuais e sociais relacionados ao desejo de morte. Exploramos brevemente também a relação entre as questões de gênero e comportamentos suicidas.

1 - Aspectos epidemiológicos

Vansan (1999) pesquisou as características epidemiológicas dos comportamentos de suicídio e de tentativa de suicídio a partir de dados coletados na Unidade de Emergências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e pelos casos de óbitos por suicídio ocorridos no município no período de 1990 a 1992. O autor constatou haver diferenças importantes entre as duas populações: a frequência mais elevada de suicídios foi do sexo masculino (73,9%), enquanto que a frequência mais elevada de tentativas de suicídio foi do sexo feminino (67,6%). Quanto à faixa etária, a maioria das tentativas de suicídio (76,8%) foi feita por pessoas com idades entre os 15 e 39 anos, enquanto que os suicídios completos compreendem, em 82,6% dos casos, a faixa etária entre os 20 e os 49 anos de idade.

Dentre os métodos utilizados, os considerados não violentos (ingestão de medicamentos e de outras substâncias químicas) são significativamente associados às tentativas de suicídio (92,1%) e os violentos (enforcamento, uso de armas de fogo, atear-se fogo, precipitação de lugar elevado etc.) estão mais associados ao suicídio completo (66,7%). Mesmo expondo as diferenças entre os dois comportamentos, Vansan (1999) ressalta que existe uma área de superposição relevante, uma vez que cerca de 10% dos tentadores de suicídio tornar-se-ão suicidas (Op. Cit., p. 214).

Os dados encontrados por Vansan (1999) corroboram a revisão da literatura realizada por Prieto e Tavares (2005). Os autores concluem que homens cometem mais suicídio e utilizam métodos com maior grau de letalidade e as mulheres fazem mais

tentativas de suicídio e utilizam métodos menos violentos e com maior possibilidade de salvamento.

Baptista e Borges (2005) pesquisaram os aspectos epidemiológicos dos casos de suicídio realizados no município de Limeira, São Paulo, a partir dos registros de óbito do Instituto Médico Legal da cidade no período de 1998 a 2002. Os dados encontrados mostram que, dos 152 casos ocorridos no período, 49,4% compreendiam pessoas na faixa etária de 21 a 40 anos. Do total de casos, 125 eram homens e apenas 27, mulheres. O enforcamento foi o método mais utilizado por ambos os sexos, seguido pelo uso de armas de fogo e intoxicação por veneno nos homens e intoxicação e queimaduras nas mulheres.

O estudo de Vansan (1999) também aponta um fenômeno que vem acontecendo nos últimos vinte anos: o aumento dos casos de suicídio na população mais jovem. A Organização Mundial de Saúde aponta que o aumento dos casos de suicídio ocorre na faixa etária de 15 a 39 anos (2000). Mello-Santos, Bertolote e Wang (2005) afirmam que houve um aumento significativo dos casos de suicídio na faixa etária um pouco menor do que a apontada pela OMS, de 15 a 24 anos. Estes autores fizeram um levantamento dos casos de suicídio no Brasil no período de 20 anos, entre 1980 a 2000. Eles verificaram que este grupo chegou a ter um aumento de 1900% em mortes por suicídio, enquanto que o aumento na faixa etária de acima de 75 anos de idade, tido como o grupo de risco, foi de 14%. Esses dados vão de encontro à tendência global da diminuição da idade média de indivíduos que cometem suicídio (Op. Cit., p.133).

Todavia, apenas dados epidemiológicos quantitativos não são suficientes para uma compreensão apurada do fenômeno dos comportamentos suicidas. Segundo Cassorla e Smeke (1994), é necessário também conhecer os casos individualmente, e estudá-los deve ser, assim como os dados epidemiológicos, um instrumento de saúde pública. Pesquisar

casos particulares dos comportamentos suicidas de forma qualitativa trará entendimento sobre questões fundamentais para a compreensão do problema. Dentre essas questões, os autores destacam as características individuais, familiares, culturais e sociais de tentadores e suicidas.

O entendimento dessas características facilitará o trabalho de outros profissionais e pesquisadores caso se deparem com esse fenômeno, além de auxiliar na construção de programas de prevenção ao suicídio, por exemplo. Esse é um dos objetivos do presente trabalho: ampliar o conhecimento sobre a questão do suicídio e tentativa de suicídio ao se propor examinar o contexto da família de tentadores de suicídio, ou seja, suas características e suas dinâmicas. A fim de compreender o fenômeno dos comportamentos suicidas, torna-se fundamental defini-lo, pois, como será demonstrado a seguir, existem equívocos ao lidar com a conceituação dos comportamentos suicidas.

2 - Definições dos comportamentos suicidas

Apesar de serem freqüentemente tratados de uma mesma maneira em diversas pesquisas, os dois fenômenos - a tentativa de suicídio e o suicídio consumado - são dois comportamentos diferentes. A respeito do tratamento igual entre os dois fenômenos, Vansan afirma que “pode-se supor que seus autores ignoravam haver diferenças entre as duas categorias de comportamentos, provavelmente porque ambas recebem a mesma designação semântica de suicidas” (1999, p. 210). Contudo, como demonstrado anteriormente, existem diferenças epidemiológicas entre os dois comportamentos que não devem ser ignoradas, principalmente em três aspectos fundamentais: gênero, idade e método utilizado. Assim, é essencial tornar clara a definição do termo comportamento

suicida e a diferenciação entre tentativa e suicídio consumado, que não se reduzem a aspectos epidemiológicos.

Turecki (1999) classifica o comportamento suicida em três categorias, que funcionariam ao longo de um contínuo. Em um extremo, se encontra a ideação suicida, que se refere às idéias, pensamentos e desejos de estar morto. No outro extremo, situa-se o suicídio completo e entre estes dois extremos encontram-se as tentativas de suicídio. Ideações suicidas, associadas a tentativas prévias de suicídio, seriam fortes preditoras na avaliação do risco de um suicídio futuro.

A classificação de Turecki (1999) e as proposições de Meleiro e Bahls (2004) embasam as definições de suicídio utilizadas no presente trabalho. A primeira definição refere-se ao conceito que envolve os denominados “comportamentos suicidas”, que englobam os atos com potencial autolesivo, com evidência de que a pessoa pretendia morrer ou alcançar algum outro objetivo. Os comportamentos suicidas podem ser a tentativa de suicídio ou o suicídio completo. A tentativa de suicídio refere-se a uma ação potencialmente fatal, mas sem êxito. Inclui tanto ações que necessitam de atenção médica quanto aquelas que não a necessitam. Assim, compreendem comportamentos de auto-agressão com alta ou baixa letalidade, em que havia ou não a intenção de se matar. O suicídio, então, é um comportamento auto infringido que resultou na morte, sendo esta intencional ou não.

Meleiro, Scalco e Melo-Santos (2004) chamam atenção para o que consideram “mitos” existentes no meio médico em torno dos comportamentos suicidas. Um desses mitos é o de que suicidas e tentadores de suicídio são grupos excludentes, com perfis sócio-demográficos próprios. Ora, se a pessoa realmente quisesse morrer, não o teria feito? Assim, muitos indivíduos obtêm alta sem serem devidamente avaliados quanto ao risco de suicídio.

Segundo as autoras, estudos apontam que entre 46% a 60% das pessoas atendidas por tentarem suicídio são liberadas, por exemplo, sem uma avaliação psiquiátrica. Como dito anteriormente, em torno de 10% das pessoas que tentam suicídio tornar-se-ão suicidas nos anos seguintes à tentativa, caracterizando as tentativas prévias de suicídios como fortes preditores de um ato suicida.

Apesar desse índice baixo de tentadores que de fato tornam-se suicidas, Rapeli e Botega afirmam que a concepção de que as tentativas de suicídio são eventos de pouca gravidade é algo que não se justifica, diferente do que frequentemente acontece na rotina de trabalho de um pronto-socorro (2003, p. 6). Nos atendimentos graves, envolvendo risco de vida, os autores ressaltam que apenas os danos físicos são valorizados e, nos casos menos graves, os pacientes muitas vezes sofrem discriminações por parte da equipe assistencial. A dimensão psíquica, que envolve os aspectos emocional e relacional da tentativa de suicídio, merece tanto ou mais atenção quanto a dimensão física e, no entanto, é ignorada. Este aspecto será abordado mais adiante, no tópico sobre as modalidades de intervenção.

Há outras diferenças nos dois tipos de comportamentos que merecem atenção. Tentadores, de modo geral, têm mais facilidade de contato humano e a tentativa muitas vezes pode ser entendida como uma forma de comunicação com o ambiente, um pedido de ajuda (Cassorla, 2005), ajuda essa que não foi conseguida de outra maneira. Com relação ao planejamento do ato suicida, Cassorla afirma que com maior frequência os suicidas ruminam suas idéias por algum tempo e há um certo grau de planejamento quando o ato é executado como, por exemplo, se isolarem para não serem descobertos (op.cit, p.95). Tentadores geralmente realizam o ato de forma impulsiva, sem muito preparo, o que acaba por facilitar o socorro. Essa facilidade reforça a idéia da tentativa como uma comunicação.

Não se deve, portanto, tratar como iguais comportamentos com peculiaridades únicas e que produzem resultados diferentes. Isso não significa que as equipes de saúde podem tratar com descaso alguém que fez uma tentativa menos letal de suicídio. O importante é fazer justamente o contrário.

Torna-se fundamental fazer um trabalho de acompanhamento psicológico e, muitas vezes, psiquiátrico, a fim de evitar a reincidência do comportamento suicida. O cuidado com a família também deve ser levado em consideração como uma forma importante de prevenção de tentativas futuras e principalmente de um ato consumado.

3 - Intervenções em tentativas de suicídio

Tavares, Montenegro e Prieto (2004) afirmam que há poucos trabalhos sobre a prevenção e a intervenção em tentativas de suicídio no sistema de saúde pública. A ineficiência dos serviços de saúde mental é em grande parte devida à falta de integração desses serviços, somada à falta de um sistema de informação e de uma organização das ações baseadas nas noções de risco e eficácia. Ressaltam, ainda, que a prevenção do suicídio não é prioridade e tampouco consta nas políticas institucionais brasileiras.

A visão tradicional da intervenção em casos de tentativa de suicídio acompanha, portanto, o modelo médico. Neste modelo, o mais importante é manter o bem-estar físico e evitar possíveis complicações médicas decorrentes do ato (Meleiro, Scalco e Melo-Santos, 2004). Depois desses cuidados, é feita uma avaliação do risco de suicídio com relação ao método utilizado - violento ou não violento - e quanto à gravidade da tentativa, em que se avalia o grau de impulsividade, o planejamento, os danos médicos e as possibilidades de escapar à tentativa. Por último, é feita uma avaliação dos recursos do paciente, como sua capacidade de elaboração e de resolução de problemas, os recursos materiais - moradia e

alimentação -, o suporte familiar, social, profissional e institucional e os eventos precipitantes ao ato.

Nesta abordagem, o “suporte familiar” resume-se a verificar se a família é vista como “próxima ou confiável” (p.164). Não é avaliado um possível engajamento da família em um tratamento mais complexo. A família é vista como uma substituta à hospitalização. Assim, quando existem membros familiares disponíveis para cuidar da pessoa em risco de suicídio, a pessoa não “*necessita*” de hospitalização (Meleiro e cols., 2004).

Essa posição dos autores merece uma reflexão crítica. Em primeiro lugar, é preciso uma avaliação criteriosa dos profissionais do risco de suicídio. Dentre outras questões, cabe levar em conta que quando há melhora, a pessoa muitas vezes se sente fortalecida para fazer uma tentativa com maior grau de letalidade. Em segundo lugar, é importante considerar que a própria família fica vulnerável e não dispõe necessariamente de recursos para lidar com a gravidade do quadro emocional do membro que fez uma tentativa.

Na abordagem médica, os familiares funcionam como “vigias”: são responsáveis por ficar em constante vigilância com relação ao tentador de suicídio, evitando que o mesmo faça uma nova tentativa. Além dessa função, os familiares devem estar receptivos no caso do tentador relatar que tem desejos suicidas. Não há nenhum tipo de preparação dos familiares com relação a essas novas funções. Tavares e cols. (2004) destacam que “as pessoas não se sentem preparadas para ouvir este tipo de demanda e temem a responsabilidade resultante desse tipo de interação” (p.247). Torna-se fundamental, portanto, preparar pessoas para serem agentes de prevenção capazes de identificar e lidar com os casos de risco de suicídio.

No meio médico, a psicoterapia é vista como uma ferramenta secundária no manejo das situações de risco de suicídio. A eficácia das diversas técnicas psicoterapêuticas

é desacreditada, a menos que essas técnicas sejam utilizadas de forma concomitante a um tratamento medicamentoso (Meleiro e cols., 2004).

Tavares e cols. (2004) fazem parte do *Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio*, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Eles propõem um modelo de trabalho que envolve várias atividades, como a intervenção em crise, a identificação precoce do risco de suicídio e a transição de cuidados, o acolhimento de pacientes após uma tentativa de suicídio, a orientação e o acompanhamento de famílias com um membro em risco e o acompanhamento de pessoas e famílias sobreviventes, dentre outras.

Estes autores trabalham com o modelo de Intervenção em Crise. O enfoque inicial é diminuir o risco e, em seguida, encaminhar a pessoa para uma psicoterapia, onde ela encontra um espaço para melhorar suas capacidades de enfrentamento e superar vulnerabilidades que constituem fatores de risco para a pessoa. A Intervenção em Crise tem como objetivo reduzir os efeitos potencialmente nocivos do contexto no momento; diminuir a chance de uma nova tentativa; propiciar o desenvolvimento de fatores de proteção e a conseqüente melhora da pessoa que fez a tentativa. Além dessas características, este modelo visa ser breve, ou seja, com duração de algumas semanas ou poucos meses, o tempo necessário para o profissional avaliar o risco de suicídio, por meio da identificação dos fatores de risco de suicídio presentes na vida da pessoa e a existência de ideação suicida ou planejamento de ato suicida. O modelo também inclui o encaminhamento para outros profissionais quando se observa a necessidade de outro tipo de atuação profissional, como terapeutas de família ou psiquiatras, por exemplo.

Além de um acompanhamento psicológico individual, consideramos essencial a terapia familiar após uma tentativa de suicídio. Os determinantes sócio-históricos da vida

de um indivíduo e de sua família são importantes na compreensão do que leva uma pessoa a considerar o suicídio ou uma tentativa como opções frente às dificuldades e frustrações encontradas na vida. A noção de determinantes sócio-históricos de Nagy (Ducommun-Nagy, 1998) será explorada no capítulo seguinte do presente trabalho.

A terapia familiar nos casos de suicídio e tentativa de suicídio tem enfoques diferentes. No caso do suicídio, a terapia familiar é realizada com os chamados “sobreviventes”, os familiares, amigos e todos aqueles que mantinham relacionamentos significativos com a pessoa suicida (Tavares e cols., 2004). O objetivo do trabalho terapêutico é o de ajudar essas pessoas a encontrarem uma forma de lidar com o luto, ou seja, compreender e elaborar a perda de um ente querido por suicídio. Outras questões relacionadas à vivência emocional da família do suicida também precisam ser trabalhadas. O estigma social e o risco de novos suicídios na família são aspectos que também devem ser trabalhados com o objetivo de auxiliar os familiares a juntarem as peças do quebra-cabeça da história pessoal do membro e da própria família, de forma a dar um mínimo de sentido à experiência. A família sente necessidade de uma explicação, de saber o porquê a pessoa teve essa atitude (Kaslow e Aronson, 2004). A elaboração dessas questões auxilia a diminuir o risco de suicídio entre os sobreviventes, considerados um grupo especial de risco (Tavares e cols., 2004).

Nos casos de tentativa de suicídio, como a pessoa está presente, é possível realizar uma “reconciliação”, ou seja, aproveitar a oportunidade da crise para realizar mudanças necessárias nas formas de comunicação dessas famílias e construir um novo sistema de mitos, em que a morte não é a resposta para as angústias da vida (Gutstein, 1991). Cabe ressaltar que a terapia familiar ajuda a família a identificar características de seu funcionamento que podem ser vistas como disfuncionais pelo tentador de suicídio e

também por outros membros da família. A questão do estigma social, assim como nos casos de suicídio completo, deve ser trabalhada, pois pode gerar vergonha e o subsequente encobrimento das circunstâncias do ato suicida por parte da família. Os não-ditos podem ocasionar a distorção da comunicação familiar e o isolamento familiar. Esses funcionamentos impedem a família de buscar apoio social, o que gera seu próprio legado destrutivo (Walsh e McGoldrick, 1998). As características da família consideradas como relacionadas a possíveis tentativas de suicídio serão discutidas no Capítulo II deste trabalho, que aborda questões em torno das características e dinâmicas da família e da terapia familiar.

Uma questão muito importante, que aparece tanto em famílias que tiveram um membro que cometeu suicídio como em famílias em que um membro tentou suicídio é a culpa. Os membros da família podem sentir culpa por acharem que negligenciaram os sinais de alerta, de risco de suicídio ou tentativa de suicídio; por não terem conseguido evitar o ato ou por sentirem que subestimaram a gravidade do estado do familiar. A culpa, quando toma conta das relações familiares, é um elemento que deve ser trabalhado na terapia familiar, pois este sentimento pode impedir ou dificultar a realização de outros projetos de vida dos demais membros da família (McGoldrick e Walsh, 1998).

4 - O que evoca o desejo de morte? Fatores individuais e sociais

Não podemos considerar o suicídio como um ato aleatório de alguém que não sabe como lidar com frustrações e situações estresse. Há um propósito definido, resultado de uma lógica inflexível e implacável que move a pessoa rumo a uma única resposta (Wang e Ramadam, 2004). A autodestruição pode ser vista, assim, como um modo de resolver um

dilema, uma situação considerada intolerável. Cabe aos pesquisadores, clínicos, equipes de saúde, entre outros, então, solucionar este quebra-cabeça produtor de um intenso sofrimento.

Karl Marx, em um ensaio realizado a partir das memórias de Jacques Peuchet, ex-arquivista policial e curioso a respeito dos inúmeros casos de suicídio ocorridos na França, nos dá várias idéias a respeito do que levaria uma pessoa à autodestruição. Marx toma como ponto de partida para suas reflexões a relação entre o suicídio e a sociedade. Para ele,

“As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é freqüentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável.” (2006, p. 24).

O trecho exposto do ensaio de Marx chama atenção para uma gama de fatores de natureza diversa que podem levar ao suicídio. Essas “razões” que para Marx explicam porquê uma pessoa é levada a acabar com sua própria vida podem ser referidas como *fatores de risco*, os quais envolvem a associação entre atributos do indivíduo, grupo ou ambiente que potencializam a chance de se estabelecer uma condição relacionada ou não a um determinado tipo de doença. No caso do suicídio ou tentativa de suicídio, as chances aumentam de forma diretamente proporcional ao aumento dos fatores de risco presentes (Meleiro e Teng, 2004). Assim, podemos fazer um paralelo entre as “razões para o suicídio” de Marx e conhecidos fatores de risco de suicídio:

- a) “Doenças debilitantes”: inúmeros estudos mostram as correlações entre doenças mentais e suicídio e tentativa de suicídio (OMS, 2000). A Organização Mundial da Saúde aponta distúrbios de personalidade, esquizofrenia, alcoolismo e outros distúrbios mentais, orgânicos ou não, como grupos diagnósticos com grande risco de suicídio.
- b) “Falsas amizades”: estudos demonstram que pessoas que tentam suicídio possuem uma rede de apoio social escassa e a percebem como insatisfatória. A falta de uma rede de apoio social eficaz pode resultar no aumento dos níveis de angústia, depressão e de estresse (Gaspari e Botega, 2002).
- c) “Amores traídos”: problemas amorosos, conflitos familiares e conjugais são comumente identificados como determinantes de um ato suicida (Grossi e Vansan, 2002).
- d) “Desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido”: no caso de adultos jovens, dificuldades em lidar com as demandas dessa etapa do desenvolvimento podem surgir, seja pela falta de objetivos de vida, por manterem projetos irrealistas, por criarem dependência de relacionamentos interpessoais instáveis, por encontrarem pouco apoio nesses projetos, ou mesmo pela falta de um projeto de vida real e eficaz (Tavares e cols, 2004).
- e) “Rivalidades sufocantes”: a literatura mostra que a relação entre dificuldades enfrentadas no trabalho, considerado um elemento identitário fundamental no mundo contemporâneo, e características da experiência atual do indivíduo podem gerar angústias, conflitos e sofrimentos que podem irromper em estados de crise (Tavares, 2004). As pessoas podem desacreditar em suas chances de obter sucesso e ascender no mundo de hoje, em que a competição, o individualismo e a exclusão prevalecem (Tavares e cols, 2004).
- f) “Sofrimentos familiares”: estudos apontam características comuns em famílias de suicidas, principalmente a presença de dinâmicas familiares disfuncionais (Osvath, Vörös,

e Fekete, 2004; Gutstein, 1991; Koopmans, 1995; Shagle e Barber, 1993). Este tópico será tratado de forma mais abrangente no Capítulo II do presente trabalho.

g) “Acessos de desânimo”: a depressão é um fator de risco para o suicídio, sendo o diagnóstico mais comum em casos de suicídio completo (OMS, 2000). A depressão também é mais associada a suicídios femininos que masculinos, como será apontado no tópico seguinte deste capítulo.

Apesar de trabalhar com a idéia do sofrimento das classes mais abastadas, é a miséria, segundo Marx, a maior causa do suicídio: a miséria gera a luta social e traz o sofrimento para a sociedade capitalista. Assim, seria o caráter capitalista da sociedade o gerador de tantos suicídios, o que leva Marx a questionar, justamente, o papel da sociedade no sofrimento do indivíduo:

“Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevêê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens.” (idem, p.28)

Marx considera que somente com uma reforma da ordem social poderiam ser feitas mudanças capazes de prevenir suicídios. Para ele, o suicídio é mais um entre uma infinidade de sintomas decorrentes da luta social, um exemplo da tirania familiar que não foi eliminada pela Revolução Francesa.

Ao fim do ensaio, Marx conclui que “na ausência de algo melhor, o suicídio é o último recurso contra os males da vida privada.” (p.48). Em resumo, Marx traz a idéia da sociedade como uma instância maior causadora de sofrimento, passando pelas rígidas

normas impostas por esta à família, até chegar às características individuais, às idiossincrasias e vivências de cada um, que poderiam levar ao suicídio.

Não é apenas a luta social, trazida por Marx, que constitui um fator de risco. Valores culturais de certas sociedades podem ser considerados como fatores de risco de suicídio. Um exemplo disso é a cultura japonesa, que apresenta elementos descendentes do complexo código de honra dos samurais. Para reaver sua honra e extirpar a vergonha, a pessoa se extermina. O suicídio é tão enraizado na cultura japonesa que existem diferentes termos para designar os diversos métodos de suicídio e suas motivações: o *seppuku*, a incisão do abdome; o *shinju*, suicídio motivado por paixões amorosas; *oyako shinju*, suicídio familiar em que geralmente a mãe mata o filho e se mata em seguida; *oibara*, a morte como uma forma de alcançar alguém a que se está ligado, entre várias outras (Beato, 2004).

Uma variável muito importante para compreendermos a relação entre elementos sócio-culturais e o suicídio ou tentativa de suicídio é a questão de gênero, que será abordada no próximo tópico deste capítulo.

5 - Gênero e comportamentos suicidas

Gênero é considerado um fator de risco para as tentativas de suicídio. Enquanto a relação entre homens e mulheres em termos de mortes por suicídio é cerca de 3:1, nas tentativas de suicídio essa relação se inverte, chegando a três casos de tentativas femininas para cada caso masculino (Meleiro e Teng, 2004).

Diniz (2003) define gênero como “uma estrutura social que tem origem no desenvolvimento da cultura humana, ou seja, muito além da biologia ou das questões de procriação” (p. 17). Desse modo, afirmar que o “gênero” é um fator de risco de suicídio

significa dizer que as construções sócio-culturais, pautadas na rígida diferenciação dos papéis sociais de acordo com o sexo, podem gerar um sofrimento capaz de levar a pessoa a considerar a morte como uma saída possível dessa situação.

Existem poucos estudos a respeito das questões de gênero nos atos suicidas. Além disso, esses estudos tratam dos diferentes quadros psicopatológicos encontrados em suicidas ou tentadores. As semelhanças e diferenças entre homens e mulheres no tocante a fatores de risco e de proteção ficam, por exemplo, negligenciadas.

Lopes, Barreira e Pires (2001) pesquisaram os efeitos de gênero em adolescentes com história de tentativas de suicídio. Foram avaliados 22 adolescentes, doze do sexo feminino e dez do sexo masculino, com idades entre 15 e 18 anos, que haviam tentado suicídio há menos de um ano. Os resultados obtidos indicaram a presença de quadro depressivo no sexo feminino e de quadro borderline no sexo masculino. Em ambos, havia aumento de características de esquizofrenia, o que os autores entenderam não como perturbações esquizotípicas, mas como a vivência de situações de muito estresse ou de grave crise de identidade, o que segundo eles, é um fator de predisposição para a tentativa de suicídio entre adolescentes. As adolescentes também apresentavam mais traços patológicos de personalidade que os rapazes, o que os autores consideraram que as tornavam mais sensíveis às características de personalidades disfuncionais e mal-adaptativas, no sentido de querer acabar com o sofrimento doloroso em que não se consegue enxergar o fim (Wang e Ramdam, 2004).

Marín-León e Barros (2003) citam como fatores de risco de suicídio entre jovens do sexo masculino as mudanças na vida diária, nos papéis e na condição socioeconômica. As mudanças das normas tradicionais, de que o homem deve, por exemplo, sustentar e proteger sua família, causaram uma crise no homem ocidental moderno. Atualmente, essas

normas são tidas como inapropriadas (O'Brien, 1994). Assim, fica o dilema, já que a postura apresentada pela maioria dos homens é uma e a ideologia vigente é outra. Essas mudanças ideológicas não são consideradas fatores de risco para mulheres jovens, pois as mudanças seriam favoráveis às mulheres ou estas teriam melhores estratégias de adaptação.

Meleiro e Teng (2004) apontam que as tentativas de suicídio em mulheres freqüentemente são mais associadas a motivações não-suicidas como, por exemplo, uma forma de expressar o sofrimento ou modificar o comportamento de outras pessoas. Neste sentido, as tentativas de suicídio teriam a função de mostrar para os outros o desconforto vivenciado, refletindo uma tendência de tentar punir e exercer certa coerção sobre essas pessoas para reconstituir alguma ligação vital aspirada (Wang e Ramadam, 2004).

O risco de tentativa entre mulheres aumenta quando existem quadros psiquiátricos associados à fase puerperal e em casos de gravidez adolescente não desejada. O risco diminui em mulheres grávidas e com filhos pequenos (Meleiro e Teng, 2004).

Nos homens, as tentativas de suicídio envolvem, geralmente, maior intenção em morrer. Possivelmente por isso, e por temerem menos a desfiguração corporal, utilizam meios mais violentos em suas tentativas. Meleiro e Teng (idem) apontam também que o abuso de substâncias é mais comum nos casos de suicídio masculino e a anorexia nervosa nos casos femininos.

A Organização Mundial de Saúde (2000) aponta que o maior fator de risco de suicídio, dentre os quadros diagnósticos, é a depressão. Vale ressaltar que a depressão não se manifesta da mesma forma em homens e mulheres. Papp (2002) afirma que o número de mulheres que sofrem de depressão chega a ser duas vezes maior que o número de homens. A auto-estima, um dos principais elementos relacionados à depressão, é construída com

base em aspectos diferentes entre mulheres e homens, o que resulta em sinais e “causas” de depressão diferentes em ambos os sexos.

As mulheres embasam sua auto-estima em suas capacidades de manterem relacionamentos e vínculos afetivos, tanto na vida privada - doméstica - quanto na vida pública - profissional. Isso pode resultar em sobrecarga para a mulher, pois sua responsabilidade para com os outros pode deixá-la em segundo plano, de tal modo que seus sentimentos devam ser reprimidos. Muitas vezes, as mulheres se culpam pelo que não dá certo e se responsabilizam pelas pessoas ao seu redor. A depressão freqüentemente aparece nos momentos em que há rompimentos, temporários ou permanentes, nos relacionamentos íntimos (Papp, 2002.).

Os homens constroem sua auto-estima de acordo com o seu sucesso em diversas áreas, como no trabalho, status socioeconômico ou desempenho sexual, por exemplo. Para alcançar esses objetivos, os homens devem negar sua dependência, bem como suas emoções e sentimentos, de forma a afastá-los de qualquer elemento que possa impedi-los nessas conquistas. A depressão surge quando os homens não conseguem alcançar essas exigências culturais (Op.cit). Meneghel e cols. (2004) afirmam que estas exigências são fatores de risco de suicídio para os homens e que não cumprir os tradicionais papéis de gênero masculinos, como ser o provedor da família, é um fator de estresse para eles.

Como a depressão é apontada como um dos principais fatores de risco de suicídio, devemos compreender as diferenças da depressão em ambos os sexos. Assim, a sobrecarga emocional e os rompimentos de relacionamentos íntimos podem levar as mulheres à apresentarem sinais de depressão e as dificuldades em atingir os objetivos do que seria “papel” dos homens podem levá-los à depressão. Esses possíveis preditores devem ser

considerados por profissionais de saúde, para não se tornarem fatores de risco para o suicídio ou tentativas de suicídio também.

Diniz (2000) aponta que pesquisas em Psicologia costumam tratar a questão do gênero de forma retórica, sem levar em consideração as especificidades do que é ser homem ou ser mulher no mundo contemporâneo. O presente estudo se propõe a considerar essa dimensão, na tentativa de entender e diferenciar características de um homem e de uma mulher, adultos jovens, que tentaram suicídio. Acreditamos que existem diferenças qualitativas também entre os dois sexos, além das diferenças epidemiológicas.

Pesquisas americanas chamam atenção para a relação gênero - doença mental. Mulheres tendem a receber mais diagnósticos de depressão maior, fobias, distímia, distúrbios obsessivo-compulsivos, esquizofrenia, distúrbio do pânico e somatização, enquanto os homens tendem a receber diagnósticos de personalidade anti-social e de dependência química.

A Organização Mundial de Saúde aponta que a maioria das pessoas que comete suicídio apresenta algum distúrbio mental diagnosticado. Em ordem decrescente de risco, destaca a depressão, distúrbios de personalidade - personalidade anti-social e borderline com traços de impulsividade, agressão e freqüentes mudanças de humor -, alcoolismo, esquizofrenia, distúrbios mentais orgânicos e outros distúrbios mentais. Contudo, a OMS não faz distinção entre esses quadros de risco de suicídio e o sexo do suicida, nem distingue os quadros diagnósticos de suicidas e tentadores. Baptista e Borges (2005) apontam alguns quadros diagnósticos relacionados à tentativas de suicídio, presentes em diversas pesquisas, como depressão, alcoolismo e uso de substâncias, além de fatores psicológicos, como impulsividade, agressividade, desesperança e desengajamento social.

No presente trabalho, as diferenças de gênero nas tentativas de suicídio serão exploradas. O trabalho consiste no estudo de caso de duas famílias em que um dos membros tentou suicídio. Em uma das famílias, quem fez a tentativa foi uma mulher e na outra, um homem. Pretendemos explorar, portanto, semelhanças e diferenças entre características individuais, fatores de risco e proteção, dinâmicas familiares relacionadas, de dois adultos jovens que fizeram tentativas de suicídio.

II - A FAMÍLIA, A TERAPIA FAMILIAR E AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

1 - Família

“Há uma tendência das coisas vivas a se unirem, a estabelecerem vínculos, a viverem umas dentro das outras, a retornarem a arranjos anteriores, a coexistirem enquanto é possível. Este é o caminho do mundo”, afirmou Lewis Thomas em *The Lives of a Cell: Notes of a Biology Watcher* (Minuchin, 1990, p. 21). A frase de Thomas pode ser tomada como uma clara referência ao contexto familiar: os seres humanos também tendem a se unir e a estabelecer vínculos, criando uma dinâmica relacional que sustenta a vida afetivo-emocional.

A definição de família é uma questão muito complexa. Fatores como moradia ou laços sanguíneos não são mais tão relevantes na definição individual de família, até porque esses vínculos são atualmente muito flexíveis. O importante é que, qualquer que seja a configuração, a família é e será o meio relacional básico para as relações com o mundo (Costa, 2003).

Minuchin e Fischman (2003) definiram a família como um grupo natural que desenvolve padrões de interação que, por sua vez, constituem a estrutura familiar. Esta é apenas uma forma de compreender a família. Bruschini (1997), por outro lado, diz que o primeiro passo, ao se estudar família, é sair da idéia de naturalidade e percebê-la como uma criação humana mutável. Segundo ela, para a Antropologia, por exemplo, o único grupo natural seria a mulher e sua prole. Essa disciplina está mais interessada no estudo do parentesco, caracterizado por três tipos de relações básicas, a descendência, a consangüinidade e a afinidade. Este último tipo de relação diz respeito ao casamento, ou seja, a união de dois grupos através da união de dois de seus membros.

Bruschini (1997) chama atenção para a idéia de “diversidade conceitual”, ou seja, o conceito de família difere de acordo com a dimensão enfatizada. Cervený (1994) ressalta a dificuldade de se conceituar o termo família, especificamente, a brasileira. Historicamente, incluem-se, nessa designação, composições como laços sanguíneos, relações não formalizadas por parentesco, família nuclear e extensa e família não legitimada juridicamente, por exemplo.

Os teóricos e terapeutas sistêmicos trabalham com a idéia da família como um sistema, ou seja, o comportamento de cada membro é interdependente do comportamento dos demais membros. Compreendida dessa forma, a família funciona como uma unidade onde as particularidades dos membros não são suficientes para a compreensão do comportamento dos outros membros. Os indivíduos, então, são vistos como subsistemas dentro desse sistema. Ver a família como um sistema significa dizer que, como os demais sistemas, a família opera conforme certos princípios, como a homeostase, a morfogênese, o *feedback*, a causalidade circular e a não-somatividade.

A homeostase é a manutenção do equilíbrio existente nos organismos vivos (Vasconcellos, 2002). Para a família, significa que existe uma tendência a manter certos padrões de relacionamento e impedir eventuais mudanças nesses padrões (Cervený, 1994).

A morfogênese refere-se a uma mudança na estrutura e no funcionamento do sistema, que atinge uma nova configuração. Isso significa que a família apresenta uma grande adaptabilidade e flexibilidade, que garante a ela a capacidade de autotransformação (Cervený, op.cit.).

O *feedback* é o retorno da informação gerada pelo sistema. Pode ser positivo ou negativo, conforme o resultado gerado e assim aumentar a atividade do sistema ou diminuir a atividade, exigindo correções no funcionamento, respectivamente. No contexto familiar, o

feedback cumpre as funções de fornecer informações à família, a fim de manter ou modificar seu funcionamento, e estabelecer modos de relacionamento entre os membros do sistema (Cervený, op.cit.).

