

Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias

Impact of suicide of the elderly on their families

Ana Elisa Bastos Figueiredo ¹
 Raimunda Magalhães da Silva ²
 Raimunda Matilde do Nascimento Mangas ¹
 Luiza Jane Eyre de Souza Vieira ²
 Herla Maria Jorge Furtado ²
 Denise Machado Duran Gutierrez ³
 Girliani Silva de Sousa ²

Abstract *The scope of this paper is an analysis of suicide of elderly people and the impact on the dynamics of their families is presented. The method used is of the qualitative research type known as psychosocial autopsy and is based on interviews with the family members of 51 elderly people who committed suicide in 10 Brazilian cities. The study in these cities was defined by epidemiological research that revealed the relevance of this phenomenon. Many themes were analyzed in the investigation. However, this text focuses on how the families coped with the death of the elderly person, their impressions regarding the act, and the repercussions on family members and the social network. Pursuant to a comprehensive analysis of the testimonies, the following nuclei of significance were revealed: feelings of guilt for the act; social isolation and its manifestations on health; social stigma and prejudice; prospects of overcoming family suffering; anger and feelings of the improbability of the act; and care for the family members. The families manifested suffering, sadness, and perplexity at the death of the elderly person, which influences and has repercussions on their dynamics and at an individual level. Such consequences are different in each area researched depending on the experiences the family has had with acts of this nature.*

Key words *Suicide, The elderly, Family*

Resumo *Apresenta-se uma análise sobre o impacto do suicídio de idosos, na dinâmica de suas famílias. O artigo é fruto de um tipo de pesquisa qualitativa a que se denomina autópsia psicossocial e está baseado em entrevistas com familiares de 51 idosos suicidas de 10 cidades brasileiras. O estudo nessas localidades foi definido por levantamento epidemiológico que revelou a relevância do fenômeno. Foram vários os temas analisados na investigação. Mas este texto se debruça sobre como a família enfrentou a morte da pessoa idosa, suas impressões sobre o ato e as repercussões nos seus membros e na rede social. A partir da análise compreensiva dos depoimentos, foram construídos os seguintes núcleos de sentido: culpa pelo ato, isolamento social e suas manifestações na saúde, estigma e preconceito social, sofrimento familiar e perspectivas de superação, raiva e crença na improbabilidade do ato e atenção aos familiares. As famílias manifestaram sofrimento, tristeza e perplexidade pela morte do idoso, o que influi e tem repercussões na sua dinâmica e no âmbito individual. Tais consequências são diferenciadas nos locais pesquisados e dependendo das experiências da família com atos dessa natureza.*

Palavras-chave *Suicídio, Idoso, Família*

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro, RJ.
 aebfigueiredo@yahoo.com.br

² Centro de Ciências da Saúde/Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

³ Departamento de Psicologia, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Amazonas.

Introdução

Este estudo contempla a análise da repercussão nos familiares do suicídio de suas pessoas idosas, insere-se num projeto de âmbito nacional que se denomina “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídios de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde”.

O foco no grupo familiar vem do fato de que nossa experiência acumulada, como profissionais de saúde, aponta o quanto o suicídio tem consequências impactantes nos grupos sociais mais próximos das pessoas que se matam. Em especial, identificamos a família como grupo que mais sofre os efeitos de diversas naturezas, os quais se prolongam no curto, médio e longo prazo. Por exemplo, numa pesquisa sobre o tema na cidade do Rio de Janeiro, entrevistamos uma mulher cujo pai se matara havia 30 anos e ela narrou os fatos e as circunstâncias ainda vívidos em sua memória e todo o sofrimento que a família passou a partir de então. Inclusive, essa senhora falou-nos sobre as várias tentativas de suicídio da mãe em decorrência do autoextermínio do marido¹. Entender a intensidade e a amplitude desses impactos é da mais alta importância para pensarmos programas de atenção aos familiares, fato que até o momento não vem sendo levado em conta pelos serviços de saúde² e de assistência social. Com efeito, a partir de uma revisão não sistematizada realizada em 23 de fevereiro de 2012, mediante a intersecção dos descritores “serviço de saúde para idosos, suicídio, família e autopsia” nas bases de dados Medline e PubMed, o resultado apontou 12 artigos que se reportavam ao tema. Ao analisar os títulos e resumos destas publicações identificou-se que apenas seis deles referenciavam o suicídio e os serviços de saúde. No entanto, não houve a correlação do “impacto na família” e “suicídio de idosos”, constituindo, desse modo, uma lacuna na elaboração desse conhecimento para a ciência.

A multiplicidade de sentimentos, como culpa, sensações inexplicáveis, interrogações sem respostas lógicas e forte estigma social, se instalam e pairam sobre os familiares dos suicidas e necessitam serem verbalizados, pois, conforme nos lembram Mitty e Flores³, trata-se de “uma realidade da qual ninguém sai ileso”.

