

Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica

André Luis Sales da Costa^I, Maximiliano Loiola Ponte de Souza^{II}

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, AM, Brasil

^{II} Instituto Leônidas e Maria Deane. Fundação Oswaldo Cruz. Manaus, AM, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em Manaus, Amazonas, Brasil.

MÉTODOS: Estudo qualitativo de narrativas de oito idosos que morreram por suicídio no período 2001–2012. No processo analítico-interpretativo, buscou-se realizar o exercício da dupla hermenêutica: interpretar a interpretação dos narradores. Teve-se como referenciais teóricos autores que investigaram o suicídio a partir da perspectiva de gênero, de suas correlações com o contexto sociofamiliar e com transtornos mentais.

RESULTADOS: Os familiares conceberiam o suicídio dos idosos como relacionado a perdas, que se dariam em um cenário sociofamiliar tensionado, levando ao surgimento de quadros psicopatológicos que, se não adequadamente acompanhados, resultariam na morte. Haveria também algo de inexorável nessa sequência de eventos. O idoso, pelo próprio tempo de sua vida, tenderia a acumular em sua trajetória perdas de diferentes matizes. Sua rigidez e outras limitações relacionais tensionariam simultaneamente as relações familiares, favorecendo conflitos, e dificultariam a adesão ao tratamento. Esse modelo de compreensão, que tem amplo ancoramento no discurso médico-psicológico hegemônico, de certo modo, se presta a minimizar eventuais auto- ou heteroacusações direcionadas aos familiares.

CONCLUSÕES: Especial atenção deveria ser direcionada para se identificar idosos que apresentem simultaneamente perdas, conflitos familiares, indícios de psicopatologia e não seguimento em serviços de atenção psicossocial. Estratégias para auxiliar os idosos a lidar com as perdas e conflitos familiares, empoderando-os, deveriam ser desenvolvidas e disponibilizadas por meio de ações intersetoriais. O adequado tratamento de condições psicopatológicas deveria ser implantado, em um contexto no qual também houvesse mecanismos de busca ativa de idosos que abandonaram o acompanhamento. Implantar essas ações é um desafio a ser enfrentado em Manaus, onde há baixa disponibilidade de serviços de atenção psicossocial, que não se articulam com os serviços de atenção especializada em condições médicas de abordagem terciária, havendo ainda baixa cobertura pela atenção básica.

DESCRITORES: Idoso. Suicídio, psicologia. Fatores de Risco. Narrativas Pessoais. Hermenêutica.

Correspondência:

Maximiliano Loiola Ponte de Souza
Rua Teresina, 476 Adrianópolis
69057-070 Manaus, AM, Brasil
E-mail: maximiliano.souza@fiocruz.br

Recebido: 30 mar 2016

Aprovado: 15 nov 2016

Como citar:

Costa ALS, Souza MLP. Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. Rev Saude Publica. 2017;51:121.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Em 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas no mundo morrerão por suicídio². A magnitude desse valor possivelmente está relacionada ao processo de envelhecimento populacional, pois, em termos mundiais, o grupo dos idosos é o que apresenta o maior risco para o suicídio². No município mais populoso da região norte do Brasil, Manaus, capital do estado do Amazonas, os idosos representavam, em 2000, 4,7% da população e, em 2010, 6%^a. Nesse período, em Manaus, a taxa de mortalidade por suicídio em idosos foi 4,5/100.000, valor 50% mais elevado do que o encontrado no estado^b.

Desde a década de 1950, estudos investigam as circunstâncias do suicídio por meio de entrevistas padronizadas aplicadas a informantes-chave (autopsias psicológicas). Ao longo do tempo, esses instrumentos tornaram-se cada vez mais voltados para a identificação de diagnósticos psiquiátricos e menos interessados no contexto social do suicídio¹⁸. No Brasil, foi desenvolvido um instrumento denominado “Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicológicas e psicossociais” para pesquisa entre idosos³. Tal instrumento difere das autópsias psicológicas clássicas na medida em que resgata a importância de explorar aspectos sociais e abre espaço para a subjetividade dos entrevistados.

Owens e Lambert¹⁸ observaram que, quando as pessoas são indagadas sobre a morte de alguém que lhe era próximo, mesmo que por meio de instrumentos fechados, elas acabam entremeando suas respostas com fragmentos narrativos sobre as circunstâncias do óbito. Tais materiais não são habitualmente explorados, ou são sem o zelo epistêmico de considerar que se tratam de estratégias construídas para dar sentido, a partir do presente, para eventos passados⁹. Trata-se de um material rico para se acessar uma dimensão importante e pouco explorada do suicídio.

