

Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção?¹

Do older adults attempt suicide for attention?

Denise Machado Duran Gutierrez^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0031-3045>

E-mail: ddgutie@ufam.edu.br

Maria Cecília de Souza Minayo^b

 <https://orcid.org/0000-0001-6187-9301>

E-mail: maminayo@terra.com.br

Amandia Braga Lima Sousa^c

 <https://orcid.org/0000-0002-5625-5518>

E-mail: amandia.sousa@focruz.br

Sonia Grubits^d

 <https://orcid.org/0000-0002-5033-4848>

E-mail: sgrubits@uol.com.br

^aUniversidade Federal do Amazonas. Faculdade de Psicologia. Manaus, AM, Brasil.

^bFundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^cFundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane. Manaus, AM, Brasil.

^dUniversidade Católica Dom Bosco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campo Grande, MS, Brasil.

Correspondência

Denise Machado Duran Gutierrez

Universidade Federal do Amazonas. Faculdade de Psicologia. Av. General Rodrigo Octávio, 6.200, Coroado I, Mini Campus. Manaus, AM, Brasil. CEP 69080-900.

Resumo

Este estudo analisa parte dos resultados de pesquisa nacional multicêntrica que investigou ideações e tentativas de suicídio em idosos. O texto tem como objetivo problematizar a expressão “chamar atenção”, usualmente empregada por profissionais de saúde e famílias que acompanham esses idosos para referir-se à sua motivação para o comportamento autodestrutivo. Trata-se de pesquisa qualitativa com emprego de entrevista semiestruturada, em que se buscou compreender profundamente o fenômeno. Foram analisados 12 casos de idosos com ideação e/ou tentativas de suicídio e relatos de quatro profissionais que se manifestaram sobre o comportamento de “chamar atenção” atribuído a esses idosos. O material coletado foi submetido à análise hermenêutica dialética. A pesquisa se ateve aos fatores articulados às situações na vida do idoso, buscando relacionar os sentimentos dos que idealizaram ou tentaram se matar e o comportamento do atribuído “chamar atenção”. Como resultado, emergiram duas grandes categorias analíticas: o chamar atenção segundo a percepção dos idosos; e o chamar atenção para os profissionais de saúde. O estudo mostrou que a ligação que, em geral, familiares ou profissionais de saúde estabelecem entre “chamar atenção” e intenção de cometer suicídio é muito tênue, caracterizando-se mais propriamente como manifestação de que algo não corre bem na vida do idoso. Constatou-se o predomínio de compreensões derivadas do senso comum sobre esses fatos que não apresentam relação direta com o desejo ou a intenção de morte autoinfligida, mas uma dificuldade de compreensão dos sentimentos de isolamento e solidão.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Ideação Suicida; Subjetividade; Idosos.

1 Esta pesquisa teve apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Abstract

This study analyzes part of the results of a multicentric national research that investigated suicidal ideation and suicide attempts in older adults. The text aims to question the so-called “attention seeking” behavior, used by health professionals and families of older patients when referring to their motivation for self-destructive behavior. This qualitative research used semi-structured interviews to thoroughly understand this phenomenon. We analyzed 12 cases of older adults with suicidal ideation and/or suicide attempts and reports from four professionals who expressed their opinion on the “attention seeking” behavior attributed to these patients. The data collected underwent dialectical hermeneutic analysis. The research focused on factors associated with situations faced by older adults, aiming to relate the feelings of those who idealized or tried to commit suicide and the “attention seeking” behavior. As a result, two major analytical categories emerged: attention seeking according to older adults; and attention seeking according to health professionals. The study showed that the connection family members or health professionals establish between “attention seeking” and intent to commit suicide is, in general, very tenuous; rather, it characterizes a proper manifestation that something is unwell in the older adult’s life. We found a predominance of common-sense understandings about these facts that have no direct relationship with the desire or intention of self-inflicted death, but represent a difficulty in understanding feelings of isolation and loneliness. **Keywords:** Suicide Attempt; Suicidal Ideation; Subjectivity; Older Adults.

Introdução

O objetivo deste artigo é problematizar o comportamento usualmente designado como “chamar atenção”, que surge frequentemente na fala de familiares e profissionais de saúde quando se referem a episódios de ideações e tentativas de suicídio de idosos.

A expressão “chamar atenção” tem sido largamente usada no campo das áreas **psi** (psicologia e psiquiatria), em perspectivas normativas inspiradas em modelos objetivistas e instrumentais do cuidado. Nos serviços de saúde, não é incomum profissionais se referirem a usuários inconvenientes, agitados, reivindicadores e agressivos como sujeitos que buscam “chamar atenção” (Freitas; Borges, 2014).

De modo geral, na área clínica parece imperar a compreensão de que o “chamar atenção” é uma forma de provocar, manipular e manifestar hostilidade contra uma autoridade, o que deve ser reprimido e desestimulado por atitudes de indiferença passiva.

O destaque para o “chamar atenção” existe desde tempos pré-psicanalíticos, quando a psiquiatria adotava métodos bastante rudimentares e hoje considerados pejorativos (Foucault, 1977). Em sua fundação, a clínica **psi** descreveu o quadro de histeria como uma enfermidade que acometia preferencialmente mulheres manipuladoras, com dificuldades de controle emocional. Em certo sentido, a psicanálise resgata esse conceito conferindo-lhe notoriedade e usando-o como forma de entender o inconsciente atuante no surgimento desses sintomas. Na psicanálise, lugar teórico privilegiado de sua formulação, a ideia central consistia em que operassem por trás dessa apresentação poderosos motivos inconscientes que lhe davam sentido (Breuer; Freud, 1990). Os sintomas denominados histéricos seriam formas indiretas de comunicar conteúdos conflituosos do inconsciente, ou seja, de expressar formas contundentes de representar de maneira simbólica uma dor que não poderia ser dita de outra forma. Esse modo de ver as pessoas histéricas se reatualizou na história da assistência em saúde por meio de rótulos depreciativos, associados a pacientes difíceis, veementes e demandantes, gerando no senso comum um sentido pejorativo da palavra (Ávila; Terra, 2010).