E, na construção polarizada entre a indagação e a explicação, pudemos apreender a diversidade das sensações como uma dor manifesta pela via dos sintomas exibidos pelo sujeito e a insistência na manutenção do laço social⁴. Portanto, este artigo, ao apresentar os resultados do impacto

do suicídio de idosos nos familiares, suscita questões e permite uma discussão ainda pouco presente na literatura e na consciência da sociedade².

Trabalhamos com os conceitos de “dinâmica familiar” e “estrutura familiar”, para entender as formas relacionais que esse núcleo social assume no processo de vivência do ato suicida. Bronfman⁵ define a dinâmica familiar como “condutas e ações sustentadas em uma normatividade estabelecida, que permeia a vida cotidiana dos membros de um grupo. Esta dinâmica está determinada pelas interações e vínculos entre seus membros e delimitada pelas condições materiais nas quais a família vive”. Podemos conceitualizar o termo “estrutura familiar” como um “padrão organizado dentro do qual os membros da família interagem”⁶.

Desse ponto de vista, compreendemos que normas, funções, atribuições e papéis distribuídos e desempenhados no interior do grupo familiar são incorporados por cada um, por oposição ou por similaridade. As identificações que ocorrem nessa dinâmica se reproduzem nas relações sociais mais amplas e nos modos de manifestação de afetos e emoções, o que é peculiar nas relações primárias.

A complexidade do tema “suicídio e dinâmica familiar” implica em uma abordagem qualitativa, a partir da triangulação de perspectivas teóricas da antropologia e da psicologia. Pensar triangulando essas teorias é reconhecer na compreensão e análise das vivências relatadas pelos familiares elementos fundamentais tais como: contextos em que os fatos ocorrem; interações e relações entre os vários aspectos psíquicos, sociais e culturais, presentes nos contextos; quebra de uma visão linear e reducionista de causa-efeito; e abertura para a complexidade dos significados dos fenômenos.

Com esse olhar mais abrangente, pretendemos analisar o impacto do suicídio do idoso sobre a dinâmica de suas famílias, dando ênfase especial às que vivem em cidades do interior e em ambiente agrícola.

Durkheim⁷ definiu o suicídio como todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, sabendo ela que produziria esse resultado. O mesmo autor ressaltou que esse fato somente pode ser explicado analisando-se a sociedade em que os suicidas vivem e não se limitando a interpretar o que ocorreu com o indivíduo. Entendemos com ele que a natureza do suicídio é social, no entanto discordamos que o indivíduo, e seu microuniverso, não tenham im-

portância nessa equação. Por isso, compreendemos o ato suicida como uma decisão pessoal carregada de significação social. Na visão de Shneidman⁸, por exemplo, o suicídio é compreendido como um ato consciente de autoaniquilamento, um “estado de desassossego multidimensional”, apresentado por um sujeito em situação de vulnerabilidade, que percebe o problema e define como melhor solução o autoextermínio.

Trajетória metodológica

Este estudo tem como base as histórias contadas pelos familiares dos idosos, colhidas através do que aqui denominamos autópsias psicossociais. O termo clássico para definição do roteiro para explicação e compreensão dos suicídios é “autópsia psicológica” termo cunhado por Shneidman⁸. No entanto, decidimos nesta pesquisa modificá-lo para “autópsia psicossocial” para dar relevância ao embricamento entre a perspectiva sociológica e subjetiva. A opção pela entrevista com familiares partiu do entendimento de que a história familiar é importante para a compreensão do ambiente em que ocorreu o suicídio, e para mostrar as fraturas que ficam entre os parentes depois do ato fatal. Nesse sentido, a pessoa que atenta contra sua vida é coautora das narrativas construídas durante o tempo de sua existência, e seu ato tem um impacto que permanece através dos tempos⁹.

Por meio da autópsia psicossocial procuramos conhecer e compreender, entre outros aspectos, as questões microssociais que envolvem o âmbito familiar e comunitário do suicida, sobretudo após sua autoeliminação¹⁰.

Este estudo traz informações de familiares dos idosos que se suicidaram em cidades das cinco regiões do país: Norte (Manaus), Nordeste (Terresina, Tauá e Fortaleza), Centro-Oeste (Campo Grande e Dourados), Sudeste (Campos dos Goytacazes) e Sul (São Lourenço do Sul, Candelária e Venâncio Aires).

No caso deste estudo, as localidades acima são as que possuem taxas de suicídio mais relevantes e reúnem uma população que trabalha com cultivo do fumo, com plantação de cana de açúcar, com rebanhos de gado, com exploração do petróleo, com extração de minério e, algumas, estão próximas a aldeias indígenas.

Conforme é recomendado pela literatura científica sobre o tema, obedeceu-se a um período médio de dois anos entre a consumação do suicídio pelo idoso e a realização da entrevista, no

sentido de preservar aspectos emocionais dos familiares, considerando e compreendendo que o resgate da memória acarreta sofrimento e faz aflorar fortes emoções.