Considerando a importância de se produzir informações qualitativas sobre o suicídio de idosos em contextos pouco explorados, a proposta deste artigo é analisar as narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em Manaus, explorando os caminhos simbólicos que recorrem para dar sentido a esse evento, com vistas a identificar possibilidades para o enfrentamento desse problema social e de saúde pública.

MÉTODOS

Princípios Metodológicos

O processo narrativo deve ser compreendido em seu caráter dinâmico: eventos passados são narrados de uma maneira congruente com a compreensão atual do narrador; o presente é explicado tendo como referência o passado reconstruído⁷. As narrativas não devem ser pensadas como um produto individual, pois o narrador se vale de princípios e lógicas culturais próprios do grupo do qual faz parte¹¹.

Seleção dos Entrevistados

Na Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas, encontraram-se 37 declarações de óbito de idosos (60 anos ou mais) que morreram por suicídio (X60–X84), no período de 2001–2012 em Manaus. Em 13 casos, não foi possível encontrar o endereço ou telefone de familiares. Visando a explorar em profundidade um número menor de casos, dos 24 casos restantes, 12 foram selecionados. A seleção, por conveniência, foi feita de modo a garantir a diversidade caracterológica da amostra¹⁴, incluindo idosos com mais de 70 anos, mulheres, e pessoas que cometeram suicídio por diferentes métodos. Os familiares foram previamente convidados por carta ou telefone a participar da pesquisa³. Em data pré-agendada, visitou-se os familiares, momento em que houve detalhamento dos objetivos da pesquisa. Familiares de oito idosos aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Tabelas 1 e 2).

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática SIDRA: banco de tabelas estatísticas. Rio de Janeiro; 2015 [citado 20 mar 2016]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>

^b Costa ALS. Suicídio de idosos no município de Manaus, Amazonas [dissertação]. Manaus: Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas; 2015.

Tabela 1. Caracterização dos familiares-narradores.

	Sexo	Parentesco	Idade (anos)	Ocupação
Narrativa 1	Feminino	Filha	44	Técnica de enfermagem
	Feminino	Esposa	76	Dona de casa
Narrativa 2	Feminino	Enteada	73	Aposentada
Narrativa 3	Masculino	Irmão	65	Artista plástico/Feirante
Narrativa 4	Feminino	Esposa	60	Professora universitária
Narrativa 5	Feminino	Filha	51	Comerciante
	Feminino	Ex-esposa	71	Aposentada
Narrativa 6	Feminino	Neta	19	Estudante
Narrativa 7	Feminino	Filha	25	Estudante
Narrativa 8	Feminino	Ex-esposa	63	Aposentado
	Masculino	Filho	45	Músico

Tabela 2. Caracterização dos idosos que morreram por suicídio, selecionados para o estudo.

Narrativa	Idade (anos)	Sexo	Naturalidade	Escolaridade	Religião	Profissão	Estado Civil	Filhos	Método
1	68	M	Ceará	Fundamental incompleto	Católico	Feirante	Casado	6	Enforcamento
2	73	M	Manaus/AM	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	Viúvo	0	Enforcamento
3	61	F	Manaus/AM	Médio completo	Católica	Desempregado	Viúva	0	Enforcamento
4	60	M	Manacapuru/AM	Superior incompleto	Católico	Gerente de empresa	Casado	4	Arma de Fogo
5	74	M	Manaus/AM	Fundamental incompleto	Católico	Vigilante	Separado	7	Enforcamento
6	66	M	Juruá/AM	Fundamental incompleto	Adventista	Aposentado	Casado	6	Enforcamento
7	60	M	Borba/AM	Superior incompleto	Católico	Auxiliar de pesquisa	Casado	3	Arma de Fogo
8	63	M	Fonte Boa/AM	Fundamental incompleto	Católico	Desempregado	Separado	4	Enforcamento

M: masculino; F: feminino

Instrumento

Utilizou-se o “Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicológicas e psicossociais”, desenvolvido e validado para investigação de suicídio de idosos no Brasil³, para acessar os fragmentos narrativos dos familiares sobre o suicídio, conforme proposto por Owens e Lambert¹⁸. Esse roteiro é dividido em duas partes: na primeira, estão questões sobre perfil pessoal, socioeconômico e condições de vida do idoso; na segunda, abordam-se as circunstâncias do suicídio, os fatores precipitantes e o impacto do suicídio na família.