A leitura da clínica, de um lado, desvenda uma forma de linguagem que requer tradução; de outro, pode imobilizar o sujeito, quando apropriada pelo senso comum, como algo simplesmente da ordem da manipulação e do espetáculo (Foucault, 2005).

No estudo em tela, a expressão “chamar atenção” foi frequentemente repetida em entrevistas realizadas com familiares e profissionais de saúde e associada aos eventos de ideação e tentativa de suicídio.

No caso de pessoas idosas, o menosprezo tanto dos sinais que apresentam, quanto aos problemas que vivenciam, pode ser catastrófico e se associar a elevado risco de morte. Osgood e Thielmann (1990) ressaltam que se pode perceber uma clara relação entre ideação, tentativas e efetivação do suicídio a partir de comunicações verbais, indicadores comportamentais e outras situações que configuram um conjunto não desprezível de sinais. Adiciona-se a isso que, no Brasil, a maioria das pessoas idosas que cometeram suicídio havia comparecido a algum serviço de saúde nos meses precedentes ao ato, e não foram identificadas como pacientes de risco (Cavalcante; Minayo, 2012). A família, por sua vez, frequentemente percebe sinais de insatisfação, desesperança e de desistência da vida por parte dos idosos, porém não os levam a sério. Ao contrário, tendem a banalizar as queixas como se fossem exigências sem sentido, “para obter mais atenção” (Figueiredo et al., 2012).

Na visão popular, algumas atitudes que demonstram o desejo ou a tentativa de suicídio são compreendidas de maneira descolada da pessoa, prevalecendo a ideia de que “quem vai se matar, não avisa”. Entretanto, dados sobre ideação, tentativa e ato consumado relativos a idosos contrariam essa afirmação. Beeston (2006) resalta que neste grupo etário existe uma proporção muito próxima entre tentativa e morte autoinfligida, a qual difere entre jovens. O autor cita dados dos Estados Unidos, onde essa proporção é de 30:1 entre jovens; na população em geral, de 8:1; e entre idosos, 4:1. Conclui-se que se uma pessoa nas faixas etárias avançadas fala sobre dar fim a sua vida, isto precisa ser levado a sério.

No caso dos profissionais de saúde, o menosprezo pelas manifestações de sofrimento da pessoa idosa vai na contramão do conceito de clínica ampliada ou psicossocial, que propugna um compromisso

ético fundamental para com o sujeito que sofre, por meio de um tipo de cuidado interativo e integral (Berenchtein-Netto, 2013).

Este artigo apresenta uma reflexão sobre as várias nuances em que a expressão “chamar atenção” aparece na fala de idosos entrevistados sobre tentativas ou ideias de suicídio. Igualmente, analisa também as perspectivas dos profissionais que atuam com este grupo etário acerca do tema.

Trajatória metodológica

O estudo tem como base as falas de 12 idosos não institucionalizados com idade entre 64 e 101 anos e de quatro profissionais de saúde que participaram de uma pesquisa qualitativa realizada em 13 municípios brasileiros. Esse pequeno grupo fez parte de uma investigação que ouviu 60 idosos, “Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública”, realizada entre 2012 e 2014 (Minayo; Cavalcante, 2013b; Cavalcante; Minayo, 2015).

Um dos objetivos da referida pesquisa foi entrevistar pessoas de dois grupos - idosos que tentaram suicídio ou apresentavam ideação suicida persistente; e profissionais de saúde diretamente envolvidos com atenção e cuidado ao idoso. O foco deste trabalho específico é a recorrência da expressão “chamar atenção”, usualmente empregada por profissionais de saúde e familiares ao se referirem a uma suposta motivação para o comportamento autodestrutivo.

Nesse sentido, há alguns pressupostos. Com Debert (1998) entende-se que “velhice”, e por afinidade “idoso”, “idosa”, “pessoa idosa”, são categorias culturalmente produzidas que referenciam processos biológicos universais distintamente configurados nas sociedades, acolhidas por um discurso científico institucionalizado. O grupo de pessoas idosas é heterogêneo em vários sentidos: (1) por idade, em que há os de 60 a 74 anos, considerados jovens-velhos; os de 75 a 84 anos, reconhecidos como meio velhos; e os muito velhos, acima de 85 anos; (2) sexo (as mulheres vivenciam de forma diferente as contingências da longevidade em relação aos homens); e (3) por condições sociais e espaciais de vida, como lembram autores como Beeston (2006), Baltes e Smith (2003), Cavalcante e Minayo (2015),

Koo, Kólves e De Leo (2017). Em última instância, cada processo de envelhecimento é singular uma vez que, como lembra Debert (1998), contra os pressupostos da psicologia do desenvolvimento, o curso da vida não é uma sequência unilinear de etapas evolutivas.

No âmbito específico deste artigo entretanto, seu foco são os intensos sofrimentos causados pelo isolamento, por relações familiares ou com profissionais de saúde marcadas por mitos e preconceitos, independentemente da classe social, de a pessoa ser um jovem idoso ou longevo e dos locais onde vivem. A favor dessa tese, cita-se uma frase de Shneidman (1993, p. 145), reconhecido como o pai da suicidologia:

Todo o esforço de relacionar ou correlacionar o suicídio com variáveis como sexo, idade, raça, nível socioeconômico, ou com categorias psiquiátricas como depressão não se sustentam porque elas ignoram a única variável que se relaciona de forma central com o suicídio: uma dor psicológica intolerável, numa palavra, uma **psychache**.