O contato com os familiares obedeceu a uma logística envolvendo Institutos Médico Legal, Secretarias de Saúde do Município e do Estado, serviços de saúde na atenção básica, principalmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Delegacias de Polícia e serviços de Vigilância em Saúde que nos forneceram os laudos periciais, boletins de ocorrência e listagem com o nome, endereço e familiar responsável pelo idoso que se matou. E a seleção obedeceu aos seguintes critérios: tipo de perpetração; acessibilidade; sexo; idade; ano que ocorreu o evento e disponibilidade da família.

As famílias foram contatadas por telefone para agendamento e posterior visita domiciliar. Em alguns casos houve a mediação dos Agentes Comunitários de Saúde (ESF) favorecendo, sobretudo, a localização de algumas, em outros, o acesso foi realizado diretamente pelos pesquisadores.

Do número total de selecionados, dez famílias de idosos suicidas não foram localizadas; oito se recusaram a serem entrevistadas alegando não estarem preparadas para falarem sobre o assunto, uma, ainda, aceitou participar, mas não compareceu no dia e local marcado para a conversa. A maioria das famílias demonstrou alegria e agradecimento pela oportunidade de verbalizarem e de conseguirem elaborar suas recordações com apoio dos pesquisadores. A literatura aponta que famílias inseridas no contexto da crise suicida precisam de auxílio para que possam reconstruir-se por meio de um sistema de apoio e proteção¹⁰. É claro que a entrevista não foi realizada com finalidade terapêutica, mas inúmeras pessoas disseram que foi a primeira vez que alguém se dispôs a ouvi-las sobre acontecimento tão doloroso.

Um informante-chave assumiu a construção e o raciocínio lógico da história de vida do idoso suicida: autorretrato, modo de vida, estado mental, impressões do ato, atmosfera do suicídio, repercussões na família e comportamento da rede social e familiar. Outros familiares presentes aos encontros adicionaram informações importantes para o esclarecimento do ato.

As questões do instrumento de coleta, padronizado para a pesquisa nacional, inspirou-se em Shneidman¹¹ o qual articula o depoimento de parentes, amigos e profissionais que testemunharam um caso de suicídio e desenvolve diferentes explicações sobre: O que ocorreu? Por que ocor-

reu? E se o autoaniquilamento poderia ter sido evitado. Para esse autor, o sucesso de tais autópsias não está em prover um único tipo de visão sobre o caso, mas em apresentar diferentes perspectivas sobre ele.

A maioria das entrevistas aconteceu com a presença de mais de um familiar, com duração média de 60 minutos, em ambiente providenciado pela família (varanda, salas, galpão, cozinha e restaurante). Oitenta e duas pessoas foram ouvidas, sendo 53 mulheres e 29 homens.

As conversas foram gravadas, e apenas cinco entrevistas foram anotadas por solicitação das famílias, que alegaram não se sentirem à vontade com o gravador, tendo-se o cuidado de preservar as peculiaridades, descrever as emoções, evidenciar as pausas decorrentes de exacerbações emocionais. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e a organização dos dados anotados ocorreu imediatamente após os encontros. Em seguida, os dados coletados foram compilados e organizados em categorias, originando estruturas de relevância que constituíram tópicos para análise. A discussão dos achados conjuga a literatura sobre o tema, o material empírico coletado e as inferências compreensivas e interpretativas.

O projeto que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As recomendações e os cuidados éticos foram respeitados e os familiares que apresentaram conflitos relacionais foram encaminhados para os serviços de referência.

Resultados e Discussão

As famílias entrevistadas possuem escolaridade abrangendo desde o nível superior completo a nenhuma; as ocupações das pessoas são variadas como: servidores públicos, funcionários de empresa privada, agricultores, autônomos (carpinteiro, pedreiro, sapateiro, mecânico, caminhoneiro, vendedor ambulante) e trabalhadores rurais. A maioria reside na zona rural, ou os idosos que faleceram eram daí procedentes. Quanto à religião, predomina a católica, embora alguns se declarem espíritas, evangélicos ou neguem qualquer credo. Os parentes dos idosos suicidas fazem parte de famílias numerosas. Encontramos formações familiares de cinco a quinze irmãos.

O impacto do suicídio de idoso entre as famílias foi tratado por meio das seguintes catego-

rias analíticas ou núcleos de sentidos extraídos da análise compreensiva das autópsias psicossociais¹²: “culpa pelo ato suicida”, “isolamento social e suas manifestações na saúde”, “estigma”, “preconceito social” “descrença na improbabilidade do ato”, “raiva”, “sofrimento familiar”, “perspectivas de superação” e “atenção aos familiares”.

Essas categorias serão apresentadas, mostrando-se como o processo da morte autoinfligida interfere na estrutura e na dinâmica familiar de forma combinada, produzindo uma causalidade recursiva. Os sentimentos se misturam nos relatos dos familiares e integram um universo de sofrimento e dor, mas também de possibilidades de reorganização e reestruturação individual e familiar. A culpabilização pelo ato suicida assim como a raiva, sobretudo por não ter acreditado que ele pudesse acontecer vêm mescladas ao isolamento social a que muitos se entregam, prejudicando sua recuperação e sua saúde emocional. E ainda, nos casos que nos foram relatados, as indagações, a perplexidade e as acusações se mesclam no imaginário familiar e social¹³.