Procedimentos Analíticos

As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas. Para cada caso, foi elaborado um dossiê metanarrativo, no qual compilamos os fragmentos narrativos dos familiares. Esses dossiês foram os textos básicos analisados e, a partir deles, elaboramos as sinopses narrativas (Quadro).

O ponto de partida para análise do material foi um conjunto de perguntas adaptadas a partir da proposta de Gomes e Mendonça⁹: a) quem eram os personagens; b) como esses interagiam entre si; c) como os eventos narrados se entrelaçam entre si e com a morte do idoso?. No processo analítico-interpretativo, buscou-se essencialmente realizar o exercício da dupla hermenêutica⁸: interpretar a interpretação dos narradores. Para tanto, levamos em consideração os relatos dos entrevistados, as interpretações dos pesquisadores e os dados da literatura.

Partindo da premissa teórica que o suicídio é um fenômeno humano universal, complexo, e multimediado^{5,12,16}, destacaram-se, como referências centrais para análise do material, textos que investigaram o suicídio de idosos a partir da perspectiva de gênero^{13,15,17,20}, suas correlações com o contexto sociofamiliar^{6,19} e com transtornos mentais^{4,10}.

Quadro. Sínteses narrativas.

1ª narrativa: Quando jovem deixou sua cidade natal. Trabalhou duro como feirante. Tinha certa mágoa dos filhos, pois nenhum quis dar seguimento em seu negócio. Um ano antes de sua morte, organizou uma viagem para visitar sua mãe em outro estado. Tinha o desejo de mostrar a família que construiu para a mãe. Pouco antes da viagem, sua mãe morreu. Meses depois, após realizar exames, foi informado pelo médico que tinha uma doença grave (enfisema pulmonar) e incurável. Após isso passou a apresentar alucinações visuais e auditivas, e tentou o suicídio por afogamento. A família tentou levá-lo para atendimento em um serviço de saúde mental, mas ele não aceitou. O suicídio ocorreu em um domingo de manhã.

2ª narrativa: Durante a velhice, sua esposa morreu. Ele, ao longo do tempo, perdeu progressivamente a visão em decorrência do diabetes. Entristecido, foi se isolando. Apresentava dificuldades de relacionamento com uma enteada, por não aceitar seu comportamento "rebelde". A família não aventou a possibilidade de levá-lo para avaliação em um serviço especializado. Foi encontrado enforcado pela enteada, por volta das 5h30.

3ª narrativa: Quando ainda jovem, perdeu o esposo e um irmão, em acidente automobilístico. Após anos trabalhando em uma indústria, foi demitida antes de se aposentar. Depois disso, não conseguiu retornar ao mercado de trabalho, o que a deixava desesperada. Nos últimos dias de sua vida, ficou mais triste e isolada em seu quarto. A família não percebeu qualquer necessidade de levá-la a um serviço de saúde mental. A idosa era considerada uma pessoa muito aguerrida, sendo sua morte considerada um ato de loucura. Foi encontrada enforcada no seu quarto, aproximadamente às 7h.

4ª narrativa: Trabalhou durante muitos anos como gerente de uma empresa. Próximo a se aposentar, descobriu que a empresa não estava pagando seus direitos trabalhistas. Após uma ação na justiça, aceitou um acordo que incluía rebaixamento de função e diminuição de salário. Teve dificuldades financeiras e de adaptação. Apresentava-se triste e por vezes falava: "Só eu tirando minha vida e passando para vocês terminarem de pagar". A família não aventou a possibilidade de levá-lo para um serviço de saúde mental. O suicídio ocorreu no *réveillon*.

5ª narrativa: Há anos não residia mais com sua esposa e filhos. A separação foi motivada pelo recorrente envolvimento dele com outras mulheres. Tal comportamento indispsôs o idoso com seus familiares. Anos mais tarde, a esposa e os filhos foram convocados a comparecer a um serviço de saúde, pois o idoso recebera o diagnóstico de câncer de próstata e estava em "depressão profunda", tendo sido abandonado, sem dinheiro, pela companheira de então. Retornou para a casa da ex-mulher. Referia constantemente medo de ficar impotente sexualmente. A família levou para uma urgência psiquiátrica, sendo indicado seguimento ambulatorial que não foi efetivado devido à recusa do idoso. Enforcou-se de madrugada no banheiro.

6ª narrativa: Durante a velhice sofreu um sequestro relâmpago. Passou a ficar mais triste, isolado e com incapacidade de realizar suas atividades diárias. Falava para a família que não aguentava viver com medo. Foi levado para um atendimento inicial em saúde mental, mas não aceitou o tratamento. Os familiares aventaram a possibilidade de o idoso ter sofrido algum tipo de violência sexual durante o assalto. Foi encontrado pendurado em uma árvore, às 4h30min.

