

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS-UFAM
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE-FIOCRUZ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO MULTI INSTITUCIONAL
EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**SUICÍDIO DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS,
AMAZONAS**

André Luis Sales da Costa

Manaus
2015

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

Costa, André Luis Sales da

C837s Suicídio de Idosos no Município de Manaus, Amazonas/André Luis Sales da Costa. 2015

90 f.: 31 cm

Orientador: Profº Drº Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas/Instituto Leônidas e Maria Deane/ Fundação Oswaldo Cruz.

1. Autópsias Psicossociais. 2. Epidemiologia do Suicídio. 3. Narrativas. 4. Suicídio de Idosos. I. Souza, Maximiliano Loiola Ponte de II. Universidade Federal Amazonas III. Título

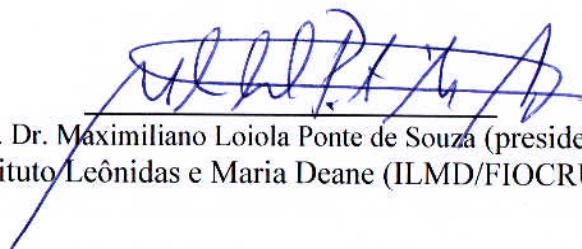
ANDRÉ LUIS SALES DA COSTA

SUICÍDIO DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS AMAZONAS.

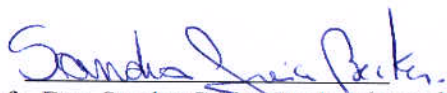
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Aprovado em 28 de agosto de 2015

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza (presidente)
Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ)



Profa. Dra. Sandra Greice Becker (membro)
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)



Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt (membro)
Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares: Nilza Sales da Costa (mãe), Jorge Gabriel e Elizabeth Sophia (filhos) pelo amor, dedicação e incentivo em minha jornada acadêmica e profissional.

À minha futura esposa, Fabiana Carvalho, pelo amor, dedicação, paciência e zelo com minha saúde no período de pesquisa e escrita deste trabalho. Foi em você que busquei carinho e motivação para alcançar essa conquista.

Ao meu Orientador Professor Doutor Maximiliano Souza que me aceitou como seu orientando. Obrigado pelos ensinamentos nas orientações, pelas correções, pela partilha de materiais, pela paciência e lições de como construir e divulgar o conhecimento científico.

A todos os colegas do mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia que tornaram o aprendizado enriquecedor e estimulante.

À Ana Alzira Cabrinha do Núcleo de Sistemas de Informações da Fundação de Vigilância em Saúde – NUSI/FVS pela atenção e gentileza em nos fornecer os documentos necessários para iniciarmos a nossa inserção em campo.

RESUMO

Objetivo: Analisar, mediante articulação de estratégias quantitativas e qualitativas, o fenômeno do suicídio no Amazonas. **Metodologia:** Foi realizada a articulação de estratégias de pesquisa qualitativa e quantitativa. Na fase quantitativa da pesquisa, realizou-se um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo com o intuito de caracterizar a mortalidade por suicídio de pessoas com 60 anos de idade ou mais no Amazonas entre os anos de 2001 a 2010, a partir do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Na fase qualitativa, casos de suicídios ocorridos no período 2000 a 2012 foram selecionados na Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas. Aos familiares que participaram da pesquisa foi aplicado um roteiro de entrevista chamado Autópsia Psicossocial, extraindo narrativas sobre o suicídio dos idosos. As entrevistas foram gravadas e transcritas mediante o consentimento dos familiares. Por fim, foi realizada a triangulação de ambas as leituras, quantitativa e qualitativa, para que os dados fossem comparados em conjunto e evidenciasse convergências e divergências entre os dois aspectos.

Resultados: Os dados quantitativos apresentaram uma baixa taxa de mortalidade por suicídio conforme os critérios internacionais, entretanto, a taxa de mortalidade aumenta com o avançar da idade tanto no Amazonas quanto na capital, Manaus. O método preferencial para o ato ainda é o enforcamento, sendo os homens os maiores perpetradores. No que se refere aos dados qualitativos, identificou-se através das Autópsias Psicossociais que os suicídios estavam associados ao surgimento do câncer, “impotência”, a impossibilidade de enxergar, ao uso de álcool e outras drogas, conflitos familiares, além da dependência em relação ao autocuidado.

Conclusão: Sugere-se que os futuros estudos quantitativos e qualitativos sobre o suicídio de idosos no Amazonas, possam, além de ampliar os dados epidemiológicos, apresentar também, dados específicos de informações sobre este fenômeno, como: os problemas físicos, mentais, sociais e relacionais. Tal empreendimento, além de ajudar no mapeamento dos fatores de risco, favorecerá a compreensão em profundidade deste fenômeno. Desta forma, o conhecimento construído mediante a articulação de métodos quali-quantitativo, ajudará no desenvolvimento de ações mais eficazes para a prevenção do suicídio nesta população que vem crescendo no Amazonas.

Palavras-Chaves: Autópsias Psicossociais; Epidemiologia do Suicídio; Narrativas; Suicídio de Idosos;

ABSTRACT

Goal: To analyze, by articulating quantitative and qualitative strategies, the phenomenon of suicide in Amazonas. **Methodology:** Qualitative and quantitative research strategies have been articulated. On the quantitative phase of the research an epidemiological study of descriptive and retrospective nature was conducted, aiming to characterize the mortality by suicide among people 60 years old and older in the city of Manaus between the years of 2001 and 2010, from the data base of the Information System on Mortality (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, in Portuguese) by the Department of Informatics of the Unified Health System (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, in Portuguese). In the qualitative phase, the suicide cases that occurred between 2000 and 2012 were gathered at the Foundation for Health Care Attention in the State of Amazonas. To the family members the took part in the research we applied an interview instrument called Psychossocial Autopsy so that we may extract narratives regarding the suicide of elderly citizens. The conversations were recorded and transcribed with the consent of the family members. Finally, we conducted a triangulation of both readings, quantitative and qualitative, which allowed us to produce results separately. Afterwards, the data was compared in groups which highlighted convergences and divergences between the two aspects. **Results:** The qualitative data showed a low rate of mortality by suicide according to international criteria. However, the mortality rate increases with age both in Amazonas and in its capital, Manaus. The preferred method to the act is still hanging, being men the most common perpetrators. We have identified through the Psychossocial Autopsies that the suicides were associated to the appearance of cancer, “impotence”, impossibility to see and of relating to their peers, use of alcohol and marijuana, besides dependency related to self-care. **Conclusion:** We suggest that future qualitative and quantitative studies about suicide among elderly people in Amazonas may, besides amplifying epidemiological data, present as well specific data regarding this phenomenon, such as: physical, mental, social and relational issues. Such enterprise, besides helping map out risk factors, will favor the understanding of the depth of the phenomenon. Therefore, the knowledge built by means of such study, will help develop more efficient actions to prevent suicide among this growing population in Amazonas.

Keywords: Psychossocial Autopsies; Suicide epidemiology; Narratives ; Suicide among the elderly people.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio (óbitos/100.000 habitantes) segundo grupo de Idade em Manaus e Amazonas, Brasil, 2001-2010..... 39

Tabela 2 – Características dos óbitos por suicídio no Amazonas, no período de 2001-2010..... 40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características sócio demográficas dos idosos selecionados..... 57

Quadro 2: Características dos entrevistados 59

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAIMI – Centro de Atenção Integral à Melhor Idade

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEPER – Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CID X – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde

CRF – Centro de Referência da Família

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DECCI – Delegacia Especializada de Crimes contra o Idoso

EN – Entrevista Narrativa

FDT – Fundação Doutor Thomas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FVS/AM – Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deanne

IML – Instituto Médico Legal

NUSI – Núcleo de Sistemas de Informações

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SSP/AM – Secretaria de Segurança Pública do Amazonas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT – Transtorno de Estresse Pós Traumático

TMSID – Taxa de Mortalidade por Suicídio de Idosos

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 APONTAMENTOS SOBRE SUICÍDIO E ENVELHECIMENTO	14
1.1 DURKHEIM E O ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE O SUICÍDIO	14
1.2 O ENVELHECIMENTO HUMANO: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE	15
1.3 SUICÍDIO EM IDOSOS: ESTUDOS POPULACIONAIS.....	17
1.4 SUICÍDIO EM IDOSOS: ESTUDOS COM AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E AUTÓPSIAS PSICOSSOCIAIS	21
2 ABORDANDO UM OBJETO COMPLEXO: PRINCÍPIOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	25
2.1 AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODO.....	25
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	25
2.3 ETAPA QUANTITATIVA.....	28
2.4 ETAPA QUALITATIVA.....	29
2.5 NARRATIVAS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	29
2.6 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	33
2.7 INSTRUMENTO DE ENTREVISTA	35
2.8 ARTICULANDO OS ESTUDOS QUALITATIVO E QUANTITATIVO.....	37
3 SUICÍDIO ENTRE IDOSO: NÚMEROS E NARRATIVAS	39
3.1 OS NÚMEROS: RESULTADOS QUANTITATIVOS	39
3.1.1 DISCUTINDO OS NÚMEROS	41
3.2 AS NARRATIVAS: RESULTADOS QUALITATIVOS.....	44
3.2.1 SÍNTESE DAS NARRATIVAS	45
3.2.2 CONSTRUINDO SENTIDOS.....	55
3.2.2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS	55
3.2.2.2 COMO ERAM DESCRITOS PELOS FAMILIARES	57
3.2.2.3 CONFLITOS FAMILIARES	59
3.2.2.4 PERDAS PRÉVIAS.....	61
3.2.2.5 IDEIAS EXPLICATIVAS SOBRE O SUICÍDIO	64
3.2.2.6 ESTADO MENTAL	67
3.2.2.7 ÁLCOOL E DROGAS	68
3.2.2.8 INDÍCIOS DE QUE IRIA COMETER SUICÍDIO	69
3.2.2.9 CONTATO COM O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	85

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano vem sendo objeto de interesse de estudiosos devido a vários aspectos, dentre os quais se destaca o aumento do número de pessoas idosas, a crescente ampliação da demanda por serviços de saúde, bem como a criação de políticas voltadas para assegurar os direitos e necessidades desta população. Desta forma a Organização das Nações Unidas (ONU) nomeou os anos de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento. Este período vem sendo marcado pela diminuição da natalidade e pelo aumento da expectativa de vida (HEREDIA, 1999; SILVA et al., 2005).

Segundo um estudo realizado pelo Centro Latino Americano de Demografia a população de pessoas com 60 anos e mais em 1960 era de 12.185.317 e estima-se que em 2020, a população de idosos será de 81.311.483 nesta região (HEREDIA, 1999). Segundo esta pesquisa, a população de idosos na América Latina aumenta a cada ano e em 2020 este aumento produzirá graves consequências a nível social, político e econômico (HEREDIA, 1999).

Algo semelhante se observa no Brasil. Percebe-se que o país apresenta índices crescentes de envelhecimento, sendo que as projeções apontam que em 2025 ocuparemos o 6º lugar no mundo em número de idosos (SILVA et al., 2005; PAVARINI et al., 2005) com mais de 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos e crescendo também os de 80 anos ou mais (PAVARINI et al., 2005).

Um dos problemas que afeta a população mundial e particularmente os idosos nos países da América Latina é o suicídio. A Organização Mundial da Saúde (OMS) “estima que em 2020, mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio” (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002 apud LOVISI et al., 2009, p. S 87). A OMS relata que em termos mundiais, os idosos são o grupo populacional de maior risco para o suicídio, tornando-o um problema de saúde pública que vem se intensificando com o envelhecimento populacional (PINTO et al., 2012 a, b).

No Brasil, estudos epidemiológicos tem focado a violência como um dos problemas de Saúde e dentre as categorias da violência encontra-se o suicídio (LOVISI et al., 2009; MELLO-SANTOS et al., 2005). Os dados destas pesquisas mostraram que houve um certo aumento das taxas de mortalidade por suicídio de idosos no Brasil no período estudado, principalmente entre os idosos acima dos 70 anos.

Além destes estudos também foram realizadas pesquisas qualitativas com um instrumento semi-estruturado chamado Autópsia Psicossocial (MINAYO et al., 2012 a, b). Estas pesquisas

fizeram parte de um estudo multicêntrico com o objetivo de identificar e compreender as variáveis que interagem e alimentam a associação do evento suicídio com a velhice.

Diante desta complexidade citada acima, tornou-se promissor estudar este fenômeno por meio da articulação de estratégias quantitativa e qualitativa, devido a possibilidade de explorar a magnitude dos dados coletados bem como realizar estudos em profundidade dos significados atribuídos pelos familiares sobre o suicídio de idosos no município de Manaus, Amazonas.

Deslandes e Assis (apud MINAYO, M.; DESLANDES, S., 2013) comentam sobre a importância dessa interação quali-quantitativa para os estudos em saúde devido a complexidade do objeto que é a relação saúde-doença-atenção. O diálogo entre estas abordagens se faz necessário tanto para a compreensão em profundidade quanto em extensão. Desta forma, “os métodos quantitativo e qualitativo de acordo com suas especificidades, explicam o singular, o individual e o coletivo nos processos de saúde e doença o que permite novas incursões e olhares” (DESLANDES, S.; ASSIS, S. apud MINAYO, M.; DESLANDES, S., 2013 p. 195). Ambas abordagens são utilizadas em Saúde Pública, entretanto, nenhuma das duas é suficiente para compreender completamente a realidade (MINAYO, M.; SANCHES, O., 1993). Destaca-se que os dados obtidos por meio destas abordagens não são incompatíveis, e quando bem utilizadas possibilitam acessar uma riqueza de informações, profundidade e maior capacidade interpretativa (MINAYO, M.; SANCHES, O., 1993; MINAYO, 2010).

Mediante o exposto, a presente pesquisa visou responder as seguintes perguntas norteadoras: Quais as características dos idosos que cometeram suicídio no Amazonas? Quais as narrativas que os familiares constroem sobre as circunstâncias nas quais os idosos cometeram o ato suicida? Para que estas respostas fossem alcançadas, este trabalho teve como Objetivo Geral: *Analisar, mediante articulação de estratégias quantitativa e qualitativa, o fenômeno do suicídio no Amazonas.* No intuito de alcançar o objetivo proposto, os objetivos específicos foram: a) Descrever as características sócio demográficas e epidemiológicas dos suicídios de pessoas com 60 anos ou mais registrados no Amazonas, no período de 2000 a 2010 e; b) Compreender as narrativas de familiares a respeito das circunstâncias relacionadas a morte de seu parente idoso em Manaus.

Em relação à estruturação da presente dissertação, optou-se por adotar o procedimento de divisão de capítulos, os quais estão ordenados da seguinte forma:

No primeiro capítulo apresentaremos uma breve revisão dos estudos nacionais e internacionais sobre o suicídio. Destaca-se aqui, o estudo sociológico do suicídio por Émile Durkheim - um dos primeiros autores a estudar o fenômeno. Comentaremos também sobre a

transição demográfica que alterou o perfil etário da população e o perfil da saúde no país, apresentamos estudos internacionais e nacionais sobre a epidemiologia do suicídio além dos estudos qualitativos realizados com Autópsias Psicológicas e Psicossociais.