Os dados sociodemográficos do pequeno grupo analisado estão expostos a seguir.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos idosos estudados

Idoso	Sexo	Estado civil	Idade/ Anos	Local
1	masculino	casado	84	Recife
2	feminino	viúva	64	Fortaleza
3	feminino	viúva	82	Recife
4	masculino	casado	66	Manaus
5	feminino	casada	64	Manaus
6	feminino	viúva	71	Recife
7	feminino	viúva	74	Manaus
8	feminino	casada	60	Rio de Janeiro
9	masculino	casado	73	Recife
10	masculino	casado	63	Porto Alegre
11	feminino	viúva	101	Dourados
12	masculino	casado	82	Porto Alegre

As fontes utilizadas para o acesso aos idosos foram os dados de tentativa e ideação suicida provenientes dos registros hospitalares, informações dos profissionais que atuam na Atenção Básica e dos gestores de Instituições de Longa Permanência (ILPI).

O trabalho empírico privilegiou entrevistas e conversas informais com idosos que foram contatados por meio de cartas, contatos telefônicos e visitas agendadas, com ou sem mediação de profissionais de saúde. Os dados qualitativos foram coletados mediante um roteiro de entrevista - construído a partir do conhecimento trazido pela literatura nacional e internacional (Cavalcante; Minayo, 2015). Esse instrumento de apoio aos entrevistadores se iniciou pela caracterização demográfica e social dos idosos e suas famílias e privilegiou aspectos de suas vivências: informações sobre seu modo de vida; avaliação da atmosfera ambiental que precedeu tentativas de suicídio e do estado mental do idoso antes desse evento; avaliação da situação segundo o grau de risco; impactos do ocorrido na saúde do idoso e de sua família. Também foram coletados elementos de contexto como as características sociais das localidades onde vivem esses idosos, elementos que foram articulados com as informações vivenciais.

Os dados discutidos neste trabalho foram coligidos buscando-se compreender as especificidades da situação dos que tentaram suicídio ou tiveram ideações suicidas persistentes, sob seu próprio ponto de vista de um lado; de outro, a perspectiva de profissionais envolvidos na sua assistência. As expressões analisadas no artigo, atribuídas às famílias, derivam do relato dos idosos e dos profissionais.

A partir de uma leitura flutuante das entrevistas realizadas, foram destacadas as que faziam menção a sentimentos ou situações condizentes com a expressão “chamar atenção”. Os casos passaram por um processo de análise compreensiva, interpretativa, comparativa e crítica, na perspectiva hermenêutica e dialética (Geertz, 1989; Minayo, 2015), tendo como base as falas dos participantes. Cada fala foi acompanhada pela designação do grupo a que o idoso ou o profissional pertencia, acrescida da indicação de gênero, estado civil e idade no caso dos primeiros; e da profissão e local de atuação dos segundos.

A discussão foi estruturada em torno de duas categorias analíticas emergentes no processo interpretativo em torno da expressão “chamar atenção”: a visão e a experiência dos idosos; e a visão e a experiência dos profissionais de saúde.

O projeto de pesquisa que originou as informações foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o número de CAAE 16283613.4.0000.5240, atendendo todos os requisitos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12. Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participantes em estado vulnerável foram encaminhados para os serviços de referência para acompanhamento e cuidado especializado.

Resultados e discussão

Na voz do idoso, o que significa “chamar atenção”? A resposta a esta pergunta é oferecida em dois tópicos que analisam o conjunto de mensagens que os idosos transmitem com seu gesto: (1) do que se queixam em relação aos familiares; e (2) o que dizem publicamente nos casos em que as tentativas ocorrem de forma pública, à vista de todos. Em ambos os casos, fica evidente que o evento afeta o microcosmo familiar, a comunidade e a sociedade. Neste sentido, Berenchtein-Netto (2013, p. 20) sustenta: “nós estamos falando do suicídio numa sociedade [...] profundamente marcada pela opressão, pela desigualdade, pela competitividade e pelo individualismo”. Seja nos âmbitos privado ou público, prevalecem o tabu e o preconceito contra a velhice, restringindo o espaço e o ambiente para a pessoa idosa falar sobre si, seus desejos e até sua vontade de morrer. No caso dos profissionais de saúde estudados, constata-se que se encontram geralmente pouco preparados para ouvir e lidar com pessoas em situação de sofrimento psíquico intenso, como é o caso do comportamento suicida.

O que significa “chamar atenção” segundo os idosos entrevistados

Para uma pessoa idosa, a iniciativa de “chamar atenção” ocorre ao constatar que seus sentimentos, sua presença ou sua fala caem num vazio de

significado no meio social em que passa a última etapa da vida, como se depreende na fala de um entrevistado: *fiz essa bobagem [tentativa de suicídio] porque eu me desesperei, por ninguém acreditar na minha dor e nem o médico descobrir o que eu tinha* (idoso, casado, 84 anos). O idoso não explica seu ato como algo feito para “chamar atenção”, mas nele expressa seu sentimento de desespero por não ser visto, ouvido e compreendido. O mais certo nesse caso seria portanto se tratar de uma pessoa que apela por reconhecimento e denuncia total ausência de empatia (Molon, 2011). Seguem adiante vários exemplos de como essa incompreensão da pessoa idosa se articula ao comportamento suicida. Esclarece-se aqui que em geral os idosos não utilizam a expressão “chamar atenção”, empregada por familiares e profissionais de saúde. Ao contrário, veem-na como uma violência simbólica que demonstra desprezo e humilhação diante de sua experiência de profundo sofrimento. O que, em geral, os velhos sugerem em suas falas é seu desejo de estar próximo, de fazer parte, de compartilhar e de ser reconhecido.