A causalidade circular refere-se à idéia de que qualquer mudança em um elemento do sistema afeta todos os outros elementos e, conseqüentemente, o sistema como um todo. Isso implica que os membros da família são influenciados uns pelos outros. Assim, o cotidiano familiar é o resultado justamente dessas influências mútuas dos vários membros da família (Cervený, op.cit.).

A noção de não-somatividade significa que qualquer sistema é maior que a soma de suas partes. A unidade familiar não pode ser vista, portanto, como a soma dos comportamentos de cada um dos membros. A compreensão do funcionamento de um indivíduo só é possível dentro do contexto no qual ele se insere e funciona. Assim, para um bom entendimento da família, ela deve ser vista como um todo (Cervený, 1994).

Cervený (1994) ressalta uma importante questão, de que a família não é um sistema, mas funciona como um sistema. Pode-se pensar a família como um sistema de relações e utilizar o modelo sistêmico para interpretar a repetição dos padrões de interação em um nível intergeracional, ou seja, através de diferentes gerações de uma família. Os princípios sistêmicos aplicados à família servem para compreender este fenômeno. Funcionam, portanto, como uma base para nortear os estudos a respeito da família. Esta mesma autora traz a nomenclatura da família em quatro níveis, imprescindíveis para a terapia familiar e para a prática clínica de forma geral. É importante salientar que essa nomenclatura não é criação desta autora, mas já era utilizada pelos primeiros teóricos da terapia familiar.

O primeiro nível refere-se à família de origem, que pressupõe laços sanguíneos e

está atrelada à ascendência e descendência de um indivíduo. A família de origem de um indivíduo constitui-se, então, de seus pais, seus avós e assim sucessivamente, numa ascendência progressiva. Em seguida, vem a família nuclear, composta por pais e filhos biológicos, residentes ou não no mesmo lugar. Pode ser de duas formas: intacta, formada pelos cônjuges de um primeiro casamento e seus filhos biológicos, ou reconstituída, formada a partir de um ou mais casamentos de um ou de ambos os cônjuges. A terceira categoria é a família extensa, formada por pessoas com algum grau de parentesco ou afinidade, coligadas no tempo e no espaço e que influenciam o momento presente do indivíduo. Pode ser formada de forma vertical, com a convivência de três ou mais gerações, ou de forma horizontal, pela ligação de outras famílias nucleares. A última categoria é a da família substituta, uma família que assume a criação de um ou mais indivíduos que não possuem parentesco.

Como exposto anteriormente, esta diferenciação da família em vários níveis é fundamental para a terapia familiar e para a prática clínica, pois permite unificar a nomenclatura em torno do tema “família”. Além disso, cria um referencial que permite que o/a terapeuta avalie a família nuclear, que de forma geral é o “cliente” em terapias de família, de acordo com o seu grau de proximidade ou distanciamento de outras unidades nucleares. Permite avaliar, inclusive, sua inserção em contextos mais amplos, como a comunidade, por exemplo.

Transpassando essas noções, há uma característica muito importante, que deve ser sempre considerada em estudos sobre famílias. A família não é uma unidade estática, ela está sempre em processo de desenvolvimento e, conseqüentemente, de mudança. Minuchin e Fischman (2003) consideram que a mudança é a norma da família. A todo o momento, a família necessita se reorganizar, seja por fatores externos ou internos, por fatores inerentes

ao ciclo vital ou por fatores inesperados. A perda do emprego de um dos pais ou a morte de um membro da família são tidas como mudanças inesperadas no ciclo de vida familiar. A saída dos filhos de casa ou o nascimento de netos são consideradas mudanças esperadas do ciclo vital. As mudanças na família são inúmeras e em várias dimensões e não podem ser ignoradas.

Há mudanças consideradas esperadas ao longo do ciclo de vida da família. Carter e McGoldrick (2001) propõem um modelo de compreensão do processo de desenvolvimento familiar dividido em seis estágios. A transição de um estágio para outro exige que a família se readapte aos desafios da nova etapa. As fases de transições são consideradas momentos de mudança e, portanto, de risco, em que se a família não tiver flexibilidade, pode haver algum tipo de crise, como por exemplo, a somatização de um membro família, que não consegue lidar bem com mudanças.

O primeiro estágio é chamado de “lançamento do jovem adulto solteiro”. Apesar de ser muito difícil de classificar esta fase, ela diz respeito aos jovens adultos situados na faixa etária dos vinte anos que estejam separados fisicamente de seus pais - eventuais retornos podem ocorrer -, curseem nível superior ou trabalhem, de modo a serem financeiramente independentes ou em processo de se tornarem (Aylmer, 2001). Assim, este estágio diz respeito à saída dos jovens de casa para cuidarem sozinhos de suas vidas. Quando ocorre de uma forma adequada, há uma separação da família de origem, sem rompimentos emocionais ou fugas reativas.

Neste momento, o jovem adulto deve aceitar sua responsabilidade emocional e financeira por si próprio, o que implica a diferenciação do “eu” em relação à família de origem. Ocorre a mudança nos padrões de relacionamento, em que os adultos passam a ser tratados como iguais. O estabelecimento do(a) jovem no mercado de trabalho e sua

conseqüente independência financeira é fundamental. Os problemas neste estágio comumente se concentram na falta de reconhecimento, tanto por parte dos pais quanto dos filhos, da importância da mudança no padrão de relacionamento, que deve ser menos hierárquica, pois, agora, todos são adultos (Carter & McGoldrick, op.cit.). Apenas quando as gerações modificam suas relações e criam novos padrões de interação é que a família é capaz de prosseguir no desenvolvimento no ciclo de vida familiar.

Um fenômeno que tem surgido nas últimas décadas é o adiamento da saída do jovem adulto da casa de seus pais. A permanência dos adultos jovens na casa dos pais leva, muitas vezes, à ausência de ritos de passagem que marquem o início da vida adulta, como por exemplo, o primeiro salário, a decoabitação - saída do jovem da casa dos pais - ou o casamento (Ramos, 2006), que assinalariam a transição de um estágio do ciclo de vida familiar para outro. Esse fenômeno, segundo Ramos (2006), “é o paradoxo da família contemporânea” (p. 40), uma vez que o indivíduo deve constituir sua autonomia na relação de dependência - residencial, financeira e material - com os pais. Assim, a família continua sendo, como foi ao longo da vida do indivíduo, um espaço de dependências, porém com a nova função de favorecer a construção da autonomia e da identidade do membro familiar adulto jovem.

Esse aumento da permanência do adulto jovem na casa dos pais é conhecido como “coabitação” e é acompanhado pela flexibilização das regras familiares, como, por exemplo, o controle parental a respeito das visitas e das saídas dos jovens adultos. Além disso, a existência de uma vida privada deve ser valorizada, constituindo no quarto o espaço físico mais importante dessa vida privada. O objetivo, então, dessa coabitação, não é tanto marcar a saída da adolescência, mas diminuir o controle dos pais (Ramos, 2006). A ausência da flexibilização dessas regras pode gerar o efeito contrário ao reconhecimento da pessoa

como um adulto, resultando em um prolongamento do estágio de pais com filhos adolescentes.

O segundo estágio é conhecido como “a união das famílias no casamento: o casal”. Carter e McGoldrick (2001) propõem que, diferentemente do senso comum, o casamento não é apenas a união de dois indivíduos; representa, na verdade, a modificação de dois sistemas, que se sobrepõem e formam um terceiro sistema, de características próprias. A principal dificuldade encontrada neste estágio é a incapacidade de delimitar fronteiras claras entre os sistemas, ou seja, os jovens casais às vezes não conseguem impor limites ou estabelecer interações adequadas com suas famílias de origem. Fica subentendido que a família de origem pode interferir na vida do jovem casal, tentando impor suas regras e parâmetros de organização. Nestes casos, a terapia familiar visa auxiliar o novo sistema, o casal, a encontrar uma nova definição de si mesmo e buscar uma identidade própria. Pode visar também ajudar as famílias de origem a abrir espaço para a incorporação do novo membro e ajustar-se às suas novas funções. Para os pais fica a questão do ninho vazio, etapa que será mencionada adiante.

O terceiro estágio é denominado de “famílias com filhos pequenos”. Nesta etapa, os adultos passam a ser responsáveis pelos cuidados da nova geração que surge. O casal precisa assumir o papel de pais e os progenitores das famílias de origem, o papel de avós. Há uma série de problemas que podem surgir nesta fase do ciclo. O primeiro é com relação aos pais, que podem ter certa dificuldade em lidar com a nova fronteira geracional com os adultos tratando as crianças como se fossem pessoas adultas. A terapia familiar, nesta situação, ajuda os pais a se perceberem como parte de um novo nível geracional e responsáveis pela próxima geração da família. Outro problema que pode surgir é com relação às responsabilidades de cada um dos pais quando ambos trabalham fora de casa. As

responsabilidades pelos cuidados dos filhos podem ficar a cargo da esposa. Nessas situações, a terapia deve lidar com as questões de gênero envolvidas. Segundo as autoras (Carter & McGoldrick, 2001), essa é a fase do ciclo que apresenta o maior número de divórcios. O terceiro problema que pode aparecer nesta etapa do ciclo é com relação aos avós, que nessa fase passam a ter um papel secundário, já que são os seus filhos as autoridades paternas principais.

O quarto estágio do ciclo de vida familiar é o da “transformação do sistema familiar na adolescência”. Nesta fase, há a redefinição dos filhos na família e dos papéis dos pais frente a seus filhos. As fronteiras devem se tornar mais permeáveis para a entrada de novos valores trazidos pelos amigos dos filhos adolescentes. Os adolescentes começam a manter relacionamentos independentes com a família extensa. Assim, é preciso uma nova organização entre pais e avós, a fim de proporcionar um contexto que estimule esses novos padrões. Quando essas tarefas não são realizadas, a terapia familiar auxilia a família a transformar sua visão de si mesma, para que permita a progressiva independência da nova geração, sempre com o cuidado de preservar as fronteiras e estrutura de forma a propiciar o desenvolvimento familiar (Carter & McGoldrick, 2001).

O quinto estágio é o das famílias no meio da vida, marcado pela saída dos filhos de casa para constituírem suas próprias famílias. De todas as fases do ciclo de vida familiar, esta é mais nova e a mais longa. Atualmente, devido ao aumento da expectativa de vida da população, os filhos saem de casa quase vinte anos antes dos pais se aposentarem. É justamente esta etapa do ciclo de vida que é conhecida como “ninho vazio”, uma alusão à saída dos filhos de casa e o possível sentimento de vazio que isso pode gerar nos pais. A característica mais importante desta fase é que ocorre o maior número de entradas e saídas de membros na família, a começar pelo lançamento dos filhos, que trazem em seguida seus

cônjuges e posteriormente seus próprios filhos para o sistema familiar. O casal passa a lidar com a finitude de seus próprios pais. Os pais, então, passam por uma redefinição de papéis, como avós de seus netos e, muitas vezes, como cuidadores de seus pais idosos. Essa fase pode resultar tanto em uma sensação de “conclusão” quanto em uma oportunidade de explorar novos papéis, novas possibilidades. Pode gerar também rompimentos, sentimentos de vazio, depressão e desintegração social. Assim, a tarefa essencial nesta fase do ciclo de vida é de uma reestruturação da relação conjugal, que agora não possui mais as responsabilidades parentais, mas enfrenta uma série de desafios (Carter & McGoldrick, 2001).

O último estágio do ciclo de vida familiar é a “família no estágio tardio de vida”. Nesta fase, há o ajustamento necessário após a aposentadoria, pois, além do vazio que ela pode trazer, existe a possibilidade de também ocorrer uma tensão no casamento, já que há um aumento no tempo de convivência entre os cônjuges. Outra dificuldade que surge nessa fase é a perda do cônjuge, considerado o ajustamento mais difícil, pois, após muitos anos de casamento, exige que a pessoa organize uma vida sozinha. Um problema que pode surgir se essas tarefas não forem realizadas de forma adequada é a incapacidade da pessoa em modificar seu papel, recusando a diminuição de seus poderes na família, tornando-se completamente dependente da geração seguinte ou até mesmo tratando as gerações seguintes como incompetentes ou irrelevantes.

Uma das razões que podem levar a pessoa a realizar essas tarefas de uma forma inadequada é o fato de que a velhice é desvalorizada em nossa sociedade. Essa desvalorização dificulta os filhos a fazerem uma modificação satisfatória no relacionamento com seus pais. A terapia familiar, nessas situações, procura ajudar os membros da família a reconhecer as mudanças nos papéis e a perceber a necessidade de criar novos padrões de

relacionamento. A terapia pode auxiliar a família a lidar com perdas de forma adequada, sem que as mesmas se transformem em empecilhos para a continuidade dos processos de desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Carter & McGoldrick, 2001).

Essas etapas e mudanças são ditas “esperadas” ao longo do ciclo de vida de uma família. Contudo, esses estágios se aplicam às famílias contemporâneas, particularmente às famílias americanas de classe média. É importante frisar que as mudanças esperadas ao longo do ciclo de vida familiar diferem também de acordo com a cultura, etnia e classe social.

Há uma série de outras transformações, que aconteceram e acontecem com a família ao longo do tempo. O clássico modelo nuclear não foi sempre a norma e atualmente é posto em discussão. Assim, é necessário compreender as transformações pelas quais a família passou, até chegar ao modelo nuclear, para então pensarmos nas configurações atuais de família.

Uma das principais características da família é a mutabilidade, ou seja, a família muda com o passar do tempo (Bruschini, 1997). Costa (2003) acredita que não se deve ficar tão preso ao conceito de família, mas sim às suas transformações, diversidades vinculares e múltiplas possibilidades de crescimento ou sofrimento. Com base nessas proposições, Costa define a família como

Um sistema aberto, constituído de subsistemas ou hólons (partículas ou partes), caracterizado por um estado interno relativamente constante ou auto-equilibrado que se mantém pela auto-regulação (homeostase); composto por hierarquias, fronteiras ou limites, regras, papéis e comunicação; articulados em sua essência pelos segredos e mitos; além de estar, sistematicamente ligado aos macrossistemas (social, econômico, político e universal) (Costa, 2003, p. 90).

A família é de extrema importância para a psicologia clínica, pois, como descreve Kosky (2000), as interações entre mãe, pai e filho formam a base do desenvolvimento humano. É na família que acontecem as primeiras experiências sociais; é onde os indivíduos vivenciam suas primeiras trocas afetivas, o desenvolvimento da linguagem e do ego. E são esses vínculos primários que constituem o modo do indivíduo ser no mundo (Passos, 2001). A família pode ser identificada, portanto, como o grupo que faz a mediação indivíduo-sociedade (Romagnoli, 2005).

É justamente por essa razão que, em muitos casos de atendimento clínico em Psicologia, é necessário atingir a raiz dos conflitos idiossincráticos: a família. Assim, é imprescindível apontar como surgiu a necessidade na Psicologia Clínica de entender o funcionamento da família e como aconteceu a mudança de paradigma, do atendimento individual para o atendimento em família. A terapia familiar é a base do presente trabalho e sua compreensão é essencial para entendermos a origem e o desenvolvimento do mesmo. Este trabalho trata do atendimento, em terapia familiar, de duas famílias em que um membro tentou suicídio.

2 - Terapia Familiar: Histórico e Conceitos das Principais Abordagens

A terapia familiar teve seu início na década de 50, quando vários psiquiatras começaram a perceber que, em muitos casos, era necessário não olhar apenas o paciente portador de doença mental, mas também sua família. O foco de atenção começou a se deslocar dos processos emocionais dos pacientes para a atuação e interação desses pacientes com suas respectivas famílias (Bassit, 1992). Os paradigmas da época estavam em transformação: passava-se de um modelo reducionista, intrapsíquico e explanatório para um modelo contextual, psicossocial e sistêmico (Bloch & Rambo, 1998).

A influência do contexto familiar como produtor ou mantenedor de uma doença mental passou a ser enfocada, no sentido de compreender os mecanismos familiares que poderiam levar um membro da família a adoecer. Essa nova visão, de que a doença mental estava relacionada às interações familiares e não apenas a fatores genéticos e hereditários fez surgir uma nova metodologia, capaz de tratar da família e do paciente, juntos e separados, em contraponto ao que se fazia até o momento, de cuidar apenas do paciente portador de doença mental. Surge, então, a terapia familiar, um modelo originalmente médico, mas que rapidamente começa a agregar e fazer interface com outras disciplinas, como a antropologia e a sociologia (Bassit, 1992).

A terapia familiar encontrou sua base teórica em três pilares: na Teoria Geral dos Sistemas, do biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy; na Cibernética, do matemático americano Norbert Wiener; e nos teóricos da comunicação, notadamente, Gregory Bateson (Cervený, 1994). Inicia-se, assim, um novo paradigma, conhecido como o *pensamento sistêmico*. Este novo paradigma trouxe para a Psicologia uma nova forma de ver o indivíduo, pois, para compreendê-lo, é necessário não ver apenas sua estruturação psíquica, mas também inseri-lo em seu contexto, sua família, sociedade, cultura.

Uma das características mais interessantes com relação à terapia familiar, especificamente a americana, é que ela alcançou o status de “abordagem psicoterapêutica” e foi construída por pessoas que não se conheciam e que desenvolveram pesquisas em áreas distintas do país. Apesar dessa distância, esses profissionais, por diferentes razões, interessaram-se pelo funcionamento das famílias em que um dos membros desenvolvia alguma doença mental (Elkaim, 1998).

Para se estudar, pesquisar e compreender as famílias, torna-se fundamental retornar aos principais teóricos da terapia familiar e entender como estes construíram suas

abordagens e definiram suas próprias visões de sujeito e de família. Tal compreensão é fundamental no presente estudo, um trabalho essencialmente clínico, iniciado e desenvolvido a partir da prática clínica de atendimentos de família, que tiveram como base a Terapia Familiar Sistêmica.

Os teóricos selecionados foram o Grupo de Palo Alto, Murray Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy e Salvador Minuchin, considerados autores de abordagens clássicas dentro do campo da terapia familiar sistêmica. Apresentamos uma síntese do pensamento desses autores com o objetivo de identificar elementos fundamentais para a compreensão das dinâmicas familiares. Fica evidente a opção por teóricos “clássicos” e associados ao período da terapia familiar chamado de “primeira cibernética”. Essa opção reflete uma valorização do pioneirismo e do trabalho consistente de pesquisa desses autores que levou à identificação dos principais processos e dinâmicas familiares que podem levar à produção de sintomas.

2.1 - O Grupo de Palo Alto

No início dos anos 1950, o antropólogo Gregory Bateson interessou-se por estudar a comunicação, seus diferentes níveis e canais. Um dos objetivos fundamentais era entender como uma mensagem modificava ou significava o entendimento do outro. Junto com Jay Haley, William Fry e John Weakland, Bateson começou um projeto de investigação da comunicação humana no Veterans Administration Hospital em Menlo Park, Califórnia. O grupo optou por estudar, inicialmente, as “estranhas comunicações” que aconteciam no Hospital e a linguagem “sem sentido” dos esquizofrênicos (Bodin, 1981).

Em 1954, Bateson conheceu Don Jackson, quando este proferiu uma palestra no VA Hospital sobre “homeostase familiar”. Este encontro era o início de uma colaboração entre Jackson e o projeto Bateson, que resultou, cinco anos depois, na formação do Mental

Research Institute – MRI. Jackson atuava como consultor no projeto Bateson devido à sua experiência no tratamento de esquizofrênicos e suas famílias. Suas idéias sobre homeostase complementavam as noções de *feedback* e sistemas cibernéticos do grupo de Bateson. No contexto deste projeto, desenvolveu-se a teoria seminal do duplo vínculo da esquizofrenia (Bodin, 1981).

Jackson trouxe sua própria equipe para trabalhar no MRI. Essa equipe contava com a presença de importantes pesquisadores, dentre eles a assistente social Virginia Satir, que já tinha experiência em trabalhos com famílias. Mais tarde, outros pesquisadores como Paul Watzlawick e Janet Beavin se juntaram ao grupo. O livro “Pragmática da comunicação humana”, editado em 1967, é uma obra mundialmente conhecida e sintetiza o pensamento do grupo (Wittezaele & Garcia, 1998; Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967).

O duplo vínculo aparece em relações intensas com alto grau de dependência entre as pessoas para garantir a sobrevivência, física e/ou psicológica, onde as mensagens comunicacionais são contraditórias, impossibilitando ao ouvinte atender as necessidades básicas do emissor por não existir uma forma correta de responder a este tipo de mensagem (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967). Após um período prolongado de exposição às duplas vinculações, a pessoa pode desenvolver sintomas de esquizofrenia (Costa, 2003).

Esse processo remete à idéia de que um elemento importante da constituição do sujeito é a comunicação interpessoal. É por meio da comunicação que o *self* da pessoa é construído, ou seja, para estes teóricos, o outro é de fundamental importância na constituição do sujeito.

Vários dos pesquisadores que participaram do grupo de Palo Alto, conhecidos como “Teóricos da Comunicação”, também desenvolveram suas próprias teorias sobre a construção do vínculo e o funcionamento familiar. Eles tiveram um papel importante no

desenvolvimento de várias abordagens em terapia familiar. Estas abordagens carregavam pontos comuns. Dentre eles, cabe destacar, a opção pela não conceituação da personalidade, exceto em termos de interação; o foco em melhorar a comunicação do e no sistema familiar e esta compreensão não se limita apenas à dimensão verbal. Contudo, também apresentavam sensíveis diferenças teóricas. Apresentaremos aqui as idéias de dois desses teóricos, Don Jackson e Virginia Satir.

Don Jackson, apesar de sua curta carreira profissional – faleceu aos 48 anos – foi um dos autores que mais publicou material sobre terapia familiar. Suas concepções foram fortemente influenciadas por Bertalanffy. Jackson foi um dos responsáveis por transpor os principais conceitos da Teoria Geral dos Sistemas para o entendimento do funcionamento da família.

O conceito fundamental de sua abordagem é o da homeostase, em que a família funciona como um sistema mantido por um equilíbrio interno, chamado homeostático. Dessa forma, entende-se a interação familiar como um sistema fechado de informação em que há *feedback* das variações dessas informações com a finalidade de corrigir a reação do sistema. O mais importante para Jackson não é o “porque” dos fenômenos, como os demais terapeutas da época, mas, sim, o “como”. O processo é mais significativo que uma relação causa-efeito (Foley, 1990).

A comunicação, por sua vez, não se resume ao seu conteúdo, mas descreve o modo como uma pessoa se relaciona com outra. Possui uma série de propriedades com implicações interpessoais fundamentais, descritas por meio de cinco axiomas: 1) a impossibilidade de não comunicar; 2) toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação, de tal forma que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação; 3) a natureza de uma relação está na contingência da pontuação das

seqüências comunicacionais entre os comunicantes; 4) os seres humanos comunicam digital (verbal) e analogicamente (não-verbal) e 5) todas as permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, pois se baseiam na igualdade ou na diferença, respectivamente (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967).

A implicação desses axiomas está no fato de que qualquer situação entre duas ou mais pessoas é comunicativa e é esclarecida pela forma com que acontece a comunicação, se é simétrica ou complementar, por exemplo. Além disso, os modos digital e analógico de comunicação mostram a ambigüidade enfrentada pelos comunicantes no momento de traduzir a mensagem de um modo para outro. A pontuação das seqüências mostra o modelo clássico de ação e reação, em que os participantes respondem, sucessivamente, de acordo com a resposta anterior.

Don Jackson mostra como a comunicação é fundamental no estudo de famílias. Por meio do conceito de duplo vínculo, ele propõe uma nova gênese para a doença mental, que não surge apenas por fatores genéticos, mas que pode ser eliciada também por meio de comunicações disfuncionais. Comunicações paradoxais geram no indivíduo uma grande dúvida, pois ele não sabe como responder a duas ou mais questões contraditórias entre si. Isso leva a uma busca por uma resposta que dê conta dessas questões, o que, na visão proposta por Jackson, produziria, com o passar do tempo, um surto psicótico. Contudo, seria essa a única resposta viável? Não poderíamos dizer que existem outras respostas possíveis a este dilema, como por exemplo, um suicídio ou uma tentativa? Essa é uma das questões que o presente trabalho se propõe a discutir, ao analisar, entre outras questões, se famílias que tiveram um membro que tentou suicídio apresenta comunicação disfuncional, ou até mesmo paradoxal.

A segunda teórica da comunicação apresentada é Virgínia Satir. Esta autora dá ênfase especial à experiência na constituição da identidade da pessoa em seu Modelo Processual (Winter, 1998). Neste modelo, ela apresenta duas visões distintas do conceito de humanidade. A primeira é a *Visão Hierárquica*, que destaca a importância do poder social como forma de controle e classificação dos indivíduos, com papéis sociais bem definidos de forma coercitiva e vê a natureza da humanidade como fraca e má. A segunda é a *Visão Orgânica*, que vê o bem e a integridade intrínseca aos indivíduos e aos relacionamentos como algo de natureza igualitária, pois pressupõe o reconhecimento das singularidades e idiossincrasias de cada pessoa.

O modelo de Satir é focado na segunda visão. Ela trabalha a partir das interações do indivíduo, sejam essas interações internas ou externas. As interações internas são justamente o que constitui o *self*, a estrutura de crescimento e desenvolvimento da pessoa, resultado da interação dinâmica de oito aspectos, inter-relacionados, do *self* (Winter, 1998).

O primeiro aspecto é o *físico* e refere-se à percepção e a relação que a pessoa tem com o próprio corpo. O segundo é o *intelectual* e refere-se à capacidade de raciocinar, pensar de forma analítica e reflexiva, sobre as informações recebidas do meio externo. O terceiro é o *emocional*, que engloba os sentimentos, ou melhor, o processamento de forma intuitiva das informações recebidas. O quarto aspecto é o *sensorial*, os sentidos, entendidos como a fonte primária de experiências com o mundo. O quinto é o *interacional* e refere-se às comunicações entre os indivíduos, de um *self* para o outro. O sexto é o *nutricional*, a nutrição, o processo no qual a pessoa assimila os alimentos em seu corpo. O sétimo aspecto, o *contextual*, diz respeito à reação ao ambiente externo, à forma como determinada experiência é vivida e influenciada pelo passado e pelo presente. O oitavo e último aspecto é o *espiritual*, o modo pelo qual a pessoa confere um sentido à existência. Este processo de

construção do *self* é conhecido como maturação (Winter, 1998). É a interação entre esses oito aspectos que forma a auto-estima da pessoa. Assim, quando esses aspectos se desenvolvem de forma inadequada, a pessoa apresenta baixa auto-estima.

A origem destes aspectos constituintes do *self* encontra-se no Triângulo Primário, o sistema constituído por mãe, pai e criança. É no interior do Triângulo Primário que o bebê adquire e desenvolve a comunicação, inicialmente atribuindo significados ao que percebe e, a partir disso, começa a definir o seu *self* e sua forma de se relacionar. Se o Triângulo Primário é capaz de fornecer auto-estima, apoio e crescimento, ele é chamado de tríade nutridora. Em função dessas características, constitui-se a base da interação humana, por meio do desenvolvimento de três categorias temáticas: 1) inclusão e exclusão; 2) congruência e incongruência; e 3) regras (Winter, 1998).

A categoria de inclusão e exclusão explica-se pelo fato de que a interação humana só permite um contato pleno entre duas pessoas por vez. Assim, em um sistema triádico, sempre haverá duas pessoas “incluídas” e uma “excluída”. Todavia, isso tende a ser ajustável. As díades mudam de acordo com o contexto e, para o triângulo ser saudável, é preciso que cada participante seja individualizado e flexível o suficiente para constituir uma tríade nutridora (Winter, 1998).

A categoria “congruência e incongruência” refere-se ao fato de que pais e criança diferenciam-se devido ao próprio processo de desenvolvimento humano, que gera diferenças físicas de tamanho e de repertório de linguagem. Isto representa uma incongruência para a criança, pois ela não se encontra no mesmo nível dos pais. Ao adquirir a linguagem, a criança passa a vivenciar várias relações de congruência com os pais, pois se torna capaz de se comunicar com um repertório verbal equivalente (Winter, 1998).

As regras são as diretrizes e limites dos comportamentos esperados das pessoas dentro do sistema familiar. Para serem assimiladas, as regras devem ter caráter de utilidade e proteção, além de ser flexíveis e adaptáveis. Pessoas submetidas a regras rígidas tendem a desenvolver, posteriormente, relações disfuncionais com outras pessoas. As regras que são assimiladas da família de origem servem de base para as expectativas presentes nos relacionamentos futuros e para a formação de triângulos primários que a pessoa venha a construir (Winter, 1998).

Satir reforça, portanto, a interação com o outro como fator fundamental na constituição da identidade de cada pessoa. Ressalta, principalmente, a importância dos pais (ou quem estiver cumprindo esta função) neste processo. Entendemos que a experiência que a pessoa adquire na família é de suma importância para compreendermos os padrões relacionais atuais dessa pessoa. No presente trabalho, tentaremos avaliar como e se ocorreram esses principais pressupostos de Satir, como as interações internas - as interações entre os elementos do *self* - e as interações externas - o triângulo primário e as regras.

2.2 - A Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen

As idéias que serviram de base para a Teoria dos Sistemas Familiares de Bowen foram desenvolvidas entre os anos de 1957 e 1963. Inicialmente, seu trabalho focava no processo da família nuclear, especificamente em famílias nucleares com um membro esquizofrênico (Kerr, 1981). A partir de 1959, Bowen tentou estender sua orientação teórica de um conceito familiar da esquizofrenia para uma teoria de família que incluía outras doenças emocionais. Sua pesquisa no National Institute of Mental Health (NIMH), somada à sua experiência em psicoterapia e à pesquisa de sua própria família contribuíram para Bowen comparar os padrões intensos em esquizofrenia com os menos intensos padrões

presentes em outros problemas. Esta comparação se transformou na base para uma nova teoria.

A diferença entre as psicoses e as neuroses passou a ser vista como quantitativa e não como qualitativa. Isso significa dizer que os padrões emocionais atuantes em nível neurótico eram vistos como semelhantes aos padrões de famílias de nível psicótico, porém menos intensos. Esta visão, que contradizia o pensamento da época, gerou a idéia de que era possível localizar todo o funcionamento humano em um continuum, conhecido como a escala de diferenciação do ego. Este e mais outros cinco conceitos – processo de projeção familiar, triangulação, processo de transmissão multigeracional e posição entre irmãos – foram definidos por Bowen como os pilares fundamentais da *Teoria dos Sistemas Familiares*. Mais tarde, outros dois conceitos foram adicionados: rompimento emocional e processo emocional na sociedade (Kerr, 1981; Papero, 1998).

O conceito de diferenciação do ego é considerado a pedra angular da teoria de Bowen. Descreve o fato de que as pessoas não são iguais no modo como administram sua individualidade e a unidade familiar em suas vidas. As pessoas podem ser vistas num continuum, denominado como escala de diferenciação, no qual a diferenciação do self varia da mais baixa à mais alta. Famílias de nível mais alto são aquelas em que as forças da individualidade e da unidade familiar se aproximam de um equilíbrio ideal, que as permite ser indivíduos bem definidos nos seus próprios direitos e também atuar como um efetivo membro da família. Já as famílias na extremidade mais baixa são propensas a encontrarem dificuldades, pois carecem de indivíduos que dão o passo à frente nos momentos críticos e definem a direção a ser seguida. Estão constantemente inundadas em um “mar de emotividade” (Kerr, 1981). Indivíduos e famílias em qualquer ponto da escala estão lidando

com as mesmas forças vitais e é uma questão de sucesso ou fracasso relativos ao manejo dessas forças que diferencia as pessoas (Kerr, 1981).

A triangulação refere-se a um sistema relacional entre três pessoas, mais precisamente, um par e um terceiro. O processo de formação da triangulação inicia-se quando a tensão aumenta em uma díade. O conflito relacional passa a ser sentido como um desconforto interno por um dos membros da relação. Se a situação é duradoura, a harmonia da relação é preservada pela absorção, de um dos membros da díade, do potencial problema relacional. O parceiro que absorve a ansiedade é definido de acordo com os padrões de interação da díade (Kerr, 1981). A pessoa que se sente desconfortável resolve o dilema da relação indo ao encontro de uma relação fusional temporária com uma terceira pessoa ou com algo como álcool ou drogas. Se houver sucesso nessa fusão, o membro original da díade se transforma em um intruso, que pode sentir tanto alívio quanto desconforto com esta posição (Kerr, 1981).

Caracteristicamente, em triângulos, há duas pessoas próximas e um terceiro (pessoa ou objeto). Durante períodos em que a tensão está alta, a posição de intruso é a mais desejada. Quando as tensões estão baixas, o terceiro recebe relativa liberdade da ansiedade da díade, porém começa a sentir o desconforto do isolamento. Durante períodos de tensão moderada, há dois lados confortáveis do triângulo e um lado em conflito e é possível às pessoas ocuparem posições relativamente fixas nesta configuração (Kerr, 1981). Em uma família, os triângulos não são fixos, porém são formados e desfeitos de maneira repetitiva, tornando-se previsíveis de acordo com as situações vividas (Papero, 1998).

O conceito de projeção familiar descreve como a diferenciação dos pais é transmitida aos seus filhos. O resultado dessa transmissão é que a capacidade para diferenciação nas crianças geralmente aproxima-se da de seus pais. Como o processo de

transmissão ocorre de maneira não-uniforme, é possível que uma criança cresça com uma capacidade levemente menor para a diferenciação que os seus pais, enquanto outra tenha a mesma capacidade ou, ainda, outra possua mais habilidade para manter a diferenciação em um sistema emocional (Kerr, 1981; Papero,1998).

Transmissão multigeracional refere-se ao modo pelo quais os processos de projeção familiar, repetidos de geração em geração, levam os diferentes ramos de uma família a alcançar níveis mais baixos ou mais altos de diferenciação (Papero,1998). O termo “multigeracional” descreve o fluxo e refluxo do processo emocional através das gerações. O conceito expande a percepção da família nuclear como uma unidade emocional para a percepção de uma família multigeracional como uma unidade emocional. Pensar em termos multigeracionais é estar apto a ver sérias disfunções físicas, emocionais ou sociais nesta geração como um produto final de um problema emocional que tem crescido na família por muitas gerações (Kerr, 1981).

A posição entre irmãos refere-se às características funcionais dos filhos de acordo com a ordem do nascimento. O fato de que pessoas nascidas na mesma posição entre os irmãos, em diferentes famílias, crescem com tantas características de personalidade em comum é talvez a melhor ilustração do que significa “posição de funcionamento” em sistemas familiares. As forças emocionais no sistema determinam qual a maneira que os membros funcionarão. As expectativas funcionais dos irmãos são tão arraigadas na estrutura das famílias através das gerações que vai muito além dos sonhos ou desejos individuais. São mais profundas que os valores culturais, visto que podem ser observadas inclusive em famílias de primatas (Kerr, 1981). Contudo, essas características funcionais podem ser alteradas de acordo com o desenvolvimento da família.