Sentimento de culpa pelo ato suicida do familiar idoso

Entre a diversidade de manifestações e verbalizações das famílias, o sentimento de autculpabilização é o que primeiro aflora, seja de forma explícita ou velada, por meio de narrativas entrecortadas de emoção, choro e silêncios compungidos, seja no direcionamento do sentimento de culpa para o outro. Numa incoerência entre fato e sentimentos, constatamos que todos os idosos que se suicidaram e dos quais tivemos acesso às histórias, contavam com o apoio, com presença regular e cuidadosa de familiares junto a eles. Esse cuidado, na maioria das vezes era atribuição das mulheres: esposas, filhas ou noras: “Comecei a me sentir culpada. A psicóloga disse que não, por mais que se faça, essas coisas acontecem” (Filha; região norte). “Sinto-me culpada por facilitar naquele momento. O velório foi uma tristeza, debaixo de água” (Viúva; região sul). O sentimento de culpa parece ser ainda mais forte e menos elaborado nos familiares que mantinham vínculos afetivos estreitos com o suicida. Esses consideram e acreditam que poderiam “ter feito mais”. Essa ideia é recorrente, e muitos dizem que mesmo tendo estado presentes faltou-lhes oferecer um cuidado mais zeloso e mais perceptivo.

Em algumas famílias, a culpa não traduz sentimentos de raiva ou de revolta, pois é projetada para outras explicações, como por exemplo, para

o fato de os filhos não estarem em casa no momento do ato: “a culpa fica em todo mundo, por não estar presente lá no momento” (Neto; região nordeste) e por se darem conta de que não foram capazes de valorizar certos diálogos ou episódios sugestivos do desejo de morrer, esboçado pelo idoso.

Isolamento social e suas manifestações na saúde

O isolamento social e suas manifestações na saúde dos membros da família aparecem em algumas falas, sobretudo, por meio da manifestação de apego ao ambiente físico onde se consumou o suicídio, ou por algum sintoma de sofrimento psíquico: “esses dias estava com começo de depressão” (filha referindo-se à mãe; região nordeste). Tais narrativas vêm acompanhadas de desesperança, perda de entusiasmo, tristeza e vontade de não sair de casa: “nunca mais tive gosto pela vida!” (Viúva; região sul).

Alguns familiares pesquisados fazem uso de medicamentos psiquiátricos ou tratamento psicoterápico, sem estabelecerem uma relação direta entre a perda e o aparecimento dos sintomas e sem perceberem que o tratamento ao qual estão submetidos tem em vista contribuir para superar o trauma causado pelo suicídio. Essa situação pode ser observada no relato em que a nora não estabelece nenhuma relação entre o suicídio do idoso e o tratamento psiquiátrico do seu marido, preferindo atribuir o problema ao excesso de trabalho. Vale a pena esclarecer que nem sempre existe uma relação entre uso de medicamentos psiquiátricos pela família e o suicídio de um familiar.

Ele [filho] não consegue dormir, dois, três anos que ele está tomando remédio para dormir, mas eu acho que é porque a gente trabalha muito. Agora sem o remédio ele não dorme (Nora; região sul).

Pode-se supor que muitos familiares não percebiam o adoecimento de um dos seus membros, por negação do ato, da diversidade dos sentimentos envolvidos e da frágil e fraca abordagem dos profissionais de saúde sobre a questão, quando ela se lhes apresenta.

O fechar-se em si mesmo, característica do isolamento social é elemento facilitador para o surgimento de doenças, principalmente as relacionadas ao sofrimento psíquico provocado pelo suicídio. A sensação que muitos têm quando compartilham na família a dor que sentem – uma vez que não têm nenhum apoio especializado – é que o sofrimento não a diminui, mas se multiplica e se potencializa.

Nos primeiros dias ela [a mãe] ficou bem sentida, não queria nem conversar. Mudou muita coisa na nossa vida, hoje eu tenho problema, não gosto de sair de casa, não gosto nem de falar desse assunto da morte do meu pai (Filha; região nordeste).

A ausência de reciprocidade nos diálogos e o isolamento social emergem como coadjuvantes no empobrecimento das possibilidades para reconhecimento do outro. Movimentos em direção à autonomia, a sair em busca de alguma compensação emocional são sentidos pelos que estão desgostosos e se retraem, como se isso fosse uma deslealdade aos laços invisíveis que os unem ao idoso que se matou¹³.

As famílias em situação de perda, como é o caso do suicídio, tendem a desenvolver sentimentos relacionados à lealdade inquestionável ou à independência extrema. No primeiro caso, alguns membros se destacam pela dedicação e por assumir os problemas, e outros se afastam seja do núcleo familiar seja das questões emocionais e práticas pendentes. A crença é de que aquela pessoa considerada desleal substituirá completamente os vínculos familiares por outros transitórios e estranhos. Já os que permanecem fieis e acompanham os problemas pós-morte do seu ente querido julgam que seria impossível substituir os relacionamentos perdidos e se isolam socialmente num emaranhado de sentimentos psicologicamente doentios ou se afogam no sofrimento¹³.