A literatura aponta que o domicílio é onde ocorre a maioria dos atos e comportamentos suicidas de idosos (Minayo; Meneghel; Cavalcante, 2012). Nas entrevistas, muitos disseram que buscam estar em locais em que possam ficar sozinhos e longe dos olhos dos familiares. No entanto, se não querem ser importunados, afetam-nos profundamente os maus tratos verbais e o desprezo de que se sentem vítimas. O estudo de Sousa et al. (2014) aponta que, na diversidade de verbalizações dos idosos sobre sua situação, a enunciação do desejo de morrer é o primeiro que aflora - o que geralmente não é levado a sério, principalmente quando proferido no momento de discussões familiares. No entanto, essas falas podem culminar na efetivação do suicídio, como visto em Conwell e Thompson (2008), Minayo e Cavalcante (2015) e Cavalcante e Minayo (2015).

Os depoimentos seguintes apontam alguns elementos de que se queixam, menosprezo, desatenção, impaciência, desconsideração da fala e isolamento. *Às vezes eu acho que meus filhos não me amam. Como eu gostaria que eles me amassem! Eu amo eles tanto! Eles são muito importantes para mim. Mas eles nem me veem! Não sei se é a*

preocupação com as famílias deles (idosa, viúva, 64 anos). Em casos como este, fica claro o lugar secundário e solitário que a idosa ocupa no lar em que vive, o que é corroborado com outra fala: *eles poderiam ter mais paciência comigo, me dar mais atenção* (idosa, viúva, 82 anos). Ou seja, muitas pessoas idosas consideram que na hora de sacar os créditos dos investimentos realizados nos filhos, nada lhes restou: *eu trabalhei muito, tive dois enfisemas pulmonares, tive duas tuberculosas trabalhando com forno de padaria para construir as coisas para os meus filhos. Mas hoje que preciso deles, não se lembram de mim, não se lembram do pai* (idoso, casado, 66 anos).

Em cenário de muitos conflitos no lar, alguns idosos criam estratégias em busca de um lugar de respeito e reconhecimento, outros sucumbem. Na primeira situação, está o caso de uma senhora que desempenha um papel agressivo-passivo ante à filha dominante: *fico aí me fazendo de bestinha, que é para ela me tratar bem* (idosa, viúva, 74 anos). Fazer-se de “bestinha”, embora seja uma forma de dissimulação, mostra resistência contra a agressão da família. Outra situação é o caso de uma idosa acusada pela neta de tirar dinheiro de seu pai. A entrevistada vive sozinha numa edícula no fundo do quintal da casa de seu filho, sendo que consegue apenas ocupar-se dos afazeres domésticos. Maltratada psicologicamente e com limitação visual, declara ser muito forte sua vontade de morrer. Sua ideação suicida, embora considerada uma forma de “chamar atenção” pela nora e pela neta, expressa seu isolamento social.

Em frequentes casos de idosos com doenças crônicas e degenerativas, a família, cansada de suas reiteradas queixas, se ensurdece e se torna hostil e irônica, mesmo diante do risco iminente de morte. *Meu filho me repete: ‘pai, se o senhor está com a perna doendo e tem 84 anos, e eu, que tenho 40 e poucos anos e já estou com tudo doendo?’* (idoso, casado, 84 anos). Trata-se de uma forma de desqualificar a fala do outro e interpretar sua experiência como algo banal, silenciando-o. Um entrevistado assinalou que, depois que se recuperou de uma tentativa de suicídio, um de seus filhos lhe disse a seguinte frase: *‘velho, cuidado, não vai mais fazer besteira, hein!’*. *Eles [os filhos] levaram na brincadeira o que eu fiz* (idoso, casado, 84 anos).

Uma questão frequente de incompreensão que cerca o idoso é a crença de que todos eles são naturalmente deprimidos. Esse preconceito naturaliza esse sofrimento físico e psíquico associado ao comportamento suicida, menosprezando um ato tão sério por meio de várias expressões jocosas encontradas em seus depoimentos: *é manipulação; é só para chamar atenção; ele não tem motivo para estar assim; se [ele ou ela] quisesse mesmo, já teria resolvido isso*.

Outro modo de incompreensão é uma espécie de delicadeza à distância. Uma idosa de Manaus, por exemplo, descreveu seus filhos como muito atenciosos, pois o tempo todo monitoram seus movimentos, ligando no celular para saber onde ela está. Porém, ela comenta que de fato eles não se dispõem a ouvi-la e não têm paciência com suas queixas:

Não tenho grandes amizades com quem eu possa conversar, e aí [eu deveria fazê-lo] com minhas filhas. Quando eu tento conversar, elas ficam: ‘ah mãe, a senhora fica criando problema! A senhora está pensando em coisa que não é para pensar’. Então eu evito até de comentar alguma coisa. (idosa, casada, 64 anos)

O caso dessa mulher é emblemático, porque ao menosprezo dos filhos se agrega o machismo do marido. Segundo seu relato, na única vez em que conseguiu externar o que sentia, o marido a desautorizou diante dos filhos: *‘ah, não liga para o que a mãe de vocês está falando’*. Diante disso, desesperada, ela ameaçou, *‘então vocês vão ver semana que vem o quê que vai acontecer! Vocês vão chegar aqui e vão se surpreender’* (idosa, casada, 64 anos). Com seus sentimentos reprimidos, ela passou vários dias pensando e olhando as coisas que teria de organizar para se enforcar: a árvore, se o galho suportaria seu peso, a corda, e a melhor ocasião. Felizmente seu intento não foi além das persistentes ideações.

