

Retratos de Autópsias Psicossociais Sobre Suicídio de Idosos em Teresina

Portraits Of Psychosocial Autopsies About
Suicides Of Elderly People In Teresina

Retratos De Autopsias Psicossociales
Sobre Suicidio De Ancianos En Teresina

**Selena Mesquita
Teixeira Sérgio &
Ana Célia Sousa
Cavalcante**

Universidade de Fortaleza

Artigo



Resumo: O desígnio da presente pesquisa consiste em analisar os fatores psicossociais que perpassaram o suicídio de idosos em Teresina, por meio de uma investigação retrospectiva dos aspectos da vida do suicida antes do autoextermínio e da reconstituição dos fatores de risco para o suicídio. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Foram construídas autópsias psicossociais de cinco casos de suicídios de idosos ocorridos no período de 2004 a 2009. Esse método reúne três tipos de informação: ficha de identificação pessoal e social, genograma e entrevista semi-estruturada. A coleta foi viabilizada pelo relato de cinco sujeitos, familiares e parentes próximos ao idoso. O material obtido passou por três etapas: pré-análise, análise qualitativa e síntese analítica. Desse modo, os principais fatores de risco associados ao suicídio desses idosos foram: depressão, transtornos mentais graves, estigma referente ao envelhecimento, alcoolismo, automutilações, impulsividade, relações afetivas fragilizadas e história de vida marcada por eventos trágicos.

Palavras-chave: Suicídio. Envelhecimento. Prevenção do suicídio. Depressão. Comportamento autodestrutivo.

Abstract: The purpose of this research is to examine the psychosocial factors that have permeated the suicide of elderly people in Teresina, through a retrospective investigation of aspects of his/her life before self-extermination and the reconstitution of the risk factors for suicide. This is a qualitative descriptive and exploratory research. Psychosocial autopsies of five cases of elderly suicides that had occurred in the period of 2004-2009 were made. This method combines three types of information: personal identification card, social genogram and semi-structured interview. The collection was made possible by the report of five individuals, family, and relatives who were close to the elderly. The material obtained has undergone three stages: pre-analysis, qualitative analysis and analytical synthesis. Thus, the main risk factors associated with the suicide of these seniors were depression, severe mental illness, stigma related to aging, alcoholism, self-mutilation, impulsivity, fragile affective relationships and life history marked by tragic events.

Keywords: Suicide. Aging. Suicide prevention. Depression. Self destructive behavior.

Resumen: El desígnio de la presente investigación consiste en analizar los factores psicossociales que recorrieron el suicidio de ancianos en Teresina, por medio de una investigación retrospectiva de los aspectos de la vida del suicida antes del auto exterminio y de la reconstitución de los factores de riesgo para el suicidio. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, descriptiva y exploratoria. Fueron construídas autópsias psicossociales de cinco casos de suicídios de ancianos ocurridos en el período de 2004 a 2009. Ese método reúne tres tipos de información: ficha de identificación personal y social, genograma y entrevista semiestructurada. La recolección fue viabilizada por el relato de cinco sujetos, familiares y parientes próximos al anciano. El material obtenido pasó por tres etapas: pre-análisis, análisis cualitativo y síntesis analítica. De ese modo, los principales factores de riesgo asociados al suicidio de esos ancianos fueron: depresión, trastornos mentales graves, estigma referente al envejecimiento, alcoholismo, automutilaciones, impulsividad, relaciones afectivas fragilizadas e historia de vida marcada por eventos trágicos.

Palabras clave: Suicidio. Envejecimiento. Prevención. Depresión. Conducta autodestructiva.

O suicídio constitui atualmente uma emergente questão de saúde pública no mundo inteiro. Atualmente, tem despertado a atenção e o estudo das diversas áreas do conhecimento científico, sendo estudado a partir de diversos elementos, incluindo a constituição biológica dos sujeitos, sua história pessoal, os eventos circunstanciais e o contexto socioeconômico no qual a pessoa viveu (Cavalcante & Minayo, 2004).

Durkheim (1987 p. 15) conceitua suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima”, ato

que a vítima sabia dever causar este resultado. Dentro de uma perspectiva global, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. De acordo com registros da Organização Mundial da Saúde – OMS, pelo menos 900.000 pessoas cometeram suicídio no ano 2003. Esse dado significa que uma morte a cada 35 segundos acontece no mundo. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas (Botega, 2007).