Uma situação bastante comum que emerge em situações de suicídio é a que se relaciona ao ambiente onde ocorreu o ato suicida, e a que podemos nomear como “mito da casa maldita”. Essa crença norteia, a partir do evento, as relações familiares, integrando-se ao contexto perceptivo da família, e conseqüentemente, recentra as modalidades internas da relação familiar, reorganizando novos esquemas de referência, como é manifesto na fala a seguir:

Depois que o papai morreu a minha mãe vendeu a casa. Não conseguiu mais morar lá. Eu também saí de lá, mudei até de bairro. Só passo lá se tiver alguma necessidade. Não consegui entrar na casa, ficava aquela lembrança. A minha mãe também se mudou mora em outro bairro com meu irmão (Filha; região sudeste)

Um filho mencionou que cortou a árvore onde o pai armou sua força. Desse modo, a casa e seus arredores perdem seu sentido de habitat acolhedor para se transformar em ambiente ameaçador. Assim existe, para algumas famílias, um sentido importante de distanciamento tanto espacial como temporal, para que possa se reorganizar e se reestruturar.

O mito da “casa maldita” apareceu em vários relatos como o dessa viúva que, talvez contando-nos o fato, buscou amenizar a incomensurabilidade de seu sofrimento.

O pessoal tem medo da casa, diz que tem lembranças dele e sofre por isso! E a gente que tem que viver aqui dentro todo dia! Amiga, se tem espírito a gente tem que aprender a conviver com eles (Esposa; região norte).

Estigma, preconceito social e crença na improbabilidade do ato

A vergonha relacionada ao suicídio de um familiar é citada na literatura como o sentimento que predomina nas famílias, em virtude do estigma e do preconceito social, associados ao ato. A vergonha geralmente ocorre em consequência de posturas externas ao núcleo familiar como, por exemplo, a reação dos amigos e vizinhos que se afastam. Tais atitudes interferem tanto nas relações interpessoais dos familiares em luto como podem exacerbar conflitos intrafamiliares¹³, como o que é representado nas seguintes falas: “A culpa, o pessoal dizia que era nossa, que nós abandonamos, não cuidamos” (Filho; região sul); ou ainda:

Fiquei noites sem dormir, passei um ano me escondendo das pessoas, pessoas amigas que queriam dar um apoio, mas eu me escondia com vergonha, hoje em dia isso passou, mas eu ainda tenho dificuldade em sair de casa (Filha; região nordeste)

As atitudes externas, sobretudo de antigos amigos e vizinhos, muitas vezes contribuem para reorganizar a postura e o discurso sobre o suicídio por parte dos familiares. Encontramos alguns que comentaram sobre filhos ou outros parentes que dizem saber os motivos do ato fatal, mas guardam isso para si, de forma que impera um silêncio eloquente de recriminações e culpabilizações. Uma entrevistada terminou sua fala, referindo-se às dificuldades que os membros da família estão encontrando para, sozinhos, elaborar e superar a morte do pai, sepultando com ele muitas dores e mágoas: “é melhor enterrar o ocorrido juntamente com ele” (Filha; região nordeste).

A crença de que, na verdade, o suicídio não iria acontecer, apesar das tentativas insinuadas por quase todos os idosos de que se matariam, é outro motivo de sofrimento e culpa. Nos relatos abaixo, podemos constatar que muitas famílias minimizaram os sinais ou mesmo os ignoraram, talvez pela influência do discurso social que concebe o processo de envelhecimento como um momento descartável da vida.

Ele deu as roupas novas dele todas, quando eu fui procurar para preparar o corpo (para vesti-lo para o velório) cadê? Não tinha nenhuma, ele me levou no Banco e abriu uma conta no meu nome e colocou o dinheiro dele todo. Ele vivia falando: ‘eu não presto mais para nada, eu só presto para morrer’ (Filha; região sudeste).

Outros exemplos mostram como os familiares não atentaram para o fato de que a repetição das expressões de desistência da vida, do isolamento e da tristeza, não deveriam ser banalizadas, e sim tratadas como pedido de ajuda contra o desamparo e o sentimento de inutilidade.

Quando a gente festejava o aniversário dele, ele falava: para que isso? Eu vou morrer mesmo. Ele pedia toda hora para os netos comprarem veneno, comprarem corda para ele se enforçar. Ele pedia uma faca, ele vivia ameaçando. Ele falou para minha mãe se cuidar e não fazer besteira (Filha; região sudeste).

Em geral, e isso tem sido analisado também em outras culturas, os adultos e os jovens costumam não acreditar muito no que os idosos falam quando dizem que vão se suicidar. Isso é compatível também com o senso comum, segundo o qual “quem vai se matar não avisa”, expressão muitas vezes repetida pelos familiares; ou ainda a que considera a ameaça de suicídio por parte dos idosos apenas uma forma de manipulação¹³.