7ª narrativa: O idoso sempre fez uso de álcool e maconha. Esse consumo se intensificou após o afastamento do trabalho, devido a dores associadas à artrose. Esse trabalho envolvia longas viagens pelo interior do estado. Tinha uma relação conflituosa com os filhos, que se ressentiam do uso recorrente e público dessas substâncias por parte do pai. Dois dias antes de sua morte, após consumo de drogas, agrediu a esposa. Os familiares propuseram um atendimento em um serviço de saúde mental, mas ele não aceitou. No dia de sua morte, saiu de casa dizendo que iria beber com os amigos e se despedir deles. Os familiares optaram, neste dia, por sair de casa para evitar conflitos. Na casa vazia, o idoso se matou com um tiro, sangrando por horas até sua morte. Para os familiares, o suicídio foi uma forma de vingança do idoso contra sua esposa, a qual não teria desculpando-o pela agressão recente que sofrera.

8ª narrativa: O idoso há anos não residia mais com sua esposa e filhos. A separação foi motivada pelo recorrente envolvimento dele com outras mulheres. Seu trabalho envolvia viagens pelo interior do estado. Perdeu o emprego após ter sofrido seu primeiro acidente vascular cerebral (AVC). Retornou ao antigo lar para receber cuidados da antiga esposa, quando sofreu um segundo AVC. Constantemente referia medo de ficar impotente. Recorrentemente dizia "estou aqui que nem chuva", referindo-se ao fato de que, a qualquer momento, poderia ir embora. Participou de um grupo de psicoterapia. Antes do suicídio, apresentou alucinações visuais e auditivas. O idoso se enforcou com um fio elétrico preso à grade de uma janela.

Aspectos Éticos

Pesquisa aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 30929114.8.0000.5020).

RESULTADOS**Perdas**

Em diferentes narrativas, o ponto de partida era a descrição de uma ou mais perdas sofridas pelo idoso (Tabela 3). Perdas relacionadas à saúde estiveram presentes em seis a oito narrativas.

Como na literatura^{12,16}, observou-se em cinco narrativas (1ª, 2ª, 5ª, 7ª e 8ª) a associação entre suicídio e doenças crônicas. Um aspecto evidenciado foi o catastrófico efeito que o diagnóstico dessas condições pode ter nos idosos.

Tabela 3. Temas recorrentes nas narrativas.

Narrativa	Perdas	Conflitos familiares	Indícios de psicopatologia	Seguimento regular em serviço de saúde mental
1	Sim Saúde: enfisema pulmonar Familiar: mãe	Sim Filhos	Sim Psicose Tentativa prévia	Não Família teria tentado, e idoso recusado
2	Sim Saúde: diabetes, cegueira Familiar: esposa	Sim Enteada	Sim Depressão: isolamento	Não Família não teria identificado a necessidade
3	Sim Trabalhista Familiar: esposa e irmão	Não relatado	Sim Depressão: isolamento	Não Família não teria identificado a necessidade
4	Sim Trabalhista	Não relatado	Sim Depressão: tristeza e ideias de morte	Não Família não teria identificado a necessidade
5	Sim Saúde: câncer de próstata, impotência	Sim Esposa/filhos	Sim Depressão "profunda"	Não Teria iniciado, mas abandonado
6	Sim Saúde: incapacidade de realizar atividades diárias	Não relatado	Sim Depressão Ideias de morte	Não Teria iniciado, mas abandonado
7	Sim Saúde: artrose e dor Trabalhista	Sim Esposa/filhos	Sim Dependência de substância/intoxicação	Não Família teria tentado, e idoso recusado
8	Sim Saúde: Acidente Vascular cerebral, impotência Trabalhista	Sim Esposa/filhos	Sim Depressão Ideias de morte Psicose	Não Teria iniciado, mas abandonado

Na 1ª narrativa, logo após o diagnóstico de enfisema pulmonar e da explicação de sua incurabilidade, o idoso teria começado a apresentar alterações psicopatológicas exuberantes. Nas 5ª e 8ª narrativas, idosos teriam ficado muito abalados diante do fato, ou da possibilidade, de desenvolverem impotência sexual. A forma como o diagnóstico de uma condição crônica incide no imaginário dos idosos é percebida como relevante pelos narradores, no que concerne a sua relação com o suicídio. Já na 6ª narrativa, a perda da saúde estava relacionada à incapacidade em desempenhar as atividades de vida diária devido a um quadro psicopatológico que teria iniciado após um assalto.