É importante destacar que, em números absolutos, no Brasil, cerca de 25 pessoas

se matam diariamente, fazendo do País o 11º colocado no *ranking* mundial de suicídios. Nesta nação, as taxas oscilaram entre 4,5/100.000 em 2000 e 5,7/100.000 em 2007. Na população idosa, elas variam entre 6,8/100.000 em 2000 e 8,0/100.000 em 2007, representando um aumento significativo de suicídio entre idosos, especialmente do sexo masculino. Nesse mesmo ano, um estudo realizado em 62 países concluiu que as taxas de suicídio aumentam com a idade, para homens e mulheres (Souza, 2010). Segundo Parente, Soares, Araújo, Cavalcante e Monteiro (2007), no Nordeste brasileiro, as taxas variam entre 2,4 e 3,1 suicídios por cem mil habitantes. Na cidade de Teresina, foram observados índices entre 4,7 a 7,2 suicídios por cem mil habitantes, assim, pode-se concluir que a média geral nacional aproxima-se da média de suicídio em Teresina, em torno de 4,5 suicídios por cem mil habitantes.

Após esse breve detalhamento da dimensão de tal problemática na atualidade, pontua-se a emergente necessidade de intervenções preventivas destinadas aos idosos de Teresina, tendo em vista que os estudos epidemiológicos apontam que a referida localidade está entre as dez cidades brasileiras com maior número de suicídios para esse grupo etário (Minayo & Calvante, 2010).

O problema de pesquisa debruçou-se especialmente na identificação dos fatores psicossociais que perpassaram o suicídio de idosos dessa cidade, como indicador do caminho ideal para o desenvolvimento de ações preventivas eficazes, incluindo a descoberta de novas possibilidades para atuação do setor de saúde do Município em questão. Destaca-se ainda o papel do profissional de Psicologia, que, dentre a equipe de saúde, tem o compromisso social de trabalhar pela prevenção do suicídio,

devendo apropriar-se do conhecimento necessário para a realização de intervenções satisfatórias bem como para conduzir o treinamento dos demais profissionais. O objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar os fatores psicossociais que perpassaram o suicídio de idosos na cidade de Teresina, por meio da investigação retrospectiva dos aspectos da vida do suicida antes do autoextermínio, da reconstituição dos fatores de risco que potencializaram a efetivação do suicídio bem como da verificação do impacto e da reação da família frente ao suicídio de um de seus integrantes. Este estudo analisou autópsias psicossociais e identificou problemas e fatores que levaram idosos acima de 60 anos a pôr fim à própria vida na cidade de Teresina entre 2004 e 2009.

Material e métodos

Neste estudo, foram investigados, por meio de autópsias psicossociais, cinco casos de suicídio de idosos, registrados na cidade de Teresina-PI. Os casos selecionados obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: o óbito ocorrido entre os anos de 2004 a 2009 na capital do Piauí e o idoso registrado com 60 anos ou mais no período do suicídio.

A investigação contou com a participação de cinco familiares: dois filhos, uma filha, uma ex-esposa e uma sobrinha, sendo quatro adultos e uma idosa. A prioridade foi o relato de quem testemunhou o ocorrido, desde que tivessem proximidade e conhecimento da vida pessoal, familiar, social e cultural da pessoa que tirou a própria vida. A estratégia utilizada para efetivação do contato com os sujeitos da pesquisa consistiu na avaliação dos laudos periciais emitidos após o óbito.

Inicialmente, o familiar recebeu uma carta, sendo convidado a participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no local de preferência dos sujeitos. Todas as entrevistas tiveram início com a leitura e a assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em obediência à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Em seguida, foi preenchida uma ficha de identificação da pessoa que cometeu o suicídio e dados gerais do entrevistado (nome, idade e grau de parentesco com a vítima). Complementando a identificação, foi efetivada a construção de um genograma da família, visando a compreender o lugar afetivo e socioeconômico dos integrantes de três gerações, conhecer a rede de relações, alianças e conflitos e apontar os antecedentes familiares e os acontecimentos críticos do ciclo vital da família. Após o cumprimento dessas etapas, teve início a entrevista, utilizando-se o Roteiro de Entrevista sobre Suicídio padronizada por Minayo et al., apropriada para o suicídio de idosos. A aplicação do roteiro de entrevista não seguiu uma ordem fechada, pois esteve voltada para uma compreensão do estado emocional de quem informou os dados, tendo como prioridade o respeito ao sujeito da pesquisa.