No segundo capítulo apresentaremos os princípios e procedimentos teóricos – metodológicos utilizados na presente pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo que foi realizado na cidade de Manaus no período de julho de 2014 a dezembro de 2014. Neste capítulo, além de se apresentar uma breve contextualização da cidade de Manaus, foram descritos os processos de coleta de dados quantitativo e qualitativo. Vale ressaltar aqui que a coleta de dados qualitativo foi realizado mediante um instrumento semiestruturado validado em uma pesquisa multicêntrica chamado de Autópsia Psicossocial (MINAYO et al., 2012 a, b). Esclareceu-se ainda que as análises das entrevistas se pautaram nas Narrativas colhidas dos familiares. Portanto, as Narrativas serviram de caminho para que o pesquisador organizasse as sequências dos eventos, com o objetivo de estabelecer interpretações, identificando conflitos psicossociais e os significados que as pessoas deram ao suicídio dos idosos.

O terceiro capítulo apresenta os principais resultados da pesquisa. Neste, descreve-se e apresenta-se as análises dos dados quantitativos e qualitativos sobre o suicídio de idosos no Estado do Amazonas mediante a triangulação de estratégias quali-quanti. De modo sistemático, foram caracterizados os dados sociodemográficos dos idosos suicidas amazonenses além de explorados os consensos e dissensos das narrativas dos familiares sobre o fenômeno em questão. Para realizar um diálogo analítico acerca dos principais achados neste capítulo, foram utilizados autores como Mitty e Flores, Minayo e Deslandes, Conwell e Thompson, Owens e Lambert, Pinto, Meneghel e Lovisi. Por fim, apresentamos sugestões aos serviços de saúde para que desenvolvam estratégias de prevenção ao suicídio de idosos bem como recomendações para atender os familiares enlutados.

Em síntese, por ser o grupo populacional que apresenta maior risco para o suicídio, o presente estudo torna-se importante na medida em que visa investigar, em um contexto socio-sanitário pouco explorado, o suicídio, fenômeno que acomete de modo especial a população idosa que como visto está crescendo nos últimos anos. Ademais ao buscar investigar o suicídio por meio da articulação de estratégias metodológicas qualitativas e quantitativas poderar-se-á mesmo que de forma preliminar enfrentar o desafio teórico-metodológico de explorar este complexo problema de saúde pública.

1 APONTAMENTOS SOBRE SUICÍDIO E ENVELHECIMENTO

Nas diferentes subseções deste capítulo, pretende-se apresentar elementos que foram julgados como importantes para compreensão da complexidade do fenômeno do suicídio entre idosos. Mais do que fazer uma revisão exaustiva da questão, a proposta do texto que segue abaixo é apresentar uma cartografia de autores, ideias e pressupostos que pautaram a construção de nosso olhar sobre o suicídio entre idosos, desde a escolha do tema, passando pelo delineamento da pesquisa, até a interpretação dos resultados obtidos.

1.1 DURKHEIM E O ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE O SUICÍDIO

O tema suicídio ganhou notoriedade mundial através da obra “Suicídio: estudo de sociologia” de Émili Durkheim, publicada em 1897. Durkheim elaborou a primeira tentativa científica de interpretação do suicídio no intuito de mostrar sua relação as forças sociais que ultrapassam as esferas dos sujeitos (MINAYO, 1998). Este livro tornou-se referência para compreender as relações entre as ciências sociais e epidemiologia, principalmente nas questões de método (MINAYO, 1998).

Durkheim (2011, p. 14) conceitua suicídio como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”. Por sua vez, Minayo (1998) comenta que Durkheim considera o suicídio como um fato social, pois para este autor, não há uma sociedade sem suicídio, como não há sociedade sem lei e crime. Em sua obra, Durkheim apresenta o suicídio a partir de sua significância social, no século XIX, como indicador de anomia¹ da sociedade francesa, portanto:

A comoção social provocada pelo [...] suicídio está diretamente ligada a seu caráter revelador de complexas relações sociais e pessoais [...] envolvendo também o sentido da vida em sociedade e as razões da opção pela interferência humana no evento inexorável da morte, que no imaginário de muitas sociedades é interpretado como vontade de Deus, dos deuses, ou como ciclo natural da vida (MINAYO, 1998, p. 422).

Nesse estudo clássico da literatura sociológica do século XIX, Durkheim inaugura o método sociológico de investigação, explicitando a perspectiva de se tratar as relações pessoais

¹ Anomia foi um conceito desenvolvido por Durkheim em suas obras de Sociologia. Seu conceito de Anomia está relacionado ao desequilíbrio entre as expectativas e exigências do indivíduo em relação ao meio social acordados e às crises econômicas.

de nível micro como resultantes do impacto de macroestruturas. Desta forma, considera-se este empreendimento como inovador para a época, pois a sociologia tal como a conhecemos nos dias atuais, estava em processo de desenvolvimento.

Em seu livro, Durkheim apresentou taxas de suicídios de países europeus como Inglaterra, França, Noruega, Escócia, Dinamarca, Irlanda, entre outros, com o intuito de analisar a tendência que determinados grupos sociais tinham para o suicídio. Além disso, comenta que em certos momentos históricos, as sociedades manifestariam uma predisposição para o suicídio, explicando que nestes países os suicídios estariam em função da relação entre indivíduo e sociedade ao qual está inserido (NUNES, 1998).

Por ser um fato social, Durkheim concluiu que o suicídio não está relacionado a nenhum estado psicopatológico como também não encontra relação entre estados psicológicos normais, raça, hereditariedade, fatores cósmicos e de imitação (NUNES, 1998), desviando assim as explicações de ordem psicológicas e individuais para as explicações de ordem social ou às causas externas (NUNES, 1998; MINAYO, 1998).

Apesar do caráter inovador para época e para a Sociologia, a obra de Durkheim sobre o suicídio sofreu várias críticas ao longo do século XX. Uma das críticas à Durkheim se refere a tentativa do autor em estabelecer leis universais para explicar os casos de suicídio. Através das estatísticas e na regularidade das taxas de suicídio, Durkheim tentou estabelecer correlações mediante hipóteses previamente levantadas. As hipóteses levantadas pelo autor estariam relacionadas a fatores sociais como a religião e mudanças sociais (NUNES, 1998). Outra crítica apresentada ao trabalho se refere a Durkheim não ter se preocupado em estudar as tentativas de suicídios para compreender os atos consumados (NUNES, 1998).

A partir deste estudo, o suicídio despertou a atenção de diversos estudiosos no mundo, tornando-se nos dias de hoje a pauta de pesquisas e de intervenção em saúde pública. Assim, o suicídio passou a ser reconhecido como um problema de ordem mundial, devido a sua complexidade, pelos danos associados e pelo impacto provocado na família (CONTE et al, 2012).

1.2 O ENVELHECIMENTO HUMANO: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O SETOR SAÚDE

O Século XX apresentou profundas e radicais transformações, dentre as quais se destaca o aumento do tempo de vida da população, que se constitui em um dos fatos mais significativos

no âmbito da saúde pública mundial (VERAS, R.; CALDAS, C., 2004). Segundo Veras e Caldas (2004, p. 424) “a esperança de vida experimentou um incremento de 30 anos ao longo do século XX, numa profunda revolução da demografia e da saúde pública”. Tal revolução se apresenta como um dos maiores desafios sociais da história humana (VERAS, R.; CALDAS, C., 2004).

Em todo o mundo, o número de pessoas idosas com 60 anos ou mais tem crescido mais que qualquer outra faixa etária e estima-se que em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com 60 anos no mundo (PAVARINI et al., 2005). Dados da OMS apontam que o Brasil, no ano de 2020, será o sexto país no mundo em números de idosos (SILVA et al., 2005; PAVARINI et al., 2005), contabilizando mais de 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos, e aponta também, o crescimento entre os idosos com idade acima de 80 anos (PAVARINI et al., 2005).

No levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2000, esse crescimento apresentava projeções na esperança de vida ao nascer de 2,6% da população brasileira que passou dos 66 anos em 1991 para 68,6 anos em 2000. (PAVARINI et al., 2005). Em um outro estudo realizado pelo IBGE, havia no ano de 2008 para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, 24,7 idosos de 65 anos ou mais e as projeções para 2050 são de 172,7 idosos para 100 crianças de 0 a 14 anos (PAVARINI et al., 2005). Segundo a mesma fonte (PAVARINI et al., 2005), a idade média de vida do brasileiro aumentou comparada com o estudo levantado em 2000. De acordo com este estudo, a expectativa de vida dos brasileiros entre os anos de 1941 a 2008 sofreu um aumento de 27, 2 anos, passando de 45,5 anos para 72,7 anos (PAVARINI et al., 2005).

Esta transição demográfica que alterou o perfil etário da população, alterou também o perfil da saúde no país, ou seja, no lugar de doenças infectocontagiosas os profissionais de saúde se deparam cada vez mais com doenças crônicas não transmissíveis (PAVARINI et al., 2005; CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005; HEREDIA, 1999). Dentre elas estão a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose, demência (PAVARINI et al., 2005), doenças cardiovasculares, neurológicas, neoplasias e alguns transtornos mentais (MAIA et al., 2004; ALMEIDA, 1999; LIMA-COSTA, 2003).

Vale destacar ainda que com o aumento continuado de idosos, bem como o seu envelhecimento biológico, ocorre o aumento das taxas de morbidade, um impacto no próprio indivíduo que envelhece, na família, na sociedade e no Estado (LIMA-COSTA, 2003). Tais transformações acarretam declínios nos seus aspectos psicológicos e sociais o que requer tipos de assistências diferenciadas, especialmente em termos de saúde (LIMA-COSTA, 2003; SILVA et al., 2005; SOUZA, 2005).

O envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidades com consequente deterioração da saúde do idoso e constituindo grave problema clínico e de Saúde Pública, além de se associar a um pior padrão de qualidade de vida relativa (MAIA et al., 2004; ALMEIDA, 1999; LIMA-COSTA, 2003). Com o avançar da idade, as mudanças biológicas aumentam o risco de morbidade entre os idosos. Os membros deste grupo etário apresentam pelo menos uma doença ou mais condições crônicas (LIMA-COSTA, 2003; MAIA et al., 2004) e necessitam de ajuda em três ou mais atividades diárias (MAIA et al., 2004).

O já referido crescimento da população idosa provoca o risco de desenvolvimento de doenças associadas aos transtornos psiquiátricos, sendo a ansiedade e depressão os transtornos mentais mais frequentes neste grupo etário (MAIA et al., 2004; ALMEIDA, 1999; MARINHO, 2006). De acordo com Almeida (1999) e Maia et al. (2004) a prevalência de transtornos mentais entre idosos na população urbana está associada a múltiplas doenças, ser do sexo feminino e ter baixa renda. Já Stella (apud MAIA et al., 2009) e Marinho (2006) identificaram que as principais características associadas à depressão e ansiedade no idoso são a idade avançada, ser do sexo feminino, declínio do estado funcional, doenças crônicas e prejuízo cognitivo além das condições sociais precárias.

Em outra pesquisa realizada buscando verificar a prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa saúde da família, no município de São Paulo, Maragno et al. (2006) comentam que os idosos estão mais vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos devido ao acúmulo de doenças crônicas preexistentes, dificuldades econômicas, isolamento social, desmerecimento social e maior ocorrência de eventos de vida produtores de estresse.

O idoso encontra-se vivenciando perdas continuadas como perda do status ocupacional e econômico, declínio físico, maior frequência de doenças físicas e incapacidades o que facilita o expressivo rebaixamento de humor (MAIA et al., 2009). Conwel e Thompson (2008) comentam que os idosos estão sujeitos a comorbidade múltiplas e declínio funcional o que aumenta o risco para o suicídio.

1.3 SUICÍDIO EM IDOSOS: ESTUDOS POPULACIONAIS

Conforme explica CONTE et al. (2012, p. 2018) “a OMS definiu o suicídio como uma violência autoinfligida e um ato decidido, iniciado e levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de um resultado final”. Desta forma, os elevados índices de

suicídio, tentativas e ideações suicidas caracterizam este fenômeno como um importante problema de saúde pública (MENEGHEL et al., 2012). Estudos apontam que os países ocidentais apresentam uma frequência alta de tentativas de suicídio entre as mulheres enquanto que o ato de se matar acontece entre os homens, caracterizando o fenômeno como o paradoxo do suicídio (CANETO, 2008).

O suicídio está entre as dez principais causas de óbitos entre homens e mulheres em todas as faixas etárias no mundo (BAPTISTA, M. N.; BORGES, A., 2005; BAPTISTA et al., 2012; LOVISI et al., 2009; PINTO et al., 2012 b, c; PONCE et al., 2008; MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E., 2011) o que constitui um problema relevante de saúde e que vem se intensificando com o envelhecimento populacional (PINTO et al., 2012 b).

No Brasil, diversos estudos epidemiológicos sobre o suicídio foram realizados no intuito de descrever e melhor compreender este complexo fenômeno, utilizando o Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS), fonte que também utilizaremos neste estudo, conforme se detalhará no capítulo seguinte.

O estudo de Mello-Santos et al. (2005) identificou um aumento de 20% da taxa global de suicídio no Brasil em vinte anos, sendo o grupo dos idosos, acima de 65 anos, aquele que apresentou as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio. A análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre os anos de 1980 a 2006 realizado por Lovisi et al. (2009) que evidenciou taxas médias de mortalidade por suicídio mais altas encontradas nas regiões Sul (9,3/100 mil) e Centro-Oeste (6,1/100 mil) em homens idosos com 70 anos ou mais.

No estudo epidemiológico realizado por Brzozowski et al. (2010) que analisou a tendência temporal de suicídio no Brasil entre 1980 a 2005, observando aumento das taxas com o avançar da idade em ambos os sexos. Neste estudo, os autores comentam que os Estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins, Amazonas, São Paulo e Estados da Região Sul estão entre aqueles com aumentos nas taxas de suicídio. O estudo de Meneghel et al., (2004) que descreveu as características de mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul, sendo as faixas etárias acima de 70 anos as que apresentaram elevação das taxas de mortalidade por suicídio.

Em um estudo que propôs analisar a evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais, Pinto et al. (2012 a) apresentaram resultados diferentes dos achados de Lovisi et al. (2009) e Meneghel et al. (2004). Segundo aqueles autores não foi verificado aumento da taxa de mortalidade por suicídio entre os idosos acima dos 70 anos nos estados brasileiros no período de 1980 a 2009 (PINTO et al., 2012 a). Neste estudo são

apresentados as taxas de mortalidade conforme os anos selecionados, segundo ao sexo e pela unidade da federação. Na região norte, o Amazonas foi o Estado que apresentou decréscimo na taxa de mortalidade no período estudado. No ano de 1980, esta taxa correspondia a 6,2/100.000 habitantes, e em 2009, a taxa de mortalidade por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais no Amazonas foi de 3,2/100.000 habitantes.