Uma influência de suma importância para a modificação no perfil dos irmãos é o grau com que cada pessoa se envolve no processo de projeção familiar. Se o primogênito, por exemplo, é parte de um intenso triângulo com seus pais, ele (a) pode crescer tanto com um intenso exagero da característica de um irmão mais velho ou um perfil mais típico de um caçula (Kerr, 1981).

Rompimento emocional descreve como as pessoas lidam de forma extrema com suas fusões não-resolvidas nas suas família de origem, isolando-se ou rompendo emocionalmente com sua família parental. Este rompimento pode ser efetuado com uma distância física - as pessoas vivem há longas distâncias umas das outras. Pode também ser efetuado através de um distanciamento emocional, por meio de mecanismos internos como afastamento e evitação da carga emocional quando se encontra na presença da família (Kerr, 1981; Papero, 1998).

Quanto mais intensa a fusão emocional que a pessoa experiencia durante seu desenvolvimento, maior a chance de um rompimento significativo mais tarde. Ao observar uma família por várias gerações, as linhas da família que experienciaram uma fusão crescente serão as linhas que experienciarão maiores graus de rompimento emocional entre os segmentos e membros da família (Kerr, 1981).

O rompimento emocional é um paradoxo interessante, em que ao mesmo tempo reflete, soluciona e cria o problema. Reflete o problema sublinhando a fusão entre as gerações. Soluciona o problema, pois, evitando o contato social, reduz a ansiedade do momento. Cria o problema na medida em que isola e aliena as pessoas umas das outras que, por sua vez, poderiam se beneficiar do contato se lidassem melhor umas com as outras. Uma vez rompidas umas com as outras, as pessoas são mais vulneráveis a iguais e intensas fusões em outros relacionamentos (Kerr, 1981).

O processo emocional na sociedade refere-se à reação emocional da sociedade e que delimita o ambiente aos quais todas as famílias devem se ajustar. Especifica que forças na direção da individualidade e da unidade familiar operam para contrabalançar cada uma em um nível social e de uma maneira similar da que existe nas famílias. Aumentos da ansiedade social alteram o funcionamento da balança dessas forças por meio do aumento da atividade das forças da unidade familiar, gradualmente diminuindo o funcionamento baseado nas forças da individualidade e diminuindo o nível de funcionamento social da diferenciação. Enquanto a orientação da unidade familiar avança, há o aumento das complicações ou sintomas do desequilíbrio. O processo continua até as complicações ou sintomas alcançarem uma magnitude em que o distúrbio ou o desconforto que elas criaram forçam o processo a diminuir o nível e voltam na direção de um nível de funcionamento diferenciado. Quando essa reviravolta acontece, o sintoma começa a diminuir (Kerr, 1981; Papero, 1998).

Neste trabalho, pretendemos identificar a presença desses elementos de Bowen em famílias em que houve uma tentativa de suicídio por parte de um de seus membros. Assim, será observado: o grau de diferenciação do eu dos membros dessas famílias; os modos de projeção familiar e transmissão multigeracional; se há triangulação; a influência da posição entre os irmãos no membro que tentou suicídio; a presença ou não de rompimento emocional; e os efeitos do processo emocional na sociedade na família e no familiar que tentou suicídio.

2.3 - A Terapia Familiar Contextual

Durante a década de 50, enquanto gradualmente reconheciam-se as limitações da terapia individual com crianças ou psicóticos, um pequeno número de clínicos começou a

explorar a terapia conjunta, inicialmente com a família nuclear. Em 1957, Ivan Boszormenyi-Nagy, psiquiatra húngaro, juntamente com seus colaboradores, introduziu a terapia familiar em um projeto de pesquisa no Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute na Filadélfia, Estados Unidos, envolvendo psicoterapia intensiva com pacientes psicóticos hospitalizados. Chamou o seu método, nesse primeiro momento, de “psicoterapia familiar intergeracional dialética”. A orientação inicial era a teoria das relações objetais associada com aspectos existenciais e experienciais. A ênfase era colocada no atendimento, comunicação e padrões de comportamento. Com o desenvolvimento do método, o tratamento passou a não ser mais restrito ao membro diagnosticado e o trabalho foi rapidamente estendido a pessoas em um largo espectro de sintomas não-psicóticos e aos membros de sua família (Boszormenyi-Nagy e Ulrich, 1981; Ducommun-Nagy, 1998).

Nagy (Ducommun-Nagy, 1998) considera o “outro” como o elemento mais importante na constituição do indivíduo, ou melhor, é a presença do outro que favorece a construção dos limites do ego. A contradição dialética “eu”/outro é solucionada em uma síntese, na qual o outro se constitui parte do “eu”. Nesse sentido, em que o processo de individuação é estritamente relacional, não há razão de se fazer uma distinção entre as terapias individual e familiar. A teoria é focada na ética relacional, ou seja, a forma como ocorrem as relações interpessoais depende de como uma pessoa se sente em relação à outra.

Com base nessa visão de “eu”, Nagy elaborou as “Quatro Dimensões da Realidade Relacional”. A primeira delas refere-se aos “Fatos”, os determinantes biológicos ou sócio-históricos dos indivíduos. É uma dimensão de suma importância pelo efeito que pode gerar na “balança ética” das relações. A segunda dimensão é a da “Psicologia Individual” e refere-se ao aparato psíquico da pessoa, força do ego, mecanismos de defesa, desenvolvimento cognitivo e intelectual. É uma dimensão individual e está presente mesmo

na ausência do outro. A terceira é a "Dimensão Transacional", na qual afirma que é necessária a presença de duas ou mais pessoas para ser possível o reconhecimento de uma parcela subjetiva de apreensão da realidade. O objetivo do terapeuta é o de compreender de que forma cada um dos membros da família percebe a realidade e como essa visão afeta os demais membros. A quarta e última é a "Dimensão da Ética Relacional", e diz respeito à relação de obrigatoriedade ou merecimento entre duas pessoas. A restauração da confiança entre os vários protagonistas de uma ação passa pela possibilidade de cada um deles reivindicar o que lhes é devido.

O presente trabalho propõe-se a explorar o modo como as quatro dimensões da realidade relacionais são experienciadas pelas famílias. Os chamados “determinantes biológicos ou sócio-históricos”, que dizem respeito à transgeracionalidade de Bowen, são de essencial importância neste estudo, pois um dos pressupostos deste trabalho é que a compreensão da história de vida das pessoas que tentam suicídio é fundamental para entendermos a motivação e os objetivos da pessoa de tentar eliminar a própria vida. A partir desta compreensão, as demais dimensões poderão ser entendidas: seu aparato psíquico, como essas pessoas perceberam a realidade vivida, no caso, a tentativa de suicídio, e como essa percepção afetou e foi afetada pelos demais membros das duas famílias, a existência ou não do sentimento de injustiça frente aos outros membros, referente à questão da ética relacional.

2.4 - A Terapia Familiar Estrutural

Esta abordagem foi criada por Salvador Minuchin, psiquiatra infantil de origem argentina. Minuchin migrou para os Estados Unidos em 1954, logo após ter trabalhado em Israel por um breve período. Ao fim dos anos 50, foi chamado para trabalhar na Wiltwyck

School, uma instituição que cuidava de jovens negros e porto-riquenhos advindos dos guetos de Nova York. A abordagem estrutural tomou forma durante este período, devido às exigências das condições sociais destes jovens. Minuchin teve de substituir seu modelo de trabalho até então utilizado, uma abordagem individual dos problemas, por uma que privilegiava três aspectos: a concepção familiar dos problemas, o meio social desfavorecido (os terapeutas familiares da época privilegiavam as famílias de classe média) e estratégias de ação e técnicas concretas ao invés de teorias abstratas (Goldbeter-Merinfeld, 1998; Aponte e VanDeusen, 1981).

Em 1965, Minuchin assume a direção da Child Guidance Clinic, na Filadélfia. Com a colaboração de Bráulio Montalvo e Jay Haley, transforma a instituição em um centro-modelo de terapia familiar e elabora um curso de formação profissional voltado para o contexto social e comunitário (Goldbeter-Merinfeld, 1998).

A abordagem estrutural de Minuchin fundamenta-se em quatro conceitos. Esses conceitos são a estrutura, as regras, os subsistemas e as fronteiras (Goldbeter-Merinfeld, 1998).

Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais. Transações repetidas estabelecem os padrões de como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema. Os padrões transacionais regulam o comportamento dos membros da família e são mantidos pelas regras. Assim, a estrutura compreende as regras e os subsistemas (Aponte e VanDeusen, 1981).

As regras dizem respeito aos dois sistemas de vinculação no qual são mantidas as interações familiares. O primeiro deles é o geral (ou genérico), ou seja, as leis que regem a organização familiar, como a complementaridade de funções e a hierarquia de poder. O

segundo sistema de vinculação é o específico, que se refere às expectativas apresentadas pelos e entre os membros da família (Goldbeter-Merinfeld, 1998; Minuchin, 1982).

Subsistemas são os sistemas menores dentro do sistema familiar, formados temporariamente e de modo flexível em prol de um objetivo comum. Pode ser constituído de um membro, uma díade ou vários membros. Há três tipos de subsistemas, o conjugal, o paternal e o fraternal.

O subsistema conjugal é composto pelo casal. Quando um casal se forma, cada um dos cônjuges traz uma um conjunto de valores e expectativas, explícitos ou implícitos, que são conciliados ao longo do tempo, tornado a vida em comum possível. Cada cônjuge deve abrir mão de parte de suas idéias e preferências, o que o faz perder em termos de individualidade, mas ganhar em pertencimento. A função vital deste novo sistema que se forma é o desenvolvimento de limites que protejam os cônjuges das intromissões de outras pessoas, como parentes e filhos, possibilitando uma área de satisfação das necessidades psicológicas de cada um (Minuchin e Fischman, 2003).

O subsistema parental refere-se à interação entre pais e filhos. As transações neste subsistema estão relacionadas à educação dos filhos e às funções de socialização da família, o que inclui disseminar uma série de valores, como por exemplo, como lidar com conflitos ou quais comportamentos são recompensados ou desencorajados. A composição desse subsistema pode variar: quando não são os pais os responsáveis pelos cuidados dos filhos, essa função pode ser atribuída à outra(s) pessoa(s), como os avós, tios, ou mesmo um irmão mais velho. O importante é que este responsável cuide, proteja e socialize as crianças, funções fundamentais do membro adulto do subsistema parental (Minuchin e Fischman, 2003).

O terceiro subsistema é o fraternal, formado pelos irmãos, o primeiro grupo de companheiros de uma criança. Neste espaço, as crianças desenvolvem padrões individuais de negociação, cooperação e competição. Estes padrões se tornam essenciais quando a criança se insere em outros contextos, como a escola, o grupo de amigos e, mais tarde, o mundo do trabalho (Minuchin & Fischman, 2003).

O último dos quatro conceitos fundamentais de Minuchin é a noção de fronteiras, ou seja, as regras que operacionalizam quem participa das transações entre os subsistemas e como essas transações acontecem. As fronteiras são definidas de acordo com a sua clareza e os graus de autonomia e diferenciação dos membros dos subsistemas. São justamente os graus de autonomia e diferenciação que permitem a avaliação, por parte do terapeuta, do funcionamento familiar.

Todas as famílias se localizam entre dois pólos de um mesmo eixo, no qual em um extremo está a fronteira emaranhada e no outro a fronteira desligada. As famílias de fronteira emaranhada se caracterizam por serem voltadas para si mesmas, com um forte sentimento de pertencimento e pouca autonomia. Nesse grupo, a capacidade de adaptação a situações novas ou difíceis é quase inexistente. No outro extremo encontram-se as famílias de fronteira desligada, marcadas pela grande autonomia e por fraco sentimento de pertencimento. As pessoas são incapazes de se perceberem como interdependentes, se vêem como independentes, e a comunicação só acontece quando a família se encontra frente a situações muito complexas.

Com base nesses quatro conceitos, Minuchin ressalta que a constituição da identidade do indivíduo se dá por meio dos sentimentos de pertencimento e separação, desenvolvidos no interior do sistema familiar. A família, portanto, serve como um modelo para a construção do “eu” da pessoa e como um instrumento de socialização.

Neste trabalho, serão explorados como esses quatro conceitos se articulam em duas famílias em que um dos membros tentou suicídio: qual a estrutura de cada família, ou seja, como acontecem as regras de transações entre os diferentes subsistemas, como esses subsistemas se relacionam, se cumprem ou não as funções que Minuchin atribui a cada subsistema e qual é o tipo de fronteira que aparece em cada família.

A apresentação das idéias de alguns dos principais autores da abordagem sistêmica deixa claro que a formação da identidade do sujeito acontece primordialmente na relação com o outro. O sujeito é, então, relacional: ele se constitui a partir das suas experiências interpessoais. Dessa forma, para entendermos o que leva uma pessoa a agir de uma determinada maneira, no nosso caso, a fazer uma tentativa de suicídio, é preciso voltar até onde esse indivíduo se formou, sua família. Acreditamos que algumas características das famílias podem ser cruciais para entendermos o fenômeno da tentativa de suicídio. Assim, a partir do reconhecimento das dinâmicas familiares propostas pelos autores citados, pretendemos explorar os modos de funcionamento de famílias em que um dos membros tentou suicídio.

Uma noção importante que se deve ter, em trabalhos com família, é a questão do sintoma, que exerce uma função especial em famílias ditas “disfuncionais”, como será apresentado a seguir.

3 - A visão do sintoma na Terapia Familiar

Um conceito fundamental quando se trabalha com famílias, sob uma orientação sistêmica, é o do sintoma. Diferente da idéia que se encontra no “Dicionário técnico de Psicologia”, que define o sintoma como “evento ou ocorrência que prenuncia a existência de outro evento ou ocorrência. Em especial, algo que indica a presença atual ou próxima

futura de um estado patológico” (Cabral e Nick, 2000, p. 296), para os teóricos sistêmicos o sintoma é, basicamente, uma forma de auto-organização da família, de manutenção da homeostase familiar, como veremos a seguir.

O Grupo de Palo Alto tomou a noção de sintoma da Teoria da Comunicação, que concebe o sintoma como uma mensagem não-verbal (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967). Apesar de não focar como o sintoma surge em uma família, o Grupo considerava que o sintoma originava quando uma pessoa se via diante de uma situação em que não conseguia emitir mais nenhum comportamento capaz de manter a homeostase familiar. Essa dificuldade resulta em novas tentativas de soluções, que não resolvem a questão e ainda contribuem para intensificar esta dificuldade. Quando essa dificuldade passa a ser vista como um “problema” e não é resolvida, as pessoas afetadas por este passam a intensificá-lo, por meio de feedbacks positivos. Desse modo, o porta-voz dessa dificuldade, na tentativa de solucionar a questão, acaba por reforçar a homeostase familiar e mobilizar as resistências dos demais membros familiares (Wittezaele e Garcia, 1998). É importante frisar que o Grupo de Palo Alto considerava o sintoma como algo involuntário e, portanto, autônomo. Isso significa dizer que o sintoma é parte de um comportamento espontâneo, de modo que o próprio portador deste sintoma via esta espontaneidade como incontrolável. Esta flutuação entre a espontaneidade e a coerção do sintoma o torna paradoxal por si só, tanto para o portador quanto no impacto que esse sintoma gera nos demais membros familiares (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967).

Bowen (Papero, 1998) não definia o sintoma como um indicador de uma patologia apresentada por pessoa ou família. Trabalhava com a idéia de que o sintoma representa o estado atual da família e determina-se por fatores como história familiar, processos que atuam dentro dela e pelos desafios que a família encontra e aos quais deve se

ajustar. O sintoma apresenta, portanto, nessa perspectiva, uma função reguladora. Além disso, Bowen também acreditava que o sintoma tem uma função profilática. Quando um membro regula ou absorve o excesso de ansiedade apresentado pela família e gera um sintoma, os demais podem apresentar-se assintomáticos.

É importante frisar que Bowen trabalhava com uma idéia específica de ansiedade. Para ele, a ansiedade é o medo frente a uma ameaça real ou imaginária, sendo classificada em dois tipos: aguda, que representa uma resposta do organismo a uma ameaça real, cujo efeito, diferenciado para cada pessoa, apresenta-se somente durante o período de exposição; e crônica, que diz respeito a um tipo de organização que independe de estímulos específicos, é transmitida de forma transgeracional e reflete-se na maneira como o indivíduo percebe, interpreta e se comporta no mundo.

Na perspectiva Boweniana, o sintoma retrata várias modificações no funcionamento da família, pois, enquanto um membro funcionar de uma forma menos eficiente, os demais poderão ter de desenvolver um superfuncionamento. Dessa maneira, os sintomas surgem, pioram, melhoram e desaparecem, em resposta às mudanças apresentadas pelo ambiente e pela própria família (Papero, 1998).

Virginia Satir (Winter, 1998) considera o sintoma como um ajuste, uma tentativa de manutenção da homeostase familiar. Nos períodos de transição, esses ajustes resultam em um comportamento disfuncional que necessariamente não restaura a homeostase; na verdade, podem contribuir para desequilibrar ainda mais o sistema familiar. Satir acreditava que o sintoma mostra o estresse que a família vem passando e é mais uma tentativa da família para corrigir o desequilíbrio existente, tanto em seus membros como no sistema familiar (Winter, 1998).

Minuchin (Goldbeter-Merinfel, 1998), assim como Satir, via o sintoma como um comportamento resultante da incapacidade dos membros da família em gerar as mudanças necessárias nas transições das fases do ciclo de vida familiar. Minuchin também ressaltava o caráter organizador do sintoma. De certo modo, o sintoma organiza a estrutura da família ao mostrar como cada membro da família lida com o mesmo e com o paciente identificado. O termo - paciente identificado - é utilizado pelas abordagens sistêmicas para se referir ao membro familiar portador do sintoma, visto como porta-voz das dificuldades familiares. É justamente essa organização que o terapeuta tentará desestabilizar para facilitar o desaparecimento do sintoma.

Nagy (Ducommun-Nagy, 1998) apresentava certa prudência em propor hipóteses etiológicas a partir de suas constatações clínicas ou formulações teóricas. Sua teoria enfocava no complexo relacionamento interpessoal, porém não creditava somente às relações familiares a origem de sintomas. Acreditava também na existência de fatores biológicos na origem da esquizofrenia, por exemplo. Desse modo, sua intervenção não tentava construir uma explicação para o surgimento do sintoma, mas procurava trabalhar com a família suas possibilidades de ação daquele ponto em diante.

Outros autores sistêmicos também utilizam o conceito de sintoma e de paciente identificado. O pensamento de Andolfi e Ausloos deixa clara a importância da noção de paciente identificado para a compreensão do sintoma em contexto.

Andolfi (1998), em seu trabalho clínico com famílias que tinham uma criança com algum tipo de dificuldade, percebeu que esta não era o “problema”, mas, sim, um indicador de que cada membro possuía uma enfermidade profunda que aumentava com o passar do tempo. Assim, o sintoma que determinada criança apresentava servia para diminuir a tensão existente entre os membros da família. A criança, dessa forma, era vista como um paciente

identificado, a porta de entrada do terapeuta no sistema familiar (Andolfi, 1998), ou seja, o membro que permitia o acesso às questões não apenas suas, mas de toda a família.

Ausloos (1996) tem uma concepção interessante a respeito da gênese do sintoma. Para ele, inicialmente, há apenas uma família tendo de lidar com diversas dificuldades, tensões e estímulos internos ou externos, aos quais não é capaz de responder. Nessa situação, um comportamento apresentado por um membro da família, dentre vários comportamentos dos outros membros, gera certos resultados que não obtinha normalmente, ou que não seriam gerados se o sistema não tivesse se afastado do equilíbrio. Este comportamento é selecionado e ressaltado pelos demais. Em seguida, é repetido e ampliado, em parte por continuação das respostas que ocasiona, em parte porque adquire um sentido particular para o seu emissor e para os outros membros do sistema. Este membro passa, então, a ser o portador. Contudo, é após uma seqüência de circunstâncias acidentais e imprevisíveis do jogo das relações interpessoais que podem contribuir para que um determinado comportamento se cristalize como sintoma.

É a partir dos pressupostos acima que definimos o conceito de “sintoma” nesse trabalho: uma comunicação, de um dos membros de uma família, de que algo no sistema apresenta-se disfuncional; um sinal de que as relações entre seus membros, principalmente durante os períodos de transição de uma fase do ciclo de vida familiar para outra, não ocorreram de forma saudável e funcional. Importante ressaltar que, dentro desta compreensão de sintoma, encontra-se a noção trazida pela abordagem estrutural de Minuchin, de que “configurações estruturais semelhantes podem ser observadas nos sistemas que apresentam um mesmo tipo de sintomas” (Goldbeter-Merinfeld, 1998).

Assim, a tentativa de suicídio, no presente trabalho, é compreendida como um sintoma, uma atitude extremada de um dos membros da família para comunicar que a

família está em sofrimento. Pressupõe-se, então, que as famílias em que um dos membros tenta suicídio estão disfuncionais e não estão sendo capazes de realizar de forma adequada e saudável as tarefas exigidas na transição entre os estágios do ciclo de vida familiar.

Após essa apresentação da importância da definição do sintoma, tanto para a abordagem da terapia familiar sistêmica quanto para este trabalho, podemos, enfim, identificar o que alguns estudos verificaram a respeito da relação entre família e tentativa de suicídio.

4 - Dinâmicas Familiares em Tentativas de Suicídio

A tentativa de suicídio entre adolescentes tem se tornado uma prática muito comum. É natural, portanto, que haja muitos estudos a respeito desse fenômeno. Contudo, existe uma “lacuna”: há poucos estudos que tratem da tentativa de suicídio em adultos jovens. Carter e McGoldrick (2001) ressaltam que há uma dificuldade em delimitar quando uma pessoa passa de uma fase da vida para outra, ou seja, não há nenhuma demarcação, nenhum rito de passagem que torne uma criança em um adolescente, ou um adolescente em adulto jovem. Assim, tentaremos transpor, a partir da literatura a respeito do funcionamento de família em que um adolescente tentou suicídio, idéias que possam ser compatíveis com a tentativa de suicídio de adultos jovens.

Koopmans (1995) sugere que a tentativa de suicídio de adolescentes é resultado de processos disfuncionais, relacionados a problemas de ajustamento dos membros da família. São dois os aspectos desses processos disfuncionais: o conceito de Minuchin e Fishman (1990) de transgressão de fronteiras na família e a aplicabilidade da Teoria do Duplo Vínculo de Don Jackson.

A transgressão de fronteiras acontece quando os papéis de cada subsistema familiar (conjugal, parental e fraternal) não são delimitados de forma clara. Isso gera fortes respostas afetivas, como culpa e ansiedade (Koopmans, 1995), que podem levar a uma tentativa de suicídio, como uma forma de escapar ao emaranhamento familiar. O emaranhamento familiar também foi encontrado em famílias com um adolescente que tentou suicídio por Mitchell e Rosenthal (1992). Os autores avaliaram um total de 34 adolescentes, com idades entre 10 e 18 anos. Além do emaranhamento, os pesquisadores encontraram nas famílias com adolescentes que tentaram suicídio mais dificuldades em lidar com conflitos familiares, padrões rígidos de interação, inflexibilidade e habilidades precárias de resolução de problemas.

Sobre o duplo vínculo, Koopmans (1995) afirma que este conceito não foi ainda explorado no âmbito do comportamento suicida de adolescentes. Ele sugere que tentativas de suicídio podem ser vistas como duplo vínculo, pois mensagens da necessidade de autonomia e de supervisão dos pais são enviadas simultaneamente por meio da tentativa (Koopmans, 1995). Acreditamos que estas idéias possam também ser aplicadas em casos de adultos jovens que tentam suicídio, pois estes adultos podem ter passado por processos semelhantes, como a transgressão de fronteiras e o paradoxo do duplo vínculo, enquanto eram adolescentes ou podem ainda passar, nesta nova etapa do seu ciclo de vida. Além disso, acreditamos que a experiência de vida dessas pessoas é um fator muito importante a ser considerado na compreensão do comportamento de tentativa de suicídio.

A interação familiar é o resultado de uma combinação complexa de elementos. Um elemento importante é o modo como a família lida com as várias perdas durante seu ciclo de vida. A vivência de perdas de naturezas diversas pode afetar comportamentos futuros, dentre eles, a tentativa de suicídio. Visher e Visher (1988) atentam especificamente

para a questão da família reconstituída. Para os autores, uma família reconstituída, modelo familiar comum após a aceitação social do divórcio, representa uma perda - a perda da família nuclear. A partir dessa premissa, desenvolvem a idéia de que adultos e crianças lidam de forma diferente com a perda da família nuclear e com a construção de uma nova família por meio do recasamento de um dos pais, ou mesmo de ambos. Descrevem que os adultos chegam para um novo casamento cheios de novas expectativas positivas, enquanto os filhos sentem-se ameaçados, vindos de uma perda e assim, cheios de expectativas negativas.

Por meio de um caso de um adolescente de 15 anos, Visher e Visher (1988) mostram como o divórcio e uma posterior família reconstituída pode influenciar, mesmo que indiretamente, uma tentativa de suicídio. Carlos, o adolescente, vivenciou a perda da família nuclear aos sete anos, quando seus pais se divorciaram. Seus pais casaram novamente, o pai dois anos e a mãe quatro anos após o divórcio. Carlos e a irmã moraram com a mãe, até que sucessivas brigas o levaram a ir morar com o pai e a nova esposa. Todavia, Carlos não se adaptou às mudanças de casa e de escola: na antiga escola, era um dos melhores jogadores de futebol, enquanto que na nova não havia este esporte, não fez amigos na nova escola e estava com sua auto-estima muito baixa. Após um bilhete de suicídio ser encontrado em meio aos seus livros, Carlos iniciou um processo terapêutico. Durante a terapia, relatou que acreditava que o suicídio era uma resposta às suas frustrações. Depois de 10 meses de terapia, Carlos começou a fazer novas amizades na escola, engajou-se no basquete e passou a visitar sua mãe e o esposo mais vezes. Com o passar do tempo, reduziu bastante os atritos com sua mãe, melhorou sua auto-estima e não sentia mais que o suicídio poderia ser uma resposta às suas questões.

O caso de Carlos ilustra duas importantes dinâmicas no pós-divórcio. A primeira é que os adultos não reconhecem as várias perdas que as crianças sofrem e que podem ou não tolerar. Por vezes, é tanta a culpa que os adultos sentem por procurarem sua própria felicidade que sentem uma necessidade de negar a infelicidade da criança. A segunda é que crianças atuam sua raiva mais freqüentemente que a expressam. Assim, o caso de Carlos mostra como a falta de habilidade em lidar com perdas e uma baixa tolerância à frustração pode levar uma pessoa a acreditar que o suicídio é uma resposta válida para apaziguar suas angústias.

Gutstein (1991) afirma que a perda é “um dos precursores primários ao ato suicida” (p. 263). Ele acredita que o que determinará se o ato suicida será uma resposta a alguma perda passada ou futura é a forma como a família lida com as perdas e com os mitos familiares.

Após anos de pesquisas clínicas com adolescentes em risco de suicídio e suas famílias, Gutstein e sua equipe perceberam uma quantidade muito grande de “comportamentos autodestrutivos, abusos, violências, divórcios, abandonos, conflitos duradouros e rompimentos emocionais” (p. 264) nas histórias dessas famílias, além de um alto grau de isolamento da família nuclear com a família extensa e com os amigos da família. Ele acredita que essa gama de conflitos reflete nos mitos pessoais desenvolvidos por esses adolescentes (Gutstein, 1991). Por mitos pessoais, o autor entende que é a releitura das histórias familiares básicas, de forma a reforçar crenças intrínsecas à família sobre a forma do indivíduo agir no mundo de modo eficiente e com sucesso.

Em um sistema funcional, vários mitos coexistem, o que Gutstein (1991) denomina de “ecologia aberta”. Nesse tipo de ambiente, é possível que cada pessoa construa seu próprio mito a partir de uma crise, gerando inúmeros mitos pessoais que

ilustram e corroboram as ações e histórias dos diversos membros da família (Gutstein, 1991). No caso de um adolescente em risco de suicídio, há poucos mitos pessoais para lidar. Se estes se tornam insuportáveis, o adolescente não encontra formas de adaptar ou substituir esses mitos, tornando-se inapto a realizar a “reconciliação” (p. 265), a modificação dos mitos pessoais após uma crise, e percebe o suicídio como uma única opção possível (Gutstein, 1991).

Osvath, Vörös, e Fekete (2004) investigaram a ocorrência de eventos negativos na vida em um grupo de pessoas que tentaram suicídio, com atenção especial às relações entre o número de eventos e características psicológicas dos participantes. Por meio de uma entrevista estruturada (desenvolvida pelo WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behavior) e pela aplicação de testes (Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, State-Trait Anger Scale e Rosenberg Self-Steem Scale), os pesquisadores verificaram que os participantes relataram ter vivido eventos negativos relacionados aos pais durante a infância (conflitos conjugais, abuso de substâncias, distúrbios psiquiátricos, morte ou ser separado dos pais); ter freqüentemente vivenciado eventos traumáticos induzidos pelos pais (abuso físico ou mental) e muitos problemas nas relações pais-filhos (sentimento de não ser amado ou de ser negligenciado pelos pais).

Com relação às experiências pessoais, os participantes relataram ter muitos problemas interpessoais, como solidão, isolamento e dificuldade em fazer contato com outras pessoas. Mulheres relataram muitos problemas somáticos e psicológicos (distúrbios alimentares, ansiedade extrema ou disfunções sexuais), além de abusos mentais, físicos e sexuais de seus parceiros. Os homens alegaram mais problemas como alcoolismo ou conflitos no ambiente de trabalho. Os participantes adultos também citaram ter sérios conflitos conjugais (Osvath, Vörös e Fekete, 2004).

Os autores afirmam que os resultados obtidos sustentam a hipótese de que eventos estressantes estão correlacionados a comportamentos suicidas. Acreditam também que eventos traumáticos possam estar envolvidos no desenvolvimento de uma vulnerabilidade psicológica e/ou biológica e de uma disfunção cognitiva (Osvath, Vörös e Fekete, 2004).

Outra pesquisa encontrou resultados significativamente parecidos com a anterior. Em uma tentativa de verificar se o luto era diferente para pais cujos filhos morreram por meio de acidente de carro e pais cujos filhos morreram por suicídio. Séguin, Lesage e Kiely, (1995) verificaram que os pais dos suicidas vivenciaram, na infância, mais separações e divórcios dos próprios pais do que os pais de filhos que sofreram acidente. Esses pais, já na idade adulta, também experienciaram mais divórcios, separações e problemas conjugais. Além disso, reconheceram ter muitos conflitos no relacionamento com seus filhos (Séguin, Lesage e Kiely, 1995). Pode-se supor, então, que possivelmente há uma influência da questão dos rompimentos emocionais na decisão desses filhos em se suicidar e que o divórcio foi experienciado por esses filhos de uma forma negativa, como descrito anteriormente por Visher e Visher (1988).

Os conflitos familiares e sua relação com a ideação suicida de adolescentes e seus comportamento autodestrutivos foram o foco do estudo de Shagle e Barber (1993). Os pesquisadores entrevistaram 473 estudantes de escolas públicas do Estado do Tennessee, Estados Unidos, cursando entre a quinta e a décima séries do sistema educacional do Estado. Os resultados da pesquisa sustentaram a hipótese inicial de que os comportamentos auto-depreciativos servem de mediadores dos conflitos familiares, que por sua vez podem resultar em ideação suicida. Eles sugerem duas hipóteses para este fenômeno. A primeira diz respeito à possibilidade de que o comportamento suicida, ou a ideação suicida, pode servir para evitar as experiências de auto-depreciação que o adolescente percebe no conflito

familiar. Quanto maior a gravidade do conflito, mais extremo será o comportamento autodestrutivo utilizado para lidar com a situação. A segunda hipótese é a de que este estilo de lidar com os conflitos pode ser uma estratégia no qual o adolescente “vítima” ataca a base de sua auto-rejeição, percebida como os membros com os quais o adolescente mantém conflito na família. Desse modo, o comportamento autodestrutivo se torna uma forma de retaliação ao inadequado sistema de apoio da família (Shagle e Barber, 1993).

Outra dinâmica familiar muito importante e que deve ser sempre avaliada nos casos de tentativa de suicídio é a transgeracionalidade, ou seja, a recorrência de padrões de funcionamento, no caso, a ocorrência de suicídios ou tentativas na família. Frequentemente, um problema atual da família aconteceu também em gerações passadas. Especificamente no caso de suicídio, o risco chega a aumentar em quatro vezes entre parentes próximos de um suicida (Meleiro & Teng, 2004). Padrões sintomáticos, como o suicídio, entre outros, tendem a se repetir em famílias de geração em geração. McGoldrick e Gerson (1985) mostram o genograma da família Fonda, onde fica claro que há uma repetição do comportamento suicida nesta família. Dois filhos cometeram suicídio por volta de um ano após suas respectivas mães terem feito o mesmo.

McGoldrick e Gerson (1985) também apontam para outra dinâmica importante relacionada ao suicídio: “as reações de aniversário”. Essa dinâmica é entendida como certas “coincidências” que acontecem com os membros da família, quando eles reagem em uma data que é o aniversário de algum evento traumático ou crítico ocorrido na família. Cassorla (2005) afirma que nas Reações de Aniversário os indivíduos mobilizam, de forma inconsciente, os conflitos relativos ao processo de luto, no aniversário, ou próximo do aniversário de morte de pessoas consideradas muito importantes para este indivíduo. Doenças, crises e mortes repentinas podem frequentemente ser relacionadas a este

fenômeno, bem como suicídios intencionais. McGoldrick e Gerson (1985) utilizam como exemplo a família do antropólogo Gregory Bateson, cujo irmão, Martin, suicidou-se no dia em que completava dois anos da morte do irmão mais velho, John.

Com base na revisão bibliográfica, tanto a respeito das tentativas de suicídio quanto das dinâmicas familiares citadas como relacionadas às tentativas de suicídio, os pressupostos que norteiam o presente trabalho são:

1) a família é uma unidade complexa e a dinâmica familiar, para ser compreendida, envolve a inclusão da história familiar, ou seja, elementos da família nuclear, de origem e extensa;

2) as transições entre as fases do ciclo de vida familiar podem representar situação de risco de tentativa de suicídio, caso a família não apresente a flexibilidade e adaptabilidade necessárias durante a transição, gerando as chamadas “crises de transição”;

3) o isolamento, tanto social como familiar, pode aparecer como um elemento importante na história de vida das pessoas que tentam suicídio ou na história de vida de suas famílias;

4) as famílias em que um dos membros tentou suicídio tendem a possuir um repertório escasso de mitos familiares para lidarem com seus conflitos;

5) essas famílias tendem a apresentar elementos de comunicação disfuncional, podendo chegar ou não a se caracterizar como um duplo vínculo;

6) as fronteiras entre os subsistemas podem não estar bem delimitadas nessas famílias, ou seja, elas podem se caracterizar como famílias do tipo emaranhadas;

7) há possibilidade de transgeracionalidade, ou seja, pode haver nas famílias de origem das famílias estudadas, casos de tentativa ou de suicídio completo, fator que merece atenção por ampliar o risco de tentativas ou suicídios consumados nas gerações seguintes.