As entrevistas tiveram em média duas horas de duração, e foram gravadas e transcritas. A análise qualitativa das cinco entrevistas obedeceu a um modo padronizado de organização dos dados estabelecido por Minayo et al. (2010). Inicialmente, foi realizada uma pré-análise, que se caracterizou por uma descrição exaustiva dos dados. Em seguida, foi feita a análise qualitativa, por meio da identificação das partes importantes da história reconstituída, sendo destacadas narrativas emblemáticas elucidativas dos casos estudados.

Posteriormente, foi construída uma síntese analítica de cada caso, extraindo-se dele o fundamental para compreendê-lo. A apresentação dos casos foi feita em quatro etapas: descrição compreensiva do caso, evolução e dinâmica do caso e o suicídio e seu impacto na família e reflexões sobre o caso. A padronização de todos os estudos

de caso nesse modelo permitiu-nos construir correlações entre os casos durante a conclusão deste estudo.

Resultados e discussão

Durante todas as análises feitas neste estudo, adotou-se como perspectiva central o suicídio como fenômeno psicossocial, que se constitui como processo construído e potencializado no decorrer da vida do indivíduo. Em coerência com essa maneira de entender o fenômeno, desenvolvemos autópsias psicossociais a fim de analisarmos os fatores que perpassaram cada caso. É importante destacar que a utilização de autópsias psicossociais se torna ainda mais relevante no estudo do suicídio por reconstruir as motivações e os aspectos emocionais que envolveram as crises existenciais do falecido. Informações dessa natureza poderão conduzir o pesquisador a identificar os reais pontos que impulsionaram o autoextermínio, ou seja, o que gerava o desejo de morte (Arco & Huici, 2005; Shneidman & Farberow, 1969).

No caso 1, abordamos a história de vida da sra. Joana, que reflete sofrimentos e motivações relacionados a insatisfações consigo própria, rejeição ao envelhecimento, relações afetivas conflituosas, nas quais se inclui uma dinâmica familiar conturbada e a busca contínua de um sentido para a própria existência. Através desse exame retrospectivo, também se torna possível compreender o desenrolar dos acontecimentos que precederam o suicídio, contribuindo para que haja maior entendimento dessas motivações (Arenales, Arenales, & Cruz, 2002). Ao recontar a trajetória da idosa, observou-se que esse alicerce buscado pela maioria dos sujeitos em seu núcleo familiar era extremamente escasso no sistema em questão. A dinâmica familiar da idosa foi constantemente ilustrada por acontecimentos trágicos. Nesse caso, também se observou como

fator preponderante para execução do ato a ocorrência de um transtorno mental, mais especificamente, um transtorno do humor. A questão pode ser percebida no seguinte trecho:

Ela sempre demonstrou um humor muito inconstante. A maior parte do tempo apresentava uma euforia desmedida, sorria desproporcionalmente e falava bastante. Em um curto espaço de tempo, demonstrava uma tristeza profunda, como se toda a euforia que demonstrava não fosse real. Constantemente desejava morrer (Roberto, filho).

Para clarear ainda mais o caso, Werlang e Botega (2003) explicam que identificar motivações equivale a verificar as razões psicológicas para morrer enraizadas durante a trajetória de vida do sujeito, pois contemplam suas ações, pensamentos, personalidade e estilo de vida, que são razões psicológicas qualificadas como força que impulsiona a ação, a fim de saciar uma necessidade. Durante a autópsia, o discurso que predominou envolvia sempre a infelicidade e a inconstância emocional de Joana, que durante toda a vida alimentou um conceito de felicidade associado a posse de bens materiais, juventude e independência e, quando os obteve, permaneceu sentindo o mesmo vazio existencial, encontrando apenas como forma de interrupção da sua dor o suicídio. O suicida vivencia, antes de executar o ato, um estreitamento das opções percebidas, chegando a entender como única solução para o alívio da dor psíquica a própria morte (Parente, 2007).

No período do suicídio, identificou-se como principal fator estressante e motivador do ato a representação negativa que Joana adotava de tornar-se idosa. Para Moreira e Nogueira (2008), na cultura ocidental, os sinais de envelhecimento são experienciados com muita angústia, tornando as pessoas bastante resistentes ao processo natural de envelhecer.

Tal resistência gera um árduo movimento no sentido de retardar e de evitar ao máximo esse processo, objetivando a manutenção de uma aparência jovial. Alguns trechos ilustram bem tal resistência:

Ela adotava como objetivo maior a juventude eterna, demonstrando, no decorrer de sua vida, uma busca incansável e desmedida pela beleza. Apesar de ser uma mulher muito bonita e não aparentar a idade que tinha, sempre parecia insatisfeita quanto à própria aparência (Roberto, filho) .