Em outra pesquisa, cujo objetivo foi descrever a mortalidade por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais, Pinto et al. (2012 c) apresentaram os resultados de 51 municípios que tiveram taxas elevadas acima de 10 óbitos/100.000 habitantes entre os anos de 1996 a 2007. Segundo estes autores (PINTO, et al., 2012 b), Manaus foi selecionada no estudo por ser um dos municípios com mais de 24 casos notificados de suicídio de idosos, apresentando a taxa de 15,4/100.000 habitantes no triênio de 2005 – 2007.

Os dados apresentados nestes estudos mostram que as adversidades socioeconômicas e ausência de apoio social aumentam os riscos de suicídio naqueles que são vulneráveis, idosos, com histórico de tentativas de suicídio anteriores, com transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade) e com comorbidades, tais como abuso/dependência de álcool/drogas. Os métodos de suicídio mais comuns foram o enforcamento, armas de fogo e envenenamento.

Pesquisas apontam que a maioria dos idosos que morreram por suicídio apresentavam algum tipo de transtorno mental, sendo que de 71% a 90% deles sofriam de depressão (CONWELL, Y.; THOMPSON, 2008; MITTY, E.; FLORES, S. apud PINTO, et al. 2012 b; CAVALCANTE et al., 2012 b). Segundo Camarano et al. (2005) a prevalência de sintomas depressivos em idosos no Brasil estava entre 6% e 12% no ano de 2003, caracterizando a depressão como a quinta principal doença entre pessoas de 60 anos ou mais.

Cavalcante et al., (2012 b, p. 2987) comentam que a depressão no idoso “está associada à perda da habilidade física, aparência, papel social e morte de outros, o que faz os idosos sentirem a necessidade de resolver ou por fim a uma situação intolerável”. Esta associação, entre depressão e comorbidade múltipla agrava o prognóstico e aumenta o risco de suicídio, o que justifica medidas preventivas e imediatas tendo em vista que o idoso coloca em prática seu plano suicida (CAVALCANTE et al. 2012 b). O suicídio de idosos desafia a saúde pública o que demanda formas de atuação capaz de dar suporte as diferentes faces que o problema apresenta (CAVALCANTE et al. 2012 b).

Um importante aspecto envolvido no suicídio de idosos é a questão de gênero. Segundo Minayo, et al. (2012 b, p. 2666) “as estatísticas de mortes e agravos por violência no Brasil mostram que em todos os grupos etários os homens são as maiores vítimas e os maiores

perpetradores, inclusive nos grupos acima de 60 anos”. Na maioria dos países ocidentais as taxas de mortalidade por causas externas (agressões, acidentes e suicídio) entre homens chegam a um coeficiente duas a cinco vezes maior do que entre as mulheres, e os de suicídio, entre três a cinco vezes (MINAYO et al., 2012 b).

Minayo et al., (2012 a, b) comentam que a morte autoinfligida em homens é hoje um problema de saúde pública reconhecida pela OMS, inclusive no Brasil, sendo os idosos acima de 60 anos as maiores vítimas. Conforme explica PINTO et al. (2012 a), a OMS estima que no ano de 2025, os idosos apresentarão taxas mundiais de 41 óbitos por 100.000 habitantes entre homens com idade igual ou superior que 65 anos, caracterizando-os como o grupo populacional de maior risco para o suicídio.

Em relação às mulheres, as taxas de mortalidade por suicídio são mais baixas quando comparadas às taxas de mortalidades masculinas. Entretanto, a taxa aumenta a partir dos 75 anos, chegando atingir 15,8 óbitos por 100.000 habitantes (PINTO et al., 2012 a). Desta forma, Meneghel et al. (2012) comentam que se for apenas considerar o ato consumado, o suicídio é um problema masculino, mas se for acrescentar as tentativas, os números elevam a carga para as mulheres.

No que diz respeito às tentativas e aos óbitos consumados, Pinto et al., (2012 c) relatam que nas outras faixas etárias essa relação fica na faixa de 100 a 200 tentativas para uma morte consumada, porém, nos idosos, são de 2 a 3 tentativas para um óbito. Portanto, a presença prévia de tentativa é um fator preditivo para o suicídio em idosos (O’CONNEL et al., 2004).

Mello Jorge et al. (2008) comentam que no Brasil existem problemas quanto à quantidade e qualidade dos registros de óbitos das bases de dados de informação em saúde. Estes autores comentam que 67% das mortes por causas mal definidas se encontram na faixa etária de 60 anos ou mais. Já Pinto et al. (2012 c) informam que é possível suspeitar que o suicídio, em função de questões religiosas e financeiras a ele relacionado, possui taxa de subnotificação ainda mais elevada que as associadas as outras causas externas.

Outro fator que está relacionado à subnotificação se refere a distribuição dos óbitos por suicídio no Brasil onde se verifica a variação dos coeficientes entre as regiões do país (MACENTE et al., 2011). Segundo Macente et al. (2011) a região sudeste concentra 50% dos registros de suicídio, a região sul possui os maiores coeficientes e a região norte os menores índices. Segundo estes informes, os autores (MACENTE et al., 2011) dizem que não é possível afirmar precisamente qual a relação entre esses dados e os problemas relacionados à qualidade do registro.

1.4 SUICÍDIO EM IDOSOS: ESTUDOS COM AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E AUTÓPSIAS PSICOSSOCIAIS

Além dos estudos populacionais sobre a mortalidade por suicídio que se valem de dados secundários, também existem pesquisas realizadas por meio de entrevistas semi-estruturadas direcionadas as pessoas próximas aquelas que morreram por suicídio, buscando pormenorizar não apenas características do suicida, mas também circunstâncias e impressões sobre os motivos que levaram a tal ato.

Estes instrumentos são historicamente chamados de Autópsias Psicológicas, sendo inicialmente utilizados em estudos quantitativos. Entretanto, diversos autores nacionais e de outros países vem observando que no processo de coleta das informações os entrevistados costumam narrar episódios e aspectos importantes sobre os eventos relacionados a morte, além de expressarem os diferentes modos como conseguem explicar para si mesmos o que ocorreu.

Assim, autores como Cavalcante et al. (2012 a) e Minayo et al. (2012 a, b) fizeram modificações nos instrumentos clássicos de Autópsias Psicológicas, desenvolvendo o que chamam de Autópsias Psicossociais, no sentido de captar de modo intencional os aspectos mais subjetivos das impressões dos entrevistados sobre a morte da pessoa que se suicidou, sem deixar por outro lado, de abordar questões mais objetivas. Além disso, autores como Owens et al. (2008) e Owens e Lambert (2012) observaram que poderiam, mesmo enquanto coletam dados, utilizar instrumentos clássicos de Autópsias Psicológicas e registrar sistematicamente as narrativas que os familiares constroem, durante a entrevista, sobre a morte de seus parentes, gravando em áudio a coleta de dados, que poderia ser analisada de modo qualitativo, posteriormente.

As contribuições destes dois grupos de autores serviram de inspiração para este trabalho que utilizou, como se detalhará mais a frente, do instrumento Autópsia Psicossocial desenvolvido por Cavalcante et al. (2012 a) e Minayo et al. (2012 a, b), para acessar narrativas de familiares sobre suicídio, conforme proposto por Owens et al. (2008) e Owens e Lambert (2012). A seguir serão comentados alguns estudos realizados que utilizaram Autópsias Psicológicas e Psicossociais. A discussão sobre narrativas será feita mais detalhadamente no próximo capítulo.

O primeiro estudo sobre suicídio utilizando o instrumento de Autópsia Psicológica foi realizado nos Estados Unidos por Eli Robins e colaboradores da Universidade de Washington, entre os anos de 1956 e 57, sendo estudados 134 casos de suicídio (ISOMETSA, 2001). Após

este estudo, Dorpat e Ripley replicaram os resultados de Eli Robins em uma segunda pesquisa sobre suicídio realizada na cidade de Seattle (ISOMETSÄ, 2001).

No mesmo período em que estas pesquisas estavam sendo realizadas, Shneidman e colaboradores do Centro de Prevenção do Suicídio de Los Angeles desenvolveram um método para estudar e esclarecer mortes duvidosas (ISOMETSÄ, 2001; VASUDEVA MURTHY, 2010; OWENS, et al., 2008). O termo Autópsia Psicológica foi cunhado por Shneidman para denominar o método de investigação retrospectivo, no intuito de identificar as características de personalidade, condições de vida e estado mental do suicida (ROJAS, 2001; VASUDEVA MURTHY, 2010). O objetivo deste instrumento é buscar obter de forma clara, ampla e precisa as informações sobre as circunstâncias envolvidas nas mortes de vítimas de suicídio (VASUDEVA MURTHY, 2010; ROJAS, 2001; ISOMETSÄ, 2001).

Esta reconstrução biográfica da vítima era realizada pelas informações colhidas de documentos pessoais, relatórios policiais, registros médicos e entrevistas com familiares, amigos e outras pessoas que tiveram contato com a vítima antes de sua morte (VASUDEVA MURTHY, 2010; ROJAS, 2001; ISOMETSÄ, 2001). Após a elaboração do instrumento, a Autópsia Psicológica serviu de auxílio para médicos forenses classificarem com maior precisão o registro de suicídio no certificado de óbito (WERLANG, 2012; CAVALCANTE; MINAYO, 2012 a).

Rapidamente este instrumento tornou-se uma ferramenta de auxílio nos estudos de suicídio na Europa. Isometsä (2001) cita que o primeiro estudo europeu com Autópsia Psicológica ocorreu na Inglaterra, onde foram estudados 100 casos de suicídios entre os anos de 1966 a 1969. Países como Austrália, Nova Zelândia, Israel, Índia e Canadá realizaram vários estudos com Autópsia Psicológica, apresentando resultados convergentes e fornecendo dados com respeito aos fatores relacionados ao suicídio (ISOMETSÄ, 2001).

Outro estudo europeu com Autópsia Psicológica foi realizado na Finlândia. Este estudo fez parte do Projeto Nacional de Prevenção do Suicídio criado pela Junta Nacional de Saúde Finlandesa (ISOMETSÄ, 2001). O projeto foi realizado entre os anos de 1987 a 1988, sendo analisados 1.397 suicídios registrados no período (ISOMETSÄ, 2001). Os resultados apresentados indicaram a presença de transtorno de humor (30-90%) e uso de substâncias (15-56%) como as categorias prevalentes relacionadas aos suicídios (ISOMETSÄ, 2001).

Na América do Sul, no ano de 1994, foram realizadas na Colômbia, na cidade de Santa Fé de Bogotá, estudos com Autópsias Psicológicas (ROJAS, 2001). Este estudo foi realizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Forense da Colômbia formado por profissionais interessados em estudar este fenômeno com auxílio deste instrumento (ROJAS, 2001). Os

resultados deste estudo apresentaram a predominância de conflitos intrafamiliares, traços de personalidades narcisistas e limítrofes, prevalência de suicídio em homens jovens, solteiros e que haviam manifestado ideias suicidas (ROJAS, 2001).

Conforme explica Werlang (2012), este método rapidamente tornou-se um procedimento aceito, mas por se tratar de uma avaliação complexa que carecia de modelo e da ausência do objeto, o entrevistador poderia estar exposto a tendenciosidade. Desta forma, Werlang desenvolveu um instrumento semi-estruturado visando diminuir o viés subjetivo no uso deste recurso de avaliação, investigando a aplicabilidade desse instrumento (WERLANG, 2012). Portanto, após a validação da Autópsia Psicológica, este instrumento já foi adaptado para o espanhol em um estudo realizado na Espanha (GARCIA-CABALLERO et al., 2010).

No Brasil, foram realizados trabalhos de campo com este tipo de instrumento, adaptado às pessoas idosas, com o tema: “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e a possibilidade de atuação do setor saúde” (CAVALCANTE et al., 2012 b). A realização deste estudo com diversos pesquisadores nacionais, capitaneado por Fátima Cavalcante e Cecília Minayo foi realizada em dez municípios brasileiros que denunciaram a vulnerabilidade de 51 idosos (WERLANG, 2012).

Conforme comentado no início desta subseção, este grupo de pesquisadores realizou modificações na concepção no modelo clássico de Autópsia Psicológica, visando qualificar a coleta de informações qualitativas, elaborando o que chamaram de Autópsia Psicossocial. Segundo os autores, este é um instrumento de estudo retrospectivo que reconstituiu o *status* da saúde física, mental e as circunstâncias sociais das pessoas que faleceram por suicídio a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos as vítimas (WERLANG, 2012; CAVALCANTE et al., 2012 b). Cavalcante et al. (2012 b) comentam que por ser uma estratégia qualitativa, os pesquisadores trabalham com amostras pequenas de casos. Apesar disso, o ponto forte está na contextualização dos dados da história psicológica e psicossocial das pessoas estudadas e na possibilidade de se mostrar uma série de circunstâncias que os estudos epidemiológicos não conseguem (CAVALCANTE et al., 2012 b).

Os dados apresentados pelos estudos com Autópsias Psicossociais no Brasil têm reportado que problemas financeiros, brigas na família, isolamento social e solidão como os motivos sociais mais frequentes de desencadeamento de suicídios em idosos (MINAYO et al., 2012 a, b). A situação de depressão, isolamento social e de solidão afetam principalmente os homens tornando-se, no caso deles, um fator de risco para suicídio (CAVALCANTE et al., 2012 a; MINAYO et al., 2012 a, b).

Outros fatores apresentados pelas Autópsias Psicossociais associados aos suicídios foram os abusos, desqualificações, doenças físicas e mentais, tentativas e suicídio na família, alcoolismo, uso de outras drogas (CAVALCANTE et al., 2012 a; MINAYO et al., 2012 a, b), a vivência de eventos estressantes como a perda de familiares significativos, estar solteiro, separado ou viúvo (DI MAURO et al., 2003). Nestes estudos, o perfil dos idosos estudados foram de 40 homens e 11 mulheres, sendo o enforcamento, o método mais utilizado em ambos os sexos. Em continuidade ao método, as armas de fogo e envenenamento foram mais frequente nos homens e pelas mulheres, chamas e queda de altura (CAVALCANTE et al., 2012 a).

2 ABORDANDO UM OBJETO COMPLEXO: PRINCÍPIOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

2.1 AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODO

A triangulação não é um método, mas uma estratégia de pesquisa ancorada em métodos científicos testados e consagrados que se utiliza de estratégias quantitativa e qualitativa para a compreensão dos fenômenos sociais (MINAYO, et al., 2005). A integração destas estratégias contribui para aumentar o conhecimento do fenômeno, superar as dicotomias entre quantitativo e qualitativo, na clarificação da realidade e das possibilidades destas abordagens interdisciplinares se combinarem (MINAYO, et al., 2005). O enfoque interdisciplinar se faz necessário para buscar a totalidade do conhecimento, superar sua fragmentação e de trazer respostas aos complexos problemas que não são respondidos pelos enfoques unidisciplinares (DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. apud MINAYO, M. C. S.; DESLANDES S. F., 2013).

Nesta pesquisa, ao assumirmos teoricamente que o suicídio é um fenômeno complexo, adotamos a contrapartida metodológica de triangulação de métodos. Ao conjugarmos estratégias quantitativas e qualitativas, esperamos abordar o suicídio explorando suas regularidades, frequências, relações históricas, representações e as lógicas internas dos sujeitos (MINAYO, 2010).