5 - Objetivos do trabalho

A importância do presente estudo reside no fato de haver uma escassa literatura a respeito do funcionamento e das características de famílias em há que uma ou mais tentativas de suicídio por parte de um dos membros, em especial quando se trata de adultos jovens. Os suicidas e tentadores são muitas vezes vistos de forma isolada do contexto em que vivem. Sob uma ótica sistêmica, é impossível compreender um indivíduo sem considerar o contexto em que vive, seja este contexto familiar ou social. Assim, o fenômeno da tentativa de suicídio também deve ser visto como parte integrante de múltiplos sistemas, em que esse comportamento tem funções. Uma dentre elas é a de chamar atenção para o fato de que algo nesta família não está adequado, ou seja, o modo de funcionamento não está satisfazendo às necessidades dos membros. Entendemos que a compreensão ampla da questão da tentativa de suicídio requer o entendimento da dinâmica e das características familiares.

O objetivo geral do trabalho, portanto, é compreender o funcionamento de duas famílias em que houve pelo menos uma tentativa de suicídio por parte de um dos membros, no caso, adultos jovem. O objetivo específico é identificar as dinâmicas familiares presentes nessas duas famílias, por meio de informações adquiridas em sessões de terapia familiar.

III - MÉTODO

1 - Metodologia

Esta pesquisa constitui um desdobramento de atendimentos clínicos em terapia familiar que vinham sendo realizados há quase dois anos no CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Minuchin (1990) sustenta que a terapia familiar consiste em reunir-se com a família, experienciar as relações e a realidade como os membros desta família o fazem e, por conseqüência, tornar-se envolvido nas interações repetidas que formam a estrutura familiar e, assim, conceber o modo como as pessoas pensam e se comportam. Isso implica em co-participar com a família, de sua dinâmica e tornar-se um agente de mudança, trabalhando dentro das regras do sistema familiar, com modalidades de intervenção só possíveis com a família em tratamento, produzindo uma forma diferente e positiva de viver.

A metodologia escolhida para este trabalho foi da pesquisa qualitativa, especificamente o estudo de caso. Essa escolha justifica-se pelo interesse em verificar as peculiaridades de um único caso (Lüdke e André, 1986). Uma pesquisa com o delineamento de estudo de caso visa compreender uma instância singular, ou seja, “o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada” (Lüdke e André, 1986). No presente trabalho, o interesse principal incide em conhecer, explorar e identificar as dinâmicas familiares presentes em duas famílias em que um dos membros tentou suicídio. A finalidade deste estudo exploratório é termos uma melhor compreensão de quais elementos da dinâmica familiar estão presentes quando um de seus membros, em especial, um adulto jovem, tenta suicídio.

A escolha do caso é feita a fim de avançar um entendimento em outro objeto de interesse (Stake, 1994). Assim, o estudo de caso não possui apenas a finalidade de se entender melhor sobre o caso, mas também visa compreender melhor o fenômeno do qual o caso é representativo.

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso possui sete características principais. Para elas, o estudo de caso:

- 1) Visa a descoberta: o pesquisador está sempre atento ao que aparecer de diferente e novo durante o andamento do estudo;
- 2) Enfatiza a “interpretação em contexto”: para compreender o objeto em estudo, é necessário contextualizá-lo;
- 3) Busca retratar a realidade de modo completo e profundo: o pesquisador considera as várias dimensões de uma situação, percebendo-a em sua totalidade;
- 4) Utiliza uma variedade de fontes de informação: por meio de várias informações, o pesquisador é capaz de cruzar essas informações e corroborar ou alterar hipóteses e descobrir novos dados;
- 5) Revela experiências vicárias e permite generalizações: outro pesquisador pode utilizar os dados de uma pesquisa anterior e comparar com seus próprios resultados, a fim de ajudá-lo em sua análise, tanto para confirmar como para refutar os dados anteriores;
- 6) Procura representar os diferentes e por vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social: o pesquisador não percebe a realidade como única, mas sob diferentes ângulos, permitindo que cada participante, incluindo o leitor e o próprio pesquisador, tenham suas próprias

conclusões;

- 7) Utiliza uma linguagem e uma forma mais acessível do que outros tipos de relatórios de pesquisa: o importante é transmitir de modo claro o caso e em um estilo que se aproxime da experiência pessoal do leitor.

No atendimento de família, também é possível verificar essas sete características de um estudo de caso propostos por Lüdke e André (1986). Na terapia familiar, o terapeuta:

- 1) Deve estar sempre atento ao novo, novos acontecimentos, novas informações, ou seja, tudo o que é dito de diferente ao longo das sessões;
- 2) Procura compreender a família inserida no seu contexto, seja o contexto da família nuclear, de origem, extensa, como também contextos mais amplos, como a comunidade, a sociedade;
- 3) Frente a uma determinada situação, busca compreendê-la como uma totalidade, observando suas várias dimensões e nuances;
- 4) Coleta informações com os diferentes membros da família, até mesmo, quando necessário, com membros da família extensa e de origem, a fim de cruzar essas informações e corroborar ou alterar as hipóteses terapêuticas ou então elaborar novas hipóteses;
- 5) Compartilha suas experiências com outros profissionais (professores, psiquiatras, etc.), a fim de ajudá-los em seus próprios trabalhos com família, sempre com o cuidado de manter os princípios éticos de sigilo profissional e resguardar os membros da família em terapia;
- 6) Valoriza os diferentes pontos de vista dos membros da família a cerca de uma determinada situação; permite que cada um expresse suas próprias

percepções e auxilia os membros a integrarem esses pontos de vista com vistas a construir novas histórias sobre a questão;

- 7) Utiliza em terapia uma linguagem acessível a todos os familiares, fazendo-se compreender pelos membros e compreendendo seus questionamentos e experiências de vida.

Assim, o próprio desenvolvimento do processo terapêutico em terapia familiar pode ser considerado um estudo de caso em si. Ao longo do processo, o terapeuta deve estar em constante reflexão sobre a família e sobre o seu papel.

Segundo Stake (1994), o caso selecionado deve representar o fenômeno a ser retratado no estudo. Dessa forma, os dois casos foram escolhidos porque acredita-se que a compreensão dos mesmos levará a um entendimento melhor das dinâmicas familiares presentes em contextos de tentativa de suicídio.

Com relação à possibilidade ou não de generalização de um estudo de caso, alguns autores defendem que é possível, desde que o pesquisador não parta do pressuposto de que o caso representa um recorte do mundo. O pesquisador deve ter o entendimento de que o estudo de caso representa o caso. Stake (1994) chama atenção ainda para o fato de que um pesquisador não deva ficar tão preocupado em generalizar ou criar uma teoria a partir dos dados coletados, pois tal preocupação pode levá-lo a perder características importantes do caso.

Este trabalho visa, a partir do estudo de caso, compreender o funcionamento de duas famílias em que um dos membros tentou suicídio, sendo que estes são dois adultos jovens, um do sexo feminino e outro do sexo masculino. A literatura ainda é muito carente de reflexões a respeito da tentativa de suicídio de adultos jovens e o funcionamento de suas famílias. A metodologia de estudo de caso, apesar de não priorizar a generalização de seus

achados, permite que novas reflexões acerca do fenômeno sejam feitas. Assim, espera-se que o presente trabalho seja mais uma contribuição a um campo ainda pouco explorado, o da família e sua relação nos casos de tentativa de suicídio. Partimos, ainda, do pressuposto de que cada uma das famílias é única, mas que pode, contudo, ter características que sejam comuns a outras famílias que se encontrem em situações de risco semelhantes.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, algumas questões relativas a esta epistemologia permeiam este trabalho: a) o dado coletado é construído a partir de uma relação – relações diferentes criam dados diferentes; b) os pesquisadores influenciam e são influenciados pelo sistema estudado e devem estar atentos a esta influência, pois quando esta passa despercebida pelo pesquisador, uma riqueza de informações sobre o sistema social é perdida e o pesquisador pode ignorar a hipótese de que o sistema responde, em parte, aos pensamentos e ações do pesquisador (Berg e Smith, 1988). Ao longo do presente trabalho, essas questões foram constantemente retomadas. Os dados obtidos foram construídos a partir da experiência que a autora e a orientadora do trabalho tiveram com as famílias atendidas, tendo em conta que se essas mesmas famílias tivessem sido atendidas por outros terapeutas, o olhar sobre os dados obtidos seria outro. As nossas influências na família e como fomos influenciadas por elas também foram questionadas em sessões de supervisão, onde ambas e a equipe terapêutica que observava atrás do espelho unidirecional refletiam sobre as percepções a respeito da dinâmica e do processo terapêutico de cada família a cada sessão. Procurávamos, sempre, esgotar nossas hipóteses sobre cada caso, discutindo, exaustivamente, o que deveria ser tratado no próximo atendimento e tentando apontar possíveis significados a cada informação obtida.

Cabe ressaltar que o foco do trabalho não é o processo terapêutico em si. O foco reside no conhecimento adquirido por meio desse processo, das dinâmicas e estratégias de

funcionamento de duas famílias nas quais um de seus membros fez uma tentativa de suicídio.

2 - Participantes

O interesse por esta temática começou após a pesquisadora ter se engajado no grupo de estágio em terapia familiar da professora Gláucia Diniz, em setembro de 2003. Muitas das famílias atendidas pelo grupo tinham a questão do suicídio permeando a terapia, seja suicídio completo ou tentativa de suicídio. Por seis meses, a pesquisadora, à época estagiária, apenas observou os atendimentos. Passou a atender famílias em março de 2004, dentre as quais se encontram as famílias que fizeram parte do presente estudo.

Os participantes da pesquisa são, portanto, duas famílias em que um dos membros tentou suicídio ao menos uma vez. Essas famílias foram atendidas no CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – em Terapia Familiar. Os atendimentos eram quinzenais, em sessões de uma hora de duração. Apesar de essas famílias estarem em atendimento desde antes de 2003, a coleta de informações, por meio de registros em áudio, iniciou-se apenas em maio de 2005, após a pesquisadora ter iniciado o mestrado no Curso de Pós Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Das duas famílias, uma foi encaminhada ao serviço de atendimento familiar após a tentativa de suicídio de um dos membros da família. A outra família procurou a terapia familiar por outro motivo, no caso, o diagnóstico da doença terminal do pai, mas teve um dos membros que tentou suicídio ao longo da terapia.

É importante salientar que a Terapia Familiar em questão, de abordagem sistêmica, é feita no formato de co-terapia, ou seja, são duas terapeutas na sala de atendimento, e

conta com a participação de equipe reflexiva, composta por um grupo de estagiárias que observam por trás de espelho unidirecional. No caso, a terapeuta é a orientadora da pesquisa e a co-terapeuta é a mestranda-pesquisadora.

3 - Ética na pesquisa

Uma questão de fundamental importância na pesquisa é o compromisso ético. Os princípios éticos que nortearam este trabalho foram os exigidos pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo, em vigor desde 27 de agosto de 2005 (CFP, 2005).

No presente trabalho, os cuidados com os princípios éticos foram tomados. Vale ressaltar que, ao ingressar no CAEP, os clientes recebem um consentimento livre e esclarecido, onde explicita-se a natureza do Centro e o fato de que os atendimentos podem vir a se tornar estudos, mas sempre mantendo-se o sigilo profissional e resguardando os clientes de serem, porventura, identificados. Ou seja, ao aceitarem fazer psicoterapia ou qualquer outro tipo de trabalho no Centro, os clientes estão cientes de que ali é uma clínica-escola, que serão possivelmente atendidos por alunos e o trabalho realizado poderá gerar ou resultar em pesquisas de diversas naturezas, que gerarão conhecimento teórico-clínico, como artigos em revistas científicas, apresentações em congressos, dissertações de mestrado ou teses de doutorado, por exemplo. Assim, no início dos atendimentos em terapia familiar, as famílias já sabiam que dados gerados ao longo do processo terapêutico poderiam vir a servir como dados para pesquisas posteriores.

O material gerado pela pesquisa foi mantido em sigilo. As transcrições das fitas cassete de áudio foram feitas pela mestranda e apenas tiveram acesso às transcrições a própria e a orientadora, que também participava dos atendimentos.

Após o ingresso da mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia houve o início da estruturação do trabalho, ou seja, a delimitação do foco do trabalho, que gerou a escolha quanto ao método a ser utilizado e quais seriam os participantes. Tão logo essas decisões foram tomadas, as famílias foram comunicadas que a autora deste trabalho, até então estagiária, havia ingressado no programa de pós-graduação e passava a ter agora um novo papel, o de mestranda-pesquisadora, e que suas famílias haviam sido escolhidas para participar do estudo, por possuírem um membro familiar que tentou suicídio ao menos uma vez. Ambas as famílias prontamente aceitaram a proposta de participarem do estudo. Este fato nos surpreendeu, pois esperávamos encontrar alguma resistência nas famílias em participar do trabalho, uma vez que a temática do suicídio é ainda um tabu social e costuma ser muito penosa para uma família que tenha passado por isto, seja uma tentativa ou um suicídio consumado. A partir da concordância dessas famílias, foi entregue às famílias um termo de consentimento livre e esclarecido voltado para a pesquisa, onde os objetivos e as questões éticas relativas ao trabalho foram explicados. Depois que todos os membros da família que participariam das sessões assinaram o termo, deu-se início ao processo de coleta de dados, por meio das gravações das sessões de terapia familiar em áudio.

Ao todo, foram realizadas vinte e uma sessões gravadas, sendo dez da primeira família, nove da segunda família e duas sessões individuais, com o membro tentador de suicídio da primeira família.

4 - Coleta e Análise de Dados

Segundo André (2005), pode-se caracterizar o desenvolvimento dos estudos de caso em três fases:

1. Exploratória: é a fase inicial do estudo, em que o pesquisador entra em contato com o seu objeto de estudo. O delineamento da pesquisa vai assumir contornos mais definidos no contato do pesquisador com a situação a ser investigada. É o momento de definir as unidades de análise - o caso -, confirmar ou não as questões iniciais, estabelecer os primeiros contatos para a entrada em campo, localizar os participantes e estabelecer, mais precisamente, os procedimentos e instrumentos de coleta de dados.
2. Delimitação do estudo e de coleta dos dados: nesta fase, o pesquisador deve limitar o seu foco de investigação e definir qual será o método da coleta de dados, como, por exemplo, entrevistas e observações. Além desses métodos, outros também podem ser utilizados, como questionários, testes, mapas conceituais, dados estatísticos, entre outros.
3. Fase de análise sistemática dos dados e de elaboração do relatório: quando a coleta de dados está praticamente concluída é que se inicia a fase mais formal da análise. Primeiramente, o material coletado é organizado; em seguida, o material é lido e relido, para identificar os pontos relevantes e iniciar o processo de construção das categorias descritivas; enfim, o pesquisador recorre aos fundamentos teóricos do seu estudo e às pesquisas correlacionadas, estabelece conexões e relações, a fim de apontar suas descobertas, os achados do estudo.

No presente estudo, a fase exploratória ocorreu de outro modo: a pesquisadora já estava em contato com seu objeto de estudo. Assim, foi mais fácil delimitar o foco do estudo, as famílias em que um dos membros tentou suicídio, e o método de coleta de dados, as sessões de terapia familiar.

Os dados foram coletados durante as sessões, por meio da gravação de áudio. Além desse meio, informações adicionais foram coletadas com a terapeuta que acompanhou as famílias desde seu ingresso na terapia, a professora e orientadora Gláucia Diniz, com o grupo de estagiários (suas idéias, hipóteses e impressões sobre os casos) e também com base em anotações anteriores sobre os casos, feitas pela equipe e pela mestrandia. Assim, o caso foi construído com base nos relatos que as famílias trouxeram as informações coletadas e as discussões durante as reuniões de supervisão do grupo de estágio e as reuniões de orientação entre a orientadora e a pesquisadora.

A análise dos casos estudados neste trabalho foi feita em três etapas: apresentação do caso, identificação das dinâmicas familiares e reflexão acerca dos casos.

A apresentação do caso consiste em cinco eixos. O primeiro refere-se à composição da família, identificando quem são os membros e suas atividades. O segundo eixo é uma breve história da família nuclear incluindo, quando pertinente para a compreensão do caso, elementos da história das famílias de origem do casal e também da família extensa. O terceiro eixo refere-se à descrição das tentativas de suicídio. O quarto eixo refere-se ao contexto do encaminhamento, ou seja, como a família chegou ao serviço de terapia familiar. O quinto eixo trata das dimensões do trabalho terapêutico, como a família chegou à terapia familiar e como aconteceu o encerramento do processo terapêutico.

A identificação das dinâmicas familiares contempla a descrição dos modos de funcionamento da família. As dinâmicas pesquisadas serão aquelas que vão de acordo com as hipóteses do trabalho.

A reflexão sobre os casos envolve uma discussão a respeito do que foi encontrado à luz do objetivo geral do trabalho, ou seja, examina as possíveis relações entre os aspectos identificados na história e na dinâmica familiar e as tentativas de suicídio.

Após essa análise, o capítulo é concluído com a uma reflexão em torno dos elementos comuns e dos elementos diferenciados dos dois casos.

Vale ressaltar que os nomes dos participantes das duas famílias foram alterados, a fim de se manter o sigilo ético. Cada família foi nomeada de acordo com características muito marcantes de cada uma. Desse modo, a primeira família foi denominada de “Família das Tragédias” e a segunda de “Família das Rupturas”.

IV - ANÁLISE DOS CASOS

1 - “A Família das Tragédias”

1.1 - Apresentação do caso

1.1.1 - Composição da família

A família nuclear é composta por: Túlio, o pai, Tânia, a mãe, e três filhos, Tatiana, Talita, e Tiago. Este foi o segundo casamento de Tânia, que já havia se casado anteriormente, aos 18 anos. Do primeiro casamento, Tânia teve um filho, Tarcísio, que nasceu portador de necessidades especiais e faleceu aos quatro anos de idade, durante o oitavo mês de gravidez da Tatiana. Tânia e Túlio se divorciaram quando os filhos eram pequenos. Tanto o pai quanto a mãe foram sempre presentes e participantes na vida dos filhos.

Tânia tem 50 anos, é formada em dois cursos superiores e trabalha como professora. Túlio, em torno de 50 anos, é aposentado e casou-se novamente. Tatiana, 27 anos, é aposentada por invalidez, devido às seqüelas causadas pela sua última tentativa de suicídio. Talita, 25 anos, é estudante universitária, assim como seu irmão Tiago, 23 anos.

1.1.2 - Breve história familiar

Tânia teve um primeiro casamento, do qual nasceu Tarcísio. Antes do nascimento do filho, Tânia trabalhava na rede pública de saúde. Com o nascimento do filho, foi forçada a pedir demissão do emprego para poder cuidar do filho. Seu primeiro marido não conseguiu lidar com o fato de ter um filho portador de necessidades especiais. Tânia, aos 19 anos de idade, se viu abandonada não só pelo marido, mas também pela sua família, que, segundo ela, não a ajudava consistentemente, apenas eventualmente. Ela não trabalhava,

não saía de casa, apenas cuidava do filho. Viu-se completamente dependente da pensão que recebia do ex-marido.

Aos vinte anos, em uma das poucas vezes que pode sair de casa, encontrou Túlio, irmão de amigas de infância de Tânia e Telma, irmã de Tânia. Túlio havia voltado há pouco tempo do exterior, onde trabalhou por alguns anos.

Pouco tempo depois desse reencontro, Túlio a pede em casamento. Ela aceita o pedido, motivada pelo fato de se sentir muito só e por Túlio se dispor a ajudá-la a cuidar das necessidades do filho. O casamento foi aceito pelas irmãs de Túlio, porém não foi aceito pela mãe dele. Tânia, por sua vez, acreditou que o casamento era a melhor opção para ela, pois Túlio aparentava ter uma boa condição financeira, assim como tinha as irmãs e sua mãe.

Passados um pouco mais de quatro anos, o filho portador de necessidades especiais de Tânia faleceu. Um mês após sua morte, nasceu Tatiana, primeira filha do casal. Em seguida, nasceram Talita e Tiago, com diferença de dois anos de cada gravidez. A gravidez de Tatiana foi marcada primeiro por sofrimento e dedicação intensa ao filho agonizante e, posteriormente, pela dor e luto em função da perda.

Com o passar dos anos, o casamento começou a ruir, em função do declínio financeiro de Túlio e de seus inúmeros casos extraconjugais. Túlio não deixava Tânia trabalhar, mas custeou seus estudos, proporcionando a ela a possibilidade de ter dois cursos superiores. Tânia cuidava da casa, apesar de terem várias empregadas, e dos filhos.

Tânia e Túlio se separaram quando Tatiana estava com 10 anos, após 12 anos de casamento. Os filhos tiveram muita dificuldade em se adaptar. A nova realidade envolvia uma vida com menos recursos financeiros, os pais separados e o retorno da mãe ao mercado de trabalho. As brigas entre os irmãos se tornaram freqüentes e insuportáveis. Tânia, então,

mandou Tatiana ir morar com a avó, Tarsila, e seu segundo marido, Tadeu. Nesta casa, também habitava Taís, irmã de Tarsila, diagnosticada como esquizofrênica desde os vinte anos de idade. Tatiana passou, portanto, sua adolescência em companhia da avó, embora mantivesse contato freqüente com os pais.

1.1.3 - História das tentativas de suicídio

Aos dezenove anos, Tatiana tentou suicídio pela primeira vez. Nessa época morava ainda na casa da avó. Fez uso de vários medicamentos, como remédios para hipertensão, diabetes e antipsicóticos, estes últimos pertencentes à sua tia-avó, Taís. Separou a medicação, disse à tia-avó que estava com dor de cabeça, que tomaria um analgésico e iria para o quarto. Sua tia percebeu que tinha algo errado e ligou para os familiares, dentre os quais Tânia e Túlio. O pai, então, pediu a uma amiga que morava perto para ir até a casa e verificar o que estava acontecendo. Tatiana, já sob efeito da medicação, não deixou essa amiga do pai entrar na casa. A amiga, por sua vez, chamou o Corpo de Bombeiros, que entrou na casa e levou Tatiana para um hospital da rede pública. Tatiana consentiu que essa amiga a acompanhasse na ambulância até o hospital. No hospital, fez lavagem gástrica e retornou para casa.

Ao retornar para casa da avó, Tatiana passou a ser assistida constantemente por um membro da família, que permanecia sempre com ela no quarto. Em um momento descrito pela própria família como de “descuido”, Tatiana, ainda sob efeito da medicação ingerida, se trancou no quarto e fez uma segunda tentativa. Dessa vez, ela tentou se enforcar com uma meia-calça. Sua mãe teve de arrombar a porta e cortar a meia-calça, que estava amarrada na cabeceira da cama e no pescoço de Tatiana. Essa recorrência muito próxima fez com que a família procurasse ajuda. Tatiana começou a fazer acompanhamento

psiquiátrico, o qual abandonou depois de um tempo, quando a psiquiatra que a acompanhava saiu do hospital público em que ela fazia tratamento. Ela alegou que teve dificuldades de estabelecer um vínculo com a nova psiquiatra.

Dois anos mais tarde, Tatiana fez sua terceira tentativa de suicídio. Relatou que, à época, estava trabalhando e estudando, mas sentia-se deprimida, não tinha vontade de levantar da cama ao acordar nem de sair para trabalhar. Havia alguns meses que tinha voltado a morar com a mãe. Nesta ocasião, foi até a casa da sua avó, pegou os mesmos medicamentos, porém em maior quantidade, pois acreditava que não tinha conseguido se matar da primeira vez porque havia consumido a medicação em pouca quantidade. A essa medicação, Tatiana adicionou fluoxetina, que tinha guardado em casa após a interrupção do tratamento psiquiátrico. Levou esses medicamentos para casa para ingerí-los no dia seguinte, no momento em que sua mãe saísse para trabalhar. Planejou o seu ato na noite anterior. Assim, esperou sua mãe sair e ingeriu toda essa medicação, acompanhada de uma dose de whisky.

Tânia, ao chegar em casa para almoçar, percebeu que havia algo estranho, pois Tatiana ainda estava na cama. Não demorou muito para deduzir o que havia acontecido. Chamou Túlio, que naquele dia acabou dormindo na casa da ex-esposa, para ajudar caso fosse necessário.

No dia seguinte, Tatiana acordou, segundo ela, com muita vergonha do que havia acontecido. Percebeu que havia algum tipo de conflito entre sua mãe, seu pai e sua irmã sobre quem iria à padaria. Tatiana aproveitou esta deixa para sair de casa - se vestiu rapidamente e se ofereceu para ir buscar o pão. Segundo ela, queria ficar um tempo sozinha para pensar no que havia acontecido e evitar ter de “explicar o que não tinha explicação”. Foi, então, para um prédio onde sua mãe possuía um apartamento, na mesma quadra em

que eles moravam. Tatiana conhecia o zelador, a quem pediu permissão para subir até o telhado. Após um tempo, Tatiana percebeu que seus familiares a procuravam, mas continuou em cima do prédio. Talita a viu e a chamou. Neste momento, Tatiana relatou que só lembra de ter pensado “eles me acharam, vou ter que morrer agora”. Tatiana teve o cuidado de jogar para a irmã o dinheiro que ela deveria ter usado para comprar pães. Em seguida, pulou do prédio, tentando suicídio pela quarta vez. Após isso, lembra de ter acordado, três dias depois, no hospital.

O socorro foi prestado pela própria família. A mãe de Tatiana, com ajuda do pai e da irmã, a colocou no carro e a levou para o hospital.

1.1.4 - Contexto do encaminhamento

O primeiro encaminhamento foi para o *Programa de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio*, coordenado pelo Prof. Marcelo Tavares e desenvolvido no Hospital Universitário da UnB. O encaminhamento foi realizado por uma médica da perícia do INSS depois da quarta tentativa de suicídio de Tatiana. Após processo de avaliação feito pelo grupo do *Programa* a equipe encaminhou a família para terapia familiar no CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da professora Gláucia Diniz.

1.1.5 - Dimensões do trabalho terapêutico

A terapia familiar teve início logo após o encaminhamento feito pela equipe de Intervenção em Crise. A família estava mobilizada pela angústia gerada pelas tentativas sucessivas e pelo medo de vir a perder a filha, irmã, neta. Compareceram à primeira sessão

a mãe, as duas filhas, a avó e o companheiro da avó, tratado por Tatiana como tio e uma presença importante na vida dela.

No primeiro contato foi feita a apresentação da família, da equipe e do trabalho terapêutico. O genograma familiar foi utilizado como estratégia de intervenção no intuito de facilitar para a família contar a sua história.

Desde a entrevista inicial o processo teve como ponto central as tentativas de suicídio. Cabe ressaltar que nessa fase inicial todos os membros da família apresentavam um comportamento comum – a não nomeação das tentativas. Expressões como “o acidente”, “o ocorrido”, “o evento”, “o problema” eram usadas para fazer referência às tentativas, em especial ao ato de pular. Parte do trabalho envolveu, portanto, o lidar com a questão da nomeação. Medos, mitos e fantasias da família foram explorados.

Estava presente entre eles o medo da discriminação social em função do tabu do suicídio. Um fato contundente, e que evidencia o preconceito e as dificuldades reais em torno do suicídio, foi a omissão da tentativa de suicídio para a equipe médica que realizou as cirurgias e cuidou da reabilitação de Tatiana. A família temia um comportamento de descaso ou má vontade por parte dos médicos. Esse temor foi confirmado dois anos mais tarde durante uma consulta de revisão. Tatiana sentia que havia construído uma relação de confiança com um dos médicos da equipe, e tendo trabalhado a questão da nomeação na terapia familiar, resolveu acabar com o segredo em torno de sua queda. Ao confessar que tal queda não havia sido um acidente e sim o resultado de uma tentativa de suicídio, ouviu do médico o seguinte comentário: *“então eu estou aqui perdendo meu tempo com você, tentando deixar você inteira de novo, sendo que você pode jogar o nosso trabalho fora a qualquer hora, fazendo outra tentativa”*. Essa falta de tato e sensibilidade por parte do médico gerou uma profunda decepção em Tatiana, que relatou ter passado muito tempo

refletindo se deveria contar ou não o ocorrido. Decidiu contar por nutrir estima e se sentir acolhida pelo médico. A decepção trouxe de volta um sentimento de angústia e medo de ser discriminada pelas pessoas em caso de falar a verdade. Retomamos a questão na terapia, enfatizando que ela agiu de forma adequada, mas que infelizmente ainda existe um despreparo muito grande para lidar com a questão, inclusive nas equipes médicas. O fato, lamentável, reforçou infelizmente mitos e tabus em torno do suicídio. Reforçou, também, o uso do silêncio e do segredo como forma de proteção.

Todo o processo terapêutico foi marcado por uma apreensão em relação à “suposta” fragilidade da Tatiana. A família dava indícios de evitar, no dia a dia, falar de assuntos considerados pesados sob a alegação de não querer gerar uma sobrecarga emocional para ela. Paradoxalmente, Tatiana ocupa um lugar de destaque para as várias gerações da família. Ela é reconhecida como uma pessoa dinâmica, que tem iniciativa, disponibilidade e competência para ajudar a todos a resolverem dificuldades de natureza diversa.

O processo terapêutico envolveu todos os membros da família nuclear, além da avó e, esporadicamente, o esposo da avó. Houve sessões em que todos compareceram e outras em que a atenção se voltou para subsistemas familiares. O processo terapêutico teve duração total de três anos.

1.2 - Identificação das dinâmicas familiares

Exploramos abaixo diversos elementos da dinâmica familiar identificados ao longo do processo terapêutico e considerados relevantes para compreensão da experiência da tentativa de suicídio no contexto da história e do funcionamento familiar.

1.2.1 - Ciclo de vida familiar

À época das tentativas de suicídio de Tatiana, a família vivenciava a transição entre dois estágios do ciclo de vida familiar: a adolescência e a fase do adulto jovem. A família nuclear teve dificuldades em realizar de forma saudável as transformações necessárias para lidar com os filhos adolescentes e, portanto, houve um prolongamento desta fase, com os filhos, já adultos jovens, vivenciando dificuldades de individuação, de construir um projeto de vida e de assumir responsabilidade por levar o projeto a termo.

Na vivência de Tatiana encontramos um exemplo contundente dessa dificuldade. Ela não terminou o ensino médio, porém seu projeto, por muito tempo, era se formar em Direito e ser juíza. Contudo, ela não conseguia enfrentar as etapas necessárias para concretizar o projeto. Demonstrou na terapia sua dificuldade em dar passos concretos para alcançar objetivos e a tendência em fazer projetos fantasiosos, como será demonstrado no tópico “j” desta análise. Tânia nos mostra o reconhecimento da imaturidade dos filhos com a seguinte fala: *“Eles não têm amadurecimento, tem que ter muito cuidado com a Tatiana sempre, muito cuidado com o Tiago, muito cuidado com a Talita... Então eu não sinto liberdade”*.

Todas essas questões foram abordadas e ao fim do processo terapêutico, Tatiana conseguiu sair da casa da mãe e ir morar com o namorado em outro país, em uma tentativa de construir sua independência pessoal e financeira. Este momento caracteriza a passagem para a próxima etapa do ciclo, o “lançamento do jovem adulto solteiro”. A fala de Tatiana mostra sua consciência do processo de amadurecimento: *“Eu estava, pensei muito nisso e... eu estou indo porque eu gosto realmente do Tomás, acho que assim, é um grande passo que eu estou dando, vou naquela adrenalina. Mas eu já parei para pensar em ficar longe da minha mãe, longe da minha avó, ficar longe de todo mundo, durante muito tempo... Eu*

acho que será um grande passo. Eu indo. Só que com a minha mãe, eu vou realmente cortar o cordão umbilical.”.

1.2.2 - Mitos

A família apresentou três mitos que se sobressaíram como organizadores da dimensão simbólica e conseqüentemente, do funcionamento familiar. O primeiro mito foi intitulado “família das tragédias”; o segundo foi nomeado “vida fácil no exterior” e o terceiro, “príncipe”. Cada um deles será explorado a seguir.

O mito da “família das tragédias” diz respeito à visão de que na família só acontecem “tragédias”. Os membros da família temem que a qualquer instante aconteça uma nova “tragédia”. A família, então, não sabe como lidar com acontecimentos inesperados. Como “tragédia”, a família entende qualquer acontecimento que fuja dos eventos esperados ao longo do ciclo vital. Como exemplo, os familiares citam uma morte prematura, o nascimento de um filho com necessidades especiais ou a tentativa de suicídio. Essa visão, ou possibilidade da “tragédia” iminente, produz desgaste e leva à redução dos recursos da família. Esse processo fica claro na fala de Tânia: *“Chegou num ponto que é o seguinte: a gente conseguiu lá um jeitinho de ir vivendo, dentro da normalidade. Mas qualquer coisinha [...] não tem mais a reserva, é igual o meu sangue, eu não tenho reserva de ferro, acabou aquele, meu organismo não reage, entendeu?”.*

Os dois mitos seguintes são embasados pelo dilema pobreza-riqueza vivenciado pela família. Os membros da família não conseguem lidar com sua condição econômica, desejando sempre ascender socialmente ou mesmo agindo como se tivessem outra situação econômica. Assim, o que se relaciona a um status sócio-econômico mais elevado é valorizado pela família, sejam roupas caras, morar no exterior ou namorar pessoas com alto

poder aquisitivo. É justamente essas duas últimas características que formam o segundo e terceiro mitos familiares, respectivamente.

O mito da “vida fácil no exterior” refere-se à idéia que os membros da família têm de que a vida no exterior é mais fácil, com muitas oportunidades de emprego, mais confortável e lucrativa. O mito é corroborado pelas irmãs de Túlio, que foram há mais de quarenta anos para o exterior, “deram certo” e fizeram fortuna. O namorado de Tatiana, Tomás, também compartilha deste mito, que para ele é corroborado por uma tia e vários amigos que foram para o exterior e também “deram certo”. Tânia nos revela sua crença de que é apenas no exterior que Tomás terá alguma possibilidade de crescer na vida: “[...] *aqui ele [Tomás] não tinha onde cair morto. Ele sabe que ele não tem condições de nada, aqui, é justamente o contrário, é a tentativa de ir, de dar certo e aí sim poder... do jeito que estava, ele estava vendo, que ele não é burro nem nada, [...] que tinha que dar um jeito, que a sua angústia era exatamente essa, dele não ter [dinheiro até o fim do] mês. E agora vai lá, é até bom*”.

O último mito, denominado “mito do príncipe”, diz respeito ao ideal de companheiro, um homem perfeito, trabalhador, com boas condições financeiras, capaz de sustentar sozinho uma família e, ainda, ser atencioso e carinhoso com a companheira. A vida só começa com a chegada do príncipe. Contudo, as escolhas dos parceiros não condizem com o ideal de homem sustentado pela família e as mulheres reconhecem isso, apesar de se dizerem “enganadas”. Existem três eixos temáticos relacionados ao mito do “príncipe”: a idéia do príncipe, a função do companheiro e a escolha do parceiro.