Com base na autópsia psicossocial realizada no caso 2, foram identificados como estressores fatais para o suicídio do sr. Joaquim a não aceitação do quadro patológico (câncer) e as implicações negativas decorrentes do diagnóstico e do tratamento, haja vista que a evolução da doença impossibilitou que ele mantivesse o seu ritmo de vida boêmio e a sua vaidade. O outro estressor foi a decadência financeira, considerando que esta fragilizou ainda mais os recursos psíquicos de enfrentamento do idoso, deixando-o mais vulnerável ao suicídio. O idoso tinha dívidas com agiotas e, por isso, ficou impossibilitado de manter o padrão de vida que tanto valorizava. Por meio desta análise, torna-se possível afirmar que outros fatores psicossociais também contribuíram para construção e execução do suicídio: traços de personalidade impulsivo-agressivos, uso constante e excessivo de álcool e um histórico de vida marcado por conflitos familiares e relações afetivas conturbadas. Os seguintes aspectos foram citados, e podem elucidar tais fatores:

Por tentar manter esse estilo de vida, meu pai perdeu a casa em consequência de dívidas. Chegou a pedir empréstimos a um agiota, mas não conseguiu pagar e teve que dar a casa, o único bem que ele tinha. Ele teve dezenove imóveis, mas destruiu todo o patrimônio, sem perceber, em noites fora de casa. A cabeça dele era desequilibrada (Patrícia, filha).

O suicida vivencia, antes de executar o ato, um estreitamento das opções percebidas, chegando a entender como única solução para o alívio da dor psíquica a própria morte (Parente, 2007).

Respalhando os fatores de risco supracitados, o Ministério da Saúde também fundamenta como fatores que tornam o indivíduo ainda mais vulnerável ao suicídio: personalidade impulsiva e agressividade acentuada. Algumas condições clínicas são descritas como incapacitantes, como exemplo: doenças orgânicas intensas, dores crônicas, doenças que alteram a semblante e neoplasias malignas (Brasil, 2006).

No caso 3, abordamos a história de vida da sra. Ana, que contém sofrimentos associados a um diagnóstico de depressão grave, caracterizado especialmente por humor deprimido, anedonia, sentimentos de inutilidade, culpa, desesperança, em que a pessoa passa a perceber-se como um peso para os outros, e, principalmente, a ter pensamentos frequentes de morte e suicídio (WHO, 2006). Após o exame retrospectivo, observou-se que a idosa em questão atende as características necessárias para esse diagnóstico, integrando efetivamente o grupo de risco para o suicídio, condição ilustrada nos seguintes relatos:

Ela chorava bastante, parecia uma pessoa muito triste. Quando perguntávamos sobre o motivo do choro, dizia que não sabia, mas que não queria mais continuar vivendo. Ela evitava falar sobre o que sentia, mas ficava claro que era solidão e angústia. Não tinha prazer nenhum na vida (Juliana, sobrinha).

No caso analisado, a idosa carbonizou o próprio corpo, método extremamente letal e doloroso, o que deixa explícito a real intencionalidade da morte. A intensidade do desejo pode ser refletida na crença subjetiva de letalidade do método escolhido, mesmo que não obedeça fielmente à letalidade objetiva do método (Werlang & Botega, 2004), o que dificulta ainda mais a elaboração do luto:

O que nós, familiares, não conseguimos entender foi a forma tão dolorosa que

ela escolheu para tirar a própria vida. Realmente, é difícil de entrar na nossa cabeça que, depois de uma vida de infelicidades, ela tenha escolhido morrer de uma forma tão dolorosa, depois de ter passado a vida inteira se cortando (Juliana, sobrinha).

No caso 4, analisamos a história de vida do sr. João, que retrata sofrimentos relacionados a problemas associados ao uso excessivo de álcool, introversão, traços de personalidade agressivos e impulsivos, relações familiares conflituosas, má adaptação ao envelhecimento e problemas financeiros no fim da vida. O alcoolismo surge, nesse caso, como fator preponderante para a opção de autoextermínio, à medida que atuou como potencializador dos sofrimentos já existentes na vida do idoso. Na síndrome de dependência do álcool, o sujeito coloca essa substância como prioridade em sua vida. Como consequência disso, é comum esse tipo de dependência ser associado a faltas no trabalho e à redução da capacidade laboral (Brasil, 2006).