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O estado do Amazonas possui uma área territorial de 1.559.161,7 km², representando aproximadamente 31% da Amazônia legal brasileira. A população residente no Amazonas no ano de 2010 era de 3.483.985 habitantes, sendo a capital Manaus, município que representa 51,7% da população total (IBGE, 2012 a). Manaus está localizada à margem esquerda do Rio Negro, próximo à confluência com o Rio Amazonas (IBGE, 2012 b). Em 2010 a cidade de Manaus possuía 1.802.014 habitantes com área territorial de 11.401 Km² e densidade demográfica de 2,23 habitantes/Km² (IBGE, 2012 b).

De acordo com o IBGE (2012 a) a população de idosos cresceu no Estado do Amazonas. Em dez anos, de 2000 a 2010, a população estimada de pessoas com 60 anos ou mais no Estado do Amazonas, passou de 137.060 para 210.255, havendo, portanto, um incremento superior a

50% neste grupo etário. Considerando a população total do estado, este grupo etário representava 4,9% em 2000 e 6,3% em 2010.

A capital do Estado, Manaus, também apresentou aumento em sua população de pessoas com 60 anos ou mais. Neste período de dez anos, Manaus passou de 65.731 em 2000 para 108.081 idosos em 2010. Considerando a população total da capital, este grupo etário representou 4,68% em 2000 e 6% em 2010 (IBGE, 2012 a).

No período de 2000 a 2010 houve aumento no número de pessoas de 60 anos ou mais em relação ao gênero. De acordo com o IBGE (2012 a), o número de idosos do sexo masculino em 2000 contabilizava 28.321 (2,02%) idosos, e em 2010, estes números corresponderam a 46.880 (2,6%) idosos. Em relação ao sexo feminino, haviam 37.410 (2,66%) idosas em 2000, passando para 61.201 (3,4%) idosas em 2010 (IBGE, 2010 a).

Em relação aos idosos que não frequentaram a escola em Manaus, haviam 19.282 pessoas de 60 anos ou mais sem instrução em 2000, sendo que em 2010 este grupo etário contabilizava 54.720 pessoas de 60 anos ou mais sem instrução. Considerando a população total da capital, estes dados correspondem respectivamente a 14,07% em 2000 e 26,02% em 2010 (IBGE, 2012 a).

Conforme os dados do IBGE (2012 a), houve um aumento em relação ao nível de escolaridade dos idosos da cidade de Manaus entre os anos de 2000 a 2010. Em relação as pessoas com 60 anos ou mais, 5.382 (3,92%) haviam estudado de 8 a 10 anos, 5.970 (4,35%) haviam estudado de 11 a 14 anos e 2.035 (1,48%) estudaram 15 anos ou mais em 2000. Em 2010, haviam estudado o ensino fundamental 8.426 (4%) pessoas com 60 anos ou mais, enquanto que entre os que estudaram o ensino médio completo e superior contabilizaram 11.100 (5,27%).

Diante do envelhecimento populacional do Amazonas, citado acima, o Governo do Estado e suas Prefeituras desenvolveram equipamentos sociais e de saúde voltados para garantir os direitos da população de idosos. Entretanto, serão aqui apresentados as políticas e ações voltadas para os idosos da Capital do Estado, por ser o local onde foi desenvolvida a presente pesquisa. Também se comentará a seguir a respeito de instituições que embora não diretamente relacionadas a políticas para os idosos estão de algum modo relacionadas a etapas e/ou procedimentos desta pesquisa.

Em 07 de março de 2001, foi aprovado o decreto nº 5,482 que estabelece a Política Municipal do Idoso no intuito de garantir os direitos sociais estabelecidos na Política Nacional e no Estatuto do Idoso (Prefeitura de Manaus, 2005). A implantação da Política Municipal do

Idoso é de competência dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada cabendo à Fundação Doutor Thomas (FDT) a coordenação, acompanhamento e avaliação dessa política (Prefeitura de Manaus, 2005).

Em relação às ações implementadas à Terceira Idade pelo Governo do Estado do Amazonas, os Centro de Atenção Integral À Melhor Idade (CAIMIs) e os Centros de Referência da Família (CRF) (Governo do Estado do Amazonas, 2013 a, b) são unidades que desenvolvem atividades socioeducativas, assistenciais e de capacitação com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos (Governo do Estado do Amazonas, 2013 b).

As Universidades Federal do Amazonas (UFAM) e do Estado do Amazonas (UEA), também oferecem serviços de atenção e formação de recursos humanos para esta clientela. Os programas ofertados pela UFAM são: Programa Idoso Feliz Participa Sempre e Programa de Atenção à Saúde do Idoso (UFAM, 2013).

Por sua vez a UEA oferece o programa de extensão Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), com o objetivo desenvolver ensino e pesquisa no processo de envelhecimento humano aos profissionais dos diversos campos do conhecimento (UEA, 2013). Outro objetivo da UnATI/UEA é a integração social e cultural do idoso em atividades sob supervisão de profissionais qualificados através de atividades que propiciem conhecimentos como as oficinas da memória, do violão, etc (UEA, 2013).

Em relação às assistências jurídicas, há a Delegacia Especializada de Crimes Contra o Idoso, o DECCI. Situado na Rua do Comércio, bairro Parque Dez, zona Centro-Sul, o DECCI é administrado pela Polícia Civil do Amazonas e que realiza investigações de crimes cometidos contra pessoas da terceira idade, além de realizar todos os registros de agressões, homicídios e maus tratos contra os idosos (Secretaria de Segurança Pública do Amazonas, 2013). Tem como objetivo integrar um complexo voltado para o atendimento especializado ao idoso.

Outra importante instituição voltada para o desenvolvimento de políticas públicas é a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM). A FVS tem por finalidade a promoção e proteção da saúde, por meio de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, do controle de doenças, da educação, capacitação e pesquisa com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população amazonense. Está localizada na Rodovia Deputado Vital de Mendonça, Km 09, s/nº, no bairro Terra nova. Como se verá adiante foi a partir desta instituição que tivemos acesso a documentos que permitiram contatar os familiares dos idosos que morreram por suicídio.

2.3 ETAPA QUANTITATIVA

Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo sobre a mortalidade por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais no Amazonas, entre os anos de 2001 a 2010. A fonte para coleta dos dados de suicídio foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS). O universo de estudo comportou a totalidade dos registros de óbito entre pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que tiveram a causa básica codificada no intervalo X60 a X84 (“lesões autoprovocadas voluntariamente”) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 2000).

As estimativas populacionais utilizadas eram provenientes do conjunto de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (IBGE, 2012 a), dos quais foram extraídos os dados censitários da população de pessoas com 60 anos ou mais do Amazonas e seus municípios para os anos de 2000 e 2010. Utilizou-se o método de interpolação geométrica anual para estimar a população de pessoas com 60 anos ou mais entre os anos intercensitários de 2001 a 2009.

Para o cálculo das Taxas de Mortalidade por Suicídio de Idosos (TMSID) foi considerado como numerador a quantidade de óbitos por suicídio ocorridos no decênio e como denominador o somatório das estimativas populacionais para os diferentes anos do estudo. Foram calculadas TMSID para a população geral, masculina e feminina e para diferentes faixas etárias. As taxas foram expressas em número de óbitos por suicídio por 100.000 habitantes.

As taxas de mortalidade por suicídio foram classificadas de acordo com a proposta de Diekstra e Gulbinat (1993): taxas menores que 5 mortes por 100.000 habitantes foram consideradas baixas, entre 5 e 15 mortes por 100.000 habitantes foram consideradas média, entre 15 e 30 mortes foram consideradas altas e 30 ou mais mortes por 100.000 habitantes foram consideradas muito altas.

A caracterização sociodemográfica dos óbitos por suicídio foi feita mediante a utilização das seguintes variáveis: município de residência, idade, sexo, raça/cor, estado civil, local de ocorrência, método utilizado para cometer suicídio, dia da semana da morte e datas comemorativas. A variável escolaridade foi excluída devido ao elevado percentual de incompletitude (22,9%).

Os dados extraídos foram descritos e comparados em dois grupos diferentes de idosos conforme a faixa etária a fim de verificar se houve aumento ou decréscimo entre as TMSID, as características sociodemográficas e métodos utilizados para perpetrar o suicídio.

A análise descritiva dos dados foi realizada mediante a geração de frequências relativas, absolutas e de medidas de tendência central. Para comparação das proporções entre os diferentes grupos de idosos foi utilizado o teste do qui-quadrado, tendo como nível de significância estatística o P valor < 0,05. A estruturação do arquivo de dados foi efetuada no ExcelR.

2.4 ETAPA QUALITATIVA

A abordagem qualitativa tem como característica “trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças dos valores e atitudes” (MINAYO, 2010, p. 23). Entende-se estes fenômenos humanos como parte da realidade social, caracterizando os seres humanos não só pelo agir, mas por pensar, interpretar suas ações a partir da realidade vivida (MINAYO, 2010), e como visto anteriormente são elementos importantes para compreensão em profundidade do fenômeno do suicídio.

Portanto, esta etapa valorizou a compreensão dos significados, motivações, valores e atitudes que os familiares fizeram sobre o suicídio de idosos, por meio da análise de suas narrativas sobre este evento, coletadas mediante o uso de Autópsias Psicossociais. Desta forma, a seguir serão apresentados alguns elementos teóricos sobre as narrativas e suas relações com estudos sobre suicídio, tendo em vista a sua utilização nesta pesquisa.

2.5 NARRATIVAS: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

As narrativas fazem parte de nossas vidas desde a origem do homem, quer seja oral, escrita ou por imagens, permeando a vida humana através de seus significados e símbolos (CASTELLANOS, 2014). Desde a Filosofia clássica, Aristóteles já comentava sobre a existência de vários gêneros de narrativas como a tragédia, a epopeia e a comédia (CASTELLANOS, 2014). Segundo Aristóteles e Platão, a narrativa produz uma discussão sobre a relação entre o modo de narrar, a própria representação que as pessoas fazem da realidade e principalmente sobre os efeitos que as narrativas produzem nos ouvintes/leitores (SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M., 2002).

A narrativa é vista como uma forma privilegiada dos seres humanos organizarem a sua compreensão do mundo, dando sentido a um acontecimento. As histórias contadas apresentam a experiência pessoal em uma sequência lógica que apresenta início, meio e fim. Assim, a narrativa estrutura-se através do enredo, dos personagens, do tempo, do espaço e o do ambiente com suas características morais, psicológicas e sócio econômicas onde os personagens vivem (VIEIRA, 2001; JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W., 2002).

Castellanos (2014) comenta que vivemos imersos entre grandes e pequenas narrativas. As grandes narrativas envolveriam explicações sobre o mundo através de ordem religiosa, científica e filosófica com o intuito de ordenar os eventos e ações que afetariam temporalidades mundanas ou sagradas (CASTELLANOS, 2014). Já as pequenas narrativas consistiriam em histórias curtas, biografias, produzidas em contextos específicos como a família, o trabalho, etc, com o objetivo de captar as experiências pessoais, os sentidos de ser e estar no mundo em sociedade (CASTELLANOS, 2014).

A narrativa como objeto de estudo e pesquisa tem seu início no século XX, na Escola de Chicago, dentro do Departamento de Sociologia e Antropologia (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013; CASTELLANOS, 2014). Inspirados no filósofo e historiador alemão Dilthey, os pesquisadores desta escola buscaram compreender, por meio das narrativas, que o fenômeno social só poderia ser apreendido a partir do indivíduo e do seu vivido (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013). Neste contexto de estudo, empregaram diferentes instrumentos metodológicos para analisar cartas, documentos de arquivos, histórias de vida e autobiografias (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013). Com isso, os pesquisadores da escola de Chicago buscaram entrecruzar dados biográficos informados com dados relativos aos contextos sociais amplos (CASTELLANOS, 2014). Neste período as narrativas eram usadas como técnicas de coletas de dados.

Após os anos 1940, a narrativa como instrumento de pesquisa foi abandonada até os anos 1970, tendo o seu retorno com o sociólogo Daniel Bertaux, devido seu interesse em compreender a dinâmica dos grupos sociais (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013).

Onocko-Campos et al., (2013) ressalta a importância de Paul Ricoeur nos estudos de narrativas em pesquisas qualitativas para compreender as experiências e diferentes visões de sujeitos em um determinado contexto.

Conforme Castellanos (2014, pág. 1069), “a hermenêutica fenomenológica de Ricoeur oferece uma base teórico-metodológico para a compreensão das espessuras significativas da experiência humana na análise da instância narrativa”. Em seu livro *Tempo e Narrativa*, Ricoeur fundamenta a narratividade mediante a organização de complexas relações entre a experiência,

linguagem e interpretação, instituindo, através das narrativas, a noção de temporalidade (CASTELLANOS, 2014; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013; VIEIRA, 2001). Deste modo, o tempo encontra na narrativa a sua expressão de sentido, revelando o caráter temporal da experiência humana (VIEIRA, 2001).

As ciências humanas e sociais vivenciaram um forte interesse no uso das narrativas, principalmente no campo da saúde pública nas décadas de 1970 e 1980, com base nas quais fundamentaram sua estratégia de pesquisa no universo singular, cotidiano, e da subjetividade humana em relação às condutas coletivas (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013; CASTELLANOS, 2014). Os pesquisadores norte-americanos da escola sócio antropológica buscaram compreender a dimensão subjetiva da experiência de adoecimento e cuidado, vivenciado pelo doente em diversos contextos de saúde, principalmente os referentes ao adoecimento crônico (CASTELLANOS, 2014).

Através dos estudos com narrativas sobre o adoecimento crônico, a doença passou a ser explicada não mais como um processo fisiopatológico, mas sim como uma experiência pessoal e social, dentro de um ponto de vista dinâmico, colocando a fisiologia em segundo plano, e assim, destacando a posição do doente sobre a doença e seu adoecimento (GOMES, R.; MENDONÇA, 2013). Castellanos (2014) comenta que Kleinman foi o primeiro estudioso a se interessar na análise de narrativas dos adoecidos crônicos a respeito de sua experiência. Conforme o autor citado, os trabalhos de Kleinman influenciaram os pesquisadores brasileiros a explorar os conceitos de representação social e narrativas (CASTELLANOS, 2014).

Ressalta-se aqui a importância e o uso amplo das narrativas na Antropologia da Saúde como uma forma de se obter informações acerca das práticas e saberes em saúde de um grupo. As histórias contadas e registradas sobre o como é viver com a doença, representa a manifestação de uma experiência que foi construída socialmente através dos acontecimentos vividos e nas versões desses acontecimentos de adoecimento (SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M., 2002).

Portanto, a narrativa de vida é mais do que a construção de histórias e de descobrir o sentido, pois “trata de fazer emergir o sentido que lhe é atribuído no espaço intersubjetivo como possibilidade de reconstrução” (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013, pág. 139). Por meio da narrativa, identifica-se como as pessoas constroem simbolicamente seu mundo e como esse mundo funciona. Desta forma, o pesquisador irá organizar as sequências dos eventos, interpretando-os, com o objetivo de estabelecer explicações, identificando conflitos sociais e os

significados que as pessoas dão sentido à experiência (SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M., 2002; ALVES, P. C., 2002).