Na pesquisa que origina este artigo, as tentativas públicas de morte são menos comuns nas falas dos idosos, entretanto são notáveis. Alguns fizeram questão de agir em locais públicos, com objetivo de atrair atenção da população. Eis um dos casos estudados:

Eu me deitei na linha de trem, a máquina apitando, eu queria me levantar, mas não podia. Aí veio um senhor [para me ajudar] e meu marido ficou sem saber o que fazer. Aí esse senhor ajudou a me puxar. Assim que ele me tirou, a máquina passou. (idosa, casada, 68 anos)

A mesma pessoa descreveu outra tentativa: *eu saí correndo! Foi aí que quatro carros pararam ali naquela pista onde tem uma encruzilhada. Pararam e eu fiquei no meio, aí um senhor levantou-se do carro e foi me tirar* (idosa, casada, 68 anos).

O comportamento espetacular é uma forma de eloquência que pode resultar de pelo menos dois processos: desconexão do sujeito com seu ambiente naquele exato momento; ou esgotamento das formas de traduzir a solidão vivenciada, os sentimentos não compreendidos e os desejos abortados. Excluídas as possibilidades de comunicação, esse tipo de gesto resta como último grito, como mostram os relatos acima.

A solidão e o isolamento para os quais os mais velhos são empurrados, e dos quais se queixam, afetam sua saúde mental e aumentam seu desejo de deixar este mundo, como assevera Elias (2001, p. 8), que em sua escrita ressalta várias questões que provocam o sofrimento do idoso: sentimento de decadência, isolamento social, afastamento de pessoas amigas e familiares:

A fragilidade dos velhos é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil: o isolamento tácito dos velhos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a quem foram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo o que lhes dava sentido e segurança.

Na mesma direção, Minayo e Cavalcante (2015) encontraram em uma ampla revisão da literatura como principal fator, dentre todos os que predisõem ao comportamento suicida, o isolamento social e a solidão, no que foram seguidas por Conejero et al. (2018). Estes autores destacam, concordando

com Shneidman (1993), que o suicídio sempre se associa a uma dor psíquica intolerável que inclui vergonha, culpa, humilhação, solidão, medo e raiva, sentimentos que derivam da frustração de necessidades psicológicas essenciais.

Gutierrez, Sousa e Grubits (2015) encontraram idosos que exprimiam vontade de morrer por causa da perda do poder e do lugar socialmente constituído enquanto adultos; por inconformismo em processar afetivamente a ausência de pessoas queridas; por dificuldades em lidar com a falta de gratidão dos familiares; e sensação de inutilidade nesse momento da vida. Minayo e Cavalcante (2013a) analisaram a questão por gênero, identificando que as mulheres idosas se ressentem sobretudo da ausência de escuta de suas necessidades por parte dos familiares, da inadequação mental às limitações que o envelhecimento impõe, do tratamento infantilizado recebido em casa ou em instituições de longa permanência e da sensação de perda da função social. No caso dos homens, os fatores importantes refletem a queda no poder patriarcal, a saída do trabalho que afeta o esvanecimento de relações construídas durante a vida, os conflitos familiares e as doenças degenerativas, sobretudo as que afetam sua sexualidade (Minayo; Meneghel; Cavalcante, 2012).

Em resumo, a ausência de escuta sintetiza o isolamento social. Por isso, é importante refletir sobre o que Gadamer (1999) definiu como o cerne do ser humano: sua capacidade de se colocar no lugar do outro. Essa deveria constituir a postura tanto dos familiares como de profissionais, mas é o que frequentemente falta nas relações entre gerações e por parte dos que atendem aos mais velhos. Ou seja, muitos idosos sofrem e perdem o sentido da vida porque os que cuidam deles agem como se sua existência não mais contasse: interrompem-nos quando tentam explicar algo, falam por eles, falam deles e agem a seu respeito como se não estivessem presentes.

Autores como Almeida (2010) utilizam o conceito de “morte social” para se referirem às situações em que o idoso não tem mais voz no mundo. Essa desvalorização, na prática, tenta retirar dele a autonomia, a independência, sua vontade e seus desejos. A não ser nos casos em que têm força moral

suficiente para defender sua biografia e continuar aberto a um campo de possibilidades sociais e de atuação, mesmo quando a velhice trouxer vários tipos de limitações minimizadas pela vontade e pela resiliência. Para os idosos que tentam suicídio, a morte social costuma preceder a morte autoinfligida.

Faria, Santos e Patino (2017), refletindo sobre a obra de Elias (2001), afirmam que o estereótipo negativo ligado ao idoso decorre também da dificuldade de aceitação de sua própria condição, dos sinais de envelhecimento, das limitações impostas pela doença, pela deterioração do corpo e pelas perdas sociais. Segundo os autores, as sociedades demograficamente mais novas apresentam ainda maior tendência de ver o envelhecimento como algo indesejável, marcado pela dependência, exclusão e estigmatização. Destacam, no entanto, que em todas as sociedades encontra-se o fenômeno do **recalcamento da morte e da finitude** expresso de diversificadas formas em rituais de passagem ou pela simples evitação e negação do tema.

A pesquisa da qual deriva este artigo constatou que existem poucos espaços sociais para os idosos que tentaram se matar transformarem os problemas que lhes causam tanto sofrimento em algo positivo. Mas há situações que isso ocorre. Silva et al. (2015) apontam que esse fato invariavelmente causa grande agitação no núcleo de relações primárias. Em alguns casos, o evento mobiliza as pessoas para remediar o dano, mostrando um interesse mais profundo e ativo pelo idoso que tentou se matar, o que resulta numa melhora transitória ou permanente nas relações com ele. Em algumas situações, o fato chega a promover maior união das famílias. O caso de um idoso que vivia sozinho exemplifica essa situação; apesar de ter quatro filhos e seis netos, passava o dia à toa, sentado na frente de sua casa. Após tentar dar cabo à vida pela ingestão massiva de remédios, os filhos começaram a visitá-lo regularmente, a cuidar de sua medicação e se preocupar com sua saúde, buscando apoio de uma Agente Comunitária de Saúde. O suporte recebido, segundo seu depoimento, tem sido importante para diminuir os sentimentos de tristeza e de solidão. Há também a história de um homem que viveu sozinho por 10 anos após sua viuvez, até o dia em que se lançou do telhado de sua residência. Depois desse episódio, a filha mais velha

e um neto passaram a conviver diariamente com ele. Os dois casos mostram que, se de um lado, gestos suicidas configuram um grito de desesperança em contextos de forte descontrole emocional, de outro, existem possibilidades desse ato extremo significar uma oportunidade de retomar laços e autonomia perdidos. Cabe, entretanto, enfatizar que esta segunda opção é a menos frequente.