Raiva e sofrimento familiar

A raiva é uma das reações mais comum manifestada pela família frente ao ato consumado do suicídio do idoso. Em geral, consideram-no e o interpretam como um gesto agressivo e de desprezo dele contra os que o cercam, ou como ingratidão ou até traição pelos cuidados que lhe foram dispensados. Eis algumas expressões desse sentimento:

Até hoje eu me pergunto [e sinto raiva]: por quê? como? o que aconteceu? Às vezes eu estou na cozinha e passa na minha cabeça, como? Eu estou quase enlouquecendo com isso! (Filha; região sudeste).

Eu reajo mal até hoje, depois de quarenta anos juntos, eu estendi as minhas mãos para ele, fui amiga, fui companheira, fui esposa, me sinto traída por tudo que ele me fez (Viúva; região sudeste).

Muitos familiares sentem a morte como uma rejeição a eles próprios o que também compromete a sua autoestima e suscita sentimentos de raiva. Conforme assinalam Lindemann e Greer¹⁴ “ficar desolado com a morte autoimposta é ser rejeitado”. A sensação que os familiares demons-

tram após o ato fatal é que o suicida não pensou muito na família, por isso atentou contra a própria vida, deixando a todos perplexos, culpados, envergonhados e desestruturados.

Como se não bastasse, ele nos envergonha agora no último momento. Meu irmão, meu cunhado e minha irmã foram intimados [a prestar depoimento policial]. Depois veio alguém, de um órgão de defesa dos idosos, visitar e saber o que aconteceu, porque não era comum um idoso de uma família estável cometer suicídio (Filha; região norte).

Encontramos sentimento de raiva bastante aguçado nas mulheres idosas que sobreviveram a seus maridos. Bowlby¹⁵ menciona a raiva como característica comum em viúvas com mais de 60 anos que vivenciaram perdas inesperadas. Explica que esse sentimento faz parte habitual do luto e não constitui uma anormalidade, a não ser que desencadeie outros transtornos.

Encontramos também outra forma de expressão de raiva: a indiferença que recusa reconhecer o outro como digno de atenção e valor. É o caso de familiares que se recusaram a ir ao funeral do suicida e outros que, embora tenham ido, manifestaram uma postura de certa irreverência em relação à pessoa que se matou.

A angústia é uma manifestação comum encontrada nos familiares dos idosos suicidas. O sofrimento vivido pela separação repentina é visto por eles como algo muito triste em suas vidas, como uma dor que os persegue em todos os lugares e momentos e pode se prolongar por anos, dependendo da intensidade dos laços e dos vínculos cultivados entre filhos, pais e netos, antes do evento de morte. Essa angústia persiste se não existe uma narrativa que possa dar sustentação às superações individuais e grupais. Encontramos, por exemplo, o caso de uma filha que se matou após a morte do pai, por não suportar tamanha perda. É claro que nesse fato havia outros agravantes incluídos, mas o suicídio paterno foi o ato desencadeador.

Em alguns casos, os filhos arcaram com os problemas financeiros do idoso que se matou – sendo esse inclusive um dos motivos alegados como explicação do suicídio. Geralmente, a solução para resolver tais problemas é a perda de algum patrimônio. Em tais situações, os conflitos tendem a se acirrar, afetando não somente a dinâmica familiar, mas também a subjetividade de cada membro, provocando medo de cobranças e briga pela eleição de quem arcará com as consequências das dívidas. Em várias famílias entrevistadas em que tal problema ocorreu, constatamos um forte sentimento de raiva que se estende do morto a seus descendentes.

Observa-se também que o ato suicida repercute na saúde mental dos familiares mais próximos, principalmente nos membros mais vulneráveis que sentem dificuldades de adaptação a situações adversas:

O impacto na família foi demais! Passamos mais de uma semana sem comer, ainda hoje sinto muita falta dele, todo dia me lembro dele, desde quando ele deixou de trabalhar, a gente convivia mais com ele, ele não deu a parecer nada, nada, nada (Filha; região nordeste).

H tem um filho com depressão, é do segundo casamento, ele era louco pelo pai. Desde o dia da tragédia que ele desenvolveu essa depressão, e ele não trata, é um rapaz novo, lindo, tem vinte anos (Irmã; região nordeste).

Superação e atenção aos familiares

Autores como Montalbán¹⁶, Herrera¹⁷ e Martine e Parra¹⁸ comentam e reafirmam o que observamos: a conduta suicida constitui fator de estresse para a família, em geral, e provoca uma desorganização de seus membros. O grau de manifestação dessa desestruturação depende, sobretudo, do nível de coesão e de afeto entre os familiares. Pode ocorrer que existam pessoas nesse núcleo, com força e maturidade suficiente para oferecer atenção aos membros mais afetados, minimizando a desorganização e suas expressões mais dramáticas. Observamos que os familiares que viviam próximos de seus idosos tendem a ser mais visivelmente afetados, mas também, muitos deles são os que promovem os processos de superação entre os irmãos, filhos e netos. Muitas famílias disseram que encontraram na religião forças para minimizar a dor e superar o sofrimento, como no depoimento a seguir:

Eu prefiro acreditar que ele fez por amor por mim. E entregar o que não entendo para Deus. Dei-tei no chão do quarto, teve uma coisa que aconteceu: eu senti como se fosse ele. Eu via ele ali, mas eu não tinha força pra acordar. Eu senti ele passando a mão nas minhas costas. Fica calmo, fica calmo que eu estou bem! Fiquei aliviado! (Filho; região norte)

Nesse caso, o instrumento de ressignificação do filho foi sua experiência místico-religiosa que o ajudou a entender o ato do pai como de amor e, dessa maneira, harmonizar seu sofrimento com a busca de um propósito mais elevado e integrador. O inexplicável, no plano material, é transferido para o plano espiritual, em que as respostas não necessitam serem dadas, já que na compreensão do filho, paradoxalmente, o ato suicida foi um designo de Deus.

Autores como Martinez e Parra¹⁸, Conwell et al.¹⁹ e Luoma et al.²⁰, em seus estudos sobre o acesso aos idosos em situação de risco, confirmam que dois terços ou mais dos idosos, em sua maioria com transtornos sintomáticos e que cometeram suicídio, estavam em atendimento em serviços de atenção primária nos últimos trinta dias e até meia semana antes do ato.

Algumas colocações que apareceram nos relatos dos familiares com bastante ênfase foi a falta que eles ressentem de atenção à família por parte do setor saúde ou dos grupos religiosos: “mais atenção à família, mais apoio religioso” (Filho; região sudeste). Apesar dos serviços de atenção primária se mostrarem os mais adequados para o desenvolvimento de ações preventivas, os profissionais ainda não transpuseram a assistência individual e medicalizante para uma atuação que inclua as necessidades da família como unidade de cuidado, respeitando as relações intergeracionais, originando a implementação de ações promotoras de saúde e mantenedoras de vidas.

Seguindo esta perspectiva, a efetivação dos princípios fundantes da intersetorialidade, e a inclusão de ações com potencial de minimizar a desarmonia familiar devem ser discutidas nos serviços de saúde. Para tanto, a Estratégia Saúde da Família urge ser efetivada como política de estado, pois um dos seus mais singulares princípios consiste em “abraçar” a família como o alvo de sua atuação, comprometendo-se com ela em todos os episódios que afetam sua integridade física e mental ou possa preveni-los. “Eu acho que precisa de apoio, uma pessoa pra conversar e tudo (Esposa; região nordeste).

A gente não tem nada de saúde perto, tudo é longe, É tudo dificultoso, um caso desses, era para ter um apoio pelo menos para a família, é difícil vir alguém da saúde, não tem apoio de ninguém para conversar, dar uma palavra amiga, é muito difícil, muito difícil, não custava nada uma visitinha (Filha; região nordeste).

Pode-se supor que esta alusão da filha: “não custava nada uma visitinha” atesta o pouco foco do programa em alguns problemas cruciais que fogem aos agravos à saúde mais comuns, e que afetam profundamente as famílias que os vivenciam como é o caso do suicídio de um familiar. No entanto, a proposta desse cuidado está expressa nos documentos oficiais para atenção primária à saúde: implementar a intersetorialidade e atender aos eixos estruturantes como acolhimento, integralidade, longitudinalidade do cuidado, humanização e melhoria do acesso. En-

tendemos, no entanto, que a letra dos documentos só se faz prática quando existe uma consciência sobre determinadas questões e um diagnóstico que as demonstre e contextualize.

Conclusões

Fazendo coro com experientes autores^{19,21}, pode-se considerar que as medidas mais adequadas para redução do suicídio na população idosa são as estratégias impeditivas do início do estado suicida. Assim, intervenções do sistema de saúde e de assistência social de diferentes modalidades e abrangência podem ser eficazes no sentido de protegê-los e tornar a sua vida útil e saudável.

No entanto, quando a morte por suicídio ocorre e não adianta mais falar sobre o que deveria ser feito, sobre a família recai muita perplexidade, dor e sofrimento. Pudemos constatar no decorrer deste estudo que, na maioria dos casos, em lugar de se unirem e se apoiarem, os familiares costumam se desintegrar, principalmente quando existem conflitos econômicos e financeiros. Nesses casos, os mais frágeis tendem a desenvolver problemas de saúde física e mental, de perda de concentração e de sono, isolando-se socialmente. A lembrança da ocorrência do suicídio costuma acompanhá-los como um fantasma, destruindo planos de vida, e é comum que o cônjuge, os filhos e até os netos mergulhem em dor e tristeza, não encontrando forças para se reerguer. O sentimento de culpa pela morte do idoso, entre outros motivos, por não acreditarem que o suicídio ocorreria, o isolamento social, o afastamento de amigos e vizinhos são motivos de um sofrimento que pode perdurar por muitos anos e ter consequências imprevisíveis, caso o grupo familiar não seja apoiado devidamente.