Perdas relacionadas ao trabalho estiveram presentes em metade das narrativas. A literatura aponta para importância da perda do trabalho no suicídio de homens idosos, criando neles uma sensação de ausência de lugar social, dificuldades para honrar dívidas e gerenciar o tempo¹⁷. Nas 7ª e 8ª narrativas, os idosos, por motivos de doença, foram afastados de seus trabalhos, típicos do contexto amazônico, caracterizados por suas longas e constantes viagens aos municípios do interior do estado. Tais atividades lhes proporcionavam um modo de vida peculiar, com maior liberdade e menor possibilidade de censura familiar aos comportamentos tidos como desviantes (consumo de álcool e drogas, 7ª narrativa; sexualidade, 8ª). O afastamento dessas atividades significava também a perda desse estilo de vida.

Na 4ª narrativa, o idoso após um longo tempo atuando em uma empresa, em função de relativo destaque, teria descoberto que não poderia se aposentar devido a pendências previdenciárias da empresa. Ele teria aceitado trabalhar em uma posição bem mais modesta enquanto se resolvia a pendência, situação que muito lhe entristecera. Embora esse idoso tenha se mantido trabalhando, houve perda significativa de salário e de *status*, associando a sentimentos de humilhação e desamparo, apontados como importantes fatores para compreender a relação entre suicídio e trabalho em idosos¹⁷.

Na 3ª narrativa, descreve-se o suicídio de uma idosa que teria sido despedida na velhice. Sem conseguir retornar ao mercado de trabalho, passou a apresentar dificuldades econômicas. No caso do suicídio de idosas, a literatura costuma enfatizar as dificuldades associadas ao exercício das funções tradicionalmente relacionadas à condição feminina, como os papéis de

esposa e de mãe¹⁵. No caso dessa narrativa, é preciso atentar para complexidade da interrelação das diferentes perdas vivenciadas pela idosa. Na mocidade ela teria perdido o esposo (e um irmão), não se casou novamente, nem teve filhos. Por opção, ou por revés do destino, acabou não aderindo à condição feminina hegemônica, de esposa-cuidadora. O trabalho, nesse contexto, passaria a ter uma centralidade na vida dessa idosa, e sua perda adquiriu dimensões avolumadas e próprias, podendo assim ser associada à sua opção em tirar sua vida²⁰.

Nas 1ª e 2ª narrativas, relatam-se perdas familiares que ocorreram na velhice, de modo próximo ou simultâneo, a ocorrência de perdas relacionadas à saúde. Na 1ª narrativa, tem-se o relato da morte da mãe de um idoso migrante, que, quando jovem, deixou sua terra natal, e com muitas dificuldades teria conseguido um relativo êxito profissional e familiar. Existem evidências da associação entre suicídio e migração¹. A velhice é um momento no qual “se reavivam as lembranças do passado, sente-se mais falta dos que se distanciaram no tempo e da terra natal”¹⁹ (p.1.706). A morte da genitora ocorreu na véspera de uma viagem na qual pretendia levar todos para sua terra, e apresentá-los para mãe. Essa viagem seria uma espécie de prestação de contas para si, para os filhos e para a mãe. Mas ela não ocorreu, gerando profunda tristeza ao idoso. Na sequência desse evento, teria recebido o diagnóstico de uma condição grave e incurável (já discutida). Tempo depois, o idoso atentou contra sua vida. Já na 2ª narrativa, há o relato da perda da esposa, de uma vida inteira, de um idoso sem filhos, que estava ficando cego, e que teria conflitos com uma enteada. Avolumam-se na literatura dados epidemiológicos que relacionam a viuvez ao suicídio¹⁶. O que esses estudos não evidenciam é o contexto no qual ocorreria essa viuvez, que pode se dar em meio a desamparo, doença e conflitos familiares, vulnerabilizando ainda mais os idosos ao suicídio.

Conflitos Familiares

Recorrentes nas narrativas que descreviam conflitos envolvendo filhos ou enteados eram as tentativas do idoso em disciplinar ou influenciar o comportamento dos mesmos. Na 1ª narrativa, aborda-se a frustração do idoso em virtude de nenhum de seus filhos querer trabalhar no negócio humilde e árduo, que garantiu durante anos o sustento da família. Já na 2ª narrativa, o idoso não aceitaria a orientação sexual e uso de substâncias psicoativas por parte da enteada.