Como instrumento biográfico, o informante é incitado a contar, possibilitando através da Entrevista Narrativa (EN), resgatar a história tal como o sujeito a conta (AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C., 2013; JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W., 2002).

Gomes e Mendonça (2013) comentam que durante a narrativa, o passado, presente e futuro se articulam, permitindo ao informante a possibilidade de narrar suas experiências do passado sob o olhar do presente, propiciando um novo olhar sobre o fenômeno, uma nova reflexão. O que se comunica é a experiência privada carregada de significação partilhada pelo narrador e seus interlocutores (GOMES, R.; MENDONÇA, 2013).

Entretanto, é importante destacar que o grupo de pesquisa que serviu de inspiração analítica para as narrativas dos familiares de nosso estudo, realizaram modificações no modelo clássico de Autópsias Psicológicas, visando qualificar o instrumento para extrair as narrativas e compreender os sentidos e significados atribuídos aos suicídios nestas pesquisas. Cabe ressaltar que os estudos anteriores realizados com Autópsias Psicológicas visavam a quantificação dos transtornos mentais e examinar a força de sua associação com o suicídio. Owens e Lambert (2012), comentam que os métodos quantitativos utilizados nestas pesquisas, além de serem inadequados para analisar as histórias e narrativas sobre o suicídio, suprimiam inadvertidamente os significados atribuídos aos eventos pelos seus narradores. Sugerem ainda que o discurso psiquiátrico que domina a suicidologia ocidental e que foi construído com base nas entrevistas de Autópsias Psicológicas, não é suportado por uma estreita leitura das narrativas que são tecidas pelos parentes durante as entrevistas. Estes autores (OWENS, C.; LAMBERT, H., 2012) comentam também que seus estudos podem ser considerados como um método alternativo de se estudar o suicídio.

Destacamos que em nossa pesquisa, utilizamos o roteiro de entrevista semiestruturado chamado Autópsia Psicossocial, instrumento desenvolvido a partir das clássicas Autópsias Psicológicas, como caminho para acessarmos as narrativas dos familiares. Por meio das narrativas, foi possível compreender como os familiares deram sentido ao suicídio de seus idosos. Cabe aqui ressaltar, importantes estudos realizados na Inglaterra por apresentarem similaridades com o nosso presente estudo.

Estudos realizados por Owens et al. (2008) e Owens e Lambert (2012), utilizando métodos qualitativos, analisaram narrativas de familiares enlutados como meio de compreender os significados atribuídos ao suicídio cometido por um de seus membros da família. Em seus

achados, os parentes enlutados apresentaram um amplo repertório de metáforas, motivos, imagens e representações simbólicas para criar o mito pessoal do falecido, ou seja, os suicidas foram representados por seus familiares como heróis, vilões, vítimas ou até mesmo como doentes (OWENS, C.; LAMBERT, H., 2012). Outros informantes retrataram que o suicida sofria de alguma forma de loucura ou doença mental, sugerindo que o falecido apresentava uma personalidade dividida, em que o alienígena ou álter ego assumia o controle de seu corpo (OWENS, C.; LAMBERT, H., 2012). No entanto, alguns informantes empregaram uma estratégia diferente para tentar preservar a integridade moral e psicológica do falecido. Tal estratégia se refere a decisão de morrer como uma escolha feita a partir de motivos nobres e racionais.

Os achados destas narrativas revelaram que as mulheres estão mais propensas de terem seus comportamentos definidos como problemas de ordem mental, e assim, estando passíveis de tratamento médico (OWENS, C. et al., 2008; OWENS, C.; LAMBERT, H., 2012). Tal explicação está relacionada a incapacidade de resistirem as experiências adversas, deixando-as fragilizadas e propensas as doenças mentais. Em relação aos homens, estes raramente foram reportados como estando suscetíveis a problemas de saúde mental, a não ser que a noção de posse servisse de indicativo a uma atribuição implícita e não reconhecida de doenças mentais. Desta forma, finalizam sua conclusão explicando que é mais fácil e aceitável atribuir a doença mental às mulheres do que para os homens

Portanto, torna-se importante ouvir as narrativas sobre o suicídio de idosos a partir da “perspectiva dos informantes” (JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W., 2002). É por meio das narrativas que se torna possível a verificação dos consensos e dissensos entre as histórias sobre os idosos suicidas, além de estabelecer uma relação empática com aqueles que narraram a trágica história dos idosos que vieram a tirar suas vidas.

2.6 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional e paradigmática. O pesquisador buscou privilegiar os sujeitos sociais que conhecem os atributos daqueles que se pretende conhecer (MINAYO, 2010), bem como da disponibilidade de participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A) e ter idade superior a 18 anos.

Ao optar pelos familiares, parte-se do pressuposto de que a importância da história familiar propiciará um entendimento do ambiente em que ocorreu o suicídio (FIGUEIREDO et al., 2012). Ao fazer esta escolha, o pesquisador aproximou-se de uma realidade concreta onde ocorreu o fenômeno a ser investigado, permitindo ampliar a compreensão do tema e explorar as variadas representações (FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G., 2004) sobre o suicídio de idosos.

A fonte utilizada para acessar as pessoas que morreram por suicídio foi o banco de dados de declarações de óbito da FVS/AM. Obedeceu-se um período médio de no mínimo dois anos entre a consumação do suicídio e a entrevista com o objetivo de preservar e respeitar os aspectos emocionais dos familiares conforme a literatura (FIGUEIREDO et al., 2012). Desta forma, realizou-se a busca de casos de suicídio (X-60 a X84) no arquivo supracitado, no período de 2000 a 2012. Após a captação destes dados, os familiares foram contatados pessoalmente pelo pesquisador e convidados a participar da entrevista.

O critério importante a ser considerado neste processo de escolha não foi o numérico, já que a finalidade não é o de quantificar opiniões e sim de explorar e compreender os diferentes pontos de vista (FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G., 2004) dos familiares. A quantidade de entrevistas seguiu o critério de saturação. Por saturação entende-se como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos, na avaliação do pesquisador, apresentarem repetição, não sendo relevante prosseguir na coleta de dados (FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G., 2004; FONTANELLA et al., 2008).

Portanto, foi proposto alcançar dez entrevistas com familiares de idosos de sessenta anos ou mais que cometeram suicídio na cidade de Manaus, Amazonas. Para que fosse alcançado este objetivo, nos meses de coleta de dados (outubro a dezembro de 2014), foram realizadas vinte e três visitas às casas dos parentes das vítimas. Para 12 casos não se conseguiu localizar parentes ou conhecidos. Houve três recusas. Em dois casos, parentes ou pessoas próximas se sentiram indignadas por alguém se atrever a perguntar sobre o assunto. No outro caso, o familiar disse simplesmente que não gostaria de falar desse tema, considerando o assunto encerrado para a família. Todas as entrevistas foram gravadas, gerando uma média de duas horas cada, o que contabilizou quinze horas e quarenta minutos de gravação.

A fim de resguardar as identidades dos idosos e dos entrevistados nas transcrições das narrativas, foram atribuídos nomes fictícios a cada participante, conforme a breve descrição nos quadros 1 e 2 (estes quadros estão apresentados no capítulo 3, subitens 3.2.2.1 e 3.2.2.2, nas páginas 56 e 58 respectivamente).

Diante deste pressuposto, do tempo de realização de uma pesquisa para o desenvolvimento de uma dissertação de mestrado e pela investigação em profundidade deste complexo fenômeno, o número de casos analisados na presente pesquisa foi de 8 casos de suicídios de idosos ocorridos na cidade de Manaus, Amazonas.

2.7 INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

O instrumento qualitativo utilizado no presente estudo foi submetido ao processo de crítica para seu aperfeiçoamento por meio da pesquisa multicêntrica intitulada: “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidade de atuação do setor saúde”. Este instrumento foi adaptado e testado por Maria Cecília Minayo e Fátima Cavalcante com base na literatura científica para conhecer as histórias de suicídio de idosos no Brasil (WERLANG, 2012; CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S., 2012 a; CAVALCANTE et al., 2012 b).

A Autópsia Psicossocial utilizada nesta pesquisa é um roteiro de entrevista semiestruturada, constituído de uma ficha de identificação, genograma e pelo roteiro de entrevista para autópsias psicossociais (ANEXO-B). No presente estudo, não foi utilizado o genograma, mas apenas o roteiro de entrevista com o quantitativo de 43 perguntas. Assim, foi levado em consideração o tempo dispendido e com o conteúdo da entrevista para não esgotar emocionalmente os entrevistados (CAVALCANTE et al., 2012 b).

Na ficha de identificação estão incluídos dados de caracterização da pessoa idosa e do suicídio, de forma circunstanciada, de sua família e do (s) entrevistado (s). Em relação ao roteiro, este contém (CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S., 2012 a):

sete questões sobre caracterização social, dezoito sobre o perfil e modo de vida da pessoa que se suicidou, sete sobre descrição do suicídio e da atmosfera que o acompanhou, seis sobre o estado mental do idoso antes do ato final e cinco sobre a imagem da família sobre antes, durante e depois do suicídio.

A análise das entrevistas utilizada no presente estudo foi desenvolvida e testada efetivamente pelo grupo de pesquisa de Minayo e colaboradores (2012, a, b) com familiares de idosos que cometeram suicídio no Brasil. Entretanto, foram realizados ajustes devido a diferença de um estudo multicêntrico desenvolvido por um grupo de pesquisa e uma dissertação de mestrado desenvolvida por este estudante. Destaca-se que aquele trabalho (CAVALCANTE, F.

G.; MINAYO, M. C. S., 2012 a; CAVALCANTE et al., 2012 b) serviu de inspiração metodológica e analítica para o estudo de idosos que cometeram suicídio na cidade de Manaus.

Portanto, para a análise em profundidade levou-se em consideração as narrativas dos entrevistados, as interpretações do pesquisador e os dados de contextualização para se estabelecer as categorias de relevância (CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S., 2012 a).

Para que este objetivo fosse alcançado, utilizamos o roteiro de Entrevista de Autópsia Psicossocial de duas formas: 1) para reconstruir as narrativas dos informantes e; 2) como um meio para extrair as categorias que foram utilizadas em nossas análises. Desta forma, é relevante destacar que seguimos as orientações de Deslandes, Gomes e Minayo (2011) como procedimento metodológico para a interpretação de dados em pesquisa qualitativa.

A partir das transcrições, realizamos as leituras compreensivas das narrativas com o objetivo de apreender as particularidades dos materiais e identificarmos as categorias empíricas (DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S., 2011).

Em um segundo momento, realizamos a exploração dos materiais. Nesta etapa, decompomos as narrativas em recortes de trechos para identificarmos as ideias explícitas e implícitas nos textos. Conforme explicam os autores (DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S., 2011), nesta etapa é necessário que o pesquisador seja capaz de ir além das falas e dos fatos para caminhar em direção do revelado ao velado.

Por último, realizamos a síntese interpretativa das narrativas. Nesta etapa, privilegamos os sentidos mais amplos que traduzem a lógica interna dos casos através da articulação entre os objetivos do estudo, da base teórica adotada e dos dados empíricos (DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S., 2011). Portanto, os casos foram organizados em torno de nove categorias: Características Gerais; Como Eram Descritos Pelos Familiares; Conflitos Familiares; Perdas Prévias; Ideias Explicativas Sobre O Suicídio; Estado Mental, Álcool E Drogas, Indícios De Que Iria Cometer Suicídio e; Contato Com O Serviço De Saúde mental.

Cada categoria empírica, permitiu produzir um recorte analítico que privilegiou compreender os seus aspectos históricos, os fatores de risco ou protetores, os fatores agravantes como doenças físicas e mentais, as circunstâncias afetivas, sociais e econômicas, vida pessoal e motivações para o suicídio dos idosos estudados.

2.8 ARTICULANDO OS ESTUDOS QUALITATIVO E QUANTITATIVO

Conforme explica Minayo (1998), o suicídio vem sendo estudado por diversas disciplinas, mediante suas próprias concepções teóricas, o que leva a redução do problema do suicídio. Defende que o suicídio é um fenômeno de “natureza histórica, cultural e individual, expressando-se nos indivíduos, numa síntese biopsicossocial” (MINAYO, 1998, p. 423).

Este estudo apropriou-se da triangulação de métodos no intuito de compreender tanto em “extensividade e em intensividade” (DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G., 2013, p. 215) o fenômeno suicídio.

Cabe ressaltar aqui que Deslandes e Assis (2013) classificam diferentes tipos de interação entre os métodos qualitativos e quantitativos, sendo estes chamados de Predomínio de um dos Pólos, a Justaposição das Abordagens e o Modelo Dialógico.

No modelo Predomínio de um dos Pólos, “os estudos são ordenados de acordo com um dos métodos, sendo uma abordagem preliminar ou suplementar a outra” (DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G., 2013, p. 213). Em relação aos Modelos Justaposição e Dialógico ocorre a integração entre estes métodos. Na Justaposição são realizadas a “junção de ambas as leituras sem a subordinação de um ou de outro método e, no Modelo Dialógico, ocorre a integração no intuito de buscar as competências específicas de cada método” (DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G., 2013, p. 213)

Neste estudo, foi realizado a justaposição de ambas as leituras, quantitativa e qualitativa, sem que houvesse predomínio deste ou daquele método. Neste tipo de estudo, “os resultados serão produzidos separadamente e depois comparados, buscando-se evidenciar convergências e divergências entre os dois aspectos” (DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G., 2013, p. 213).

Mediante a justaposição, construiu-se um tipo de conhecimento obtido pela interação quali-quantitativa sobre o tema suicídio de idosos em Manaus mediante a articulação destas estratégias, valorizando tanto os aspectos epidemiológicos quanto os significados atribuídos pelos familiares sobre este fenômeno.

Através das análises em conjunto, entre o quantitativo e o qualitativo, os traços psicológicos se articularão com os biográficos, socioeconômicos e culturais (CAVALCANTE et al., 2012 b). Espera-se que o procedimento analítico propicie, conforme explica Cavalcante et al. (2012 b, p. 2048):

uma visão holística do tema contrapondo-se à tendência unidimensional de muitos estudos que tratam as causas do suicídio como tópicos isolados e não como fatores

mútiplos, interativos e que competem entre si, tornando as pessoas progressivamente mais vulneráveis.

Por fim, informa-se que a presente pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 496/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) sob o CAAE 30929114.8.0000.5020.

3 SUICÍDIO ENTRE IDOSO: NÚMEROS E NARRATIVAS

3.1 OS NÚMEROS: RESULTADOS QUANTITATIVOS

No período de 2001 a 2010 foram registrados 53 óbitos por suicídio de pessoas com 60 anos ou mais no Amazonas. Em Manaus ocorreram 39 casos (73,6%). Nos municípios de Parintins e Tabatinga ocorreram três casos (5,7%) em cada. Os demais onze casos foram registrados em sete municípios diferentes.