Significado do “chamar atenção” para os profissionais de Saúde

Na organização dos serviços de saúde predomina o senso comum ao se tratar do atendimento ao idoso. Segundo Ramos e Lima (2003), a intervenção tende a se restringir à queixa-conduta de modo focal, sem abranger a compreensão da pessoa em suas circunstâncias e rede de relações. Nesse contexto, a ideia de que a pessoa idosa queixosa ou poliqueixosa quer “chamar atenção” se apresenta como um empecilho ao cuidado. Percebe-se assim internalizada uma visão pejorativa, fruto de desconhecimento das situações vivenciadas pelo idoso. Os mesmos estereótipos sociais que conformam a mentalidade de muitas famílias a respeito dos velhos afetam os profissionais de saúde quando eles não possuem formação para lidar com esse grupo social. Um deles é a ideia de que o idoso “é triste por natureza”:

A gente já sabe que o idoso é uma pessoa triste por natureza. E o idoso esconde muito da família essa questão. Então a família acha que o idoso está isolado, que está doente. Ela nunca percebe que ele pode entrar em um processo depressivo e não acredita que ele possa vir a fazer isso [matar-se], porque ele é assim mesmo. (Psicóloga, Centro de Atenção Psicossocial [Caps])

A ideia de “natureza” aparece em muitos depoimentos. Felipe e Sousa (2014), ao retomar as reflexões de Debert (1997, 1998), ressaltam a velhice como construção social, historicamente delineada, principalmente pelo discurso científico e pelos interesses da sociedade de consumo. Assim, o preconceito emerge como natural, acompanhando a evidência das limitações físicas e por vezes,

psíquicas, sem distinguir o que é próprio da idade e o que é barreira criada pela sociedade para impedir a livre expressão de sentimentos, de criatividade e de possibilidades. É sobre isso que chama atenção o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e a chamada Declaração de Madrid (ONU, 2002), que advogam uma sociedade para todas as idades.

Outro estereótipo bastante comum entre os profissionais de saúde trata o idoso como um ser humano difícil, pesado e manipulador. Embora muitos deles tenham consciência de que alguns comportamentos possam ser classificados como tentativas de suicídio, explicam-nos como atos para monopolizar seus cuidados, magnificar os problemas e para “chamar atenção”. Desta forma, médicos e outros profissionais preferem não indagar os idosos sobre as motivações associadas a seu desejo de morte e nem os levam a sério, o que contraria as orientações da Organização Mundial da Saúde, OMS (WHO, 2002, 2014).

A abordagem médica, geralmente medicamentosa, costuma incorporar na clínica uma espécie de tratamento moral e prescritivo, cheio de proibições, em lugar de apresentar propostas positivas e preventivas. Este foi o caso de um senhor logo depois de ser internado por tentativa de suicídio. O psiquiatra que o atendeu chamou os filhos do idoso e informou o diagnóstico dizendo-lhes, *‘ele tem transtorno de personalidade e de comportamento’*. Explicou-lhes em palavras simples que este distúrbio levava o idoso a um comportamento totalmente manipulador. A partir de então os filhos passaram a não ver o pai como uma pessoa que inspirava cuidados por conta da precariedade da memória, da desorientação, da inabilidade na comunicação, mas como um manipulador que exigia atenção redobrada. Quando ouvido, esse senhor se queixou: *eu não sei por que meus filhos se voltaram contra mim. Vivi mais de 50 anos com minha esposa, sinto falta dela e hoje estou solitário* (idoso, casado, 82 anos).

Como no exemplo citado, uma informação médica equivocada ou inadequada pode ativar nas famílias sentimentos de hostilidade e desprezo, particularmente nos casos em que a pessoa idosa tenha um temperamento difícil, conflituoso e demonstre grandes carências afetivas. Esse tipo de situação demonstra que prevalece entre médicos,

tão respeitados pelos familiares, o desconhecimento das diretrizes da OMS que, nos vários manuais de orientação, referem como equivocada a atitude de não levar a sério as declarações de alguém que deseja morrer ou que vai se matar (WHO, 2002). Um dos pontos que não pode ser esquecido no trato dos profissionais e nas informações para as famílias é a associação dos problemas causados pelo isolamento, pela ausência de relacionamentos compreensivos ou da presença de preconceitos com a depressão – fenômeno que aparece na quase totalidade dos casos, como diagnóstico primário ou secundário das ideações e tentativas de suicídio. A associação entre depressão e o sentimento de isolamento social que se manifesta no “chamar atenção”, particularmente quando se junta a comorbidades múltiplas, agrava o risco de suicídio em pessoas idosas (Cavalcante; Minayo; Mangas, 2013).

Nos serviços de emergência, o fato de a pessoa não realizar um plano eficaz para se matar, de deixar brechas para ser resgatada, costuma ser criticado como um comportamento para “chamar atenção”, “desperdício de recursos públicos” e “desgaste das equipes de saúde”. Propostas de prevenção secundária em geral não existem e não são cogitadas, como se estas não fossem parte do ofício médico e de expressas recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2004, 2013) e da OMS (WHO, 2002).