Nas 5ª e 8ª narrativas, observam-se idosos com histórico de conflitos com suas esposas (ou ex-esposas) e filhos devido ao recorrente envolvimento com outras mulheres. Ambas as narrativas relatam o drama dos idosos que deixaram seus lares em virtude desses conflitos, mas que retornaram após perderem a capacidade de se autocuidar. Tal situação, marcada por contradições, é descrita como relacionada a eventos suicidas entre idosos¹³.

Na 7ª narrativa, descreve-se uma situação de um idoso cujos familiares se ressentiam do uso pesado e público que ele fazia de substâncias psicoativas. O incômodo da família em relação a essa prática havia se intensificado após a saída do idoso do trabalho, quando o uso passou a ocorrer não mais exclusivamente no contexto das viagens a trabalho.

Está implícita nas narrativas a ideia de que o pensamento autoritário e impositivo dos idosos estaria na gênese dos conflitos familiares. Também está implícita a frustração dos idosos com enfraquecimento de sua autoridade masculina pela velhice, doenças e outras perdas. O conflito familiar e o suicídio do idoso estariam relacionados a uma espécie de mal-estar derivado da incapacidade do idoso de fazer valer sua autoridade enfraquecida sobre a vontade dos outros¹⁷. Nessas narrativas, haveria uma espécie de responsabilização do idoso pelas tensões familiares.

Estudo recente desenvolvido com idosos que sobreviveram à tentativa de suicídio evidencia uma relação mais explícita entre o suicídio e os conflitos familiares, quando comparados a estudos que utilizaram autopsias psicossociais, por meio das quais se entrevistaram familiares de idosos que morreram por suicídio¹⁹. Este estudo destaca a importância dos sentimentos de abandono, incompreensão, ressentimento, bem como da ausência de manifestações de afeto, respeito, apoio e até mesmo da violência explícita por parte dos familiares, nos discursos de idosos que sobreviveram à tentativa de suicídio.

A diferença entre os estudos de autópsia psicossocial e os que entrevistaram os sobreviventes não está apenas no fato do primeiro estudar casos de suicídio consumado e o segundo caso de tentativas. Diferenciam-se também pelo fato de serem estudos que partem de pontos de vista distintos. No primeiro caso, dos familiares; no segundo, dos sobreviventes. Tal vigilância epistêmica é necessária, pois não se pode considerar o relato do entrevistado simplesmente como fato. Sempre será uma versão dos fatos, comprometida com o lugar social e simbólico daquele que emite e omite pontos de vista. Destaca-se aqui a necessidade de atentarmos para a possibilidade de existirem relações bem mais complexas entre os conflitos familiares e o suicídio de idosos do que aqueles pontos apresentados pelos familiares. Especial contextualização deveria ser feita em relação ao ponto de vista que responsabiliza os idosos pelos conflitos. Isso não significaria desconsiderar que idiossincrasias pessoais, dificuldades próprias ou não do envelhecer possam contribuir com a gênese e manutenção de conflitos familiares que se relacionariam ao suicídio de idosos.

Indícios de Psicopatologia e Acesso aos Serviços de Saúde

Nas narrativas, após o idoso passar por perdas e, por vezes, estar vivenciando um conflito familiar, surgiram alterações de comportamento, que precederam o ato suicida, que aqui chamamos de indícios de psicopatologia. Os narradores, por vezes, relataram que não identificaram essas alterações de pronto, mas só se aperceberam delas durante doído processo de pensar e repassar sobre o ocorrido.

É preciso demarcar que não é possível, considerando as estratégias aqui utilizadas, fazer inferências sobre diagnósticos psiquiátricos específicos. Por outro lado, podemos tecer considerações acerca de eventuais associações entre possíveis quadros psicopatológicos e a procura de atendimento no campo da saúde mental, algo relevante visto que, nas narrativas, nenhum dos idosos estaria em tratamento ou seguimento em serviços de atenção psicossocial.

Indícios de sintomas depressivos (tristeza, desânimo, isolamento, ideias de morte) puderam ser observados em cinco narrativas (2^a, 3^a, 4^a, 5^a, 6^a). Em três (2^a, 3^a e 4^a), a família não teria identificado a necessidade de levar o paciente para tratamento, e em outras duas (5^a e 6^a), os idosos teriam iniciado tratamento, mas abandonando-os, por acharem que não era preciso.

Por sua vez, sintomas psicóticos (alucinações ou delírios) foram identificados em duas narrativas (1^a e 8^a). Em ambos os casos, a família teria tentado levar o paciente para atenção especializada: na 1^a narrativa, o idoso teria recusado; e na 2^a, o idoso teria iniciado, mas abandonado o tratamento. Já na 7^a narrativa, pode-se observar indícios de problemas relacionados ao uso de álcool e de outras substâncias.