Compreendemos que nosso papel, a partir das constatações descritas acima, é de sugerir algumas ações do sistema de saúde e de assistência social para ajudar as famílias a minimizar os efeitos negativos relacionais e psicológicos. Para isso é fundamental vê-las como unidade multidimensional e oferecer-lhes apoio social e psicológico. Essa ajuda não pode ser improvisada. Ela demanda, além de sensibilidade e compaixão, uma boa formação para atuar e uma proposta planejada de intervenção grupal e individual. Profissionais com preparação adequada conseguem abordar a família e manter uma conversa que a ajude a dar um passo para a superação do evento traumático.

Muitas famílias, tomadas pela culpa ou pela vergonha, recusam ajuda no período imediato

ao suicídio. Para várias delas, não falar com estranhos, mesmo que eles sejam profissionais de saúde e de assistência, pode significar uma forma de defender-se da dor e de sobreviver ao vexame público. É preciso ter estratégias para vencer essa barreira e conseguir acompanhar o grupo e as pessoas individualmente, conforme preconiza a OMS²². Nesse processo, os profissionais podem contribuir para desfazer mitos sobre o suicídio e reinterpretar vivências, ajudando as pessoas a dar um sentido a seu sofrimento e a desconstruir crenças que geram angústia na família por colocá-la num impasse moral, tal como é instigado por algumas religiões que encaram o suicídio como anátema. “As pessoas enlutadas têm fantasias de como a morte irá afetá-las no futuro, e explorar formas de lidar com esta realidade minimiza o impacto da perda”¹³. Por isso é preciso evitar o enfoque sobre a família isoladamente ou fora do contexto, em especial nos casos em que os conflitos relacionais são intensos e os membros não conseguem encontrar apoio mútuo ao seu interior. Quando isso ocorre é importante envolver atores que tenham vínculos com a

família do suicida, mas que não estejam no centro do sofrimento coletivo, como é o caso de vizinhos e amigos.

Enfim, no caso das famílias de idosos suicidas, mais que nunca, para cuidá-las é preciso conhecê-las em suas particularidades. Pois, frente a um problema tão complexo, sabemos que cada caso é um caso e não podemos ter uma receita coletiva para questões que afetam pessoalmente a cada um dos indivíduos, assim como a todo o grupo. Infelizmente, nossa pesquisa mostrou que esse tipo de cuidado não existe e as famílias tendem a resolver – ou a não resolver – seus problemas por si mesmas, inclusive porque também não costumam receber apoio da comunidade. O tabu do suicídio está muito presente e torna a família da pessoa que o cometeu alvo de discriminação e até de medo dos vizinhos e amigos.

Concluindo, é necessária uma presença profissional ao mesmo tempo compreensiva, humana e técnica, que não se restrinja ou limite a uma visita ou consulta, é o que as famílias pesquisadas demandam e que ficou evidente nos depoimentos que compõem este estudo.

Colaboradores

AEB Figueiredo, RM Silva, RMN Mangas, LJES Vieira, HMJ Furtado, DMD Gutierrez e GS Sousa participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza JRA, Mangas RMN. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2011. [No prelo].
2. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica* 2010; 44(4):750-757.
3. Mitty E, Flores S. Suicide in late life. *Geriatric Nursing* 2008; 29(3):160-165.
4. Carneiro HF. O mal-estar entre a dor e o laço social. *Revista Mal-Estar e Subjetividade* 2010; 10(3):703-704.
5. Bronfman MNP. *Multimortalidade e estrutura familiar: um estudo qualitativo das mortes infantis nas famílias* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
6. Nicholcs MP, Schwartz RC. *Terapia Familiar: Conceitos e Métodos*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
7. Durkheim E. *O suicídio: Estudo de sociologia*. 2ª Ed. São Paulo: Ed. WMF; 2000.
8. Shneidman ES. *Definiton of suicide*. New Jersey: Aronson; 1994.
9. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1587-1596.
10. Krüger LL, Werlang BG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF* 2010; 15(1):59-70.
11. Shneidman ES. *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford University; 2004.
12. Meleiro AMAS, Botega NJ, Prates JG. Manejo das situações ligadas ao suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 177.
13. Santí PMH, Betancourt KA. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(2):134-137
14. Lindeman E, Greer IM. A study of grief: emotions responses to suicide. *Pastoral Psychol* 1953; 4(9):9-13.
15. Bowlby J. *Perda: tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes; 1985.
16. Montalbán R. *La conducta suicida*. Madrid: Editorial Libro de Año; 1997.
17. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de la salud. *Rev Cubana Med. Gen. Integr.* 1997; 13(6):591-595.
18. Martinez VTP, Parra ZL. Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004 Dic [acessado 2012 jul 4]; 20(5-6):[cerca de 6 p.]. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500002&lng=es&nrm=iso
19. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31(2):333-356.
20. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159(6):909-916.
21. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide life threat behav* 2004; 34(4):337-349.
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS; 2000.

Artigo apresentado em 06/03/2012

Versão final apresentada em 09/04/2012