O primeiro eixo refere-se à própria idéia do príncipe. As falas abaixo exemplificam essa idéia:

Tatiana: *“Todas as mulheres da família foram criadas assim. [...] O príncipe vai chegar e daí tudo acontecerá. [...] O príncipe vai pagar a faculdade, o príncipe vai ter um bom emprego, o príncipe vai... O príncipe vai. A gente foi criada assim.”.*

Talita: *“Não é só o príncipe, é o príncipe e o reino inteiro! O pacote completo.”.*

Tatiana: *“Completo. Tem que ser assim.”.*

O segundo eixo refere-se à função do companheiro. O companheiro tem as funções de sustentar a família e a companheira, conforme deixa claro Tatiana, a respeito de ter de dividir com o companheiro as despesas da vida familiar: *“Cansei de ficar dando metadinha. Minha mãe me criou, não fui criada assim, desculpa, entendeu, eu falo para ele. Mas foi. [...] foi meu pai que pagou a faculdade para a minha mãe e eu aprendi assim, marido é para isso. Para mais nada.”.*

O terceiro eixo diz respeito à escolha do parceiro. As mulheres dessa família têm um ideal de parceiro, o “príncipe”, porém as escolhas realizadas não condizem com o ideal. Os homens escolhidos chegam mesmo a se encontrarem em outro extremo - não são “trabalhadores” e tampouco são capazes de sustentar uma família e a companheira. Tânia fala sobre sua decepção com relação à Tatiana ter escolhido Tomás como companheiro: *“O que eu pensei para mim, depois de tudo o que aconteceu, era ter um homem mais ajustado, não era um homem com dinheiro, com calça, mesmo que tivesse ali, preparando para a vida, tivesse sido preparado pela família, queria uma pessoa mais segura e o Tomás não está e ela [Tatiana] escolheu o Túlio, o Tomás é a cópia do Túlio. Ele é a cópia do Túlio. Ela vê isso, enxerga, escolheu papai, só falta chamar ‘papai’.”.*

1.2.3 - Isolamento social e familiar

A “família das tragédias” apresenta características tanto de isolamento quanto de coesão familiar. A família extensa é vista como próxima, mas se acontece algo diferente do “convencional”, como a destituição da família nuclear, a família extensa se afasta.

Existem na história familiar situações de isolamentos tanto emocionais quanto físicos. Os pais de Tânia, Tarsila e seu primeiro esposo, passaram anos afastados da sociedade, morando em comunidades ligadas a grupos guerrilheiros. Viveram afastados tanto do contato com suas famílias de origem quanto social, convivendo apenas com outras famílias também ligadas à guerrilha. Além desse momento, Tarsila também passou por isolamento familiar quando se separou do primeiro marido e sua família de origem rompeu as relações com ela, exemplificado no trecho a seguir: *“Mas do jeito que eu fui criada, um segundo [esposo] foi uma dificuldade, meus irmãos nunca mais foram na minha casa [...] porque eu casei de novo. [...] Mas eu fui criada, e a Tatiana me falou outro dia, ‘e por que, vó, que a senhora não separou e arrumou outro?’ Essa dificuldade de outro é porque a família é muito fechada”*.

A família de origem de Túlio também apresenta isolamentos familiares causados por um distanciamento físico, em função da migração. As irmãs de Túlio foram há mais de quarenta anos morar em outro país e construíram família lá.

A família nuclear de Tânia também passou por vários momentos de isolamento familiar. Na ocasião da primeira separação de Tânia, houve uma ruptura com sua família de origem, devida principalmente à necessidade de cuidar do filho portador de necessidades especiais. Já a segunda separação de Tânia trouxe outra ruptura, desta vez envolvendo Tatiana, que teve de ir morar na casa da avó devido às constantes brigas com os irmãos. A respeito do isolamento que sentia e um dos motivos que a levaram a casar-se com Túlio,

Tânia fala: “[...] *eu casei com Túlio porque eu pensei, eu tava absurdamente só. Ninguém ia na minha casa. Nem meu pai, nem minha mãe, ninguém queria, porque ter um filho excepcional, só quem tem que sabe*”.

O isolamento familiar se faz presente também nos comportamentos dos filhos, Tatiana, Talita e Tiago. A família aponta que, quando eles estão namorando, passam mais tempo longe da família nuclear e evitam reuniões e festas familiares, à exceção de Tatiana, apesar de também passar muito tempo na casa do namorado. Tatiana exemplifica o comportamento de isolamento da irmã, Talita: “*Até eu falo mal da Talita, porque a Talita some, desaparece, quando está namorando. Eu não, eu fico até naquela, muitas vezes eu brigava com o Tomás por causa disso, ele achava ruim, eu falava ‘perai que eu vou lá rapidinho, faço isso e volto’.* A Talita deixa de fazer lá em casa e fica bem ligada...”.

Até o momento do término do processo terapêutico, havia rompimentos entre Tarsila e sua família de origem e com a família de origem do atual marido. A família de origem de Tânia estava bastante unida, o que já estava acontecendo há algum tempo. Todos - irmãos, sobrinhos, cunhadas - mantém contato freqüente com Tânia e seus filhos, como ela nos mostra na fala a seguir: “[...] *a gente também, de origem simples, mas chegou aniversário, vai para a cozinha, bate um bolo, toda vida foi assim, né, mãe*”.

1.2.4 - Comunicação disfuncional / paradoxal:

A família apresenta traços de comunicação disfuncional. Há uma dificuldade dos membros em se comunicarem de maneira adequada, saudável. Ao mesmo tempo em que consideram “normal” o modo como se comunicam, admitem que este modo é “problemático”. Tatiana nos exemplifica essa questão: “[...] *briga, discórdias, que nem hoje, não tem, tudo para a gente é brigando.*”.

A família apresenta características de comunicação paradoxal, principalmente advinda da mãe, Tânia, e de Tatiana. As mensagens contraditórias da mãe são reconhecidas pelos filhos. Tiago cita um exemplo de contradição no comportamento da mãe: *“Você fala ‘mãe, eu não quero comer’. Aí ela faz a farofa. Se eu quero comer, aí de repente ela não faz.”*.

As mensagens contraditórias de Tatiana dizem respeito aos seus projetos pessoais e a sua visão de seu relacionamento com Tomás. Quando questionada se já havia pensado no que iria fazer durante o tempo que o namorado passaria no exterior, ela responde: *“Nada. Nada. Assim, nada”*. Porém, logo em seguida, ela se contradiz: *“Eu vou fazer tudo o que eu planejei mesmo. Eu quero fazer um curso de internet [...]”*. Com relação ao seu relacionamento e a possibilidade de Tomás ir ou não para o exterior, ela diz: *“Eu não sei também, eu falo assim, mas o Tomás, [eu digo] “você vai?”, [ele diz] “eu vou”, eu estou acreditando nele. Assim, ó, com um pé na frente e o outro atrás.”*. Em seguida, ela afirma: *“Ele vai, eu tenho certeza absoluta.”*.

1.2.5 - Fronteira

A família apresenta transgressões de fronteiras, ou seja, não existem delimitações claras entre os subsistemas. No caso desta família, as fronteiras se encontram emaranhadas. Tatiana, por exemplo, possui um papel na família que transcende o de filha, uma vez que ela é a pessoa da família que tem iniciativa e consegue resolver questões diversas dos membros da família, tanto nuclear, quanto extensa também.

1.2.6 - Transgeracionalidade

Há na família um caso pregresso de suicídio envolvendo uma irmã de Tarsila. Ela tentou suicídio uma vez, aos trinta e cinco anos de idade. Aos 70 anos, se suicidou.

1.2.7 - Triangulação

Quando a tensão entre dois membros da família nuclear aumenta, Tatiana é chamada para resolver a questão. Ela se torna a mediadora dos conflitos. Os triângulos formados durante esses conflitos se destituem tão logo a questão seja resolvida. Esses conflitos podem ser entre os pais ou entre a mãe e os irmãos, conforme apontam as seguintes falas de Tatiana:

“[...] eles [os pais] estavam começando já a melhorar, mas sempre era eu no meio. ‘Fala para a sua mãe que ela é isso, isso e aquilo’, ‘fala pro seu pai que ele é isso, isso e aquilo’.”.

“Eu chegava na casa minha avó, se eu fosse ligar na minha mãe, aí tinha os problemas da briga. A Talita e o Tiago estão brigando, minha mãe ficava desesperada e ligava lá da minha avó. Conversava comigo e com a minha avó. ‘Você tem que ligar pro seu pai’, sabe? Mesmo eu estando na minha avó, eu estava sempre participando das brigas lá.”.

Há três gerações, a família apresenta um tipo de triangulação bastante particular, relacionada ao subsistema conjugal. Quando a relação não está mais satisfatória para um dos cônjuges, ele ou ela inicia uma relação extraconjugal. Tarsila sofria com a infidelidade do primeiro marido e começou a se relacionar com Tadeu, enquanto ainda era casada. Túlio tinha vários relacionamentos na época em que era casado com Tânia. Tatiana, quando começou a se sentir frustrada com a falta de perspectiva de projetos de Tomás, iniciou um

relacionamento com outro rapaz. A traição conjugal é vista por Tânia como algo natural e esperado.

Tarsila: “[...] *parte das mulheres traem por vingança. Não é, às vezes, nem porque não gosta do marido.*”.

Tânia: “*O Túlio pegava as mulheres dele lá e elas cumpriam a outra parte [a parte sexual].*”.

Tatiana: “[...] *eu não tô traindo, indo para cama com outro cara na cara do Tomás. Mas eu estou saindo, a gente está beijando e tal, nada de compromisso nenhum, eu não conheço esse menino, ele deve ter 10 mil para lá, entendeu, isso aí é com certeza, mas quando ele me liga ou quando eu ligo para ele que dá certo eu vou, a gente sai. [...] Aí eu estou saindo, eu estou me liberando.*”

Tânia: “*Para mim [a infidelidade] é café pequeno. Acho que se um dia ela não levar um chifre, eu não vou ficar satisfeita.*”.

1.2.8 - Determinantes biológicos ou sócio-históricos

Dependência química

A família apresenta casos de alcoolismo e abuso de drogas. Dois irmãos de Tânia são alcoolistas e o mais velho também é portador de doença mental. Tiago fazia uso de maconha e também ingeria quantidades abusivas de álcool.

Doenças mentais

Há casos de doença mental na família de origem de Tarsila. Sua irmã é diagnosticada como esquizofrênica há mais de cinquenta anos. O irmão mais velho de Tânia também foi diagnosticado como esquizofrênico. Tarsila conta como é difícil cuidar da irmã: “*Ela [Taís] foi com 22 anos de idade que começou isso [esquizofrenia] nela. Tem*

51 anos. É... minha irmã não faz nada e dá trabalho, fica deitada, toda hora eu tenho que estar observando, queima os colchões tudo, os lençóis...”

Além da esquizofrenia, a depressão, diagnosticada ou não, é uma doença comum na família. Existem sinais de depressão em vários membros da família, como Tarsila, Tânia, Tatiana e Talita. Tânia fala a respeito de seu primeiro episódio depressivo, ainda na infância: “[...] *eu tive [depressão], primeiro, com uns nove anos de idade, tomei remédio, não conseguia me olhar no espelho, não passava por certos lugares e ninguém sabia, só meu pai, minha mãe que me ajudavam, mas eu falava assim: ‘se eu fizer isso, a família acaba’, era um medo que eu tinha [...]*”. Ela acredita que, de algum modo, “passou” sua depressão para os filhos: “*Agora lá em casa [...] todos são depressivos, todos são. [...] Eu acho que eles são assim porque são meus filhos.*”.

Concepção de família

A família apresenta uma visão tradicional de família. Existe a idéia de que, independente dos projetos de vida que a pessoa tiver, seu maior sonho é se casar. Há também a valorização da família nuclear intacta, apesar de que duas gerações são de famílias nucleares reconstituídas. Há dois aspectos formadores da idéia de família, um biológico e outro cultural e religioso, conforme apontados a seguir.

Aspecto biológico:

Tânia: “*Essa é a natureza humana [o desejo pelo casamento e a formação de uma família]*”.

Aspecto cultural/religioso:

Tânia: “*A pessoa, no país mais católico do mundo, apesar de que nós não somos católicas, mas criadas nessa coisa assim, vai chegando [o desejo pelo casamento].*”

Inconsciente coletivo, pelo menos de países assim, latinos, a pessoa vai cobrando isso [casamento].”.

Tatiana: *“O Tiago é o primeiro [a querer casar]. Tem que ser uma mulher pura, entendeu, inteligente, que acompanhe o nível de raciocínio dele. [...] Ele só anda com menina novinha, porque ele é filho do meu pai. Porque uma velha não vai... virgem, pura, ele fala pura, porque de acordo com Deus é pura.”*

Nascimento de Tatiana

O nascimento de Tatiana foi marcado pelo falecimento do primeiro filho de Tânia. Ainda vivenciando o luto pela perda do filho, Tânia teve dificuldades para cuidar da filha recém-nascida, na conseguindo nem mesmo amamentar.

Violência

Há histórias de violência na família, tanto na família de origem quanto na família nuclear. A violência apresentada é tanto física quanto sexual. Tatiana revela a repetição da violência conjugal física em sua família: *“[...] meu pai já bateu na minha mãe, o meu avô já bateu na minha avó...”*.

Tarsila: *“Ele [primeiro marido de Tarsila] pegava a empregada dentro de casa e falava comigo assim: ‘é para ver e ficar calada.’”*

“Tragédias”

Duas fatalidades acontecidas ao longo da terapia foram muito importantes na história recente da família. A primeira foi o suicídio de Tales, namorado de Tânia. Ele cometeu suicídio na frente de Tânia, Tatiana, Talita e Tiago, em 2004, após sua festa de aniversário.

Um mês depois da morte de Tales, a família passou por mais uma perda. Telma foi atropelada e faleceu. Essa perda foi elaborada com muita dificuldade pela família, pois

ela era uma pessoa central na vida familiar; era ela quem organizava os eventos familiares, como as festas de fim de ano.

Essa morte gerou uma série de reflexões na família, principalmente em Tatiana, que viu o sofrimento de seus familiares e se sentiu culpada por tê-los feito sentir o que ela sentia naquele momento. Ela viu o que teria acontecido se ela tivesse conseguido se matar e o sofrimento que ela teria gerado. Tatiana sentiu muita raiva de Tales por ter feito aquilo com eles, além de muita culpa, pois pode sentir uma parte do que seus familiares sentiram quando ela tentou suicídio.

Investimento em projetos fantasiosos

Os membros da família nuclear apresentam dificuldades em lidar com a realidade e em investir em projetos de vida concretos. Investem em projetos fantasiosos e com poucas chances de se concretizarem. Muitas vezes, confundem sonhos e desejos com projetos de vida. Quando Tatiana estava para sair de casa e ir morar no exterior com o namorado, Tânia disse: *“Eu quero ir [para o exterior]. Faz assim [Tânia estala os dedos] que eu estou indo. Qualquer um que me chamar eu vou. [...] Pego licença sem vencimento e vou mergulhar lá no mar mediterrâneo. Eu só penso nisso, que vou mergulhar no mar mediterrâneo. O resto é resto.”*. Tiago, por sua vez, também apresenta dificuldades em se projetar de modo concreto no futuro, como planejar o que pretende fazer depois de se formar. Sobre o que iria fazer no futuro, ele disse: *“Eu quero é dinheiro, comprar uma mansão, uma Ferrari, isso que minha mãe não entendeu”*.

1.2.9 - Ética relacional

Há na família nuclear uma dificuldade dos membros de lidarem com a balança ética relacional. Existem conflitos transgeracionais envolvendo irmãs. As irmãs se sentem

preteridas pela mãe e acreditam que uma filha é privilegiada em relação à outra. Isso aconteceu entre Tânia e Telma e também entre Tatiana e Talita. Na época em que Tatiana foi para o exterior, ela se ressentiu com a família e, em especial, os pais, por não terem lhe dado o apoio necessário neste projeto: “[...] *quando foi pro Tiago ir para os Estados Unidos, todo mundo ia sentir saudades, todo mundo ia sentir falta, era uma coisa nova e tal, mas estava todo mundo... [...] E comigo, não, está todo mundo parado, não estou tendo o apoio de ninguém, a não ser o da Talita, para ir, para resolver isso, e a família toda do Tomás [...].*”.

Existe uma aliança entre os irmãos. Apesar das constantes desavenças e brigas entre eles, eles possuem um forte senso de lealdade. Tatiana nos dá dois exemplos da aliança que tem com seus irmãos:

Tatiana: “[...] *eu empresto o carro pro Tomás, escondido do meu pai.*”.

Tatiana: “[...] *a Talita está me dando muito apoio, sabe, é a pessoa que está me dando apoio... só a Talita.*”.

1.2.10 - Características individuais de quem tentou suicídio e da tentativa

Como características pessoais negativas, Tatiana apresenta desesperança, investimento em projetos fantasiosos e vida afetiva conturbada. Suas características positivas principais são o dinamismo, boas habilidades sociais e capacidade de resolução de problemas. Em suas tentativas de suicídio, Tatiana apresentou: ideação suicida, planejamento do ato suicida, impulsividade, comunicação do desejo de morte e fácil acesso aos métodos de suicídio. É importante ressaltar que as tentativas de suicídio de Tatiana, ocorridas em dois momentos de vida distintos – o primeiro aos 19 anos, o outro aos 21 – possuem uma característica peculiar. Em ambas as situações, Tatiana passou de um método

pouco letal – intoxicação medicamentosa - para métodos altamente letais – enforcamento e precipitação de lugar elevado. Cada uma dessas características será explorada a seguir.

Desesperança

Tatiana não via sentido em sua vida. Apesar de estar trabalhando e estudando, ela não sabia porque deveria continuar com sua vida: *“Para quê que eu ia viver, fazendo o quê, para quê. Era isso que eu sentia.”*.

Investimento em projetos fantasiosos

Assim como sua família nuclear, Tatiana investe em projetos fantasiosos e sem base real. Muitas vezes, ela reflete sobre qual curso superior ela gostaria de fazer e em qual área trabalharia depois de formada. Contudo, não conseguiu concluir o ensino médio. Quando questionada sobre como não conseguia manter “os pés no chão” na hora de planejar sua vida, Tatiana admitiu sua dificuldade, porém apontou sua “melhora”: *“Não, eu acho que não está assim tão na pontinha do pé, não. Mas pelo menos um pé inteiro meu eu garanto, está firme do chão, já”*. No momento em que foi perguntada sobre os seus objetivos ao tentar a vida no exterior, Tatiana disse: *“Eu estou vendo a minha ida para o exterior como uma perspectiva de vida. [...] o dinheiro que eu juntar lá [...] eu vou dar continuidade na minha vida aqui”*. Contudo, no Brasil, Tatiana não dava nenhum passo em prol de iniciar seus projetos e concretizá-los.

Vida afetiva conturbada

A vida afetiva de Tatiana é composta por histórias de relacionamentos com desfechos bastante conturbados. Dois desses relacionamentos foram marcados por momentos trágicos. Um dos primeiros namorados de Tatiana faleceu de câncer, quando ela tinha 17 anos e ele, 23 anos.

Tatiana: “[...] teve o Rd., que morreu [...] de câncer. [...] Eu fiquei muito triste quando ele morreu, mas vontade de morrer e tal, não senti, não, sabe, foi aí que eu comecei até a fumar mais.”.

Outro namorado de Tatiana fez algumas tentativas de suicídio. O relacionamento teve início após uma tentativa do rapaz, em que Tatiana foi chamada para ajudar. Quando o relacionamento acabou, o rapaz foi à casa de Tarsila (à época Tatiana morava lá) e tentou cortar os pulsos, na presença de Tarsila.

Tatiana: “[...] depois do Rd. foi o M. [...] Eu comecei a namorar com o M. porque ele tentou se matar. [...] Aí me ligaram, [...] que o M. estava querendo pular da ponte, do viaduto. Ele ia quebrar a perna se ele tivesse pulado. [...] Eu gostava dele, [...] é o único que eu posso falar que eu sempre controlava a situação [...], eu ficava com muita dó dele. [...] E quando eu terminei o namoro com o M., ele foi lá na casa da minha avó [...] eu cheguei em casa estava a minha avó ‘socorro’, não sei o que ele estava querendo, se cortar.”.

Características positivas

Tatiana é vista pela família como uma pessoa dinâmica, capaz de fazer qualquer atividade rapidamente e de modo eficiente. Apresenta também boas habilidades sociais e grande capacidade de comunicação – por exemplo, trabalhou muito tempo como vendedora. Seu dinamismo e sua habilidade social a fazem ter grande capacidade de resolução de problemas. Quando acontece qualquer dificuldade na família, Tatiana é chamada para solucionar.

Ideação suicida

Tatiana admitiu que, na época da sua terceira e quarta tentativas de suicídio, ela pensava constantemente em se matar: “[...] eu já estava há alguns dias falando ‘eu vou me

matar, eu vou me matar, eu tenho que fazer de um jeito, como é que eu vou fazer para a minha mãe não perceber?”.

Planejamento do ato suicida

Tatiana planejou suas duas tentativas de suicídio em que fez ingestão de medicamentos: *“Porque desde a noite eu já estava planejando direitinho, minha mãe tinha que sair para trabalhar, eu acho. Eu sei que minha mãe saiu.”.* As tentativas posteriores às medicamentosas - enforcamento e precipitação de lugar elevado - não foram planejadas. No momento em que tentou se enforçar, Tatiana ainda estava sob efeito dos medicamentos ingeridos. Entretanto, quando pulou do prédio, ela estava lúcida, mas agiu de forma impulsiva: *“Não tinha um plano. Vou subir no prédio e pular. Eu queria me esconder, eu estava com muita vergonha da minha tentativa fracassada [...]. E queria ficar longe de todo mundo. Não queria responder porque, não queria tentar explicar nada que não tinha explicação [...].”.*

Impulsividade

Como dito, Tatiana não planejou o enforcamento e a precipitação de um lugar elevado. Ela revelou o que pensou instantes antes de pular, quando Talita a avistou em cima do prédio: *“[...] quando eu vi a Talita, eu falei ‘ih, eles me acharam, e agora? Vou ter que morrer’.”.*

Comunicação do desejo de morte

Tatiana confirmou que chegou a comunicar que não estava bem para um rapaz que insistia em sair com ela: *“Falei pro R. da primeira vez. Porque quando eu conheci o R., foi um pouco depois da primeira vez. [...] Eu falei para ele, ‘porque você quer namorar comigo, eu só quero ficar deitada na cama, eu não quero sair’, porque ele me ligava para*

sair, “eu não quero sair, eu não quero nada, vai arrumar uma outra pessoa e tal”. Para ele eu lembro que eu falava isso.”.

Fácil acesso aos métodos de suicídio

Tatiana tinha fácil acesso aos métodos que utilizou para tentar suicídio. Com relação aos medicamentos, ela disse: “*Remédios sempre foi muito fácil lá em casa, por causa da tia Taís.*”. Ela ainda mostrou que planejou a quantidade de medicação que iria pegar da casa da avó: “*Eu acho que eu fui buscar na casa da minha avó, sim. [...] sempre tem um estoquezinho de um mês, que minha avó pega na farmácia e ‘ah, eu vou deixar um pouquinho aqui para a tia Taís’.*”

Com relação aos outros dois métodos utilizados, Tatiana também teve fácil acesso. A meia-calça utilizada no enforcamento pertencia a ela mesma. Quanto à precipitação de lugar elevado, ela teve acesso ao telhado do prédio por conhecer o zelador do edifício, pois havia morado muito tempo no lugar.

1.2.11 - Questões de gênero

A família possui uma visão tradicional dos papéis de homem e de mulher. O de homem já foi evidenciado pelo “mito do príncipe”. O papel da mulher é ser “dondoca”: não é dona de casa, deve estar sempre linda e não tem a obrigação, mas pode trabalhar. A renda obtida por meio desse emprego deve ser revertida em benefício próprio, não com as despesas familiares. Assim, a vida só faz sentido se houver um companheiro. O companheiro, além de provedor, deve ser inteligente. A função materna é vista como uma “obrigação”, a qual elas desempenham de maneira devotada junto a seus filhos. A fala de Tânia exemplifica a necessidade das mulheres de terem um companheiro: “*São mulheres [as mulheres desta família] que agüentam qualquer coisa, mas não ficam sozinhas.*”. Já

Tatiana exemplifica o papel de dondoca: *“O arroz, o feijão, o ovinho frito, eu posso até fazer, mas não existe a Tatiana ficar cuidando de marido, cozinhando em casa, bordando, não dá. Não dá mesmo. Eu tenho que ter pelo menos o meu dinheirinho para comprar pelo menos as minhas coisas.”*.

1.3 - Reflexão sobre o caso

O início da formação da família nuclear de Tânia e Túlio é marcado por uma importante perda. Um mês após a morte do primeiro filho de Tânia, Tatiana nasceu. A morte desse filho já era esperada, uma vez que este era portador de necessidades especiais graves e não teria muito tempo de vida. Foi a dedicação de Tânia que permitiu que o filho vivesse mais de quatro anos, quando sua expectativa de vida era de apenas alguns meses. McGoldrick e Walsh (1998) ressaltam que “o processo de luto e a criação de um bebê são inerentemente incompatíveis” (p. 57). A perda de um filho pode gerar um fardo muito grande para o filho nascido no mesmo momento. Essa criança pode assumir a posição de substituto do filho falecido, o que pode significar um ímpeto para grandes realizações ou disfunções. No caso de Tatiana, ela não pode ser considerada como a substituta do filho falecido. Diferente do irmão, Tatiana é menina e nasceu de um segundo casamento da mãe. Ela passou pelas expectativas e projeções familiares referentes ao seu posicionamento entre os irmãos. Por ser mais velha, as expectativas com relação ao seu futuro podiam ser maiores que àquelas atribuídas a seus irmãos, mas possivelmente não por ser a filha nascida depois da perda de um filho.

À época da terapia familiar, a família passava de um estágio para outro do ciclo de vida familiar. A vivência da transição entre os estágios de filhos adolescentes e filhos adultos jovens resalta a dificuldade da família em realizar as tarefas esperadas para passar

de um estágio para outro. O início e o desenvolvimento satisfatório do estágio de adulto jovem depende da resolução das tarefas do estágio anterior. Essa resolução estabelece o contexto para o desenvolvimento e o funcionamento autônomos, tanto do jovem adulto como de sua família (Aylmer, 2001). A principal tarefa da família com filhos adolescentes é tornar suas fronteiras permeáveis à entrada dos novos valores trazidos pelos adolescentes. Na “família das tragédias”, porém, o senso de lealdade dos membros da família nuclear e extensa os impediu a questionar os principais mitos da família e incorporar novos elementos ou transcender esses mitos.

Outra questão muito importante dessa fase é que a família deve apoiar a individuação da pessoa, favorecendo seu sentimento de separação. Contudo, o sentimento de dependência da família nuclear é tão intenso que prejudicou o sentimento de separação dos filhos. De acordo com a noção de diferenciação do ego de Bowen (Kerr, 1981), os membros desta família se encontram pouco diferenciados, imersos em muita emotividade - como a própria idéia de serem uma “família das tragédias”. Uma única pessoa capaz de iniciativa nos momentos de dificuldade: Tatiana, o membro da família que tentou suicídio. Possivelmente, o peso desta função pode ter gerado nela uma “sobrecarga” emocional, com a qual não foi capaz de lidar, talvez por não possuir um repertório de comportamentos saudáveis para lidar com o estresse.

A fusão entre os membros da família nuclear é tão grande que reflete na forma com que a família passou de um estágio para outro do ciclo de vida familiar. O início da adolescência de Tatiana foi marcado pela sua saída da casa da mãe para ir morar com a avó. Já o começo do estágio de lançamento do jovem adulto é marcado pela saída de Tatiana de casa para morar com o namorado em outro país. Assim, sua saída de casa envolve iniciar a vida em outro país, mostrando também a necessidade de um distanciamento físico e

emocional para alcançar a individuação. Quando sua ida para o exterior já era certa, Tatiana confessou: *“Eu estou vendo uma oportunidade para eu dar um jeito na minha vida. Se o Tomás estivesse aqui, estivesse trabalhando, eu não teria coragem de casar com o Tomás, não. Não teria”*.

A frase de Tatiana demonstra sua dificuldade em manter projetos baseados em elementos reais. Mesmo que o namorado estivesse trabalhando no Brasil, Tatiana não se casaria com ele. Aceitou mudar-se com Tomás apenas quando surgiu justamente um elemento sem base real e presente na mitologia familiar: a idéia de que a vida no exterior é fácil e confortável.

A família apresenta vários mitos familiares. Contudo, a rigidez com que a família mantém os mitos familiares gera paradoxos. O “mito da vida fácil no exterior” não foi alcançado por Tiago, que foi para outro país, a convite de uma tia paterna. Ele não conseguiu “dar certo”, não conquistou aquilo que o mito familiar significa, como conforto e bons recursos financeiros. Passou por muitas dificuldades e o dinheiro recebido por seus trabalhos no exterior, gastou lá mesmo, não trouxe rendimentos.

Outro mito pouco questionado pelos membros da família é o do “príncipe”. Apesar de idealizarem a figura do companheiro, suas escolhas não condizem com essa idealização, chegando os companheiros “reais” a ir a um extremo oposto. Além disso, a visão tradicional de família, idealizada pelos membros dessa família, não se materializou com vários membros. Tanto Tarsila (a mãe) quanto Tânia e Telma (filhas) se recasaram, não mantiveram suas famílias nucleares intactas. Tânia e Telma, inclusive, passaram por dois divórcios cada uma. Apesar da vivência familiar ser marcada por recasamentos, a família nuclear intacta ainda é valorizada e um ideal a ser alcançado. Os filhos de Tânia

sonham em se casar e “serem felizes para sempre”, independente dos projetos de vida que fazem ou das escolhas dos parceiros.

As visões de família, homem e mulher são noções que andam juntas nessa família. Contudo, essas três concepções não se complementam: enquanto a família é tradicional, a mulher não é dona-de-casa e o homem deve ser muito mais do que apenas o provedor. A idealização extrema desses papéis e da noção de família dificulta que a família real seja satisfatória. Tânia reconhece sua dificuldade em se relacionar com outras pessoas e revela como, nos momentos em que seus relacionamentos, ela prefere terminar a relação a tentar melhorá-la: *“não tem trabalho de príncipe, não, é preto no branco, podemos não podemos, eu toda vida fui assim. Eu já sou o contrário [das filhas], eu vou embora, eu vou embora não porque eu sou a gostosona, não, eu vou, estou vendo que vai ser prejudicial, que vai piorar, eu levanto o rabo e vou embora para não me sujar na lama”*. Desse modo, apesar de ser considerado “errado” pela família, o divórcio torna-se o “normal” e, apesar de passarem por separações conturbadas, não são vistas pela família como mais uma “tragédia” familiar.

O mito da “família das tragédias” ressalta os acontecimentos negativos da família, a começar pelo nascimento de um filho portador de necessidades especiais. Essa visão, de que a história da família é marcada pelas “tragédias”, dificulta os membros de observarem e valorizarem os acontecimentos positivos, além de criar um poderoso obstáculo na construção de projetos de vida, uma vez que estão fadados a serem destruídos em algum momento. Tatiana aponta esta questão, ao refletir sobre sua dificuldade em manter seus projetos de vida e como isso a deixava frustrada: *“Tudo eu só ia lá e começava, não conseguia terminar, eu ia lá e começava, não conseguia terminar, eu ia lá e começava, não conseguia terminar. Era só projeto. A tia Telma falava: ‘faça projetos’*. Está cheio de

projetos escritos na agenda, só escritos na agenda, eu tenho todas lá, se você quiser ler. E não conseguia. Para mim dava uma angústia tão grande, eu falava “putz”. Aí chegava no final do ano, a tia Telma falava assim: ‘você já reviu, você já fez a sua retrospectiva?’. Aí a gente ia fazer. Aí eu pegava minha agenda ‘esse aqui também não, o que que eu fiz aqui?’. Sabe, isso me dava um desespero...”.

Outra importante dinâmica presente na família é a triangulação. Tatiana foi a pessoa que mais participou de triângulos na família. A triangulação tem uma importante implicação, a dificuldade de finalizar um estágio do ciclo vital e iniciar outro. Hoffman (2001) aponta que os filhos que se tornam mediadores dos conflitos parentais podem se perceber como impedidos de seguir em frente no ciclo de vida. Neste sentido, o sintoma surge com a função de manter este filho em casa, dificultando sua saída. Isso aconteceu com Tatiana, que se tornou mediadora dos conflitos familiares à época do divórcio dos pais e mesmo depois de sair da casa da mãe, quando se tornou mediadora dos conflitos entre Talita e Tiago.

A família apresenta uma característica muito comum em famílias com casos de suicídio ou tentativas de suicídio, que é a ocorrência de casos de doença mental e alcoolismo. Dois membros da família de origem de Tânia foram diagnosticados com esquizofrenia, um irmão e uma tia. Esse mesmo irmão portador de doença mental é alcoolista, além de outro irmão. Na família nuclear, Tiago teve dificuldades com álcool e drogas ilícitas, logo depois que voltou do exterior.

A doença mental mais comum na família é a depressão, presente entre as mulheres da família. Papp (2002) afirma que a depressão é freqüente entre mulheres que se sentem responsáveis pelos cuidados dos outros membros da família; é comum também ocorrerem rompimentos de vínculos emocionais. Nessa família, esses dois elementos

aparecem. As mulheres costumam ser as cuidadoras do ambiente e da união familiares. Até hoje, Tarsila se sente responsável pelos filhos e ajuda os filhos homens financeiramente, apesar destes já estarem com mais de cinquenta anos. Tânia também se sente responsável pelos filhos, tanto emocionalmente quanto financeiramente. Tatiana costuma ser a mediadora dos conflitos familiares. Em todas elas e inclusive em Talita, existe uma característica em comum: todas têm dificuldade em cuidar de si mesmas e uma grande facilidade de cuidar dos outros. Isso é exemplificado pela fala de Talita: *“A gente cuida muito melhor dos outros do que de si mesma”*.

O fardo carregado por estas mulheres muitas vezes fica pesado demais, resultando em sinais de depressão, diagnosticada ou não. A depressão, então, torna-se uma doença das mulheres da família. A princípio, todas elas estariam em risco de suicídio. Possivelmente, todas tiveram ideação suicida em algum momento da vida, apesar de apenas Talita ter admitido claramente. Tarsila, após a morte de sua filha Telma, mostrou sinais de desesperança e em muitos momentos disse que desejava “ir logo”. Talita revelou, no início do processo terapêutico, que talvez se sentisse tão triste quanto Tatiana; relatou também que sentia vontade de morrer, mas que não tinha “coragem” de se matar. Apenas Tatiana teve “coragem” de atuar sua depressão, de modo a tentar suicídio em dois momentos distintos da vida, aos 19 e aos 21 anos.