A TMSId no Amazonas foi estimada em 3,0/100.000. Considerando os 62 municípios do Amazonas, 52 (83,87%) apresentaram taxas nulas, ou seja, não foram registrados óbitos por suicídio. Apenas 10 municípios (16,13%) apresentaram registros de óbitos por suicídio de idosos no período de 2000 a 2010. A TMSId foi baixa em Manaus e Parintins, correspondendo a 4,5/100.000 e 4,8/100.000, respectivamente. Contudo, a TMSId no município de Tabatinga foi considerada média, correspondendo a 13,4/100.000.

No estado do Amazonas, a TMSId do sexo masculino foi 5,7/100.000 e do sexo feminino 0,6/100.000. Tanto no estado do Amazonas, como em Manaus, as TMSId aumentaram conforme o grupo etário. Em Manaus, a TMSId entre o grupo etário de 80 anos ou mais foi de 6,5/100.000 (ver tabela 1), chegando a alcançar valores de 17,7/100.000 entre homens deste grupo etário.

No Amazonas, houve predomínio de suicídios em pessoas do sexo masculino (90,57%), pardos (86,27%) e cerca de metade dos casos ocorreu em solteiros (51%). Os suicídios foram concretizados preferencialmente por meio do enforcamento (79,3%) e no domicílio (78,9%). Cerca de metade dos casos ocorreu nos dias de final de semana (58,5%).

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por suicídio (óbitos/100.000 habitantes) segundo grupo de Idade em Manaus e Amazonas, Brasil, 2001-2010

Faixa Etária	Amazonas		Manaus	
	N	Taxa	N	Taxa
60-69 anos	29	2,9	19	3,7
70-79 anos	16	3,1	13	5,1
80-anos ou mais	08	3,6	07	6,5
Total	53	3,0	39	4,5

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS)

Houve predomínio de casos notificados de suicídios em pessoas do sexo masculino. Entre as pessoas com 60 a 69 anos, houve 25 notificações de suicídio entre os indivíduos do sexo masculino, correspondendo a 86,21%. Entre as pessoas com 70 anos ou mais do sexo masculino, houve 23 casos notificados, contabilizando 95,83%.

Em relação a categoria raça/cor, houve 23 (82,14%) casos de suicídio entre pessoas da cor parda e 4 (14,29%) casos entre pessoas brancas na faixa etária de 60 a 69 anos. Entre as pessoas com 70 anos ou mais, foram notificados 20 casos de suicídio entre pessoas pardas, correspondendo a 90,91% deste grupo.

Na comparação entre os grupos etários das categorias estado civil, houve 17 (58,62%) casos notificados entre os casados na faixa etária de 60 a 69 anos do que entre os não casados. Entretanto, entre as pessoas de 70 anos ou mais houve maior notificação entre os não casados, contabilizando 14 (60,87%) suicídios neste grupo etário. Contudo, apesar de haver uma tendência maior entre os idosos não casados de 70 anos ou mais de cometerem suicídio, não se observou significância estatística entre os diferentes grupos de idosos (p-valor 0,062).

Verificou-se uma predominância de suicídio nos domicílios em ambas as faixas etárias. Entre as notificações de óbitos por suicídio no domicílio, 23 (79,31%) casos ocorreram entre as pessoas com 60 a 69 anos. Entre as pessoas com 70 anos ou mais, foram notificados 18 casos de óbitos por suicídio no domicílio, correspondendo a 75% dos casos.

O método preferencial para cometer suicídio foi o enforcamento em ambas as faixas etárias. Entre as pessoas com 60 a 69 anos, ocorreram 20 (68,97%) notificações de enforcamento, enquanto que entre as pessoas com 70 anos ou mais, ocorreram 22 (91,67%) notificações.

Da totalidade dos registros de óbitos por suicídio entre pessoas com 60 anos ou mais notificados no estado do Amazonas, foi observado que aproximadamente 18,9% dos óbitos por suicídio ocorreram em datas comemorativas como o ano novo (40%), o natal (30%) e aniversário (30%). Na comparação entre os grupos etários, observou-se uma maior proporção de suicídios ocorridos entre os idosos da faixa etária de 60 a 69 anos. Houve dois (3,8%) casos registrados no natal, três (5,7%) casos registrados no ano novo e dois (3,8%) casos registrados no aniversário.

Tabela 2 – Características dos óbitos por suicídio no Amazonas, no período de 2001-2010

	60-69anos (n=29)		70 anos ou + (n=24)		P (<0,05)
Sexo					
Masculino	25	86,21	23	95,83	0,48
Feminino	4	13,79	1	4,17	0,48

Tabela 3 – Características dos óbitos por suicídio no Amazonas, no período de 2001-2010
“continuação”

Raça/cor					
Parda	23	82,14	20	90,91	0,98
Branca	4	14,29	1	4,55	0,48
Indígena	1	3,7	1	4,55	1
Estado civil					
Solteiro	6	20,69	7	30,43	0,69
Casado	17	58,62	7	30,43	0,062
Viúvo	2	6,90	6	26,09	0,15
Separado	3	10,34	1	4,35	0,75
Ignorado	1	3,45	2	8,70	0,87
Local de ocorrência					
Hospital	4	13,79	2	8,33	0,85
Domicílio	23	79,31	18	75,00	0,96
Via pública	0	0	2	8,3	0,39
Outros	2	6,90	2	8,3	0,39
Método					
Enforcamento	20	68,97	22	91,67	0,09
Arma de fogo	7	24,14	2	8,33	0,25
Envenenamento	2	6,90	0	0	0,56
Dia da semana					
Fim de semana	17	58,62	12	50,00	0,73
Não fim de semana	12	41,38	12	50,00	1

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIM/DATASUS)

3.1.1 Discutindo os números

Manaus foi o município que apresentou a maior parte dos óbitos por suicídio entre pessoas com 60 anos ou mais seguido dos municípios de Parintins e Tabatinga. Tal fato pode ser compreendido devido a capital concentrar 51,41% da população de pessoas acima dos 60 anos e pelo município de Parintins configurar-se como o segundo município mais populoso em número de idosos do estado do Amazonas com 3,40% deste grupo etário. Entretanto, Tabatinga não é um dos municípios mais populosos em número de idosos, concentrando apenas 1,31% desta população, mas chama a atenção devido ao suicídio de dois idosos indígenas ocorrido nesta cidade.

Segundo Orellana et al. (2013), Tabatinga é um dos municípios amazonense que apresenta alta proporção de pessoas autodeclarada indígena e por apresentar elevadas taxas de óbitos por suicídio. Nesta pesquisa, foram encontradas taxa de mortalidade por suicídio mais

elevadas na faixa etária de 15 a 24 anos, caracterizando o suicídio como um fenômeno predominantemente juvenil nos municípios onde foi realizada a pesquisa.

Em relação a TMSId, o estado do Amazonas apresentou taxa baixa para a população de pessoas com 60 anos ou mais, conforme a classificação de Diekstra e Gulbinat (1993). Em um estudo realizado por Pinto et al. (2012 a), foram encontrados dados similares para o estado do Amazonas entre este grupo etário, com taxa de 3,2/100.000 no período de 1980 a 2009.

Entre os municípios que apresentaram as maiores ocorrências de registros de óbitos por suicídio, Parintins apresentou taxa baixa no período estudado, entretanto, apesar da maioria dos casos estarem registrados em Manaus, a TMSId apresentada foi baixa, enquanto que o município de Tabatinga apresentou taxa média no período estudado. Em comparação aos nossos achados, o estudo de Orellana et al. (2013), citado anteriormente, apresentou dados similares ao observado no presente trabalho. Segundo estes autores, Manaus apresentou taxa de 4,3/100.000, enquanto que Tabatinga, a taxa apresentada foi de 12,4/100.000 entre as pessoas com 60 anos ou mais.

Os resultados da razão homem/mulher no Amazonas evidenciaram a predominância dos óbitos masculinos, as quais foram, aproximadamente, 10 vezes superiores que as taxas femininas. Em relação à capital, Manaus apresentou valores maiores que as reportadas para o Estado, evidenciando uma razão 15 vezes superior que as taxas femininas. Esta razão é maior do que a observada por Pinto et al. (2012 c) para a totalidade dos suicídios de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil. Por outro lado, nossos achados aproximam-se dos resultados de Szanto et al. (2001) que apresentaram a razão homem/mulher de 12 suicídios de idosos do sexo masculino para 1 feminino nos estados brasileiros.

Em relação à faixa etária, as TMSId mais elevadas foram observadas entre as pessoas de 80 anos ou mais. Desta forma, podemos afirmar que os resultados encontrados em nossa pesquisa estão de acordo com alguns estudos nacionais que apresentaram um detalhamento sobre as taxas de mortalidade por suicídio de idosos de diferentes faixas etárias (LOVISI et al., 2009; MELLO-SANTOS et al., 2005; MENEGHEL et al., 2004; BERTOLETE, 2012).

De acordo com Bertolote (2012), as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas no mundo são encontradas entre pessoas com idade igual ou superior a 75 anos. Autores como Lovisi et al. (2009) e Mello-Santos et al. (2005), ao analisarem as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, observaram taxas mais elevadas entre as pessoas de 70 anos, com uma média de 7,8/100.000 e 7,2/100.000, respectivamente. Meneghel et al. (2004), ao estudar as características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul, evidenciou taxas mais elevadas entre os idosos com idade superior aos 70 anos.

Para Conwel e Thompson (2008) e Pires et al. (2009) os idosos mais velhos, principalmente do sexo masculino, vivenciam perdas continuadas com o avançar da idade, como o status ocupacional, perda de papel tradicional na família, declínio físico, viuvez, maior frequência de doenças físicas e expressivo rebaixamento de humor, tornando os idosos, sujeitos a comorbidade múltiplas e declínio funcional, o que aumenta o risco para o suicídio. Desta forma, apesar da TMSId no Amazonas ser baixa, o presente trabalho pôde evidenciar que um grupo especialmente vulnerável, os velhos manauaras de 80 anos ou mais do sexo masculino estão propensos ao suicídio.

Na análise da variável estado civil, houve maior frequência de casos de suicídios notificados entre os idosos solteiros acima dos 70 anos. Nossos achados estão de acordo com alguns estudos internacionais e nacional (DI MAURO et al., 2003; O'CONNELL, 2004; MENEGHEL et al., 2004) sobre o tema. Portanto, o status de solteiro, separado e viúvo são considerados eventos estressantes na vida dos idosos, pois a perda de familiares significativos e a separação são acontecimentos que interferem nos aspectos psicológicos, psiquiátricos e biológicos dos idosos, levando-os ao isolamento social, a solidão, a ausência de uma rede de apoio, a depressão, as ideações, tentativas e ao suicídio (DI MAURO et al., 2003; O'CONNELL, 2004; SHA et al., 2008).

No que diz respeito ao quesito cor, os resultados de nossa pesquisa divergem de um estudo que aponta para uma maior incidência de suicídio em pessoas brancas (PINTO et al., 2012 b). Os autores desta pesquisa (PINTO et al., 2012 b) realizaram um estudo ecológico sobre o suicídio de pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no triênio de 2005 a 2007. Os resultados deste trabalho indicam que houve, no período de estudo, uma ocorrência maior de suicídios entre os idosos da cor branca nos municípios onde há uma predominância de pessoas com descendência europeia como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. No Amazonas, a maioria dos registros de óbitos por suicídio foram encontrados em pessoas da cor parda. Segundo um estudo realizado pelo IBGE (2010), houve uma mudança na distribuição da população segmentada por cor ou raça, mostrando um crescimento de 44,2% entre aqueles que se autodeclararam pardos, o que provavelmente seja explicado pela recuperação da identidade racial, principalmente por aqueles que se autodeclararam indígenas e afrodescendentes.

Fazendo referência às análises sobre o tipo de método escolhido, os meios utilizados pelos idosos amazonenses para tirar a própria vida, em todas as faixas etárias analisadas, foram o enforcamento e a arma de fogo. Segundo Pinto et al. (2012 c) quando se analisa o método empregado para o suicídio, o enforcamento ainda persiste como o principal meio empregado em

ambos os sexos, seguido pelo uso de armas de fogo. Tal explicação, segundo estes autores, se deve ao fato de os idosos utilizarem métodos mais violentos e letais para tirarem suas vidas. No contexto investigado, observou-se maior ocorrência de óbitos por suicídio em ambiente domiciliar, haja vista que o suicídio é efetuado por meios letais, o indivíduo morre antes de chegar a receber atendimentos dos serviços de saúde (HAWTON, K; VAN HEERINGER, K. apud ORELLANA et al, 2013).

Em relação aos dias da semana, houve maior ocorrência de óbitos por suicídio no domingo entre as pessoas com 60 anos ou mais. Conforme um estudo realizado por Macente e Zandonade (2011) no interior do estado do Espírito Santo, os resultados de ocorrência no dia da semana devem ser analisados com ressalva, pois em muitos atestados de óbitos, as datas não constavam nos registros. Desta forma, os protocolos que possuíam esses dados, poderia não estar de acordo com a data exata de ocorrência do suicídio, visto que em muitos casos os corpos dessas pessoas não são encontrados no mesmo dia das mortes. Ainda em relação as datas do calendário, chama a atenção os registros de suicídios ocorridos em datas comemorativas como o Natal, Ano Novo e o dia do Aniversário. As maiores ocorrências de notificações encontradas em nosso estudo foram no dia de Ano Novo.

3.2 AS NARRATIVAS: RESULTADOS QUALITATIVOS

As entrevistas com as Autópsias Psicossociais foram realizadas com quem se teve acesso a entrevistar. Ocorreram dificuldades para se chegar aos familiares dos suicidas. Tais dificuldades se relacionaram tanto as mudanças ocorridas nos nomes das ruas quanto pelas mudanças de suas residências.

Durante os encontros, as entrevistas serviram, a meu ver, como um meio de desabafo, de alívio e em outros momentos chegou até mesmo a servir como um instrumento terapêutico. Os aceites para participar da pesquisa ocorreram por diversas razões. Alguns familiares entenderam a entrevista como um momento de troca, de partilha sobre um assunto difícil de falar, de pensar e de lembrar. Outros, viram a entrevista como um raro momento para o alívio do sentimento de culpa. Para um dos familiares, as pessoas sentiriam medo de falar ou pensar sobre o assunto pelo fato de questionarem se teriam a chance de fazer algo mais para evitar o ocorrido. A maioria dos entrevistados se mostraram muito fragilizados, entretanto, apenas um familiar aceitou encaminhamento para atendimento psicológico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) próximo à sua residência.

Os encontros foram realizados nos domicílios onde ocorreram o ato fatal, exceto um caso em que o entrevistado optou por conversar em seu local de trabalho. Todos os espaços para as entrevistas foram preparados para que não houvesse interrupções ou ruídos.

Para discutir o estudo dos suicídios aqui relatados, apresentaremos as sínteses narrativas dos familiares com o intuito de evidenciar os eventos relacionados, suas crenças, teorias e a compreensão sobre o suicídio de seus idosos. Após a apresentação da síntese de cada caso, será apresentado as categorias analíticas extraídas dos diferentes casos coletados.