O álcool também aumenta a impulsividade e, em consequência, o risco de suicídio. A impulsividade associada ao álcool apresenta-se como forte indicador de risco. Para Meleiro (2010), o impulso em geral é passageiro, entretanto, pode ser fatal, ocasionando uma atitude impensada, para interrupção imediata da dor. Os relatos que seguem expressam bem essa questão:

(...) A vida dele foi um inferno, cheia de brigas e confusões. Passava a maior parte do tempo bêbado e, quando estava sob efeito do álcool, era agressivo. Mesmo quando estava sóbrio, era impaciente e impulsivo (Pedro, filho).

Diante disso, podemos ressaltar a ocorrência de um estressor precipitador do suicídio, relacionado a um conflito familiar, tendo em vista que o suicídio aconteceu minutos depois que o idoso discutiu com a esposa. O suicídio

estabelece relação direta com eventos de estressores precipitadores relativamente recentes. São acontecimentos de vida mais recentes que impulsionam a crise suicida (Meleiro, 2010).

Outro fator precipitador do suicídio foi a divulgação do suicídio de um jogador famoso. A mídia influencia profundamente as atitudes, as crenças, os valores e os comportamentos da sociedade, podendo, para a maioria dos veículos de comunicação, prevalecer a compreensão de que as notícias sobre suicídio podem precipitar a ocorrência de novos casos, por imitação ou por contágio. Tal informação é reforçada por meio de boletim de ocorrências, onde foi verificado que, em muitos casos de suicídios, são encontrados jornais com matérias de pessoas que cometeram suicídio (Medina, 2009). Essa perspectiva é claramente ilustrada no trecho a seguir:

Minha mãe me contou que, antes de morrer, meu pai disse assim para ela: – Você viu aquele jogador de futebol que se matou, eu também posso fazer igualzinho a ele. Do jeito que ele fez, deu certo. Acho que isso encheu ele de coragem (Pedro, filho).

No caso 5, abordamos a história de vida do sr. Carlos, que contempla sofrimentos e estressores para o suicídio relacionados ao uso abusivo de álcool, depressão, rejeição ao envelhecimento e sentimento de culpa referente à dependência alcoólica do filho. É comum a presença de vários fatores estressantes ou potencializadores do sofrimento na reconstituição da vida de pessoas que cometeram suicídio, à medida que muitos deles já viviam em um contexto repleto de problemas psicossociais, ligado à existência de transtorno mental (Meleiro & Fráguas Junior, 2004).

A associação entre dependência de álcool ou outras drogas, depressão ou ideias suicidas

agrava significativamente o risco de suicídio. Comprovando tal relação, estudos anteriores colocam que a presença do álcool tem sido identificada em aproximadamente 50% dos suicídios em diversos países, incluindo o Brasil. Essa afirmação caracteriza o álcool como um potente fator precipitante do comportamento suicida (Werlang & Botega, 2004).

Existem alguns sinais que devem ser investigados na história de vida e no comportamento das pessoas, a fim de identificar a existência do risco de morte auto-infligida. A presença dos seguintes sinais denota risco de suicídio: comportamento retraído, incapacidade para se relacionar com a família e os amigos, pouca rede social, doença psiquiátrica, alcoolismo, ansiedade ou pânico, mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia, mudança no hábito alimentar e de sono, tentativa de suicídio anterior, odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha, perda recente importante, história familiar de suicídio, desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, sentimentos de solidão, impotência, desesperança, cartas de despedida, doença física crônica, limitante ou dolorosa e menção repetida de morte ou suicídio (Brasil, 2006). Os fatores de risco para o suicídio são inúmeros, sendo importante ressaltar que pertencer a esses grupos de risco não é algo determinante, uma vez que a decisão de tirar a própria vida está associada a uma série de fatores construídos durante toda a história de vida do sujeito.

Observou-se, nos cinco casos, um efeito devastador do suicídio para as pessoas que conviviam com o idoso. Para Mitty e Flores (2008), diante de um suicídio, ninguém sai ileso, o surgimento de sentimentos de culpa e de questionamentos internos, sem respostas lógicas, e o forte estigma social com muita frequência dominam o imaginário de pessoas próximas ao suicida. A crença de

que o suicídio não iria acontecer, apesar das tentativas anteriores, afeta profundamente essas pessoas, especialmente por meio da culpabilidade de não ter acreditado e a raiva de não ter agido. Nesses casos, o comprometimento emocional é desmedido. Geralmente, as pessoas mais próximas do suicida tendem a desenvolver problemas de saúde física e mental, perda de concentração e de sono e isolamento social, podendo chegar a repetir o mesmo comportamento, condição essa observada com clareza no caso 5:

Acho que o suicídio do meu filho é uma questão de tempo. Ele está em um estado tão crítico do alcoolismo que às vezes não reconhece a gente, delira e acorda gritando de madrugada. Ele nunca conseguiu se conformar com a morte do pai, seu grande herói. Ele sempre me disse que amava mais o pai do que eu (Antônia, ex-esposa).