Essa “coragem” apresentada por Tatiana tornou-se uma nova crença familiar, a de que Tatiana apresenta uma fragilidade que deve ser “monitorada” a todo instante, pois a qualquer decepção ou frustração que ela passar, ela poderá tentar suicídio novamente. A crença nessa “fragilidade” gera, por sua vez, um paradoxo na família, pois é justamente Tatiana quem é chamada para resolver as mais diferentes dificuldades apresentadas pelos membros familiares. A família vive com medo de ela tentar novamente e de virem a perdê-

la. Com relação a este medo da família, Tatiana falou: *“Mas eu vivi um momento que é eterno para eles. [...] Para mim já acabou há muito tempo e para eles continua lá.”*. Depois de sua última tentativa, Tatiana disse que parou de ter ideação e de planejar sua morte, por passar a crer que se não morreu ao pular do quarto andar foi porque Deus tinha um projeto para ela.

Uma importante característica, que marca a história familiar desde Tarsila, é a variação do nível socioeconômico da família. Tarsila e o primeiro marido passaram momentos de dificuldades financeiras na época em que participaram de movimentos guerrilheiros. Ao saírem do movimento, experienciaram um momento de grande prosperidade econômica e chegaram a viver entre a elite social do Distrito Federal. Tarsila abriu mão dessas facilidades ao aceitar o divórcio e se casar novamente, desta vez com um homem com nível econômico mais baixo. Tânia, em seu primeiro casamento, também vivenciou o conforto de uma boa situação financeira, que acabou com o divórcio, após o nascimento do filho portador de necessidades especiais. Vivenciou, então, momentos de graves dificuldades financeiras, pois contava apenas com a pensão do ex-marido. Casou-se novamente, desta vez com Túlio, e voltou a ter, temporariamente, boas condições econômicas. Com a queda do padrão de vida do marido, enfrentou novamente dificuldades que, entre outras questões, a levaram a um novo divórcio. Desta vez, além das dificuldades pela falta de condições financeiras, tinha de lidar com a falta de apoio dos filhos à nova realidade.

Não foi possível avaliar o impacto dessas mudanças socioeconômicas na família. Desde o início do processo terapêutico, a família não passou por nenhuma alteração em seu status socioeconômico. Autores (Meneghel e cols., 2004; Meleiro e Teng, 2004) afirmam que existe uma relação entre as quedas no status socioeconômico e o suicídio. Meleiro e

Teng (Op. Cit.) apontam que desempregados residentes em áreas abastadas apresentam altas taxas de suicídio. Isso significa que quedas, mesmo que possíveis, de níveis socioeconômicos representam fatores de risco de suicídio. Apesar da família e especialmente Tatiana não passar por situações de desemprego, o contraste entre ambientes de alta classe social e mais baixas pode ter contribuído para a dificuldade da família em lidar com a realidade e frequentemente investir em projetos fantasiosos e, conseqüentemente, se tornar um fator de risco de suicídio para a família.

Essas variações no nível socioeconômico da família aconteceram concomitantemente aos momentos em que a família apresentou isolamento social e familiar. Quando o nível econômico da família nuclear caía, os membros relatavam que a família de origem se afastava. Contudo, não era apenas nesses momentos de dificuldades financeiras que a família de origem se afastava, na verdade, era em qualquer momento de dificuldade, como divórcio, recasamento ou nascimento de um filho portador de necessidades especiais. Assim, a família de origem não constitui uma rede de apoio consistente e tampouco é percebida como tal. A desintegração social, bem como a falta de uma rede social de apoio, são fatores de risco de suicídio ou tentativa de suicídio (Gaspari e Botega, 2002).

Quanto às tentativas de suicídio de Tatiana, é importante ressaltar que envolveram uma gradação do método utilizado. Ela partiu de um método não violento e finalizou com um método violento nas duas ocasiões. Nas duas situações, ela iniciou o evento com a ingestão de medicamentos. No primeiro evento, a ingestão foi sucedida de tentativa de enforcamento. No segundo evento, um dia após a ingestão de medicamentos, Tatiana se precipitou de um lugar elevado. Como apontado em vários estudos, a facilidade de acesso aos métodos de suicídio é um fator de risco de suicídio ou tentativas (Vansan, 1999).

É possível perceber que a família apresenta dois elementos relacionados ao suicídio ou tentativas de suicídio. O primeiro é a existência de dinâmicas familiares consideradas disfuncionais, como a existência de rígidos mitos familiares, isolamento social e familiar, comunicação paradoxal, fronteiras emaranhadas, triangulação e dificuldade em lidar com a balança ética relacional. O segundo elemento é a vivência de experiências adversas ao longo do ciclo de vida familiar, como casos de suicídio, doença mental, alcoolismo e alterações no nível socioeconômico.

2 - “Família das Rupturas”

2.1 - Apresentação do caso

2.1.1 - Composição da família

A família é composta por: Rosa, a mãe, e os quatro filhos, Roberta, Ricardo, Rafael e Raul. O dois filhos mais novos, Rafael e Raul, são gêmeos e possuem apenas um ano de diferença de Ricardo.

Rosa tem cerca de 50 anos, tem pós-graduação em nível de mestrado e é servidora pública federal. Roberta tem 32 anos, é formada em dois cursos superiores, mora em outro Estado há muitos anos, casou-se e tem uma filha de dois anos. Ricardo tem 28 anos, nível superior e trabalha como professor. Rafael, 27 anos, tem nível superior e trabalha com projetos de pesquisa na sua área. Raul, 27 anos, ainda não é formado, pois foi desligado de seu curso superior e iniciou o mesmo curso em outra faculdade; ao longo do processo terapêutico trabalhava como professor. O pai, Rodolfo, já falecido, era servidor público federal.

2.1.2 - Breve história familiar

Rosa e Rodolfo casaram-se após Rodolfo abdicar de sua vocação religiosa: ele era um seminarista europeu que veio ao Brasil em missão religiosa e conheceu Rosa, à época jovem de 18 anos, em trabalhos da igreja. Os dois se casaram na Europa, onde nasceu a primeira filha do casal. Permaneceram na Europa por quatro anos. Neste período, Rosa fez um curso superior.

O contato com a família de origem de Rodolfo era difícil – a mãe dele tinha muitas oscilações de humor, que eram atribuídas a uma história de depressão e internações

psiquiátricas, além de histórias de violência familiar. Por decisão de Rodolfo, a família, constituída pelo casal e a filha mais velha, Roberta, retornou ao Brasil.

O casal mudou-se para um Estado da região sudeste do Brasil e comprou casa afastada da zona urbana com área verde ampla. Os benefícios do contato com a natureza eram contrapostos pela falta de recursos, como televisão, rádio, telefone, dificuldade de acesso a meio de transporte. Por conta deste afastamento, Rosa não pode concluir o primeiro curso superior que havia iniciado antes de deixar o Brasil, pois não dispunha de meios de transporte para chegar até a faculdade e nem de ajuda para cuidar da filha. Rosa relatou que esse período de sua vida foi marcado pela solidão – Rodolfo saía cedo de casa para trabalhar e só retornava à noite.

Na perspectiva de Rosa, o relacionamento conjugal foi marcado por conflitos e dificuldades de comunicação. Esses conflitos se agravaram durante a gravidez do segundo filho, Ricardo. O nascimento desse filho também foi conturbado em função da vinda da sogra para passar uns tempos no Brasil. Rosa teve problemas de saúde no pós-parto e relata que sentia-se dividida entre cuidar de si mesma, do filho recém-nascido e da filha, dar atenção à sogra e ainda dar conta dos afazeres domésticos.

Passados três meses do nascimento de Ricardo, Rosa descobre que estava grávida novamente. Algum tempo depois ficou constatada que a gravidez era gemelar. Essa gravidez foi de risco, o que exigiu repouso e prejudicou os cuidados para com o filho recém-nascido.

Logo após o nascimento dos gêmeos a família mudou-se para Brasília em função de oferta de trabalho para Rodolfo. Posteriormente, Rosa também foi contratada por órgão público para atuar na área de sua formação na Europa. Esse foi um período de mudanças na vida de Rosa, pois ela foi valorizada profissionalmente e fez muitos contatos. Ela é uma

mulher inteligente e que pode, nesse momento, sair do enclausuramento do ambiente doméstico e expandir seus horizontes.

Os conflitos conjugais permaneciam como pano de fundo da relação. Cerca de quatro anos após a vinda para Brasília, o casal se separou. A separação foi a princípio amigável e o ex-casal manteve contato em função dos filhos pequenos. Posteriormente, se tornou litigiosa, sendo marcada por um estado de raiva e agressão constantes por parte de Rodolfo em relação à Rosa. Essa raiva nunca foi elaborada. Depois da separação, Rodolfo casou-se novamente, com Rita. O novo casal não teve filhos.

Inicialmente, Rosa ficou com a guarda dos filhos. Contudo, passou por uma reviravolta em sua carreira profissional, vindo a perder o emprego e a condição de manter o sustento dos filhos. A guarda foi passada, então, para Rodolfo. Nesta época, Rosa entrou em depressão, pois se sentia desqualificada em seu papel de mãe. Rodolfo dificultava o acesso da mãe aos filhos: contatos telefônicos e mesmo visitas em casos de doença eram cerceados.

Rosa passou por momentos de grande dificuldade financeira, sustentando-se com trabalhos eventuais. A função materna foi mantida a duras penas – Rosa cuidava levando e buscando da escola, ajudando nas tarefas escolares, organizando atividades extracurriculares, ou seja, apoiando os filhos em tudo que lhe era possível.

Em 2002, Rodolfo foi diagnosticado com doença terminal e morreu em poucos meses. Tinha uma vida repleta de comportamentos de risco, como tabagismo, alcoolismo e dirigia embriagado. Nessa época, intensificou-se na família um comportamento antigo, de se telefonarem ao longo do dia, várias vezes. Depois da morte do pai, os filhos intensificaram comportamentos autodestrutivos que já possuíam, como tabagismo e alcoolismo.

2.1.3 - História das tentativas de suicídio

No dia 12 de junho de 2004, Ricardo fez todas as suas tentativas de suicídio. Durante o dia, participou de uma comemoração da empresa em que trabalha e ingeriu muita bebida alcoólica. Por volta das 22 horas, dirigiu embriagado até a casa de sua mãe, pois queria trocar de roupa para ir a uma festa. Rosa percebeu que o filho estava alterado e não quis que ele saísse. Tentou argumentar, mas não obteve sucesso. Trancou a porta de casa. Ricardo, então, pulou a janela do apartamento da mãe, que fica no primeiro andar. Não se machucou e mais uma vez dirigiu embriagado, dessa vez em direção à festa.

Na festa, consumiu mais bebidas alcoólicas. O sofrimento que o levava à auto-agressão não cessava. Foi a uma drogaria, onde adquiriu medicação e agulhas. Ingeriu a medicação com álcool e, com as agulhas, injetou ar na corrente sanguínea. Durante este processo, mandou várias mensagens para os telefones celulares dos irmãos, se despedindo. Quando os irmãos respondiam às mensagens e perguntavam onde Ricardo estava, ele fornecia dados incompletos a respeito de sua localização. Sua última tentativa de auto-extermínio foi parar o carro no acostamento de uma via e deitar no asfalto, esperando ser atropelado. Um frentista de um posto de gasolina localizado nas proximidades o avistou e chamou o Corpo de Bombeiros. A família só teve conhecimento do que de fato estava acontecendo com Ricardo quando foi avisada pelo hospital em que o Corpo de Bombeiros o levou.

A família passou a revistar os quarto e os pertences de Ricardo, em busca de objetos que pudessem ser utilizados em uma nova tentativa. Encontraram outras agulhas, contendo sangue e ar e vários tipos de medicação. Por decisão própria, Ricardo se internou em uma clínica.

2.1.4 - Contexto do encaminhamento

A terapia familiar com esta família teve início quando a mãe, Rosa, procurou o serviço de terapia familiar do CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, coordenado pela Profa. Gláucia Diniz por estar preocupada com a saúde mental dos filhos a partir do diagnóstico da doença terminal de Rodolfo. Ela sentiu necessidade de elaborar com eles as dores vivenciadas em função da raiva e dos conflitos pós-separação. Além de achar que seus filhos precisavam de ajuda para lidar com a perda iminente do pai, ela temia que se a raiva, os desencontros nas versões da história da vida deles e os mal-entendidos não fossem trabalhados com o pai ainda vivo poderiam prejudicar a qualidade do relacionamento entre mãe e filhos após a morte. A terapia era vista também como uma forma de aproximação emocional com os filhos em uma fase difícil, a qual seria facilitada pelo apoio da equipe profissional.

2.1.5 - Dimensões do trabalho terapêutico

Participaram da terapia familiar Rosa, Ricardo, Rafael e Raul. Roberta não frequentava a terapia, pois mora em outro Estado. Participou de algumas sessões quando estava de passagem pelo Distrito Federal. Rita também não participou, foi à terapia uma vez, na sessão seguinte à tentativa de suicídio de Ricardo.

A consciência da situação de crise marcou o processo terapêutico. Paralelo ao acompanhamento das vivências em relação ao quadro de saúde do pai, foi sendo trabalhada a história familiar, incluindo a história das famílias de origem. Em seguida privilegiou-se o processamento das visões e sentimentos de cada membro sobre a experiência de vida da família, com ênfase para o momento da separação e suas implicações posteriores. O

objetivo era deixar claro os afetos e questões não resolvidas, abrindo espaço para uma vivência mais saudável do luto iminente.

A primeira questão trabalhada foi a depressão da mãe. Desde que teve de passar a guarda dos filhos para o ex-marido, Rosa entrou em depressão. Além dessa perda, ela passou muitos anos sem um trabalho que a realizasse profissionalmente ou pelo menos gerasse um bom retorno financeiro. Sentia-se diminuída como profissional, pessoa e mãe. Com a auto-estima abalada, sentia-se preterida pelos filhos.

Rosa não era a única a se sentir deprimida com a morte iminente de Rodolfo. Ela e os filhos viviam em um "estado depressivo". O luto antecipado foi aumentado com o desgaste dos filhos, que se revezavam nos cuidados com o pai, a fim de nunca deixá-lo sozinho. De frente a este panorama, Rosa retomou o seu antigo desejo de ter uma maior proximidade com os filhos.

Após o falecimento, a terapia centrou-se na vivência da perda e na reorganização dos papéis e funções familiares. Um a um, os membros familiares começaram a apresentar comportamentos que preocupavam os demais familiares. A família tinha uma grande dificuldade em compreender que faziam "terapia familiar" e que o objetivo era refletir sobre as relações entre os membros da família. Acreditavam que iam para a terapia para cuidar das questões de cada um e ajudar quem estava com dificuldades, como se eles próprios não afetassem ou fossem afetados pelos comportamentos e manifestações do luto um dos outros.

O primeiro membro a preocupar a família foi Raul. Ele começou a apresentar sinais de estresse, como a ingestão diária de álcool, ficar constantemente alcoolizado e ter dificuldades acadêmicas. Outro comportamento que preocupava a família era o tabagismo. Os familiares relatavam que Raul fumava demais.

Em 2003, o relacionamento de quatro anos de Ricardo com uma moça foi rompido. Este relacionamento era visto pela família como algo muito "formal" e com pouca afetividade entre os dois. A família também estranhava o fato de o namoro ter começado devido à insistência de Ricardo e que, cerca de dois anos depois, ele a traía constantemente. Após o término do relacionamento, Ricardo começou a apresentar uma série de comportamentos que deixavam a família preocupada. Ele, que sempre foi considerado como o mais responsável, estável e inteligente entre os irmãos - por exemplo, era responsável pela distribuição da pensão deixada pelo pai -, começou a ter dificuldades financeiras, além de chegar várias vezes alcoolizado em casa e não esconder dos familiares seus comportamentos promíscuos.

A família passou a desconfiar da possibilidade do uso de drogas e de que ele gastava o dinheiro com jogos de azar e jogos em rede. Estes últimos também geravam outra angústia nos familiares, pois Ricardo passava a madrugada toda jogando, dormia pouco e muitas vezes trocava o dia pela noite. Esses hábitos refletiam em sua vida acadêmica - faltava a muitas aulas e foi reprovado em várias disciplinas, apesar de dizer à família que fora aprovado. A família não comprovou seu envolvimento com drogas, contudo confirmou que ele gastava muito dinheiro com os jogos. Apesar dos apelos da família, Ricardo não aceitava nenhum tipo de ajuda para reverter esses comportamentos, embora continuasse freqüentando a terapia familiar.

Os comportamentos autodestrutivos se acentuaram, culminando na tentativa de suicídio de Ricardo em junho de 2004. Houve, nesse momento, uma mudança no enfoque da terapia familiar, que passou a auxiliar a família a lidar com a tentativa de suicídio de Ricardo. Tratou dos sentimentos de medo e preocupação em torno da iminência da perda do filho ou irmão e das questões referentes à nomeação do ato como tentativa de suicídio.

Além disso, a equipe procurou, juntamente com a família, entender as dificuldades de comunicação entre seus membros e o componente autodestrutivo de cada um, como o alcoolismo e a baixa auto-estima, por exemplo.

Após a tentativa, Ricardo passou a ser acompanhado individualmente pelo grupo de Intervenção em Crise. Permaneceu por mais de um ano em acompanhamento individual. Ao término da terapia familiar, Ricardo havia conseguido concluir seu curso superior e mantinha seu trabalho como professor. Diminuiu a intensidade de comportamentos de risco, porém permanecia com dificuldade de se projetar no futuro.

2.2 - Identificação das dinâmicas familiares

2.2.1 - Ciclo de vida familiar

O início do processo terapêutico foi marcado pela iminente morte do pai. Neste momento, a família se encontrava no início do estágio de adulto jovem, com todos os filhos já cursando nível superior e trabalhando.

Apesar de serem considerados adultos jovens, os filhos ainda eram muito imaturos, não apresentavam independência financeira ou emocional. A filha mais velha, Roberta, mesmo já inserida no mercado de trabalho e tendo constituído sua própria família nuclear, continuava bastante dependente da mãe, tanto financeira quanto emocionalmente. Por sua vez, Ricardo ainda não havia terminado o curso superior e seu trabalho não propiciava a ele a independência financeira. Os filhos ainda eram tratados e se comportavam como adolescentes, apesar de todos serem adultos jovens. A fala de Raul explicita essa questão, quando critica o comportamento imaturo de Ricardo frente seu trabalho: “[Ricardo] *Continua na adolescência. A função dele hoje não é profissional, não está profissional, não está querendo crescer, [...] ele ainda tá com aquela filosofia de que é menininho de 18 anos.*

[...] *Eu vejo ele fazendo brincadeira no trabalho, parece que eu que estou zoando, que as meninas dão mole para você.*”

2.2.2 - Mitos:

Apesar de a família ter permanecido em terapia familiar por quase quatro anos, não foram identificados mitos familiares que organizassem a dimensão simbólica da vida familiar.

2.2.3 - Isolamento social e familiar

O isolamento familiar é muito presente nesta família. Existe uma repetição, ao longo da história da família nuclear, de “rupturas”. Essas rupturas antecederam longos momentos de isolamento, tanto familiar quanto social e estão presentes na família nuclear e nas famílias de origem de Rosa e Rodolfo.

O casamento de Rosa e Rodolfo foi marcado por rupturas. Quando o casal iniciou o relacionamento, marcou a ruptura de Rodolfo com a vocação religiosa e com a cultura européia, ao se casar com uma brasileira, ou seja, uma pessoa de cultura bastante diferente da sua. Na época em que o casal morou na Europa, Rosa estava fisicamente e emocionalmente distante de sua família de origem e não se sentia acolhida pela família de origem do marido. O retorno ao Brasil foi marcado pela ruptura de Rodolfo com sua família de origem. Chegando ao Brasil, o casal se mudou para uma casa isolada da cidade, caracterizando um isolamento não só de suas respectivas famílias de origem, como também enfrentava um isolamento social, ao morar em lugar distante e sem meios de comunicação, exemplificado na fala de Rosa: *“Quando eles nasceram, eu morava numa chácara que não tinha telefone, não tinha rádio, não tinha nada. E teve vezes que eu gritava sozinha dentro*

da casa, eu ficava tão desesperada, porque dava uma neblina lá, aquela coisa, e eu sozinha lá, não tinha ninguém para conversar o dia inteiro, um rádio para ouvir, nada. Me dava tanta agonia que eu gritava, gritava mesmo, e eu queria sair, fazer coisa.”

O casamento marcou também outra ruptura. Rosa gostaria de estudar, mas teve de largar o curso ao se mudar para a Europa e se casar. De volta ao Brasil, não conseguiu retomar o curso, pois não dispunha de meios de transporte para chegar à faculdade. A última ruptura vivenciada por Rosa foi o divórcio, que foi inicialmente amigável e depois se tornou violento, com muita agressividade por parte de Rodolfo.

Os filhos viveram uma importante ruptura após a morte do pai. Rodolfo exercia um forte controle sobre os filhos. Sua morte permitiu que os filhos abdicassem da imagem que tentavam passar para o pai e que aflorasse a imaturidade presente em cada um. Desse modo, houve uma ruptura da imagem de rapazes “bonzinhos” e o nascimento de uma nova imagem, de homens imaturos e com tendência à repetição dos mesmos comportamentos autodestrutivos apresentados pelo pai, como tabagismo, alcoolismo e direção perigosa.

O isolamento familiar gerado pelas várias rupturas continua presente. Rosa mantém contato regular apenas com sua mãe e pouco contato com os demais membros de sua família de origem. Os filhos têm contato esporádico com seus familiares residentes na Europa. Esse contato, contudo, não é suficiente para ser considerado por eles como uma rede de apoio social consistente. A respeito do pouco contato que Rosa mantém com sua família de origem, Rosa cita o momento do falecimento de uma tia: *“Já fui celebrar a morte da minha tia, foi a única tia que eu fui, porque era a minha única tia que eu tinha contato, era a minha madrinha, é o primo com quem eu me dou bem”*.

O isolamento é repetido atualmente pelos filhos. Nos momentos em que se encontram em relacionamentos afetivos, Ricardo, Raul e Rafael costumam passar mais

tempo com as família das companheiras. Embora eles falem diariamente ao telefone uns com os outros, a mãe ainda se queixa da falta de atividades comuns, como almoços, saídas ao teatro, entre outras.

2.2.4 - Comunicação disfuncional / paradoxal

A família apresenta dificuldades de comunicação. A comunicação muitas vezes é truncada ou agressiva. Os membros da família tendem a não aceitarem o que lhes é dito, e a recusa é feita muitas vezes de forma agressiva. Apresentam aumento no tom de voz e muita dificuldade em ouvir uns aos outros. Rafael, por exemplo, cita a dificuldade que tem em se comunicar com Ricardo: *“O que que ele agüenta nosso? Porque qualquer coisa que você vai conversar, ah... Pergunta para você [Rafael se dirige a Ricardo], aliás. O que que você agüenta? Se é para conversar de qualquer coisa, você não conversa. Se já tentar entrar em contato contigo você já (Renato faz um som de uma pessoa vomitando).”*.

Com essa característica de comunicação agressiva, Ricardo passou a tentar um novo tipo de comunicação. Como não conseguia se comunicar diretamente com Rafael, Ricardo passou a utilizar o site de relacionamentos “Orkut” para deixar mensagens para seu irmão. Contudo, Rafael desvalorizava a tentativa de comunicação do irmão: *“Ele chega lá e escreve assim ‘ó, cheguei em casa, a escuridão, não sei o que, vejo hoje o que eu não consigo falar, que não sei o que...’. Mas não fala nada. Tipo assim, ele falava ‘ó, hoje eu me sinto bem porque consigo falar as coisas que eu não falava’. Nunca falou nada, mas ele escreve lá. Manda aquelas mensagens no Orkut, se abrir minha página lá, você vai ver. [...] Eu não respondo, quando vem escrever essas coisas no meu Orkut.”*.

As recusas e as tentativas de comunicação, tanto de Ricardo quanto de Rafael, demonstram outra característica da comunicação da família: a ambivalência. Existe a

preocupação com o bem estar uns do outros. As atitudes de cuidado são perceptíveis, mas o afeto fica escondido pelo tom e postura agressivos.

2.2.5 - Fronteira

Esta família apresenta características de transgressão de fronteiras. A família se encontra em um estado de emaranhamento familiar, em que as fronteiras entre os subsistemas não está delimitada de forma clara. Os filhos muitas vezes se encontram no papel de pai. Ricardo, por muito tempo, foi visto como o “intermediário” da relação entre o pai e seus irmãos, era o porta-voz do pai, o filho mais responsável e que cuidava dos outros. Após a crise de Ricardo, quem cumpre essa função é Rafael, como mostra a fala de Ricardo: “*Não era só pai, você [Rafael] quer se achar [...]*”.

Os filhos também se sentiam responsáveis pelo cuidado da mãe. Após o divórcio e a depressão de Rosa, os filhos se transformaram no apoio afetivo da mãe. A todo instante, sentiam - e ainda sentem - a necessidade de reafirmarem Rosa como “a mãe”. Após o casamento de Rodolfo com Rita, Rosa sentia uma carência afetiva ainda maior, além de se sentir “demitida” de seu papel de mãe, já que os filhos passaram a morar com o novo casal e continuaram a habitar a casa de Rodolfo com Rita, mesmo após a morte do pai. Desse modo, os filhos muitas vezes foram “os pais” da mãe.

2.2.6 - Transgeracionalidade

Na época em que passou a guarda dos filhos para Rodolfo, Rosa relatou que sentia desesperança. Ela teve ideação suicida, tinha vontade de morrer e falou que pensou muitas vezes em “desistir”. Em uma ocasião, chegou a ingerir uma quantidade maior de

antidepressivos que a indicada pelo psiquiatra que a atendia na época, com o objetivo de “dormir mais”. Rosa não chegou a nomear este ato como uma tentativa de suicídio.

2.2.7 - Triangulação

A triangulação apareceu em momentos muito importantes ao longo da vida familiar. Os filhos foram os que constantemente passaram por este processo. Inicialmente, os filhos foram triangulados após o divórcio dos pais, quando se tornaram os “mensageiros” e os “apaziguadores” da agressividade de Rodolfo por Rosa. Depois da morte do pai, Rita passou a ser a herdeira da raiva que Rodolfo sentia por Rosa, ou seja, dando continuidade ao outro pólo na vida dos filhos. A vida passou a ser dividida entre Rosa e Rita, como será explicitado no próximo tópico desta análise.

Desde os meses que antecederam a tentativa de suicídio de Ricardo e mesmo depois, Rafael sempre foi o mais preocupado com o irmão. Por morar na mesma casa do irmão, pôde prestar mais atenção nos comportamentos apresentados por Ricardo e, portanto, questioná-lo mais que sua mãe. Quando a tensão entre os dois irmãos aumenta, a mãe é chamada, formando uma tríade, ora com Ricardo, ora com Rafael.

2.2.8 - Determinantes biológicos ou sócio-históricos

Dependência Química

Há na família casos de alcoolismo. O pai, Rodolfo, era alcoolista e tabagista. O pai de Rosa também era alcoolista, porém passou muitos anos abstinência, até seu falecimento. Na família nuclear, Ricardo e Raul são questionados por terem dificuldades com álcool e tabagismo.

Doença Mental

Há na família casos de doença mental. Regina, mãe de Rodolfo, foi internada em instituições psiquiátricas em diversas ocasiões. Sobre isso, Rosa falou: “[...] *a Regina teve muitos problemas psiquiátricos, foi internada e tal*”.

Nascimento de Ricardo

Um momento na história da família muito importante foi o nascimento de Ricardo. Além do isolamento que Rosa passava na época, o momento foi marcado por adversidades. Ao longo da gravidez, Rosa sofria constantes agressões por parte de Rodolfo, que só cessaram no fim da gravidez, quando Rosa ameaçou Rodolfo caso ele continuasse a agredi-la e ao bebê ainda não nascido.

Também no fim da gravidez, outro fato marcante foi a vinda da sogra para o Brasil, para ajudar Rosa. Contudo, Regina não ajudou Rosa. Devido às suas dificuldades de relacionamento, Regina se tornou um “fardo”, pois apresentava crises - fugia de casa, ficava sem comer constantemente, preocupando o casal a todo instante. Rosa simplifica a passagem de Regina pelo Brasil: “*Quando o Ricardo nasceu, foi uma tragédia na minha vida, porque a Regina veio. Regina veio da Europa, para mim.*”.

Além da questão de Regina, Rosa teve complicações no pós-parto e teve de ficar uma semana no hospital. Voltou para casa e, ainda fragilizada pelas complicações, tinha de cuidar da sogra. Poucos meses após o nascimento de Ricardo, Rosa engravidou novamente. A gravidez gemelar foi de risco, exigindo que Rosa passasse muitos meses de repouso e impedida de cuidar do filho recém-nascido, como relatou: “*Eu fiquei parada, deitada, por conta de risco de aborto. [...] Parada, nem ele [Ricardo] podia pegar no colo.*”.

A vida dividida

Após o guarda dos filhos ser passada para Rodolfo, a vida em família passou a ser dividida entre esses dois pólos: “as coisas” da Rosa e “as coisas” de Rodolfo e Rita, como nos conta Rosa: “*‘Isso é coisa dela’, ele [Rodolfo] falava assim. [...] ‘Ela que inventou isso’ Ele não pensava assim ‘isso é bom para os meus filhos’, não, ‘isso é coisa que ela inventou’*”. Nesta fala, Rosa faz referência às atividades extracurriculares que incentivava os filhos a freqüentarem, tais como esportes, cursos de idiomas atividades relacionadas às artes.

Os eventos familiares e a rotina diária dos filhos eram divididos dessa forma. Com o falecimento de Rodolfo, a vida dos filhos permaneceu polarizada entre Rosa e Rita. Essa divisão não incomodava claramente os filhos, mas gerava muita mágoa e ressentimento em Rosa. Os filhos se ressentem por ter de dividir a vida entre a mãe e Rita e pela mãe ter dificuldades em compreender que sempre teve seu lugar de mãe para eles. Até o fim da terapia, Rosa sentia que não fazia completamente parte da vida dos filhos: “*‘Eu fico fora, de longe, eu fico dentro e fora, assim, um negócio meio esquisito, mas enfim’*”.

2.2.9 - Ética relacional

Os membros desta família apresentam dificuldades em lidar com o que lhes é devido na balança ética relacional. A mãe admite que um dos filhos foi preterido no momento de tensão anterior e durante a tentativa de suicídio de Ricardo. Rosa acredita que Raul foi negligenciado. Enquanto todas as atenções da família se focavam em Ricardo, nas suas dificuldades emocionais e acadêmicas, Raul também passava por dificuldades acadêmicas. Contudo, não recebeu apoio devido e acabou sendo desligado do curso. Já Ricardo, com apoio da mãe, conseguiu terminar o curso superior.

A respeito da negligência com relação a Raul em prol de Ricardo, Rosa constatou: “[...] *na verdade, do Raul e do Ricardo, assim, se for medir em coisas concretas, quem se deu mal, que não conseguiu fechar suas coisas, foi o Raul. Fez tudo aquilo lá, a gente se concentrou nele lá, acho que a gente conseguiu superar isso juntos, a fase pior, assim, um desencanto do curso, foi difícil ele se formar, assim, o Ricardo, foi difícil [...], acho que talvez se a gente não tivesse empurrado e tal, não sei, foi muito difícil, com aquela monografia, com tudo [...]. O Raul foi o que jubizou, o Raul é o que não formou, o Raul está muito atrasado*”.

Este funcionamento perpassa a história da família. A cada época, um membro da família é focado, suas dificuldades são discutidas e ele(a) recebe ajuda para se reerguer. Sobre essa dificuldade da família, Rosa falou: “*A gente ficou concentrando todos os episódios que houve com o Ricardo assim, a gente responsabilizou em cima dele, e ainda está, né, e talvez as minhas coisas da emergência [quando estava em depressão], que foi aquilo tudo, é... a gente se esquece uns dos outros um pouquinho*”.

Outra dificuldade a respeito da ética relacional que a família apresenta é com relação à lealdade familiar. Após o divórcio, os filhos eram constantemente pressionados a ter de “escolher um lado”, ou seja, declarar com quem estava sua lealdade, se estava com a mãe ou com o pai. O crescimento dos filhos foi, desse modo, marcado pelo “conflito de lealdade” imposto pelos pais.

2.2.10 - Características individuais de quem tentou suicídio e da tentativa

Com relação às suas características individuais, Ricardo apresenta comportamentos autodestrutivos, baixa auto-estima e desesperança. Vale mencionar que

Ricardo, antes de entrar em crise, era visto pela família como o filho mais responsável, inteligente e “popular”, ou seja, com muitos amigos.

Quanto às suas tentativas de suicídio, Ricardo apresentou planejamento do ato suicida, impulsividade, fácil acesso aos métodos e reação de aniversário.

Comportamentos autodestrutivos

Como citado anteriormente, os comportamentos autodestrutivos de Ricardo são: alcoolismo, tabagismo, direção perigosa - dirige em alta velocidade e algumas vezes embriagado - e promiscuidade.

Baixa auto-estima e desesperança

Ricardo apresenta baixa auto-estima. Não se valoriza enquanto homem, se relaciona com qualquer mulher que queira se relacionar com ele e tem muita dificuldade em se cuidar. Essa dificuldade se exemplifica quando Ricardo fala sobre a possibilidade de ir trabalhar em outro Estado e ter de morar sozinho: *“Morando sozinho, para que que eu vou querer ficar morando bem?”*.

Características positivas

Antes de entrar em crise, Ricardo era considerado, tanto por seus pais quanto por seus irmãos, o filho mais responsável - ele pagava as contas do pai e era o único a possuir cartão de crédito. Também era visto como o filho mais inteligente, nunca apresentou dificuldades escolares e aprendia tudo facilmente. Ricardo também era considerado por todos como sendo muito popular, tinha muitos amigos e fazia “sucesso” com seus alunos, pois era muito carismático.

Com a crise, Ricardo desfez essa imagem que todos tinham dele, passando a ser visto como irresponsável. Começou a ter dificuldades financeiras - contraiu muitas dívidas -, acadêmicas - quase foi desligado de seu curso na faculdade - e sociais - se afastou de seus

amigos e não era mais visto como um professor carismático, recebendo muitas críticas de seus alunos e quase foi demitido.

Planejamento do ato suicida

A tentativa de suicídio foi marcada tanto por planejamento quanto por impulsividade. Apesar de no dia da tentativa Ricardo estar sob influência do álcool, ele planejou o ato suicida quando foi à uma farmácia e comprou medicação e seringas e, mais tarde, quando estacionou o carro em uma via pública e se deitou na rua, à espera de ser atropelado.

Impulsividade

A impulsividade de Ricardo, nas tentativas de suicídio, apareceu no momento em que se precipitou da janela do apartamento da mãe, sem refletir se isso teria conseqüências e de que tipo seriam. É importante ressaltar que, antes da crise, Ricardo não era visto como uma pessoa impulsiva. Como já explicitado anteriormente, por muito tempo ele foi responsável por pagar as contas do pai - inclusive, era o único que tinha cartão de crédito - e, após a morte do pai, ele cuidava da partilha da pensão deixada pelo pai. Essa visão familiar mudou quando Ricardo começou a ter problemas financeiros, negligência com relação ao seu curso superior e chegar em casa alcoolizado, caracterizando o início de sua crise, que culminou em sua tentativa de suicídio.