A omissão de cuidados é tal que uma psicóloga entrevistada comentou: *o profissional tende a pensar: a pessoa já chegou nessa idade, então porque eu vou perguntar? Não se matou até hoje! Porque eu vou tentar detectar isso agora?* (Psicóloga, Caps). Não apenas desconhece os riscos associados a essa etapa da vida, ignora também as recomendações internacionais, que expressam ser dever do profissional orientar os idosos e suas famílias (WHO, 2014).

Na pesquisa foram encontrados alguns profissionais com uma visão compreensiva e comprometida com a pessoa idosa, particularmente ouvindo-a. Sobre o tema, declarou uma entrevistada:

Cada um tem seus problemas, mas é muito bom quando você é atendido por um médico que é atencioso, que só de lhe olhar sabe que você está aperreado, dá carinho, atenção, manda a gente se sentar, pega na mão da gente, olha nos nossos olhos, conversa para aliviar a cabeça da gente. (idosa, viúva, 71 anos)

Infelizmente, a postura humanizada é algo muito mais pessoal que institucional. É o caso de uma agente de saúde elogiada por uma das entrevistadas: *a agente comunitária de saúde é um amor de pessoa. Ela sempre passa aqui, para ver como eu estou, se estou tomando a insulina direitinho, ela já é minha agente comunitária há 16 anos* (idoso, viúva, 71 anos).

Existem deficiências profundas na formação dos diferentes tipos de profissionais que tratam dos idosos e, de forma muito particular, dos que atendem aos pacientes com comportamento suicida. Manifestando-se sobre a realidade dos serviços, uma profissional comentou que *para as tentativas de suicídio a atenção já é pouca, para os casos das pessoas da terceira idade é mínima, mínima, mínima!* (Psicóloga, Caps). Outra acrescentou: *além da falta de formação para o diagnóstico correto, não há uma orientação do fluxo a ser seguido no caso de tentativa de suicídio* (Psicóloga, Caps).

Nesses casos, a pessoa deveria ser encaminhada para o Caps para avaliação de risco. Porém, na maioria das vezes isso não acontece ou porque os agentes de saúde tendem a interpretar o ato com desprezo sob a pecha 'é para chamar atenção'; ou os profissionais das Unidades Básicas de Saúde não têm coragem de abordar o assunto, pois o encaram como uma 'batata quente'; ou ainda, porque os diagnósticos são pouco efetivos nos outros serviços. (Psicóloga, Caps)

No entanto, o encaminhamento e o tratamento corretos protegeriam o idoso, lhe dariam chance de repensar sua conduta, ainda que haja casos em que nada de efetivo possa ser feito para impedir que a pessoa acabe com a própria vida. Oficialmente, a política de saúde mental não tem orientações específicas para a atenção aos idosos. Quando atendidos, são tratados sem consideração das especificidades da idade, embora não falem referências práticas para o cuidado dessa população, disponibilizadas pela OMS (WHO, 2002, 2014).

Conclui-se que as relações de poder institucionalizadas nos serviços de saúde e nas famílias frequentemente contribuem negativamente para o cuidado integral da pessoa idosa em risco de suicídio. Mesmo nos casos de alto risco, em que

muitos médicos costumam prescrever internação, existem alternativas para preservar ou melhorar os laços afetivos do idoso. Mas, a hospitalização, ou mesmo a ida permanente às unidades para atendimento ambulatorial devem ocorrer como último recurso. Se a pessoa idosa geralmente já se julga inútil ou um peso para os seus, a intensificação das idas e vindas ao médico com acompanhamento de um familiar lhes reforça essa sensação, como vemos no relato de uma profissional para a qual um idoso havia se queixado: *olha, está vendo só, agora meu filho vai ficar ainda mais tenso comigo, pois vai ter que me trazer aqui várias vezes* (Psicóloga, Caps). O mais recomendado é que os profissionais de saúde façam visitas domiciliares e tenham um plano de acompanhamento, particularmente, dos que estão em maior risco.

A questão da formação do profissional de saúde é um aspecto crítico quando se pensa em melhorar o cuidado a esses idosos. Em estudo recente, Silva Filho e Minayo (2018) observaram que o tema mal é tocado na graduação de medicina e não é abordado em algumas residências médicas. Os desafios para o sistema de saúde são enormes: (1) falta de capacitação e conhecimento sobre essa etapa de vida e sobre as questões do suicídio, prevenção, manejo terapêutico e avaliação de risco; (2) falta de acesso a tratamentos especializados e a serviços de referência na maioria das localidades; (3) presença de arraigados estereótipos e preconceitos contra o velho; (4) prevalência de visões tecnicistas que reduzem o envelhecer e o suicídio a fenômenos biológicos ou a concepções do senso comum.

Conforme recomenda Minayo (2008), é preciso criticar o pseudo-objetivismo das técnicas; desenvolver trocas intersubjetivas com as pessoas, entendendo-as como seres sociais plenos; ofertar cuidados que considerem a experiência humana dos idosos; compreendê-los em seu contexto biográfico e social; e focar na verdade produzida pelos encontros face a face.

Considerações finais

Este artigo tratou do comportamento dos idosos que planejam ou tentam suicídio, frequentemente considerado pelos familiares e profissionais de saúde como estratégia para “chamar atenção” sobre si.

Sim, realmente pode-se dizer que isso ocorre, mas com outra conotação, o que exige uma diferente interpretação: a de um grito de socorro, uma maneira desesperada de mobilizar seu meio social insensível a suas solicitações. De acordo com a observação de Shneidman (1993) os sentimentos externados pelos entrevistados que se consideraram isolados, abandonados ou não compreendidos não resistem a diferenciações sociodemográficas quando ouvidos os casos concretos. Pois, curiosamente, dos 60 idosos que compuseram a pesquisa principal, 12 relataram o desconforto da pecha de “chamar atenção” e, nesse subconjunto, há um mesmo número de homens e de mulheres, os recortes de idade são mais ou menos equilibrados assim como a distribuição do estado civil.