Foi exclusivamente nas narrativas de idosos que apresentavam indícios de quadros depressivos que ocorreram relatos de famílias que não teriam percebido a necessidade de buscar atendimento. Pesquisas apontam para relação entre depressão e suicídio em idosos⁵ e para efetividade do adequado tratamento desses quadros na prevenção dessas mortes⁴. Fatores como atipia da apresentação clínica e crença que o entristecimento do idoso diante de perdas que acompanhariam o processo de envelhecer seriam invariavelmente normais dificultam o diagnóstico de quadros depressivos, inclusive por especialistas¹⁰. Observa-se que os narradores não são especialistas, mas a ideia de terem sido incapazes de perceber as alterações de comportamento prévias ao suicídio é algo que martiriza o pensamento dos familiares⁶. Assim, temos que destacar a importância não só de se buscar identificar (e se necessário tratar) quadros depressivos em idosos, mas também relativizar a incapacidade e autculpabilização dos familiares em não se aperceberem de eventuais alterações depressivas nos idosos.

Sintomas psicóticos, dada a sua própria excentricidade, costumam não passar despercebidos. Quando ocorre em idosos, sem sintomas psiquiátricos prévios, aparentemente como no caso das 1^a e 8^a narrativas, há a necessidade de se excluir a possibilidade de a psicose ser causada por doenças médicas gerais, como as descritas nos casos em pauta.

Característica própria dos quadros psicóticos é a incapacidade do sujeito em perceber que seu comportamento e percepções estão alteradas. Nos casos das narrativas, o tratamento não teria sido mantido ou sequer iniciado em virtude da recusa do idoso. Efetivar esse tratamento em um contexto de recusa é um desafio, logístico e moral, não apenas para os familiares, mas também para os serviços de saúde.

O uso de substâncias (e os problemas a elas associadas) consiste em uma situação complexa e prevalente. Por vezes representado como um problema de caráter, há, em diferentes situações, resistência em se recorrer aos serviços de saúde. A ocorrência de violência explícita, como descrito na 7ª narrativa, pode ser um divisor de águas para que familiares recorram a esses serviços. Inicialmente, o consumo de substâncias aparece como uma característica própria do idoso, realizado no contexto das viagens a trabalho e interferindo pouco na rotina da família. Com a doença e o afastamento do trabalho, o consumo se intensifica, aproxima-se da família e passa a se associar à violência. A temática da violência passa então a impregnar a narrativa. A violência motivou a busca de tratamento para o idoso. O idoso se matou de modo violento, sangrando durante toda a noite. O suicídio teria sido também um ato de violência contra a esposa, uma vingança, por ela não ter lhe perdoado, após a agressão anterior. Essa narrativa ajuda a nos aproximar das complexas relações que se dão entre o suicídio de idosos e o uso de substâncias, as perdas relacionadas à saúde, ao trabalho e às violências. Também ajuda a pensar o quão impactante é a violência no interior das famílias, motivando ações (busca de tratamento) e configurando representações sobre a morte e o morrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise das narrativas, podemos propor que os familiares concebem o suicídio dos idosos como relacionado a perdas, que se dariam em um cenário sociofamiliar tensionado, levando ao surgimento de quadros psicopatológicos que, se não adequadamente acompanhados, resultariam na morte. Haveria também algo de inexorável nessa sequência de eventos. O idoso, pelo próprio tempo de sua vida, tenderia a acumular em sua trajetória perdas de diferentes matizes. Sua rigidez e outras limitações relacionais tanto favoreceriam conflitos familiares, como dificultariam a adesão ao tratamento.

Esse modelo simbólico, que tem amplo ancoramento no discurso médico-psicológico hegemônico, de certo modo se presta a minimizar eventuais auto ou heteroacusações direcionadas aos familiares. É amplamente reconhecido na literatura os sentimentos de culpa que perseguem familiares, bem como a estigmatização que certas vezes vivenciam^{16,19}. Esse modelo parece ser tão forte e coerente que, quando não está amplamente presente nos casos particulares, parece demandar estratégias explicativas complementares.