Fácil acesso aos métodos de suicídio

Ricardo teve fácil acesso aos métodos que utilizou para tentar suicídio. Pulou da janela da casa de sua mãe e comprou a medicação ingerida e as seringas em uma farmácia.

Reação de aniversário

Uma importante característica da tentativa de suicídio de Ricardo é a data em que ele a realizou. Ricardo tentou suicídio no dia dos namorados, o primeiro que ele passava sozinho, após o término de seu relacionamento de quatro anos com uma moça.

2.2.11 - Questões de gênero

A família apresenta uma visão tradicional dos papéis de homens e mulheres. No casamento de Rosa e Rodolfo, ela deveria cuidar da casa e tampouco lhe foram proporcionadas condições para que estudasse. Durante anos, apenas Rodolfo trabalhava. Quando Rosa conseguiu um emprego em que recebia um bom salário e precisava viajar muito, Rodolfo pediu o divórcio. Possivelmente, Rodolfo se sentiu “ameaçado” quando a esposa ficou em um papel igualitário ao dele, após anos de submissão. Além deste fato, os pais de Rosa também viviam em uma relação com divisão tradicional de papéis. Somente o pai trabalhava, era um promissor funcionário de uma empresa multinacional, enquanto a mãe cuidava da casa e havia concluído apenas o primário. Por não ter estudo, a mãe desmerecia Rosa e seus esforços acadêmicos.

Além do papel de homem provedor, os filhos também têm uma visão de homem “galinha”, promíscuo e que não se vincula afetivamente. Sobre o seu comportamento promíscuo, Ricardo disse: *“Eu estava falando isso para minha mãe esses dias, eu estou voltando a ser um rapaz comportado, [...] bom moço. O que é ser um bom moço? Bom moço, de criação, eu sei que eu sempre fui, porém, de uns tempos para cá, eu era um galinha descarado”*.

Além de manter este funcionamento tradicional de família, Rodolfo representava um modelo estereotipado de pai. Mantinha forte controle sobre os filhos, que cessou apenas

com sua morte. Como explicitado anteriormente, a morte do pai trouxe a ruptura da imagem que eles mantinham para o pai. Essa ruptura aconteceu de forma reativa e através de uma identificação negativa, pois eles passaram a agir do mesmo modo que o pai, apresentando comportamentos como tabagismo e alcoolismo.

Com relação à imagem de mulher, os filhos mantêm uma imagem bastante preconceituosa. Para eles, existem mulheres para “ficar” e outras para “casar”. Essa característica é bastante presente em Ricardo, porém menos visível em Rafael e Raul, pois eles mantêm relacionamentos estáveis há anos. Eles costumavam criticar e recriminar o comportamento promíscuo de Ricardo. A respeito desse comportamento de Ricardo, Raul falou: *“A questão foi, começou levar a guria, a sair com a menina com uma certa frequência, a gente pensou, está fazendo alguma coisa séria. E ele ficando com essa guria, nesse período todo que ele está com essa guria, eu questionei ele, quando ele levou a guria lá na casa de Rita, falei ‘Ricardo, tu não fique de sacanagem com essa menina.’ ‘Não, não estou, não’. Olhei para a cara dele e falei ‘Ricardo, só essa semana você já pegou três mulher. Só essa semana você já agarrou três mulher’.”*

2.3 - Reflexão sobre o caso

Os filhos nessa família já eram adultos jovens à época da morte do pai. Apesar disso, eles apresentavam muita imaturidade e se comportavam como se fossem adolescentes, como exemplificado pela fala de Raul no tópico a respeito do ciclo de vida familiar. Neste sentido, torna-se essencial verificar como os adolescentes percebem e vivenciam a morte de um dos pais. A principal característica apresentada por adolescentes quando passam por esse tipo de perda é a forma de atuar a dor. Como esta fase do ciclo é caracterizada pelo relacionamento que os adolescentes mantêm com seus pares, a forma de

atuação também é influenciada pelas formas utilizadas por seus pares. Essa atuação, de forma geral, envolve comportamentos disfuncionais, como o alcoolismo e comportamentos autodestrutivos. A perda parental, por si só, é uma experiência que pode sobrecarregar a adaptabilidade do sistema, que pode ser comprometida ainda mais pelo comportamento de atuação dos adolescentes (McGoldrick e Walsh, 1998). Ricardo, Rafael e Raul atuaram a dor pela morte do pai, justamente apresentando comportamentos autodestrutivos e de imitação ao pai - alcoolismo, tabagismo e dirigir em alta velocidade e embriagado. A presença destes comportamentos alterava o foco do processo terapêutico e, muitas vezes, impedia a discussão de questões mais profundas, como os sentimentos resultantes da morte do pai.

Quando a perda de um dos pais é vivenciada por adultos jovens, pode trazer outras questões, como o distanciamento familiar. Esse distanciamento pode ser resultado de duas grandes questões. A primeira delas é com relação ao impacto dessa perda, principalmente se não for reconhecido pelos membros da família. A segunda questão refere-se ao medo que o adulto jovem pode sentir de que tenha que abandonar seus projetos de vida recém iniciados, em prol de cuidar do pai ou mãe em estado terminal. Esse medo pode continuar depois da morte, pois o jovem pode ficar com receio de ter de cuidar dos sobreviventes (McGoldrick & Walsh, 1998). Na família nuclear, observamos o distanciamento emocional de seus membros. A perda do pai não era muito discutida, pelo contrário, era muitas vezes evitada. Gláucia Tavares (2001) afirma que a negação do luto gera uma dificuldade em atribuir um sentido a essa experiência. Assim, o silêncio que a família experienciou levou a atuação dos filhos a essa perda, com eles apresentando os mesmos comportamentos de risco que o pai apresentava.

Tavares (2001) aponta a importância de se passar por todas as fases do luto, o qual ela refere quatro: negação, revolta, barganha e depressão. A negação refere-se ao medo da nova situação e uma vontade potencial para a mudança. A revolta traz à tona a realidade e a raiva de não ser possível voltar o tempo e ter de volta a pessoa perdida. A barganha aflora o desejo de que a situação não esteja acontecendo e a pessoa enlutada passa a ter de lidar com ausência da pessoa. A depressão refere-se à clareza do fracasso em trazer a pessoa perdida de volta, além da possibilidade de traçar novos caminhos, com novos valores e escolhas. A passagem por essas etapas não deve ser ignorada nem apressada, ou o luto pode ficar mal-elaborado (Op. Cit., p. 36). A família não conseguiu passar por todas essas fases. A negação foi vivenciada de forma muito intensa pelos membros, de modo que eles não conseguiam ver possibilidades de construir novos caminhos e projetos de vida. A reação dos filhos foi atuar a morte do pai, apresentando os mesmos comportamentos nocivos do pai. Outro exemplo sobre a falta de elaboração do luto do pai aconteceu no enterro do pai. A família se espantou ao perceber que Ricardo não chorou ao ver seu pai ser enterrado.

O luto mal elaborado ainda pode ter uma implicação muito importante. Meleiro e Teng (2004) apontam que a perda de uma pessoa próxima é um fator de risco de suicídio por um período de quatro a cinco anos. Os autores ressaltam que esse risco aumenta se o enlutado tiver história pessoal de transtornos psiquiátricos, tentativa prévia de suicídio ou pouco suporte familiar. Ricardo não tinha histórico de transtornos psiquiátricos nem tentativas de suicídio anteriores a sua crise. Já o apoio familiar existe na família nuclear. Com relação à família extensa, os escassos contatos impedem a manutenção de uma sólida rede de apoio.

A morte do pai trouxe mais uma ruptura em uma família já repleta de rompimentos. O comportamento de imitação dos filhos representou, além da atuação, uma ruptura do papel de filhos que eles apresentavam para o pai.

A perda antecipada associada à doenças pode trazer conseqüências a longo prazo, principalmente se ocorre quando a família se encontra em um momento de transição entre estágios do ciclo de vida familiar. Nas transições futuras, a família pode reviver os sentimentos anteriores à perda e as tarefas evolutivas da próxima fase podem ter de ser alteradas, adiadas ou abandonadas, principalmente se não forem baseadas em projetos concretos. Um intenso luto antecipado pode surgir, relacionado às experiências e oportunidades do próximo estágio, que devem ser abandonadas (Rolland, 1998). Enquanto o pai estava doente, os filhos se revezavam nos cuidados do pai, momento em que tiveram de relegar a segundo plano, ainda que temporariamente, seus projetos de vida em andamento. Assim, apesar de a família não estar em um momento de transição entre os estágios do ciclo de vida, o sofrimento advindo da morte do pai possivelmente foi mais um obstáculo à consolidação do estágio de adulto jovem. Essa experiência provavelmente gerou um prolongamento desta fase, tornando a passagem para o estágio seguinte do ciclo de vida mais difícil.

A morte de Rodolfo também foi sentida por Rosa, que relatou se sentir um “pouco viúva”. Contudo, esse sentimento era negado pelos filhos, que achavam que ela não tinha direito de se sentir viúva, pois não era. Além da negação do luto da mãe por parte dos filhos, Rosa foi também impedida pelo próprio Rodolfo de visitá-lo no hospital, dificultando a elaboração do seu luto e a resolução de seus conflitos com o ex-marido ainda em vida. McGoldrick e Walsh (1998) afirmam que a morte do ex-cônjuge pode gerar no cônjuge sobrevivente fortes reações de luto, mesmo que o divórcio tenha acontecido há muitos anos.

Os filhos viveram um sentimento de ambigüidade durante o período da doença e após a morte do pai. Eles sentiam a dor da perda do pai, porém também sentiam raiva do pai, por ele ter apresentado uma série de comportamentos que aumentam a chance de ter doenças graves. Apesar de afirmarem que *“quem fuma é burro, todos sabem o que o cigarro faz”*, eles apresentavam um escasso repertório de comportamentos saudáveis para lidar com situações estressantes e de dificuldade.

Como citado anteriormente, a família vivenciou vários momentos de rupturas. A principal ruptura vivenciada pela família foi o isolamento familiar e social. Os filhos têm pouco contato com a família de origem paterna. Apesar de ser mais freqüente do que o contato com a família paterna, os contatos com a família materna também são poucos. Esse distanciamento que os filhos tiveram ao longo da vida possivelmente impediu que tivessem um vasto repertório de mitos e crenças familiares.

Uma tentativa de suicídio pode ressaltar ainda mais este isolamento. Séguin, Lesage e Kiely (1995) afirmam que pessoas que perdem alguém por suicídio tendem a se isolarem mais do convívio social do que os enlutados por outras perdas. Podemos supor que a iminência de uma perda por suicídio também distancia as pessoas do contato social. Assim, os filhos, que já passavam por distanciamento tanto físico quanto emocional das famílias de origem de seus pais, podem ter se afastado ainda mais após a tentativa de Ricardo, dificultando um possível apoio por parte da família extensa. Os sobreviventes também tendem a não perceberem suas famílias como potenciais fontes de apoio, aumentando ainda mais o senso de isolamento (op. Cit.). Desse modo, o sentimento de isolamento, que já existia na família, passa a ser maior. Outro fator que pode intensificar o sentimento de isolamento social e familiar é a ocorrência de casos de alcoolismo.

O alcoolismo é uma doença apresentada atualmente por dois membros da família. O abuso de álcool e drogas é comum entre suicidas e o inverso também ocorre, o suicídio é comum entre alcoolistas ou usuários de drogas. Cerca de 50% dos casos de suicídio no Brasil estão relacionados à intoxicação por álcool (Meleiro & Teng, 2004). Nos casos de suicídio, autores apontam que o álcool atua de forma a diminuir o autocontrole, precipitando a atuação suicida em quem já apresenta comportamentos autodestrutivos (Meneghel e colaboradores, 2004). Para Ricardo, portanto, o álcool era um alto fator de risco para o suicídio, pois ele já apresentava outros comportamentos autodestrutivos.

Além dessa relação entre o álcool e o suicídio, Meneghel e colaboradores (2004) relacionam o consumo de álcool ou outras drogas com o grau de integração social e afirmam que são inversamente proporcionais. Assim, quanto maior o consumo de álcool ou drogas, maior a desintegração social. O abuso de álcool produz desaprovação social e deterioração gradativa dos laços sociais. Tanto Ricardo quanto Raul vivenciaram momentos de desintegração social. Ricardo se afastou dos amigos que tinha antes de iniciar o abuso de álcool e da família, além de quase ter perdido o emprego por chegar para trabalhar com sinais de embriaguez. Raul quase foi abandonado pela namorada, que ameaçou romper o relacionamento caso ele não cessasse o abuso de álcool e o tabagismo.

Além do alcoolismo, a desintegração social também está relacionada à falta de apoio social, que é apontada como um fator de risco de suicídio ou tentativa de suicídio (Gaspari & Botega, 2002; Meleiro e Teng, 2004). A falta de uma consistente rede de apoio social pode gerar angústia, depressão e estresse. O isolamento social que a família vivenciou gerou a falta de uma rede de apoio social. Assim, nos momentos de dificuldade da família, não tinham ninguém mais a quem recorrer, apenas aos próprios membros da família nuclear, que foram muito solidários no momento da crise de Ricardo. A única vez

em que Rita compareceu a uma sessão da terapia familiar foi justamente na sessão após a tentativa de suicídio de Ricardo.

O isolamento familiar também gera uma escassa mitologia familiar. A falta de contato com os familiares dificulta a construção e o compartilhamento de mitos familiares, uma vez que é por meio das ações e histórias dos diversos membros, ao longo da história da família, que permite a criação de mitos sobre os relacionamentos e o valor pessoal (Gutstein, 1998, p.264). Apesar de a família nuclear manter contato com a família extensa, este contato é esporádico e não foi suficiente para criar mitos que transparecessem no funcionamento família, de tal modo que pudessem ser identificados, mesmo após a análise de cerca de três anos de terapia familiar.

A comunicação familiar é tão difícil que os membros familiares tentaram estabelecer um novo meio de comunicação. Esse novo meio comunicacional forma uma triangulação que tem se tornado comum na atualidade: os triângulos formados entre as pessoas e os meios de comunicação virtual (Imber-Black, 2002). A modernidade trouxe novas formas de comunicação e de interação entre as pessoas, principalmente a internet. Contudo, as pessoas tendem a recusar muitas vezes a seriedade do que é circulado via internet, ou então, muitas vezes, tratam os computadores como intrusos na vida familiar e causadores de diversos tipos de conflitos. No caso de Ricardo, ele utilizava os recursos disponíveis na internet como uma nova e diferente forma de se aproximar de Rafael, o irmão com o qual tinha mais conflitos. Rafael, todavia, mostrou-se bastante relutante em aceitar este tipo de comunicação, chegando ao extremo de desqualificá-la e se recusar a manter este tipo de interação com Ricardo. A ambivalência do comportamento de comunicar / não comunicar mostra o “jogo familiar”. Apesar de apresentarem desejo de se

comunicarem, os irmãos ainda possuem muita mágoa um do outro, demonstrada pela aparente recusa em se comunicarem.

Imber-Black (2002) ressalta que o fato da internet facilitar a comunicação entre as pessoas, por torná-las mais rápida, não significa que esta seja de qualidade. A velocidade e a síntese das mensagens podem impedir conversações mais sérias, profundas e reflexivas. Neste sentido, a internet pode servir como uma porta de entrada para novas formas relacionais, porém esta comunicação virtual não exclui a comunicação frente a frente entre duas pessoas, que não é reduzida a apenas conteúdo, mas também à forma e comportamentos não-verbais, dentre eles, a demonstração e a percepção dos afetos.

A família tem dificuldade em demonstrar seus sentimentos claramente. Muitas vezes o cuidado que tinham com Ricardo, após suas tentativas de suicídio, era visto por ele como “paranóia” e um controle exacerbado por parte da família. Rosa tinha uma opinião diferente de Ricardo: *“então assim, não é paranóia, é preocupação, está muito recente, um ano é um espaço muito curto de tempo para tudo o que aconteceu. Foi pesado. Então eu não chamo de paranóia, eu chamo de preocupação.”*. Já Ricardo mostrou sua dificuldade em aceitar o que a família lhe dizia e em perceber o que Rosa chamava de preocupação e cuidado como tal: *“já vem a paranóia na cabeça, e essa paranóia sinceramente eu não agüento, não suporto e não aceito.”*. A família vivia, depois da tentativa de suicídio de Ricardo, um constante medo de uma recidiva. A cada mudança de comportamento ou de humor de Ricardo, Rosa sentia medo de que ele estivesse entrando em outra crise e de que ele poderia tentar suicídio novamente. Quanto a esse medo, Ricardo afirmou: *“mãe, passou, passa para frente, pára de querer viver nessa problemática de viver no passado, porque não tem mais.”*.

Essa atenção exclusiva em Ricardo a cada alteração que ele apresentava ressaltava outra marcante característica da família. Ao longo do processo terapêutico, de tempos em tempos, o enfoque da terapia recaía em um membro da família específico. Entendíamos isso como uma dificuldade que a família apresentava em se perceber como uma “família”. A mãe teve de passar a guarda dos filhos para o pai, momento em que se sentiu “afastada” de seu papel de mãe. A todo instante, ao longo dos anos, os filhos tinham de reforçar a importância que Rosa tinha em suas vidas. Isso gerou na relação entre os filhos e a mãe a dificuldade em delimitar as fronteiras entre os subsistemas parental e fraternal. Os filhos tornaram-se pais e, algumas vezes, irmãos da mãe.

Assim, quando apontavam que determinado “problema” pertenciam a indivíduo específico, a família mostrava sua dificuldade em se perceber como família e, conseqüentemente, em entender que estes “problemas” eram questões familiares. Estas questões constantemente recaíam no abuso de álcool por parte dos filhos, principalmente por parte de Ricardo e Raul e nas carências afetivas da mãe.

Os comportamentos autodestrutivos, frequentemente apontados pelos membros como “problemas individuais”, consistem em uma importante dinâmica presente nessa família. Esses comportamentos vão desde uma forma indireta, como a dificuldade de cuidar de si mesmo, ou de forma bastante direta, a tentativa de suicídio. A existência de muita agressividade latente na família nos faz supor que, além da angústia vivenciada pelos membros, os comportamentos autodestrutivos apresentados pelos membros da família poderiam ter a função de mediar os conflitos familiares ou mesmo servir de retaliação ao inadequado sistema de apoio familiar (Shagle e Barber, 1993). Assim, quanto mais a família reclamava e pressionava Ricardo e Raul para cessarem seus comportamentos de alcoolismo e tabagismo, mais intensos ficavam esses comportamentos. Este ciclo de

pressão para os comportamentos serem interrompidos e a intensificação dos mesmos distanciava a família de suas angústias mais profundas, como o impacto desses comportamentos na vida da família e a origem desses comportamentos.

Com relação às tentativas de suicídio, Ricardo combinou métodos de baixa letalidade com métodos de alta letalidade. Iniciou com um método potencialmente letal - a precipitação de lugar elevado -, seguido de um método de baixa letalidade - ingestão de medicamentos - retornou a um método bastante letal - tentativa de embolia - e finalizou com uma tentativa desesperada de ser atropelado. Essa alteração da letalidade do método utilizado ressalta a impulsividade de sua tentativa. Apesar de Ricardo ter planejado parte de sua tentativa, paradoxalmente seu planejamento também foi impulsivo, uma vez que a medicação ingerida não era letal se ingerida em grande quantidade.

Finalmente, assim como na “Família das Tragédias”, a “Família das Rupturas” apresenta dois elementos relacionados a tentativas de suicídio ou suicídio completo. Há na família isolamento social e familiar, comunicação disfuncional, fronteiras emaranhadas, triangulação e dificuldade em lidar com a balança ética relacional. A falta de mitos familiares também é considerada como uma dinâmica familiar disfuncional. A família também apresenta experiências adversas ao longo de sua história, como o divórcio repleto de agressividade dos pais, a doença terminal do pai e seu posterior falecimento, caso de doença mental e alcoolismo.

V - REFLEXÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo compreender o funcionamento de duas famílias em que um de seus membros, adultos jovens, tentou suicídio. Por meio da análise de sessões de terapia familiar com as duas famílias, foi possível entender um pouco mais a respeito das dinâmicas de famílias que passaram pela experiência de quase perder um membro. Trabalhamos com duas famílias: a “Família das Tragédias” e a “Família das Rupturas”, assim nomeadas em função de características fundamentais da história de cada uma.

Em comum, essas famílias apresentaram: divórcio dos pais e posterior recasamento, estágio do ciclo de vida familiar - fase de adulto jovem -, momentos de isolamento e rompimentos familiares e sociais, dificuldade de comunicação, fronteiras emaranhadas, triangulação, casos de dependência química - principalmente alcoolismo - e doença mental, nascimento conturbado dos familiares que tentaram suicídio e dificuldade em lidar com a ética relacional. Com relação às características individuais de quem tentou suicídio e de suas tentativas, Ricardo e Tatiana eram pessoas bastante diferentes, tendo em comum apenas a baixa auto-estima e a desesperança. Já as tentativas tiveram em comum o planejamento do ato suicida, a impulsividade e o fácil acesso aos métodos de suicídio.

Os dois jovens que tentaram suicídio, Tatiana e Ricardo, vêm de famílias nucleares reconstituídas. Isso significa que experienciaram tanto a separação conjugal dos pais quanto o recasamento de um dos pais - os pais de ambas as famílias se casaram novamente. Todavia, devemos ter cuidado ao tentar relacionar a tentativa de suicídio ao divórcio. Ao tentar estabelecer uma relação direta e afirmar que o divórcio é um fator de risco de suicídio ou tentativa, estamos dizendo que a perda da família nuclear intacta é um

fator de risco, reforçando o estereótipo da família nuclear tradicional. O divórcio, em si, não é um fator de risco, mas a dificuldade que o processo de divórcio pode gerar (Visser e Visser, 1988), assim como tantas outras situações de estresse que ocorrem ao longo do ciclo vital, pode constituir um fator de risco (Osvath, Vörös e Fekete, 2004). Além da negligência que os filhos podem sentir nesse momento, a perda da família nuclear intacta exige flexibilidade e adaptação por parte de todos os membros. Famílias rígidas, nas quais essa flexibilidade não ocorre, podem surgir sofrimentos psíquicos e esses sim seriam fatores de risco, ao enevoarem os pensamentos da pessoa em sofrimento de tal forma que esta não consiga mais enxergar outra saída senão a morte. Assim, é a negligência dos pais perante os filhos, a falta de flexibilidade e adaptabilidade por parte dos membros que podem ser considerados fatores de risco de suicídio. Portanto, lidar de uma forma saudável com o divórcio é fundamental para a prevenção de futuros distúrbios, não só o suicídio ou a tentativa.

Na “Família das Tragédias”, o divórcio foi vivenciado de modo negativo principalmente pelos filhos, que tiveram dificuldades em lidar com a nova configuração da família e com o novo padrão de vida, inferior ao do período em que os pais ainda eram casados. Essas dificuldades possivelmente foram ignoradas pelos pais, que percebiam essa falta de adaptação como algo que os filhos teriam de lidar, não dando a devida atenção à experiência dos filhos.

No caso da “Família das Rupturas”, o divórcio dos pais foi marcado por um forte rompimento e muita agressividade. O pai rompeu qualquer tipo de relacionamento com a mãe e a desqualificava, assim como desqualificava qualquer cuidado da mãe com os filhos. Estes ficaram, então, no meio do “fogo cruzado”, possivelmente passando por inúmeros processos de triangulação entre o pai e a mãe.

As duas famílias se encontravam, no final do trabalho terapêutico, no mesmo estágio do ciclo de vida familiar, o de adulto jovem. Há três dinâmicas familiares que, apesar de dificultarem o desenvolvimento em qualquer estágio do ciclo de vida familiar, apresentam um impacto especial nessa fase do ciclo de vida. Essas dinâmicas são o emaranhamento, os rompimentos emocionais e a triangulação (Aylmer, 2001).

O emaranhamento ocupa o indivíduo com as forças da família de origem, no momento da vida em que ele necessita construir sua identidade na sociedade e assim obter novos relacionamentos, mais íntimos e comprometidos (Aylmer, 2001). Tatiana teve muita dificuldade em construir sua identidade, seus projetos de vida e mesmo decidir se queria manter seu relacionamento com Tomás. Ricardo apresentava muita dificuldade em decidir a respeito de sua vida profissional e uma grande dificuldade em manter um relacionamento afetivo com outra pessoa.

Além de ressaltar a dificuldade de separação em detrimento do sentimento de pertencimento, o emaranhamento também ressalta a fraca delimitação entre os subsistemas conjugal, parental e fraternal. Em ambas as famílias, a delimitação da fronteira do subsistema conjugal ficou comprometida com os divórcios dos dois casais, quando as dificuldades relacionais experienciadas pelos casais se tornaram questões familiares. Com isso, o subsistema parental ficou prejudicado, exaltando a dificuldade dos pais em se perceberem como pais. Tânia não conseguiu lidar com os conflitos entre os filhos e levou Tatiana para ser cuidada pela avó Tarsila. Rosa, após sua demissão, teve de passar a guarda dos filhos para Rodolfo, momento em se percebia distanciada de seu papel de mãe, com os filhos, muitas vezes, desempenhando os papéis de pais e cuidadores da mãe. O subsistema fraternal também ficou comprometido nas duas famílias. Tatiana era colocada em um patamar mais elevado que seus irmãos no momento em que se tornava mediadora dos

conflitos entre Talita e Tiago. Ricardo sempre teve um tratamento diferenciado, sendo considerado o representante do pai na relação entre os irmãos. Depois da morte, era visto como “pai” pelos outros, papel que posteriormente foi delegado a Rafael.

A segunda dinâmica familiar com um forte impacto no estágio de adulto jovem é o rompimento emocional, que distancia os indivíduos dos recursos advindos da família nuclear e extensa que auxiliam na construção da identidade e de novos projetos e relacionamentos (Aylmer, 2001). Tatiana não vivenciou tanto o rompimento emocional, que foi, contudo, fortemente vivenciado por sua avó e, posteriormente, por sua mãe. Já Ricardo vivenciou o rompimento emocional por toda a vida, pois teve pouco contato com as famílias de origem do pai e da mãe. Esse contato escasso foi devido tanto à distância física entre as duas famílias - a família do pai mora na Europa e a da mãe em outro Estado do Brasil - quanto pelo distanciamento emocional, pois os pais não mantinham contatos regulares com suas famílias de origem.

A triangulação dificulta a percepção dos membros da família como pessoas reais, pois nesse contexto as pessoas percebem umas às outras como personagens de um drama multigeracional, o que gera expectativas irreais e inadequadas para parceiros nos relacionamentos afetivos exteriores à família, tanto nuclear quanto extensa (Aylmer, 2001). Nas duas famílias há triangulação. Tatiana participava de triângulos com os pais, com os irmãos e entre os irmãos e os pais. Ricardo e seus irmãos eram triangulados pelos pais, após o divórcio. Depois da morte do pai, passaram a participar de triângulos entre sua mãe e a madrasta.

Em ambas as famílias estudadas, observamos momentos de isolamento social e familiar, além da falta de uma rede de apoio social adequada. Estas características vão de encontro aos dados levantados por Gaspari e Botega (2002) ao avaliarem 29 pessoas que

deram entrada no Pronto-Socorro do Hospital de Clínicas da Unicamp por tentarem suicídio. Os participantes da pesquisa apresentavam escassa rede de apoio social e a percebiam como insatisfatória. Além disso, os próprios entrevistados relataram não se sentirem necessários para auxiliarem familiares ou amigos em momentos de dificuldade, ou seja, não se percebiam como participantes da rede de apoio social de outras pessoas. Tatiana e Ricardo, diferente dos participantes da citada pesquisa, participavam da rede de apoio de seus familiares. Tatiana, por exemplo, era a “solucionadora de problemas” da família, a pessoa a quem todos, tanto da família nuclear quanto extensa, sabiam que poderiam contar.

A dificuldade de comunicação é uma característica comum em ambas as famílias. Na “Família das Tragédias”, a comunicação é paradoxal, chegando a representar um exemplo de duplo vínculo, uma vez que não há alternativas viáveis às mensagens. Tatiana, todavia, passou não só por mensagens paradoxais. Ao mesmo tempo em que era vista pela família como a “solucionadora de problemas”, era também a “filha-problema”, a filha que teve de sair de casa e ir morar com a avó. Isso significa que, além de receber mensagens paradoxais, Tatiana vivia uma situação paradoxal. Essa situação, aliada ao fato dela ter se tornado a mediadora dos conflitos familiares mesmo sem morar mais na casa da mãe, pode ter gerado um fardo muito grande a ser carregado. Todo esse fardo, acumulado por anos, eclodiu em tentativas de suicídio, uma forma que ela pode ter encontrado de comunicar à família que não suportava mais a situação. Wang e Ramadam (2004) chamam atenção para essa questão, quando afirmam que a tentativa de suicídio pode ter a função de sinalizar para as outras pessoas um desconforto vivenciado, de modo a punir o ambiente pela situação, ao mesmo tempo em que tenta construir as relações almejadas. Para Tatiana, além de indicar o desconforto, pode-se supor que ela também tentou redefinir os papéis familiares e

reassumir seu papel de filha.

A “Família das Rupturas” também apresenta dificuldades de comunicação. Apesar de ser disfuncional, a comunicação da família não apresenta características de duplo vínculo. A disfuncionalidade se caracteriza pela agressividade e pela ambigüidade. A interação entre os membros é bastante agressiva, de tal forma que qualquer tentativa de conversação é vista como um “ataque”, gerando sucessivas recusas pelos membros da família em lidar com o que está sendo apontado. Essas recusas, no entanto, refletem a ambigüidade das relações familiares, uma vez que todos os membros familiares se falam ao telefone todos os dias, às vezes, em vários momentos ao longo do dia, demonstrando que todos se preocupam uns com os outros e têm o desejo de se comunicarem, ao mesmo tempo em que recusam as aproximações dos outros. Rosa e Rafael diziam que era muito difícil se comunicar com Ricardo, pois ele sempre respondia com agressividade. No entanto, Ricardo, o familiar apontado como o mais difícil de conversar e de demonstrar seus afetos, tentou estabelecer um meio de comunicação alternativo para se relacionar com seu irmão, utilizando a internet. Rafael, porém, não se abriu a esta nova possibilidade. Vale ressaltar que os esforços de comunicação por pessoas que já tenham tentado suicídio, ou mesmo com ideação suicida, devem sempre ser valorizadas, qualquer que seja o meio comunicacional: conversa, carta, mensagem eletrônica, recados em sites de relacionamentos e qualquer outra forma que a tecnologia possibilite. Ignorar essas mensagens pode significar perder a informação de que a pessoa precisa de ajuda, podendo intensificar o sentimento de isolamento que essa pessoa possa estar sentindo e aumentando ainda mais o risco de suicídio.

Ao longo do trabalho, também nos propusemos a discutir outras dinâmicas familiares apontadas pela literatura como disfuncionais. Isso significa que essas

características familiares podem gerar dificuldades no curso da história familiar, resultando em sintomas em algum membro da família. Dentre essas características, destacamos o grau de diferenciação do eu e a posição entre os irmãos, de Murray Bowen, as interações entre os elementos do self e o triângulo primário, de Virginia Satir, os determinantes biológicos ou sócio-históricos e o sentimento de injustiça e lealdade, de Ivan Boszormenyi-Nagy e as relações entre os subsistemas, de Salvador Minuchin.

Bowen considerava que a estruturação do ego e a maturidade eram conseguidas após a completa autodiferenciação (Calil, 1987). Como a maturidade e uma adequada estruturação do ego estavam comprometidas tanto em Tatiana quanto em Ricardo, bem como nos irmãos de ambos, podemos dizer que ambas as famílias apresentam baixos níveis de diferenciação do eu.

Associada à noção da baixa diferenciação apresentada pelos membros da família, está a dificuldade dos membros em construir e manterem seus próprios projetos de vida, pois uma adequada diferenciação do ego é necessária para os membros familiares terem uma boa auto-estima. Virginia Satir (1995) considerava fundamental uma boa auto-estima para a pessoa sentir segurança na hora de decidir sobre como se comportar, principalmente, sem comprometer sua integridade. Assim, pessoas com baixa auto-estima têm mais chance de fazer escolhas contra si mesmo e que colocam em risco sua integridade. Isso não acontece com pessoas que apresentam elevada auto-estima, pois são capazes de tomar decisões baseadas em elementos objetivos e reais. Desse modo, podemos dizer que ambos, Tatiana e Ricardo, apresentam baixa auto-estima, pois não são capazes de fazer planos baseados em construtos reais e tomaram decisões que colocavam em risco sua integridade.

Satir associava à formação da auto-estima os oito aspectos constituintes do *self* (Winter, 1998). Como Tatiana e Ricardo apresentam baixa auto-estima, podemos supor que o desenvolvimento dos oito aspectos do *self* aconteceu de forma inadequada.

Tatiana apresenta dificuldades com os aspectos intelectual, emocional, interacional, contextual e espiritual. Tatiana não é capaz de refletir de forma analítica a respeito das situações do cotidiano e age, muitas vezes, de forma impulsiva (intelectual). Não soube lidar com seus sentimentos de maneira positiva (emocional), e percebia de forma negativa alguns eventos de sua história de vida e os obstáculos da vida cotidiana (emocional). A “Família das Tragédias” apresenta muitas comunicações truncadas e até mesmo duplo vínculo (interacional). Um dos motivos que levaram Tatiana às tentativas de suicídio foi a falta de ver um sentido em viver (espiritual), que só desenvolveu após as tentativas, quando se voltou para uma explicação mais espiritual sobre porquê não morreu.

Ricardo apresenta dificuldades nos aspectos intelectual, interacional e nutricional. Ricardo tem dificuldade em refletir a respeito dos pedidos da família para que deixe de se alcoolizar (nutricional) e para que cuide de si mesmo (intelectual). Ele entende esses pedidos da família como um “controle”, mesmo quando a família fala que se trata de “cuidado” (interacional).

Virginia Satir relaciona a construção do *self* à relação do triângulo primário. Este triângulo é composto pela criança e seus pais. As duas pessoas que tentaram suicídio de cada família, Tatiana e Ricardo, têm uma curiosa característica em comum: seus nascimentos são marcados por acontecimentos traumáticos. Tatiana nasceu logo após a morte de seu irmão mais velho. A dor da perda vivida por Tânia a impediu de amamentar Tatiana, pois não era capaz de produzir leite materno. Essa dificuldade inicial em sua vida fez Túlio proteger em demasia Tatiana e ela foi tratada, por toda sua infância, como a

“bonequinha do papai” e tinha tudo o que desejasse. Já o nascimento de Ricardo foi marcado por uma série de eventos: violência por parte do pai durante a gestação; o isolamento social e familiar vivido pela família; a vinda de Regina, mãe de Rodolfo, para ajudar Rosa a cuidar dos filhos, gerando mais estresses que auxílios; a gravidez gemelar e de risco, poucos meses depois do nascimento, que impedia Rosa de cuidar do filho. Na infância e também por toda a adolescência, Ricardo era o mais próximo do pai, sendo visto por todos como o mais parecido fisicamente com o pai, além de ser seu “representante” perante os demais irmãos.