Nesse contexto, é importante ressaltar que existem mitos sobre o suicídio que levam ao erro, especialmente dos profissionais que trabalham diretamente com o indivíduo vulnerável ao ato; dentre os principais, vale destacar os seguintes mitos: “A pessoa ameaça cometer suicídio apenas para manipular”; “Quem quer se matar não avisa”. Ambos os comentários correspondem a ideias errôneas que funcionam como obstáculos para a prevenção do suicídio, tendo em vista que ameaças e tentativas anteriores sempre devem ser avaliadas com cautela e nunca desconsideradas, pois indicam a necessidade de ajuda de uma pessoa que se encontra em intenso sofrimento. Estudos anteriores comprovam que pelo menos dois terços das pessoas que tentaram ou que cometeram suicídio comunicaram de alguma forma o seu propósito para amigos, familiares ou conhecidos (Werlang & Botega, 2004). Em todos os casos analisados, o idoso comunicou o desejo de morte e o aviso não foi acolhido por grande parte dos familiares e amigos.

A carência de fatores protetores também foi uma característica bastante perceptível e relevante nos cinco casos, à medida que essa escassez aumentou consideravelmente a vulnerabilidade do idoso em relação ao suicídio. Outros estudos fundamentam essa afirmativa, assegurando que a presença de fatores de proteção na vida do sujeito o distancia do risco de suicídio (Coelho, Azevedo, Gauer, & Cataldo Neto, 2009).

Em suma, os suicídios ocorreram como resultado de vidas marcadas por intenso sofrimento psíquico, de ausência do sentido para vida e de desestruturação pessoal e familiar, potencializadas especialmente pela presença de um transtorno mental ou de alcoolismo. O suicídio é apenas o ponto máximo do sofrimento psíquico, e, comumente, a vida de uma pessoa que comete suicídio é trilhada por circunstâncias trágicas, caracterizando o processo como fenômeno construído e multideterminado (Fensterseifer & Werlang, 2006). Para Parente, todos esses aspectos atuam como barreiras para a percepção de novas possibilidades de aliviar o sofrimento, em que as demais opções de enfrentamento passam por um afunilamento e tornam-se imperceptíveis para o sujeito que vivencia uma dor intensa.

Conclusão

A história do indivíduo contém fatores predisponentes que possibilitam a compreensão das motivações ou das razões psicológicas para antecipação do próprio fim. Os casos aqui analisados aclararam que os fatores psicossociais que envolvem o suicídio apresentam-se ao longo da vida do sujeito, percorrendo graus progressivos de intencionalidade e tendo como desfecho final a morte autoinflingida, ou seja, o suicídio é entendido como fenômeno construído, nunca devendo ter sua causa reduzida a um único evento estressor.

Estudos anteriores comprovam que pelo menos dois terços das pessoas que tentaram ou que cometeram suicídio comunicaram de alguma forma o seu propósito para amigos, familiares ou conhecidos (Werlang & Botega, 2004).

Nesse sentido, tornou-se possível identificar os seguintes fatores de risco associados ao suicídio desses idosos: depressão, enfermidades físicas e transtornos mentais graves, tratamentos médicos potencializadores do sofrimento, fatores socio-culturais, como decadência socioeconômica, estigma referente ao envelhecimento, comportamentos autodestrutivos, como o uso abusivo de álcool e automutilações, e traços de personalidade impulsivos agressivos. A junção de diversos fatores de risco em um indivíduo vulnerável proporciona o surgimento de uma dor psíquica que atinge intensidade intolerável, sendo essa uma variável importante, fortemente relacionada aos suicídios avaliados neste estudo.

A depressão apareceu como o problema de maior impacto, em concordância com a literatura que fundamentou esta análise, entretanto, mesmo nos casos em que ela adquiriu maior significância, sempre se mostrou associada a outros fatores, como: dinâmica familiar conturbada, relações afetivas fragilizadas, solidão, falta de sentido para a vida, crises financeiras e história de vida marcada por eventos trágicos e sofrimento recorrente.