3.2.1 Síntese das Narrativas

1ª Narrativa

Ângelo, natural do Ceará, tinha até o ato consumado sessenta e oito anos, branco, tendo como fé religiosa o catolicismo, porém não praticante. Por trabalhar desde criança, não completou o ensino fundamental. Deixou sua terra natal ainda jovem e ao chegar em Manaus, trabalhou até a sua morte como feirante. Do Ceará trouxe consigo sua esposa Angélica (setenta e seis anos no período da entrevista) com quem viveu uma união de quase cinquenta anos. Desta união tiveram seis filhos.

Foi descrito como uma pessoa guerreira e batalhadora, porém, era agressivo quando não tinha seus pedidos atendidos. Conforme depoimento dos familiares, acordava duas horas da manhã e as três arrumava seus produtos para venda. Segundo Ângela (filha), o idoso apresentava conflitos com seus filhos devido sua insistência para que eles seguissem a mesma profissão do pai. Tal fato, levou idoso e filhos a apresentarem distanciamentos afetivos.

Durante sua vida de feirante, adquiriu diversos bens como casas e outra banca de feira, entretanto, perdeu todas as suas conquistas em jogos de cartas. Dois anos antes do suicídio, estava programando uma viagem de visita à sua família de origem no Ceará. Esta visita seria realizada com sua esposa e filhos, porém, recebeu a triste notícia do falecimento de sua mãe. Apesar desta perda, nem Angélica e Ângela conseguiam obter relatos de como Ângelo estava se sentindo. Desta forma, tanto esposa como a filha, descreveram o idoso como uma pessoa que tinha dificuldades de expressar sentimentos (muito fechado) e de lidar com perdas.

Meses antes do suicídio, sofreu um abalo importante em sua saúde física e emocional. Durante suas atividades de trabalho, notou que vinha se sentindo cada vez mais cansado. Por conta disto, foi levado por suas filhas a fazer exames clínicos em um serviço público de saúde.

Durante os exames foi constatado de que teria desenvolvido um “enfisema pulmonar”. Após ter recebido o prognóstico de sua condição física, Ângela relata que o idoso passou a apresentar “sintomas depressivos”.

Segundo Ângela, o idoso estava “surtando”, pois se apresentava “agoniado”, “ouvindo vozes” de que os policiais viriam prendê-lo, passou a distribuir dinheiro e a fugir de casa. Duas semanas antes do suicídio, o idoso oscilava entre a agitação e o isolamento em seu quarto. Na semana antes do ato, realizou uma tentativa frustrada de afogamento, sendo resgatado pelos trabalhadores do estaleiro. Por conta desta tentativa, foi-lhe sugerido atendimento com profissionais de saúde mental, porém, recusado pelo idoso.

O método utilizado para o suicídio foi o enforcamento. O ato foi realizado em uma manhã de domingo, em um “momento de descuido” por parte de Angélica e de uma filha que estava em casa. O suicídio ocorreu por volta das oito da manhã. O corpo foi encontrado pela sua esposa dentro do banheiro de casa. Depois do episódio, a família evitou falar sobre o assunto por treze anos até esta entrevista.

2ª Narrativa

Batista, natural de Manaus, Amazonas, tinha na época do suicídio setenta e três anos, pardo, católico e não completou o ensino fundamental. Segundo Bruna (enteada), o idoso era aposentado e viúvo de sua mãe, Carmin, que havia falecido dez anos antes do suicídio de Batista. Não tiveram filhos biológicos, entretanto, assumiu os cuidados das filhas e netas de Carmin. Mesmo após o falecimento de sua esposa, não teve outras uniões e filhos.

Segundo Bruna, Batista perdeu sua mãe cedo. Devido as dificuldades financeiras da família dele, passou a trabalhar com o pai para ajudar no sustento da casa. Contudo, apesar de toda a ajuda dada, seus irmãos se sentiram ressentidos quando Batista saiu de casa para se casar com Carmin, pois deixaria de contribuir financeiramente no antigo lar.

Foi descrito como uma pessoa bruta, porém, em outros momentos, era uma pessoa alegre e que gostava de conversar. Foi destacado também que ele possuía conflitos com a irmã mais nova de Bruna (enteada), devido a sua postura de rebeldia e de enfrentamento ao idoso (ir para a rua e fumar).

Batista trabalhou até a sua aposentadoria em uma gráfica de jornal, entretanto, durante sua vida de casado, apresentava dificuldades com as finanças devido seu “vício com o álcool”. Apesar das dificuldades iniciais, “largou a bebida” após frequentar a Igreja junto com sua

esposa. Todo o sustento da casa era proveniente do salário/aposentadoria do idoso, do salário das filhas de criação e pelo aluguel de kitnets que possuíam. Com o dinheiro de sua aposentadoria e do aluguel das kitnets, reformou a casa para dar conforto à sua esposa e às filhas de criação. Após o falecimento de sua esposa, veio a realizar tratamento para o Diabetes, porém, devido a progressão da doença, perdeu a sua visão.

Com a progressão da cegueira e pela saudade que sentia de sua esposa, Batista passou a se isolar em seu quarto, deixando de ir à Igreja e de ir à rua para conversar com seus amigos. Apesar de todos os esforços para retirá-lo do seu quarto, Batista comentava que era melhor ficar sozinho, que não precisava sair e conversar com ninguém, pois iria morrer em seu canto. Bruna relata que na noite anterior ao suicídio, o idoso jantou e foi para seu quarto dormir. Bruna diz que ao acordar, foi em busca do idoso por volta das cinco e trinta da manhã, encontrando-o enforcado na corda da rede de dormir.

Batista não apresentava alterações no fluxo do pensamento, não ouvia vozes nem relatava visões. Apresentava-se entristecido antes do suicídio pelo fato de estar “cego”, pela ausência de sua esposa, em não receber visitas nem de conversar com seus pares. Não procurou nem recebeu assistência de profissionais de saúde mental. Apesar de oferecer apoio em relação ao autocuidado do idoso, Bruna não percebeu que a pista verbal foi dada antes do suicídio: *“ele dizia que ia morrer no quartinho dele mesmo”*.

3ª Narrativa

Claudia, natural de Manaus, Amazonas, tinha na época do suicídio sessenta e um anos, viúva, cor parda, católica com ensino médio completo. Trabalhou como industriária na Zona Franca de Manaus até ser demitida antes de sua aposentadoria. Durante sua vida de casada, não teve filhos. Além da idosa, quem sustentava a residência era o seu irmão Carlos, que possui uma quitanda na frente da casa onde ocorreu o suicídio. Além de feirante, Carlos se autodenomina artista plástico. Claudia morava junto com Carlos, sua esposa, filhas e netas.

Quando jovem, foi descrita como alegre, gostava de se divertir e de ouvir as músicas de Roberto Carlos. Após a entrada na velhice, seu humor mudou, sendo a partir daí, descrita como uma pessoa que se aborrecia com facilidade. Mesmo diante das dificuldades e “perturbações”, o entrevistado relata que ela dava um jeito de superar as adversidades. Perdeu esposo e irmão em acidentes automobilísticos e, segundo o entrevistado, a idosa não sabia lidar com situações de perdas.

Claudia tinha um bom relacionamento familiar e social, principalmente com os vizinhos do bairro onde morava e da Igreja. Conforme o relato do entrevistado, a idosa não apresentou em sua vida nenhum problema relacionado à sua saúde. Seu sonho era de poder terminar a reforma da casa onde vivia.

A idosa se enforcou em seu quarto por volta das seis horas da manhã, com uma corda pendurada no “escaibe” (madeira central que sustenta o teto) da casa. O corpo foi encontrado pela cunhada. Claudia deixou um bilhete para seus irmãos assumirem as responsabilidades financeiras da casa, mas, no escrito, não especificou o motivo de seu suicídio. Entretanto, Carlos comenta que o motivo do suicídio de sua irmã foi por estar deprimida em razão de ter perdido o emprego e por não conseguir se reinserir no mercado de trabalho devido sua idade.

Durante sua vida não realizou nenhuma tentativa de suicídio. Entretanto, nos últimos dias de vida, mostrava-se “deprimida”, isolou-se em seu quarto e deixou de falar com seus pares, não apresentou pensamentos e ideias que pareciam irreais, não ouvia vozes nem apresentava alucinações, sentimento de culpa ou desespero. Mesmo apresentando sinais de traços depressivos, a idosa não foi avaliada e atendida por profissionais de saúde mental.

O suicídio da idosa foi descrito como um ato de “loucura”, algo impossível, inconcebível de ser realizado por parte dela, provocando assombro entre os familiares e vizinhos. Comenta que este “caso” deixou de ser discutido entre os familiares até a realização da entrevista. Apesar disso, a morte da idosa ainda traz um incômodo para quem ficou.

4ª Narrativa

Diego tinha sessenta anos até o seu suicídio, natural de Manacapuru, Amazonas, cor parda e católico. Possuía nível superior incompleto e era Gerente Comercial de uma grande empresa da cidade. Foi casado duas vezes, tendo duas filhas no primeiro casamento e mais dois filhos no segundo. Daniela (esposa) comenta que seu esposo jamais aceitou comentar sobre sua primeira separação, entretanto, informa que Diego foi “traído” pela sua ex-esposa com seu melhor amigo. Posteriormente, quando adultas, suas filhas foram a justiça para substituir seu sobrenome das certidões de nascimento pelo do atual padrasto. Tal fato, segundo Daniela, revoltou o idoso, gerando “sentimentos de raiva e humilhação”, além de se sentir “traído” pelas filhas.

Conforme Daniela (esposa), após Diego iniciar o processo de aposentadoria, percebeu que a empresa na qual trabalhava não estava depositando os seus direitos trabalhistas, o que o motivou a travar uma batalha jurídica.

Após a finalização do processo jurídico, Diego aceita a proposta apresentada pela empresa para que o processo não se “arrastasse por anos”. Assim, ao aceitar o acordo, Diego deixou o cargo de gerente para assumir a função de porteiro do estacionamento. Daniela relata que posteriormente, esta situação gerou “um profundo sentimento de humilhação” para o idoso.

O idoso suicida foi descrito como uma pessoa culta, bem preparado para a liderança, vaidoso, orgulhoso, aberto a conversa, sempre de bem com a vida, alegre, conservador, perfeccionista e moralista. Tais características mudaram a partir do momento em que ocorreu o declínio financeiro, a humilhação sofrida em abrir os portões da empresa aos ex-subordinados e principalmente pelo câncer de sua esposa.

Apesar das adversidades sofridas, era uma pessoa que, ao chegar em qualquer ambiente, “logo se transformava em festa”, entretanto, apresentava também seus momentos de reclusão e de não expressar o que sentia. Diante de situações difíceis, o idoso tornava-se introspectivo, afastava-se e ia para o quarto por não saber lidar com situações de perdas e de adversidades. Não haviam conflitos familiares, com vizinhos ou colegas de trabalho.

Conforme explica Daniela, os fatores que levaram ao suicídio de seu esposo foram as mudanças no padrão de vida, especialmente as perdas financeiras que começaram a atormentá-lo, influenciando diretamente na capacidade de gerir um restaurante que a família possuía. Além disso, havia a impossibilidade de “arrumar dinheiro” para o tratamento de câncer de Daniela.

O método escolhido para o autoextermínio foi o uso de arma de fogo. O suicídio ocorreu no momento da queima de fogos de fim de ano, o que impossibilitou seus familiares de ouvirem o disparo. No dia anterior ao suicídio, fez as unhas, cortou o cabelo e fez a barba. Conforme o relato de Daniela, ao verificar o computador, descobriu que o idoso havia buscado informações sobre a localidade mais fatal de se tirar a vida. Além disso, também descobriu um arsenal de armas e balas em cima de seu guarda roupa. A partir daí, desenvolveu duas crenças sobre o suicídio de seu esposo: 1) se mataria e deixaria o problema nas mãos dos sobreviventes ou 2) mataria sua família e depois a si como uma forma de eliminar os problemas que o afligia.

Diego apresentou pensamentos e sentimentos suicidas, entretanto, a entrevistada “não prestou atenção” nas pistas verbais dada pelo suicida como: “*Ah! Eu só resolvo esse problema se eu der um tiro na cabeça*”; “*Deus do céu, só eu sumindo da vida de vocês, pra vocês resolverem*”; “*Ah! qualquer dessa eu vou embora, tu fica com as coisa e toma conta*”.

Além disso, Daniela informa que Diego não apresentava alteração no fluxo dos pensamentos, não ouvia vozes nem tinha visões, entretanto, a entrevistada relatou que o suicida encontrava-se “triste, gordo e mais lento” na semana que antecedeu o ato fatal. Diego verbalizava que sua vida havia mudado e que precisava dar um novo rumo para ela. Entretanto, apesar do sofrimento emocional, não buscou atendimento com profissionais de saúde mental.

5ª Narrativa

Eraldo tinha setenta e quatro anos na época do suicídio, natural de Manaus, Amazonas, branco, católico não praticante, não completou o ensino fundamental e trabalhou como Vigilante. Foi casado com Ernestina e desta união tiveram sete filhos. Após a separação, segundo Ernestina, o idoso manteve diversos relacionamentos que resultaram no nascimento de outros filhos.

Eraldo possuía dois empregos públicos na Prefeitura e Estado, entretanto, perdeu o contrato com o Estado, levando-o a reduzir seus honorários. Conforme Ernestina e Eva (filha), o idoso viajava constantemente ao interior do Estado, a trabalho, “para não ficar em casa”. Enquanto casados, idoso e ex-esposa eram os provedores da casa.

Eva (filha) descreve Eraldo como “um pai maravilhoso que dava tudo o que os filhos queriam”, porém, “não era um pai carinhoso, mas sim, agressivo”. Já Ernestina o descreveu como um marido “não muito bom”, “não era dedicado” à família e não gostava de conversar – “rústico”. Era agressivo verbal e fisicamente, detestava teimosia, desorganização e filhos preguiçosos, assim, quando as “coisas” não eram realizadas do seu jeito irritava-se com facilidade.

Durante sua vida perdeu a mãe e uma irmã para o câncer, entretanto, o que mais o chocou foi a perda de seu filho caçula por causa de uma briga de trânsito. Apesar das perdas de pessoas importantes em sua vida, foi descrito como uma pessoa calada, que não gostava de falar de seus sentimentos.

Por ser uma pessoa difícil de lidar, ocorreram conflitos familiares entre o idoso e suas duas irmãs, devido falta de “afeto” e “zelo” com sua ex-esposa. Durante sua vida de “promiscuidade e traição” foi diagnosticado com Sífilis, e durante a velhice, Glaucoma e Câncer de Próstata. Eva relata que apesar do abandono do lar para viver com outras mulheres que tiraram seu dinheiro, aceitou o idoso de volta para cuidar dele após seu adoecimento.

Na noite anterior ao suicídio, Eraldo fez sua refeição antes de ir dormir. Após a refeição, Ernestina levou o idoso ao quarto do casal e tentou estabelecer uma “conversa bíblica”, porém infrutífera. Durante a madrugada, Ernestina não se sentiu bem do estômago, passando a vomitar por volta das três horas da manhã, acordando o idoso que se levantou e foi ao banheiro. Ernestina relata que esperou a volta de Eraldo, entretanto, adormeceu sem vê-lo voltar para o quarto. Ernestina suspeita que Eraldo esperou ela adormecer, aproveitando a noite para se enforcar na grade de ferro da janela do banheiro. O corpo foi encontrado por volta das cinco e trinta da manhã por uma de suas filhas que se preparava para ir trabalhar. Gritos de socorro despertaram os familiares e vizinhos que pularam o muro para ajudar a cortar a corda do pescoço, mas “já era tarde demais”.