O triângulo primário era considerado por Satir como a base do desenvolvimento da criança, principalmente no tocante à forma de comunicação e de se relacionar que a criança aprende. Quando o triângulo propicia a construção de uma boa auto-estima, é chamado de “tríade nutridora” (Winter, 1998). Como já mencionado, tanto Tatiana quanto Ricardo apresentam baixa auto-estima. Essa característica, associada aos dados que obtivemos a respeito do nascimento, infância e adolescência dos dois e suas relações com seus respectivos pais, nos faz crer que o triângulo primário de cada um deles não se constituiu como uma tríade nutridora. O resultado disso é principalmente a baixa auto-estima de ambos, que também é uma característica geral dos demais membros das duas famílias, além da dificuldade de comunicação e de relacionamento, presente em Tatiana e também em Ricardo.

Um aspecto bastante interessante, descrito por Bowen (Kerr, 1981), diz respeito à posição entre os irmãos. Este conceito, no caso das duas famílias estudadas, é fortemente relacionado a outro conceito de Bowen, o do processo de projeção familiar, que refere-se não só ao modo como os pais transmitem valores, crenças e mitos a seus filhos, mas também às expectativas e projeções que os pais fazem aos seus filhos. Assim, cada filho

recebe projeções familiares específicas, baseadas, entre outros elementos, na posição do seu nascimento.

Tatiana é a filha mais velha do segundo casamento da mãe. Isso por si só já tem funções próprias. Todavia, ela é a filha nascida logo em seguida à morte do filho portador de necessidades especiais do primeiro casamento da mãe. As expectativas relacionadas à filha mais velha são acentuadas devido à perda, que geram projeções familiares ainda mais fortes nessa filha. Essas expectativas, associadas à forte triangulação com o subsistema conjugal que Tatiana sofreu, podem ter gerado nela uma carga de responsabilidade com o qual ela não estava pronta, nem tinha condições, para lidar.

No caso de Ricardo, ele não é o primogênito, mas é o primeiro filho do sexo masculino. Isso certamente foi importante para um pai que, ao que tudo indica, tendia a uma adesão rígida aos papéis de gênero. Ademais, a irmã mais velha saiu de casa cedo, tornando Ricardo o irmão “mais velho” residente na casa dos pais. Esse papel exigia muitas responsabilidades, principalmente depois da morte do pai. Aliadas a essas responsabilidades, existiam as expectativas da família com relação a Ricardo, que era visto como o mais inteligente, em termos acadêmicos, dos filhos. Isso pode ter gerado, na mãe, uma expectativa ainda maior com relação a este filho, uma vez que ela sempre foi muito ligada à vida acadêmica. Essa é uma hipótese a respeito do grande auxílio que Rosa deu ao filho quando este passou por dificuldades acadêmicas que o ameaçaram ser desligado de seu curso.

O ato de ajuda de Rosa, contudo, teve uma séria conseqüência. Enquanto a atenção familiar estava voltada para as dificuldades de Ricardo, Raul apresentava a mesma dificuldade acadêmica e foi desligado de seu curso. Possivelmente, mesmo que de forma inconsciente, Raul pode ter interpretado o ato da mãe como um desequilíbrio na balança

ética familiar e uma falta de lealdade familiar. Esta é uma hipótese sobre o abandono de Raul da terapia familiar, logo depois de ter sido desligado do curso.

Na “Família das Tragédias”, havia também dificuldade em lidar com a ética familiar. Existe um funcionamento que perpassa as gerações, o do conflito entre as irmãs. Tânia tinha dificuldades em lidar com a relação entre Telma, sua irmã mais velha, e Tarsila, sua mãe. Tânia sentia-se preterida enquanto via Telma como a filha favorita aos olhos da mãe. Esse conflito se reproduz na geração seguinte. Tatiana e Talita também tinham dificuldades na relação uma com a outra e isso refletia em seus respectivos relacionamentos com a mãe. A dificuldade consistia exatamente na existência de conflito, uma vez que elas não conseguiam mostrar, de forma clara para a mãe, que se sentiam preteridas. Para Tatiana, essa foi mais uma das situações de estresse que ela vivenciou ao longo de sua vida. Com relação ao senso de lealdade, nesta família ele é muito forte, como já explicitado no capítulo anterior. A lealdade da família é tão presente que os membros têm sérias dificuldades em discutir seus rígidos mitos familiares e mesmo em efetuar o processo de flexibilização do sentimento de pertencimento em prol de processos de separação saudável. De modo geral, esses processos ocorrem de forma brusca e com rompimentos, como aconteceu em vários momentos da história da família.

Com relação à história familiar, referida por Nagy como os “fatos”, ou determinantes biológicos ou sócio-históricos, identificamos vários elementos que geraram fortes impactos nas duas famílias. Na “Família das Tragédias”, há história de violência, casos de dependência química, doenças mentais, “tragédias” (as perdas familiares traumáticas), investimentos em projetos fantasiosos, rígida visão tradicional de família e o conturbado nascimento de Tatiana. Na “Família das Rupturas”, identificamos a presença de casos de dependência química, doença mental, o complicado nascimento de Ricardo e a

divisão da vida em família em dois pólos. Prieto e Tavares (2005) apontam que o desenvolvimento emocional de pessoas que tentam suicídio ou se suicidam possuem pontos em comum, principalmente a alta incidência de experiências adversas. Os autores citam a alta incidência nas histórias dessas pessoas de situações como: violência; negligência e rejeição na infância e na adolescência; mudanças frequentes nas condições de vida; divórcios dos pais; trocas de responsáveis; dificuldades de relacionamento e de comunicação com os pais; casos de doença mental na família e falta de rede social de apoio. As duas famílias estudadas apresentaram, ao longo de sua história, todas estas situações. Assim, o presente trabalho corrobora a revisão de literatura realizada por Prieto e Tavares, uma vez que as famílias passaram por essas experiências adversas e tiveram, posteriormente, um membro que tentou suicídio.

Após essa discussão a respeito dos dados encontrados no presente trabalho, faz-se necessário retomar os pressupostos iniciais. Nosso primeiro pressuposto era de que a família é uma unidade complexa e o seu entendimento deve envolver a inclusão da história familiar, tanto nuclear quanto extensa. De fato, a análise dos casos não poderia ter sido feita apenas com base no momento em que a família passava à época da terapia familiar. Os elementos das histórias das famílias foram fundamentais para obtermos a compreensão das dinâmicas das famílias atendidas e enriqueceram e fundamentaram nossas concepções à respeito do funcionamento de cada família.

O segundo pressuposto do trabalho refere-se à idéia de que os períodos de transição entre as fases do ciclo de vida familiar poder representar situações de risco, em especial nos casos de tentativa de suicídio. A “Família das Tragédias” vivenciava o período de transição entre dois estágios, da adolescência para o adulto jovem. A “Família das Rupturas” não passava por um período de transição, já havia iniciado o estágio do

lançamento do adulto jovem, apesar dos filhos ainda apresentarem muita imaturidade, comum em adolescentes. Desse modo, não podemos afirmar que a vivência da transição de um estágio para outro do ciclo de vida familiar pode ser considerado, por si só, um fator de risco de tentativa de suicídio. Podemos dizer que dificuldades experienciadas em períodos de transição, quando associados a outros fatores de risco, podem comprometer os processos relacionais e de individuação, gerando angústias, que podem potencializar, entre outras coisas, o risco de tentativa de suicídio.

O terceiro pressuposto era a respeito do isolamento social e familiar ser um elemento importante na história de famílias de pessoas que tentaram suicídio. De fato, as duas famílias vivenciaram momentos de isolamento, tanto social quanto familiar. Assim, o isolamento, associado à ausência de uma rede de apoio social, pode ser considerado, sim, um fator de risco em casos de tentativa de suicídio.

O quarto pressuposto era a de que famílias em que um membro tentou suicídio tenderiam a possuir um escasso repertório de mitos familiares. Na “Família das Tragédias” três mitos foram identificados. Apesar de apresentarem mitos familiares para basearem suas relações, os membros cristalizaram estes mitos como verdades universais, de tal modo que não os questionam, elaboram ou os desenvolvem. Esses mitos, enrijecidos, tornaram-se uma das características mais nocivas da família, pois a não concretização dos mesmos é um fator de intenso estresse, gerador de muitas frustrações. Na “Família das Rupturas”, nenhum mito pode ser identificado, corroborando nosso pressuposto inicial. Podemos dizer, assim, que a escassez ou a existência de mitos cristalizados podem ser considerados fatores de risco de suicídio, uma vez que a família não apresenta mitos saudáveis para lidar com os desafios que surgem ao longo de sua história e de seu ciclo vital.

O quinto pressuposto do trabalho diz respeito à existência de comunicação disfuncional e a possível presença de duplo vínculo em famílias em que um de seus membros tentou suicídio. As duas famílias apresentam comunicação disfuncional. A “Família das Rupturas” possui muita agressividade na comunicação entre seus membros, além de ambivalência, uma vez que sentem afeto e cuidado uns com os outros e também o desejo de se comunicarem, porém exprimem, em muitos momentos, seus sentimentos e idéias de forma agressiva, o que gera, muitas vezes, recusa de se comunicarem. A “Família das Tragédias” apresenta elementos de comunicação paradoxal, de modo que, muitas vezes, pode ser caracterizada como um duplo vínculo. Um dos questionamentos deste trabalho era se a tentativa de suicídio poderia ser vista como outra possível resposta ao duplo vínculo, além do surto psicótico. Acreditamos que sim. A tentativa de suicídio pode ser considerada como uma resposta à vivência de situações em que o duplo vínculo se faz presente. Isso significa que o duplo vínculo é um forte preditor de um comportamento suicida, uma vez que a exposição prolongada a este tipo de funcionamento familiar pode levar a pessoa a procurar uma resposta viável, porém pouco saudável ou segura, para situações paradoxais. A comunicação disfuncional, sem características duplo vinculares, também pode ser considerada um fator de risco de suicídio ou tentativas quando associada a outros fatores.

O sexto pressuposto era a de que essas famílias poderiam não apresentar uma clara delimitação das fronteiras entre seus subsistemas, de modo tal que essas fronteiras poderiam ser consideradas como emaranhadas. A análise dos casos nos permite perceber que ambas as famílias apresentam suas fronteiras emaranhadas. Os subsistemas, muitas vezes, não são claros: vemos em ambos os casos casais que deixaram suas questões conjugais atravessarem as barreiras da fronteira conjugal, de modo a se tornarem questões

familiares; filhos exercendo papéis de “pais” de seus pais; irmãos colocados em patamares distintos, como um líder ou representante paterno perante seus irmãos.

A característica mais marcante desse tipo de fronteira está no fato de que o sentimento de separação entre os membros é muito fraco, enquanto o sentimento de pertencimento é muito forte. Essa ligação, vista às vezes como sufocante por alguns membros da família, dificulta o desenvolvimento pessoal dos membros da família. Por exemplo, Tatiana só conseguiu “*cortar o cordão umbilical*” que a ligava à sua mãe quando viu a possibilidade de morar com o namorado em outro país. Podemos considerar que as tentativas de suicídio de Tatiana e Ricardo foram tentativas de assumir, de modo radical, o controle de suas vidas. Em um ambiente onde a ação pessoal é limitada, mostrar que se tem controle sobre sua própria vida e morte pode demonstrar a necessidade de enfraquecer um pouco os laços do pertencimento, em favor do desenvolvimento de uma trajetória pessoal própria e não emaranhada à da família. Assim, consideramos que a presença de fronteiras emaranhadas, em que o sentimento de pertencimento é muito mais forte que o sentimento de separação, é um poderoso fator de risco de tentativa de suicídio.

O sétimo e último pressuposto do presente trabalho diz respeito à possibilidade de as famílias terem, ao longo de sua história, casos de tentativa de suicídio ou suicídio completo, indicando a presença da transgeracionalidade do comportamento suicida. Na “Família das Tragédias”, há um caso de uma tia-avó de Tatiana que tentou suicídio aos trinta e cinco anos e depois cometeu suicídio aos setenta anos. Na “Família das Rupturas”, não há caso confirmado de suicídio ou tentativa, apenas há a suspeita de que Rosa poderia ter tentado suicídio durante uma crise depressiva, após passar a guarda dos filhos para Rodolfo. A transgeracionalidade dos comportamentos suicidas já foi apontada na literatura como um fator de risco de suicídio ou tentativas (McGoldrick e Gerson, 1985; Meleiro e

Teng, 2004). Esse pressuposto foi identificado em apenas uma família. Outro fator de risco é a existência de tentativas prévias de suicídio, que aconteceu apenas com Tatiana, que tentou suicídio quatro vezes em duas situações distintas. Ricardo fez várias tentativas, mas em apenas uma ocasião. Podemos, assim, corroborar a literatura e afirmar que a existência de casos de suicídio são fatores de risco de comportamentos suicidas e ir além e afirmar que a possibilidade, ainda que velada ou mantida em segredo, de uma tentativa de suicídio, pode ser um fator de risco.

Resumidamente, podemos afirmar que encontramos, em duas famílias com história de tentativa de suicídio por parte de um de seus membros, dinâmicas disfuncionais específicas, como isolamento social e familiar, comunicação disfuncional, fronteiras emaranhadas, triangulação e dificuldades com a balança ética relacional. A vivência de eventos adversos, como divórcios, nascimentos complicados e perdas mal-elaboradas, também foram encontrados, além de casos de doença mental, dependência química e suicídio.

O presente trabalho é o resultado de um estudo clínico, que teve como metodologia de coleta de dados sessões de terapia familiar sistêmica. Assim, é essencial comentar a respeito de nossa experiência de atender e acompanhar essas famílias por um período de tempo de quatro anos.

A terapia familiar focalizou, ao longo desse período, as questões relacionais entre os membros de cada família. Como Gutstein (1991) destacou, é fundamental construir junto com a família novos padrões relacionais e de comunicação. Fazíamos isso, no caso da “Família das Rupturas”, ajudando os membros familiares a resignificarem as mensagens recebidas, pois eles tinham muita dificuldade em perceberem essas mensagens como “cuidados” e “estima”. As mensagens eram vistas, muitas vezes, como formas de agressão

e ataques pessoais, ao invés de tentativas de proteção e demonstrações de afeto, algo que todos, em ambas as famílias, tinham uns com os outros.

Um dos aspectos mais importantes ao longo do processo terapêutico foi a nomeação do ato suicida como “tentativa de suicídio”. Essa nomeação foi necessária em vários momentos do processo terapêutico das duas famílias estudadas. Na “Família das Tragédias”, a nomeação dizia respeito às tentativas de suicídio de Tatiana, em especial, a última, e depois ao suicídio de Tales, namorado de Tânia. Na “Família das Rupturas”, a nomeação inicialmente não se referia à tentativa de suicídio, mas, sim, à morte do pai e o impacto dessa perda na família. Posteriormente, a nomeação foi necessária, dessa vez referindo-se à tentativa de suicídio de Ricardo.

A nomeação do evento é fundamental para o bom andamento da terapia familiar. Bowen (1998) acreditava ser fundamental o uso de palavras diretas com a família, pois ajuda a abrir um sistema emocional fechado e cria um ambiente no qual os membros da família podem se sentir confortáveis para compartilharem uns com os outros seus sentimentos. No caso do suicídio, ser conivente com a família e não nomear o ato como uma tentativa de suicídio ou um suicídio pode ter uma série de implicações. Os danos de tais atos autodestrutivos e potencialmente perigosos poderia ser negado (Byng-Hall, 1998), podendo resultar em novas reincidências, por parte da mesma pessoa que tentou suicídio ou outro familiar. Especificamente no caso da “Família das Rupturas”, a nomeação direta da causa da morte do pai e de seus comportamentos de risco - tabagismo e alcoolismo -, que aumentam a chance do desenvolvimentos de doenças graves, era fundamental, pois dois dos filhos apresentavam os mesmos comportamentos do pai. Já na “Família das Tragédias” a nomeação era essencial, para diminuir o preconceito que a própria família sentia e também passava. Um exemplo disso foi o medo de Tatiana de falar ao médico que tratava de seus

danos físicos o real motivo de sua queda, que não fora acidental, mas intencional. O medo de sofrer novos preconceitos se concretizou, gerando, novamente, insegurança em abordar o assunto com outras pessoas. A nomeação dos atos de Tatiana como tentativas de suicídio permitiu que a família não transformasse a tentativa de suicídio em tabu, que poderia comprometer ainda mais a mitologia familiar.

Tavares (2001) afirma que quem conhece o medo e aprende com ele tem ânimo para perceber o abismo e procurar novas possibilidades. Vimos nesse trabalho a experiência de duas famílias “animadas”, disponíveis em ajudar os seus e a si mesmas. As tentativas de suicídio que essas famílias passaram se transformaram, ao longo do processo terapêutico, em possibilidades. A iminência da morte gerou nessas famílias a renovação: seus membros não eram mais os mesmos, bem como suas relações. A tentativa, vista como o sintoma de disfuncionalidade, possibilitou a abertura do sistema familiar. Essa possibilidade, ainda que tangenciasse a morte, recriou as famílias.

Cabe ressaltar, entretanto, que não deveria ser preciso acontecer uma tentativa de suicídio para que uma família inicie um processo terapêutico. A terapia familiar deveria, sempre que possível, fazer parte dos atendimentos em casos de riscos de suicídio. É comum pessoas darem sinais através de falas, queixas, bilhetes, que existe algo que não está bem. Esse alerta deve ser levado a sério e ser suficiente para mobilizar as forças construtivas da família. Infelizmente, muitas famílias negam os sinais de alerta ou subestimam sua importância.

Quando a terapia familiar já estiver em curso, é sempre importante que o terapeuta observe situações de risco, como por exemplo, histórias de suicídio ou outras perdas traumáticas. Padrões familiares que possam criar riscos de suicídio também devem ser identificados. Como no caso de uma das famílias estudadas, a iminência da morte pode

gerar um intenso medo da perda ou mesmo comportamentos autodestrutivos. Apesar de nem mesmo o mais experiente clínico poder evitar que um suicídio aconteça, ele/ela pode contribuir para diminuir o risco de que ele ocorra, trazendo à tona questões traumáticas do passado, promovendo o apoio familiar e assim, conseguindo construir com a família um futuro mais promissor para todos os seus membros (Walsh e McGoldrick, 1998). Torna-se fundamental, portanto, compreender quais situações, vividas pela família ao longo de sua história, poderiam ser consideradas de risco para o suicídio.

Este trabalho teve o intuito de fornecer novos conhecimentos às duas áreas clínicas sobrepostas neste trabalho: a Suicidologia e a Terapia Familiar Sistêmica. Em casos de risco de tentativa de suicídio ou mesmo de suicídio consumado, a interface entre as duas áreas é fundamental. Entendemos que os resultados desse trabalho deixam clara a limitação de se tentar ajudar uma pessoa que tentou suicídio apenas com atendimentos individuais. Quando a família estiver disponível a ter sua vida e sua história desconstruída e reconstruída, como foi o caso das duas famílias participantes dessa pesquisa, sua presença é de suma importância. O engajamento e a participação da família no tratamento são vitais, pois contribuem para a prevenção de riscos de suicídio futuros.

As informações coletadas para a realização deste trabalho nos mostraram importantes questões a respeito da necessidade da integração profissional nos cuidados de quem passou por uma tentativa de suicídio ou para quem se encontra em risco de suicídio. A falta de preparo de alguns profissionais para lidar com essas pessoas e a falta de integração entre as equipes de saúde nos levaram a quatro sugestões para este tipo de cuidado:

- 1) Os profissionais em equipes de saúde deveriam receber formação necessária para lidar com os muitos preconceitos em torno do suicídio, a fim de evitar que o quadro de

sofrimento da pessoa em atendimento se agrave com a falta de cuidados necessários, que vão além de tratar apenas o que foi lesionado, se houver lesões. A saúde mental da pessoa em risco de suicídio ou que tentou suicídio é tão importante quanto o corpo físico, uma vez que, se a pessoa não for bem cuidada e observada, o risco de suicídio permanece;

2) O trabalho preventivo e informativo sobre os fatores de risco e de proteção para os indivíduos e suas famílias é fundamental, pois pode diminuir o risco de suicídio;

3) A colaboração entre equipes de saúde é essencial. Um exemplo dessa colaboração é o nosso, com a integração dos trabalhos entre a equipe de Intervenção em Crise, coordenada pelo professor Marcelo Tavares, e a equipe do estágio em Terapia Conjugal e Familiar, coordenado pela professora Gláucia Diniz. Sempre que possível, as famílias das pessoas em risco de suicídio que são assistidas pela equipe de Intervenção em Crise são também acompanhadas pela equipe do estágio. De modo recíproco, uma pessoa em risco de suicídio, cuja família já esteja em terapia familiar, é atendida individualmente pela equipe de Intervenção em Crise. O trabalho em conjunto é positivo para todos, principalmente para aqueles que são atendidos, as famílias e a pessoa em risco de suicídio;

4) Por último, a inclusão de terapeutas familiares em equipes de saúde que lidam com Intervenção em Crise e prevenção. A visão sistêmica do indivíduo, como exposta ao longo de toda esta pesquisa, só tem a contribuir com o trabalho de Intervenção em Crise, uma vez que amplia a atuação profissional, somando ao atendimento individual a terapia familiar.

Chegando ao fim do trabalho, gostaria de citar uma frase que marcou muito todo o processo. Tatiana, na última vez que a vi, confessou: *“sabe, eu fiquei muito feliz quando você escolheu a minha família para fazer o seu estudo (risos). Pode parecer paradoxal, mas não é. Quero que você estude, estude mesmo a nossa família, porque eu não quero que*

ninguém tenha que passar pelo que eu passei.”. Com esta fala, espero que o trabalho sirva de base para muitos outros trabalhos, com outros tipos de família, com tentativas de suicídio ou suicídio completo, de membros das mais diversas idades, em outros estágios do ciclo de vida, etc. Este trabalho deve marcar o início e não o fim dessa “parceria” entre as duas áreas. Além disso, é fundamental que este trabalho marque a importância de se perceber a pessoa que tenta suicídio como alguém em profundo sofrimento e que, possivelmente, tem uma história de vida tão conturbada a ponto de deixar de perceber um sentido na vida. Esta é nossa maior contribuição para todos aqueles que trabalham na área de saúde: a pessoa não se resume a um corpo; o cuidado com o lado psicológico é tão ou mais importante que apenas curar os “estragos” que a tentativa de suicídio pode ter ocasionado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, N.W. (1986). Diagnóstico e tratamento das relações familiares. (M.C.R. Goulart, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas

André, M.E.D.A. (2005). Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional. Brasília: Líber Livros

Aponte, H.J. & VanDeusen, J.M. (1981). Structural family therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, INC, p. 310-360.

Ausloos, G.(1996). A competência das famílias - Tempo, caos, processo. Lisboa: Climepsi Editores

Aylmer, R.C. O lançamento do jovem adulto solteiro. In: Carter, B. & McGoldrick, M. (2001) As mudanças no ciclo de vida familiar. (M.A.V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas

Bassit, W. Doença mental e terapia familiar. In: D’Incao, M.A. (org.) (1992). Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, p. 128-135.

Batista, M.N. & Borges, A. (2005). Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. Estudos de Psicologia, 22 (4), 425-431.

Beato, C.C. (2004). Suicídio e a teoria social. In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (org). Suicídio: estudos fundamentais (pp.61-78). São Paulo: Segmento Farma

Berg, D.N. & Smith, K.K. The clinical demands of research methods. In: Berg, D.N. & Smith, K.K. (1988). The self in social inquiry (pp.21-34). California: Sage Publications.

Bloch, D.A. & Rambo, A. (1998). O início da terapia familiar: temas e pessoas. In: Elkaim, M. (org.). Panorama das terapias familiares. (C. Eller, Trad). São Paulo: Summus

Bodin, A.M. The interactional view: family therapy approaches of the Mental Research Institute. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (1981). Handbook of family therapy (pp. 267-309). New York: Brunner/Mazel, INC

Boszormenyi-Nagy, I. & Ulrich, D.N. Contextual family therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (1981). Handbook of family therapy (pp. 159-186). New York: Brunner/Mazel, INC

Bowen, M. A reação da família à morte. In: Walsh, F. & McGoldrick, M. (org.) (1998). Morte da família: sobrevivendo às perdas (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed

Bruschini, C. (1997). Teoria crítica da família. In: Azevedo, M. e Guerra, V.N. (orgs). Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento (pp.49-79). São Paulo: Cortez

Byng-Hall, J. (1998). Os roteiros familiares e a perda. In: Walsh, F. & McGoldrick, M. (org.). Morte da família: sobrevivendo às perdas (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Cabral, A. & Nick, E. (2000). Dicionário técnico de Psicologia. São Paulo: Editora Cultrix, 10ª edição.

Calil, V.L.L. (1987). Terapia familiar e de casal. São Paulo: Summus Editorial.

Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: Carter, B. & McGoldrick, M. As mudanças no ciclo de vida familiar (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas

Cassorla, R.M.S. (2005) O que é suicídio. São Paulo: Editora Brasiliense

Cassorla, R.M.S. & Smeke, E.L.M. (1994). Autodestruição humana. Cad. Saúde Públ., 10, (supl. 1), 61-73.

Cervený, M.O (1994). Família e sistema. A família como modelo: Desconstruindo a patologia (pp. 19-32). Editorial Psy II

Connell, G.M., Mitten, T.J. & Whitacker, C.A. (1998). As raízes da terapia simbólico-experiencial. In: Elkaïm, M. Panorama das terapias familiares. Volume 2 (E.C. Heller, Trad.). São Paulo: Summus Editorial

CFP - Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de ética profissional do psicólogo. Brasília

Costa, I.I. (2003). Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: ABRAFIPP

Diniz, G. (1999). Condição feminina - fator de risco para a saúde mental? In: Paz, M. G. T. & Tamayo, A. (Org.). Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos (pp.181-197). Brasília: Editora UnB

Diniz, G. R. S. (2003). Gênero e Psicologia: Questões Teóricas e Práticas. Psicologia Brasil, v. 2.

Diniz, G. & Coelho, V. A (2005). História e as histórias de mulheres. In: Féres-Carneiro, T (org.). Família e casal: efeitos da contemporaneidade (pp. 138-157). Rio de Janeiro: Editora PUC Rio.

D'Oliveira, C.F.A. (2005). *Perfil epidemiológicos dos suicídios. Brasil e Regiões, 1996 a 2002. Tentativa de suicídio - Brasil 2003*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>

Ducommun-Nagy, C. (1998). A terapia contextual. In: Elkaïm, M. Panorama das terapias familiares. Volume 1 (E.C. Heller, Trad.). São Paulo: Summus Editorial

Foley, V. (1990) Introdução à terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas

Gaspari, V.P.P. & Botega, N.J. (2002). Rede de apoio social e tentativa de suicídio. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 51 (4), 233-240.

Goldbeter-Merinfeld, E. (1998). A abordagem estrutural na terapia familiar. In: Elkaïm, M. Panorama das terapias familiares. Volume 1 (E.C. Heller, Trad.). São Paulo: Summus Editorial

Gomes, I.C. (2001). O sintoma da criança e a dinâmica do casal na prática do psicodiagnóstico infantil. In: Feres-Carneiro, T. (org.). Casamento e família: do social à clínica (pp.23-37). Rio de Janeiro: NAU Editora

Grossi, R. & Vansan, G.A. (2002) Mortalidade pos suicídio no município de Maringá (PR). Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 51 (2), 101-111.

Gutstein, S.E. (1991). Suicídio de adolescentes: a perda da reconciliação. In: Walsh, F., & McGoldrick, M. (1991). Morte na família: Sobrevivendo às perdas. (C.O Dornelles, Trad). Porto Alegre: Artes Médicas.

Hoffman, L. (2001). O ciclo de vida familiar e a mudança descontínua. In: Carter, B. & McGoldrick, M. As mudanças no ciclo de vida familiar (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Hornby, N. (2006). Uma longa queda (A.E. Moura Filho, Trad.). Rio de Janeiro: Rocco.

Imber-Black, E. (2002) O novo triângulo: os casais e a tecnologia. In: Papp, P. Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas (D.A.E. Burguño, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kerr, M.E. (1981). Family system theory and therapy. In: Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. Handbook of family therapy (pp.226-264). New York: Brunner/Mazel, INC.

Koopmans, M. (1995). A case of family dysfunction and teenage suicide attempt: applicability of a family systems paradigm. Adolescence, 30, 87-94.

Kosky, R. (2000). Perspectives in suicidology: Families, mental illness and suicide. Suicide & Life – Threatening Behavior, 30, 1, 1-7.

Lopes, P., Barreira, D.P. & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. Psicologia, Saúde & Doenças, 2 (1), 47-57.

Lüdke, A. & André, M.E.D.A. (1986). Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas (pp.11-24). São Paulo: E.P.U.

Maltsberguer, J.T. (1997). Culture and ego-ideal in suicide: an adult case. Suicide & Life – Threatening behavior, 27, 28-33.

Marin-León, L. & Barros, M.B.A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saúde Pública, 37 (3), 357-363.

- Marx, K. (2006). Sobre o suicídio (R. Enderle e F. Fontanella., Trans.). São Paulo: Boitempo Editorial.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1985). Genograms in family assessment. New York: W.W. Norton & Company.
- McGoldrick, M. & Walsh, F. (1998). Um tempo para chorar: a morte e o ciclo de vida familiar. In: Walsh, F. & McGoldrick, M. (org.). Morte da família: sobrevivendo às perdas (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Meleiro, A.M.A.S & Bahls, S.C. (2004). O comportamento suicida. In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (org). Suicídio: estudos fundamentais (pp. 13-36). São Paulo: Segmento Farma.
- Meleiro, A.M.A.S. & Teng, C.T. (2004). Fatores de risco de suicídio. In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (org). Suicídio: estudos fundamentais (pp. 109-132). São Paulo: Segmento Farma.
- Meleiro, A.M.A.S., Scalco, A. Z. & Melo-Santos, C. (2004). Abordagem médica da tentativa de suicídio. In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (org). Suicídio: estudos fundamentais (pp. 157-174) São Paulo: Segmento Farma.
- Melo-Santos, C., Bertolote, J.M. & Wang, Y.P. (2005). Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. Revista Brasileira de Psiquiatria, 27 (2), 131-134.
- Meneghel, S. N., Victora, C.G., Faria, N.M.X., Carvalho, L.A. & Falk, J.W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Pública, 38 (6), 804-10.
- Mitchell, M.G. & Rosenthal, D.M. (1992). Suicidal adolescents: family dynamics and the effect of lethality and hopelessness. Journal of Youth and Adolescence, 21, 1, 23-33.
- Minuchin, S. (1982). Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S., & Fishman, H. (2003). Técnicas de terapia familiar (C. Kish e M.E.F.R. Maia, Trads). Porto Alegre: Artes Médicas.

O'Brien, M. (1994). O lugar do homem numa terapia sensível aos sexos. In: Perelberg, R.J. & Miller, A. C. (orgs). Os sexos e o poder nas famílias. (M.C.B. Fernandes, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora.

OMS. Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Genebra: 2000. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf

Osvath, P., Vörös, V. e Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. Psychopathology, 37, 1, 36-40.

Papero, D.V. (1998). A teoria sobre os sistemas familiares de Bowen. In: Elkaïm, M. (org.). Panorama das terapias familiares. Volume 1 (E.C. Heller, Trad.). São Paulo: Summus Editorial.

Papp, P. (2002). As diferenças de gênero e a depressão - a depressão dele e a depressão dela. In: Papp, P., Papp, P. Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas (D.A.E. Burguño, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Passos, M. C. (2001). Família e sintoma: pequeno ensaio para desvelar sentidos. In: Féres-Carneiro, T (org.). Casamento e família: do social à clínica (pp. 96-111). Rio de Janeiro: NAU Editora.

Prieto, D. e Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54 (2), 146-154.

Ramos, E. (2006). As negociações no espaço doméstico: construir a “boa distância” entre pais e jovens adultos “coabitantes”. In: Barros, M. L. (org.). Família e gerações. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Rapeli, C.B. & Botega, N.J. (2003). Tentativas de suicídio graves: três diferentes grupos internados em um hospital geral. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 52 (1), 5-11.

Rolland, J.S. (1998). Ajudando famílias com perdas antecipadas. In: Walsh, F. & McGoldrick, M. (org.). Morte da família: sobrevivendo às perdas (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Romagnoli, R. (2005). Famílias na rede de saúde mental e esquizoanálise: uma aproximação possível. In: Féres-Carneiro, T (org.). Família e casal: efeitos da contemporaneidade (pp.251-265). Rio de Janeiro: PUC-Rio.

Satir, V. (1995). A mudança no casal. In: Andolfi, M.; Ângelo, C. & Saccu, C. O casal em crise (S.F. Foá, Trad.). São Paulo: Summus Editorial.

Seguin, M., Lesage, A., Kiely, M.C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. Suicide & Life – Threatening Behavior, 25, 4, 489-498.

Shagle, S., Barber, B.K. (1993). Effects of family, marital, and parent-child conflict on adolescent self-derogation and suicidal ideation. Journal of Marriage and the Family, 55, 4, 964-974.

Stake, R.E. Case studies. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). Handbook os qualitative research (pp. 236-247). Sage Publication.

Tavares, G.R. (2001). Do luto à luta. Belo Horizonte: Editora Casa de Minas

Tavares, M. (2004). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. In: Diniz, G., Vasques-Menezes, I., Lima, M.E.A. & Codo, W. (orgs). O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho (pp.). Petrópolis: Editora Vozes.

Tavares, M., Montenegro, B. & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: Maluschke, M. Bucher-Maluschke, J.S.N.F. & Hermanns, K. (orgs.). Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática (pp. 231-258). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.

Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. Genética, vol 21.

Vansan, G.A. (1999). Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48 (5), 209-215.

Vasconcellos, M.J.E. (2002). Rastreado as origens das abordagens teóricas dos sistemas. Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência (pp.185-252). Campinas: Papirus.

Visher, E.B. & Visher, J.S. (1988). Old Loyalties, new ties: Therapeutic strategies with stepfamilies. New York: Bruner/Mazel, INC.

Wang, Y.P., Mello-Santos, C. & Bertolote, J.M. (2004). Epidemiologia do suicídio. In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (org). Suicídio: estudos fundamentais (pp. 97-108). São Paulo: Segmento Farma.

Wang, Y.P. & Ramadam, Z.B.A. (2004). Aspectos psicológicos do suicídio. In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (org). Suicídio: estudos fundamentais (pp. 79-96). São Paulo: Segmento Farma.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). Pragmática da comunicação humana (Á.Cabral, Trad.). São Paulo: Cultrix.

Winter, J.E. (1998). O Modelo Processual de Virginia Satir: fundamentos teóricos. Panorama das terapias familiares. Volume 1 (E.C. Heller, Trad.). São Paulo: Summus Editorial.

Witzezaele, J.J. & Garcia, T. (1998) A abordagem de Palo Alto. In: Elkaïm, M. (org.). Panorama das terapias familiares. Volume 1 (E.C. Heller, Trad.). São Paulo: Summus Editorial.