Na 3ª narrativa, temos a idosa que perdeu na mocidade o esposo (e o irmão) e na velhice, o emprego, e passa progressivamente a se isolar, sem que a família se apercebesse. Na 6ª narrativa, temos um idoso com amplas perdas funcionais relacionadas ao quadro psicopatológico que desenvolveu após um assalto e para o qual não aceitou tratamento especializado. Em ambas as situações, não havia relato de conflitos familiares. No caso da 3ª narrativa, o suicídio passa ser visto como um bizarro, incompreensível e explícito caso de loucura. Observa-se que, apesar de em todos os casos haver menção a alterações psicopatológicas, por vezes sutis, em nenhuma outra situação houve de modo explícito referência à loucura. Já na 6ª narrativa, recorre-se à possibilidade de o idoso ter sido vítima de uma violência sexual durante um assalto relâmpago, algo que realmente abalaria profunda e irreversivelmente a honra do idoso. Porém, isso é algo muito improvável de ter ocorrido, na interpretação dos autores. Assim, na incompletude do sistema explicativo, algo de imponderável teria que se somar para dar sentido ao suicídio.

Ademais, a análise das narrativas também fornece indiretamente elementos para elaborarmos algumas recomendações para o enfrentamento do suicídio em idosos, considerando o ponto de vista dos familiares. Especial atenção deveria ser direcionada para se identificar idosos

que apresentem simultaneamente perdas, conflitos familiares, indícios de psicopatologia e não seguimento em serviços de atenção psicossocial. Seria importante buscar qualificar os profissionais de saúde na forma como comunicam para idosos a ocorrência de condições crônicas e incuráveis, reconhecendo a importância de como fatores socioculturais e psicológicos impactarão na forma como essa notícia será apreendida.

Além disso, estratégias para auxiliar os idosos a lidar com as perdas e conflitos familiares, associadas ou não ao processo de envelhecimento, como forma de empoderá-los, deveriam ser desenvolvidas e disponibilizadas por meio de ações intersetoriais. O adequado tratamento de condições psicopatológicas deveria ser implantado em um contexto no qual também houvesse mecanismos de busca ativa de idosos que abandonaram o acompanhamento.

A implantação de tais ações consiste em grande, mas necessário, desafio a ser enfrentado em Manaus, onde os serviços de atenção psicossocial apresentam baixíssima disponibilidade e não se articulam com os serviços de atenção especializada em condições médicas de abordagem terciária, havendo ainda uma baixa cobertura (menos de 40%) pela atenção básica à saúde.

Por fim, um último aspecto a ser considerado é o fato de os entrevistados serem em sua maioria mulheres, que analisaram as circunstâncias da morte de idosos do sexo masculino. Tal fato certamente influenciou os achados desta pesquisa. Assim, recomenda-se a realização de novos estudos, com outras composições amostrais, pois entende-se que certamente auxiliarão no aprofundamento do conhecimento sobre os modos como familiares dão sentido à morte de idosos por suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Bando DH, Moreira RS, Pereira JC, Barrozo LV. Spatial clusters of suicide in the municipality of São Paulo 1996-2005: an ecological study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:124. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-124>
2. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2):6-8. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2330>
3. Cavalcante FG, Minayo MCS, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DMD, Conte M, et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):2039-52. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800015>
4. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31 Supl 1:S18-25. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>
5. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2):451-68. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
6. Figueiredo AEB, Silva RM, Mangas RMN, Vieira LJES, Furtado HMJ, Gutierrez DMD, et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):1993-2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010>
7. Garro LC. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). *Soc Sci Med*. 1994;38(6):775-88. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90150-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90150-3)
8. Giddens A. *Novas regras do método sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
9. Gomes R, Mendonça EAA. Representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.109-32.
10. Gonzalez ACT, Ignacio ZM, Jornada LK, Reus GZ, Abelaira HM, Santos MAB, et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):95-103. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>
11. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
12. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004;164(11):1179-84. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>

13. Meneguel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccpn RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):1983-92. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. aprim. São Paulo: Hucitec; 2006.
15. Minayo MCS, Cavalcante FG. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2013;29(12):2405-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048013>
16. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):750-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
17. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(10):2665-74. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016>
18. Owens C, Lambert H. Mad, bad or heroic? Gender, identity and accountability in lay portrayals of suicide in late twentieth-century England. *Cult Med Psychiatry*. 2012;36:348-71. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9259-x>
19. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LJES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS, et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(6):1703-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>
20. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 2015;57 Suppl 2:S233-8. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161484>

Contribuição dos Autores: Coleta, análise e interpretação dos dados: ALSC, MLPS. Elaboração do manuscrito: ALSC, MLPS. Revisão crítica do manuscrito: MLPS. Aprovação da versão final: ALSC, MLPS. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: ALSC, MLPS.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.