Constatou-se, nos cinco idosos que protagonizaram as autópsias psicossociais construídas, uma extrema condição de vulnerabilidade para o suicídio, especialmente pela reunião de fatores de risco e pela escassez de fatores protetivos referentes a esse comportamento. Para verificar essa condição de vulnerabilidade, é importante ressaltar que esses fatores foram considerados e avaliados de forma sistêmica e inseridos no contexto da experiência do idoso.

Durante as realizações das entrevistas, tornou-se possível identificar também o efeito

devastador que o suicídio acarretou para familiares e amigos próximos da vítima. Trata-se de uma tragédia *afetiva e social*, caracterizada nos depoimentos por emoções negativas como: culpa, raiva, abandono, revolta, desespero, medo, vergonha, humilhação, frustrações, desesperança, ansiedade, solidão, perda, vazio e luto. Nos casos 1, 3 e 5, o impacto atingiu tal intensidade que chegou a colocar outros membros da família no grupo de risco para o suicídio, incluídos ameaças e tentativa de terceiros que argumentaram não suportarem a dor de uma perda tão traumática. Os efeitos negativos resultantes de um suicídio são incomensuráveis, e podem contemplar sofrimentos ainda mais intensos do que os que foram possíveis de ser relatados neste trabalho.

A angústia daqueles que terão que conviver com a lembrança de um suicídio deve ser vista com atenção pelos profissionais da saúde, por representar um significativo fator de risco para ocorrência de outros suicídios. Esse cuidado torna-se ainda mais necessário à medida que se observou, nesses casos, a ausência de redes e relações de apoio que pudessem ser utilizadas pelo suicida e por sua família. A lembrança da ocorrência do suicídio parece acompanhá-los como um *fantasma*, destruindo planos de vida, nos quais pessoas com maior grau afetivo não estão encontrando forças para se reerguer. A ausência de conformação caracterizou-se como principal barreira para as pessoas enlutadas.

Identificou-se, nos discursos dos familiares, a falsa crença que o sujeito que deseja verdadeiramente se matar não avisa. Em contrapartida, em todos os casos estudados, notaram-se verbalizações suicidas, comentários pessimistas sobre o futuro, planos suicidas, desesperança e expressão de sentimentos de solidão, inutilidade,

incapacidade, bem como o aviso verbalizado sobre a intenção de morte. Essa informação amplia as possibilidades de intervenção antes da tentativa, podendo evitar a concretização do ato.

Diante dos objetivos deste estudo, considera-se que a verificação do risco de suicídio é um grande desafio no contexto da saúde pública, sendo um fator primordial para que haja prevenção e manejo da crise suicida. É considerado que aproximadamente metade das pessoas que puseram fim à própria vida tiveram contato com um profissional da saúde no mês anterior à sua morte (Brasil, 2000). Entende-se que esses profissionais podem contribuir imensamente para a redução dos índices de suicídio no Brasil e no mundo. Profissionais de saúde de todas as especialidades e níveis de atuação devem estar qualificados a avaliar o risco de suicídio. Sendo assim, sugere-se que haja a realização de mais estudos em profundidade sobre o tema para que eles possam ampliar os conhecimentos sobre esses fatores e fundamentarem o treinamento desses profissionais, assim como dos profissionais de direitos humanos.

É importante ressaltar, na conclusão deste estudo, que paira sobre esse tema um silêncio que deve ser rompido com cautela, para que não seja alvo de sensacionalismo. Entende-se como essencial que o suicídio seja visto em sua complexidade e tratado de forma multidisciplinar. O tabu deve ser quebrado, todavia deve-se oferecer orientações especialmente sobre o modo de prevenção e onde e como encontrar ajuda para os problemas pessoais, como clínicas e hospitais, entre outros. Além de destacar que a prevenção pode ser trabalhada com sucesso, sugere-se a apresentação de listas dos serviços de saúde disponíveis e de linhas

telefônicas de ajuda, como a do Centro de Valorização da Vida (CVV), permitindo que discussões sobre o tema também sejam uma oportunidade de fornecer ao público informações e recursos que podem salvar vidas.