Tanto no meio familiar como nos serviços que atendem aos idosos, existe uma falta de conhecimento sobre o processo que leva à morte autoinfligida, quase sempre objeto de tabu, de preconceitos e silenciamentos. As dificuldades se somam porque os idosos são frequentemente vítimas de menosprezo, desatenção, impaciência, desconsideração de sua fala e isolamento social.

Na sociedade brasileira predomina também a ideia de que o suicídio não deve fazer parte dos debates e da formação dos profissionais. Como tabu, o ato de desejar a morte é sempre perturbador. No caso dos idosos, esse desejo questiona toda sua vida e de sua família. A tendência de quem está perto é apagar a ideia ou desconsiderá-la. Tal comportamento significa que a pessoa com desejo de morrer passa a não ter espaço para falar e ser escutado. E quando tem, geralmente torna-se vítima de ironias, com a pecha de “chamar atenção”.

Investimento na formação dos profissionais de saúde é uma exigência para mudar essa situação. Com o aumento da população idosa, cada vez se torna mais importante conhecer as peculiaridades desse grupo, visando sua qualidade de vida e um cuidado adequado. Essa forma de atuar exige crítica e relativização do modelo biomédico e investimento na atenção integral, ampliando a escuta para as várias dimensões que singularizam o ser humano. Nesse sentido, para um profissional que ouve uma pessoa idosa (a não ser em casos de demência ou outros estados incapacitantes) tudo que ela fala e confia é pertinente e relevante. Seu discurso

porta uma verdade existencial que necessita de interlocutores qualificados. Pois, só quando reconhecido como sujeito, num contexto em que é acolhido, o indivíduo encontra seu lugar no mundo.

Nas situações em que o sofrimento deles foi escutado com respeito, aumentou-se a chance de que seu desejo de morte fosse substituído pelo desejo de vida, trazendo mudanças positivas para eles e suas famílias. É preciso desmistificar o emprego da expressão “chamar atenção” tanto por parte de familiares como de profissionais de saúde, denunciando seu poder destrutivo nas relações intersubjetivas e seu caráter desrespeitoso para com o idoso e seu sofrimento.

A reflexão crítica sobre os processos aqui tratados deixa evidente a necessidade de se falar (e não se calar) do tema do suicídio e seguir os já conhecidos caminhos propostos pelas políticas internacionais de saúde para a promoção de cuidados com as pessoas idosas em estado de sofrimento físico, mental e social, o melhor caminho para que não planejem ou tentem antecipar o seu fim.

Referências

ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 537-548, 2010.

ÁVILA, L. A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 333-340, 2010.

BALTES, P.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, Basel, v. 49, n. 2, p. 123-135, 2003.

BEESTON, D. *Older people and suicide*. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental Health, Staffordshire University, 2006.

BERENCHTEIN-NETTO, N. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília, DF, 2013. p. 13-24.

BRASIL. *Estatuto do idoso*. Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2003.

- BRASIL. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio 2013-2017*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BREUER, J.; FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. 2, p. 15-297.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, 2012.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1655-1666, 2015.
- CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013.
- CONEJERO, I. et al. Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, Macclesfield, n. 13, p. 691-699, 2018.
- CONWELL, Y.; THOMPSON, C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, Amsterdam, v. 31, n. 2, p. 333-356, 2008.
- DEBERT, G. G. Envelhecimento e curso da vida. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 1-9, 1997.
- DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: DEBERT, G. G. *A antropologia e a velhice: textos didáticos*. 2. ed. Campinas: Unicamp, 1998. v. 1, n. 13, p. 7-28.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FARIA, L.; SANTOS, L. A. C.; PATINO, R. A. A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-11, 2017.
- FELIPE, T. W. S. S.; SOUSA, S. N. M. A construção da categoria velhice e seus significados. *Pracs: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da Unifap*, Macapá, v. 7, n. 2, p. 19-33, 2014.
- FIGUEIREDO, A. E. B. et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.
- GADAMER, H. *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GUTIERREZ, D. M. D.; SOUSA, A. B. L.; GRUBITS, S. Suicidal ideation and attempted suicide in elderly people: subjective experiences. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1731-1740, 2015.
- KOO, Y. W.; KÖLVES, K.; DE LEO, D. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, Cambridge, v. 29, n. 8, p. 1297-1306, 2017.
- MINAYO, M. C. S. Sobre humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa. *Kairós*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 49-58, 2008.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2015.
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, 2013a.

- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013b. (Projeto de pesquisa)
- MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015.
- MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012.
- MINAYO, M. C. S. et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.
- MOLON, S. I. Notas sobre constituição do sujeito, subjetividade e linguagem. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 613-622, 2011.
- OSGOOD, N. J.; THIELMAN, S. Geriatric suicidal behavior: assessment and treatment of suicidal patients. In: BLUMENTHAL, S. J.; KUPFER, D. J. (Ed.). *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. p. 341-379.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
- SHNEIDMAN, E. S. Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Alphen aan den Rijn, v. 181, n. 3, p. 145-147, 1993.
- SILVA, R. M. M. et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1703-1710, 2015.
- SILVA FILHO, O. C.; MINAYO, M. C. S. Comportamento suicida em adolescentes: desafios e reflexões para os pediatras brasileiros. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 68-72, 2018. Suplemento 1.
- SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 389-402, 2014.
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração de Madrid: assembleia da ONU sobre envelhecimento*. Madrid, 2002.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS*. Geneva, 2002.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva, 2014.

Contribuição dos autores

Todas as autoras colaboraram para a coleta e análise de dados, redação e revisão do manuscrito. Minayo concebeu o projeto de pesquisa e coordenou sua implementação.

Recebido: 21/01/2020

Reapresentado: 28/04/2020

Aprovado: 22/07/2020