Destarte, encerra-se este trabalho com o importante entendimento de que o suicídio é um processo complexo, que contempla a combinação de uma série de fatores de risco, em graus diferentes de intensidade. Circunstâncias de vida desfavoráveis ampliam a vulnerabilidade e enfraquecem a capacidade de enfrentamento do sujeito, elevando o risco do suicídio. Nos casos explicitados ao longo deste estudo, identificou-se a depressão como o fator desencadeador mais relevante. Ponderando essa realidade, acredita-se que seja essencial o desenvolvimento de um trabalho de fortalecimento dos recursos pessoais e sociais nessa fase do ciclo vital que exige cuidados permanentes na área de saúde pública em relação aos idosos. O desenvolvimento de uma rede social de suporte e o incentivo de participação na vida comunitária, a fim de diminuir sofrimentos e de promover a autonomia dessas pessoas, podem ser pontos fortes de estratégias de prevenção. Por fim, ressalta-se que as relações afetivas devem ser mantidas na terceira idade, pois surgem como potente fator de proteção contra o suicídio.

Selena Mesquita Teixeira Sérvio

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE – Brasil.
E-mail: selenateixeira@hotmail.com

Ana Célia Sousa Cavalcante

Mestre em Psicologia e coordenadora do curso de bacharelado em Psicologia da Faculdade Integral Diferencial, Teresina – PI – Brasil.
E-mail: anaceliasousa@uol.com.br

Endereço para envio de correspondência:

Rua Major Osmar Félix, 33, Monte Castelo. CEP: 64016-250. Teresina, PI.

Referências

- Arco, J. N., & Huici, T. (2005, nov.). El uso de la autopsia psicológica forense en el proceso penal. *Indentidad Jurídica. Revista de Ministério Público da Bolívia*, 1(1), 235-241.
- Arenales, I., Arenales, N. H. B., & Cruz, J. P. (2002). Autópsia psicológica em adolescente suicida – relato de caso. *The International Journal of Psychiatry*, 7(5). Recuperado em 22 de agosto, 2012 de http://www.polbr.med.br/ano02/artigo0502_b.php
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, 29(1), 7-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462007000100004>
- Brasil. (1996, out.). Ministério da Saúde. *Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. *Datasus. Mortalidade por suicídio*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 set., 2011 de http://tabnet.datasus.gov/cgi/db2000/grupo_c.xls
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Recuperado em 10 nov., 2011 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2004). Organizadores psíquicos e suicídio: retratos de uma autópsia psicossocial. In P. Almeida. *O mosaico da violência* (pp.371-431). São Paulo: Vetor.
- Coelho, E. R., Azevedo, F., Gauer, G. J. C., & Cataldo Neto, A. (2009). Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. *J. Bras. de Psiquiatria*, 58(2), 92-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200004>
- Durkehim, E. (1987). *O suicídio*. (A. Martins, trad.). São Paulo: Martin Claret (Série ouro).
- Fensterseifer, I., & Werlang, B. S. G. (2006). *Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? Psicologia Argumento*, Curitiba, 24(47), 35-44
- Medina, J. L. (2009). A mídia e a morte voluntária. In I. F. Campos. *Vidas interrompidas*. Vitória, ES: Dio.
- meleiro, A. M. A. S. (2010, set./out.). Avaliação médico-psiquiátrica do risco de suicídio. In *Suicídio, o fim à vida. Debates: Psiquiatria Hoje*: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2(5), 10-12.
- Meleiro, A., M., & Fráguas Junior, R. (Orgs.). (2004). *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades*. São Paulo: Lemos.
- Minayo, M. C. S. et al. (2010). *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde*. Rio de Janeiro: Claves, Fiocruz. (Projeto de Pesquisa).
- Mitty, E., & Flores, S. (2008). Suicide in late life. *Geriatric Nursing*, 29(3), 160-165. doi: [10.1016/j.gerinurse.2008.02.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.02.009)
- Moreira, V., & Nogueira, F. N. N. (2008). *Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade*. *Psicologia USP*, 19(1), 59-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000100009>
- Parente, A. C. M., Soares, R. B. de., Araújo, A. R. F., Cavalcante, I.S., Monteiro, F. de S. (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Enferm.*, 60(4), 377-381. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400003>
- Shneidman, E. S., & Farberow, I. (1969). *Investigaciones sobre muertes dudosamente suicidas*. In N. I. Farberow & E. S. Shneidman (Eds.). *Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención* (pp. 136-147). Mexico: La Prensa Medica Mexicana.
- Souza, F. (2010). Suicídio: dimensão do problema e o que fazer. *Rev. Debates Psiquiatria Hoje*, 2(5), 6-8. Recuperado em 25 de maio, 2013 de <http://pravidaufc.webnode.com.br/products/suicidio%3A-dimens%C3%A3o-do-problema-e-o-que-fazer/>
- Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, 25(4), 212-219. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000400006>
- Werlang, B. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- World Health Organization (WHO). (2006). Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio – supre*. Recuperado em 22 mar., 2012 de http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.Pdf