Eraldo não apresentava pensamentos e sentimentos suicidas antes do ato nem deixou aviso prévio que explicasse as razões e os motivos para o suicídio. Contudo, relatam que o idoso realizou o ato fatal devido a doença da próstata que o fez ficar “impotente”, e também, por ter sido abandonado pela mulher “que levou tudo o que ele tinha”.

Eva conta que o idoso encontrava-se entristecido com a possível realização da cirurgia e a possibilidade de ficar “impotente”. Não apresentava alterações no fluxo dos pensamentos, não ouvia vozes nem apresentava visões, mas se apresentava, quieto, calado, e isolado em seu quarto escuro. Não falava de sentimento de culpa ou de desesperança. Seus familiares estavam preocupados com sua “tristeza” e “isolamento”.

Um mês antes do suicídio, a família levou o idoso ao Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (CEPER) para atendimento. Após a avaliação psiquiátrica, passou a tomar Rivotril para tratar de “uma depressão profunda”.

6ª Narrativa

Fernando tinha sessenta e seis anos na época do suicídio, natural de Juruá, Amazonas, pardo, adventista, com ensino fundamental incompleto. Ele era casado com Francisca e desta união tiveram seis filhos. Trabalhou como lubrificador de carros até a sua aposentadoria. Contudo, retornou ao seu antigo ofício na mesma empresa em que trabalhou por não haver ninguém que pudesse substituí-lo na função. Era provedor do lar junto com sua filha mais velha que trabalhava na escola como merendeira e com seu filho mais novo que era servidor público.

Felícia (neta) descreve Fernando como brincalhão e divertido. O idoso gostava de cantar e tocar violão, não se irritava com facilidade, era calmo e tranquilo. Desequilibrava-se apenas

uma vez quando descobriu que havia outra pessoa recebendo a sua aposentadoria, mas conseguiu provar na justiça o engano e assim pôde reaver todos os benefícios. Ao entrar na velhice, parou de beber e passou a frequentar a Igreja Adventista.

Felícia comenta que o idoso sofreu um revés da vida. Relata que Fernando sofreu um sequestro relâmpago dentro do banco no dia do recebimento de seu salário. Após saírem do banco, os sequestradores fizeram o idoso anunciar o assalto em outra agência bancária. O evento foi considerado traumático por seus familiares que viram o idoso mudar de comportamento. Conforme comenta Felícia, seus familiares suspeitaram dele ter “sofrido violência sexual”. Após este ocorrido, recebeu apoio de seus familiares e do grupo de apoio da Igreja Adventista. Durante toda sua vida, não apresentou nenhum tipo de doença que fosse capaz de prejudicar sua capacidade funcional. Seu maior sonho era ser cantor e aparecer na televisão.

O método cometido para o suicídio foi o enforcamento e o local escolhido foi o sítio de um dos seus irmãos na Rodovia Am 010. O corpo foi encontrado pelos seus três irmãos pendurado em uma árvore com uma corda de rede. Felícia relata que o suicídio chocou a todos da família, pois jamais imaginaria que ele pudesse realizar tal ato, tendo em vista ser considerado uma pessoa “feliz e brincalhão”.

Felícia conta que, antes do suicídio, o idoso foi flagrado levando uma faca para seu quarto. Ao ser questionado pelos familiares sobre o que ele estava fazendo, Fernando comenta que não aguentava mais viver com o medo que sentia. Após este evento, o idoso passou a ficar mais tempo calado e deitado em sua cama. De acordo com Felícia, Fernando queria pôr fim em sua vida devido seu sofrimento por causa do sequestro relâmpago sofrido.

Fernando não apresentava alterações no fluxo de seus pensamentos, não ouvia vozes nem tinha visões. Encontrava-se entristecido na maior parte do tempo, saía algumas vezes, mas logo voltava para casa e se isolava em seu quarto. Não verbalizou sentimento de culpa e desespero. Devido sua tristeza e isolamento, foi levado para avaliação psiquiátrica, sendo diagnosticado com depressão por um médico do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi encaminhado ao psicólogo, entretanto, realizou apenas uma consulta, logo abandonando o tratamento por não se achar “louco”.

7ª Narrativa

Geraldo tinha na época do suicídio sessenta anos, natural do município de Borba, no Estado do Amazonas, pardo, católico não praticante, tinha nível superior incompleto e trabalhava

como técnico de Luminologia (“químico da água”) em uma instituição federal de pesquisa. Era casado com Greice e desta união tiveram três filhos, dois homens e uma mulher. Gislene (filha) conta que a maior dificuldade enfrentada por Geraldo foi a evolução da doença (Artrose) que o impossibilitou de viajar a trabalho pelo interior do Estado.

Gislene descreve o idoso como uma pessoa muito comunicativa, alegre, extrovertido, “nunca tinha tempo ruim”, sempre mostrava para os outros que tudo estava bem, porém, era uma pessoa rígida e “cheio de regras” com sua única filha. Reclamava muito por causa das fortes dores no corpo e por estar dependente em relação ao seu autocuidado. Por conta de suas dores e pela dependência, relatava que iria tirar a sua vida. Era usuário de álcool e maconha. Gislene comenta que devido ao uso de drogas, ocorreram “vários conflitos” com seu filho e esposa. Em uma das discussões, sua esposa o ameaçou de separação devido a agressão física sofrida.

Após a agressão realizada contra a esposa, dois dias antes do suicídio, o idoso foi até um sítio que a família possui em Novo Airão, de onde trouxe uma espingarda calibre 22. No dia do suicídio, foi ao bar, bebeu com os amigos e se despediu deles. Após o uso de álcool e maconha, foi ao quarto, pegou a arma e deu um tiro no lado direito da cabeça.

Segundo Gislene, tal ato pode ter sido feito como uma forma de “punir a esposa” pela ameaça de separação. Conforme depoimento do legista no local do suicídio, o disparo foi realizado as vinte e três horas, fazendo com que o idoso agonizasse até as seis da manhã. Gislene conta que Geraldo verbalizava que queria tirar a vida por causa da doença, mas após a ameaça de separação devido a agressão contra a esposa, viu seu “mundo desmoronar” pela possibilidade de perder o amor de sua companheira. Então, o ato de tirar a própria vida foi encarado como um sinal de desespero pela ameaça de separação.

Geraldo parecia estar “perturbado”, pois bebeu e se “drogou” o dia todo. Não tinha visões ou ouvia vozes, entretanto, apresentava-se “deprimido” e se sentia culpado por ter batido na esposa. Não foi avaliado por profissionais de saúde mental pelo fato de não aceitar ser atendido por estes.

8ª Narrativa

Hilton tinha sessenta e três anos na época do suicídio, natural de Fonte Boa, Amazonas, cor parda, católico, possuía o ensino fundamental incompleto e estava desempregado. Era casado com Hortência e desta união tiveram três filhos biológicos e uma adotiva. Segundo Hortência, o

idoso trabalhava viajando pela empresa ao interior do Estado do Amazonas, não possuía salário fixo e largou do emprego após sofrer Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Hilton foi descrito como uma pessoa “meio agoniado”, “não gostava de certas coisas” e implicava com todo mundo. Apesar de se comportar desta maneira, ainda assim, era considerado por Hortência como uma pessoa muito boa e que pensava na família. Ainda jovem veio para a capital com sua família. Ao chegar em Manaus, conseguiu empregar-se em uma instituição que possibilitava os seus trabalhadores a viajar pelos municípios do interior. Construiu sua nova família, entretanto, devido as constantes viagens e “infidelidades”, veio a se separar de Hortência.

Ao sofrer o primeiro AVC, perdeu o emprego e retornou para casa de sua ex-esposa. Após o retorno ao antigo lar que abandonou, sofreu seu segundo AVC. Assim, “como era uma pessoa que vivia reclamando”, piorou com sua dependência nos cuidados, passando a desenvolver a crença e o medo de estar “impotente”. Um ano antes do suicídio, apresentou conflitos com sua filha adotiva após a descoberta da sua opção homoafetiva, por parte dela.

Hartêmio (filho) conta que a tristeza de Hilton estava relacionada ao AVC, a perda do trabalho, pela ausência de afeto de seus irmãos em não visitá-lo e pela sua filha adotiva ter revelado sua condição sexual. Nos últimos dias de sua vida, recebeu apoio e cuidado de sua ex-esposa e do grupo de evangélicos que vinham conversar com ele na frente do comércio. O idoso fazia tratamento para pressão alta, para o AVC e psicoterapia de grupo com psiquiatra da Policlínica Codajás. Seu maior desejo era o de mudar a vida da filha para ela não mais se relacionar com outras mulheres.

Durante a entrevista, Hortência conta que Hilton não chegou a deixar nenhum aviso prévio. Apesar de não ter deixado nenhuma mensagem explícita, o idoso verbalizava que queria tirar a própria vida: “*estou aqui que nem chuva*”. Apesar desta fala, a ex-esposa interpretou esta verbalização em tom de brincadeira – neste momento chora ao lembrar a cena do suicídio.

O suicídio ocorreu no domicílio do casal, no quarto de costura da esposa. O idoso se enforcou com um fio elétrico duplo, na grade de proteção da janela. Segundo o laudo médico o suicídio ocorreu por volta das oito horas da manhã. Ao encontrar o corpo do idoso, a ex-esposa entrou em contato com os filhos e irmãos do suicida. Após o interrogatório da polícia e da análise dos peritos do Instituto Médico Legal (IML), os irmãos do idoso não tiveram a coragem de entrar no quarto onde ocorreu o ato. Durante o sepultamento todos os familiares por parte de pai e mãe vieram até a esposa pedir perdão pelo fato de não estarem presentes e por não ajudarem no autocuidado do irmão.

Hilton não demonstrava pensamentos ou sentimentos suicidas. Para Hortência, os fatores que estão relacionados com o suicídio do idoso foi o AVC, a perda do emprego, a provável “impotência” e o abandono da última mulher. Antes do suicídio, Hilton estava apresentando confusão no fluxo de seus pensamentos. Segundo relato da ex-esposa, o idoso estava apresentando alucinações visuais como a de policiais invadindo a sua casa e prendendo-o pelo fato do prédio ter desabado em razão de ter posto uma porta nova em seu apartamento.

Além disso, a ex-esposa acha que ele ouvia vozes que o incitaram a se matar. Conforme conta Hortência as alucinações visuais e auditivas ocorreram cinco dias antes do suicídio. O idoso encontrava-se “deprimido” e piorava a cada dia, apresentando sinais de irritação e tristeza – “uma dor na alma”. Um mês antes do suicídio, foi atendido pelo psiquiatra da Policlínica Codajás, sendo diagnosticado com depressão, receitando-o algumas medicações, entretanto, escondeu os remédios e parou de tomá-los por conta própria.

Após a entrevista, a idosa recebeu o encaminhamento para atendimento psicológico em um CAPS próximo de sua casa.

3.2.2 Construindo Sentidos

3.2.2.1 Características Gerais

Através das informações colhidas com os familiares dos suicidas, julgou-se relevante apresentar as características dos idosos aqui analisados (quadro 1).

Entre os idosos que faleceram por suicídio, predominaram homens (1ª, 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 8ª narrativas), casados (1ª, 4ª, 6ª e 7ª narrativas), com vínculos matrimoniais desfeitos pelo divórcio ou separações (5ª e 8ª narrativas) e viuvez (2ª e 3ª narrativas).

A maioria dos idosos possuía o ensino fundamental incompleto (1ª, 2ª, 5ª, 6ª e 8ª narrativas), pertencentes à faixa etária de 60 a 69 anos (1ª, 3ª, 4ª, 6ª, 7ª e 8ª narrativas), católicos (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 7ª e 8ª narrativas), de cor parda (2ª, 3ª, 4ª, 6ª, 7ª e 8ª narrativas), sendo a maioria pertencentes ao interior do Amazonas (4ª, 6ª, 7ª e 8ª narrativas) e um do Estado do Ceará (1ª narrativa). O método mais utilizado para perpetrar o suicídio foi o enforcamento (1ª, 2ª, 3ª, 5ª, 6ª e 8ª narrativas).

No que diz respeito às diferenças entre os sexos, tanto a literatura nacional e internacional (MINAYO et al., 2012 b; DUBERSTEIN et al., 2004) quanto os resultados quantitativos

produzidos em nossa pesquisa, os homens são mais letais em relação ao suicídio do que as mulheres. Em nosso estudo, encontramos no SIM/DATASUS apenas cinco mortes por suicídio entre as mulheres no período de 2000 a 2010, o que refletiu na dificuldade de encontrar seus familiares e de obter o aceite para participarem das entrevistas.

Em relação à questão religiosa, dados do IBGE (2012 a) confirmam que no Brasil, continua a predominar o catolicismo. No entanto, não se observou a influência da religião nos casos estudados, embora, do ponto de vista preventivo, Cassorla (apud BATISTA, M. N.; BORGES, A., 2005) nos lembra que as crenças religiosas são uma das bases de resiliência para que pessoas em situação de sofrimento suportem com maior serenidade suas dificuldades e não cometam suicídio. Quanto ao método, os atos fatais praticados pelos idosos de Manaus foi o enforcamento, acompanhando os achados da literatura nacional e internacional (PINTO et al., 2012 a; CARNEY et al., 1984; BARRERO, 2012) sobre o assunto.

Duas questões importantes foram observadas na amostra de entrevistados: 1) as vítimas de suicídio no Amazonas migraram do interior para a cidade e 2) o número de suicídios entre casados versus não casados estarem equivalentes. A explicação para o processo migratório se deve a Manaus ser o município que possui mais da metade da população do estado, inclusive a população de pessoas acima de 60 anos. Todo o processo econômico e educacional acontece em Manaus, o que atrai as pessoas do interior e de Estados vizinhos a buscarem melhorias em uma região que está em pleno desenvolvimento. Este super povoamento vem acontecendo desde o governo militar nos anos de 1960 que tinha como estratégia ocupar os espaços vazios nas áreas urbanas da Amazônia e resolver os problemas econômicos e sociais que o Brasil vinha atravessando naquela época (SERRA; FERNÁNDEZ, 2004). Desta forma, tal achado reforça a ideia de nossos resultados quantitativos e também dos achados de Orellana et al. (2013) que o suicídio de idosos é um fenômeno marcadamente urbano.

Em relação ao estado civil, dos oito idosos aqui analisados, quatro eram casados (1^a, 4^a, 6^a e 7^a narrativas), dois eram viúvos (2^a e 3^a narrativas) e dois estavam separados (5^a e 8^a narrativas) mas apenas um estava separado judicialmente (5^a narrativa). Em relação as 5^a e 8^a narrativas, ambos os idosos abandonaram seus lares para viverem relacionamentos extraconjugais e quando adoeceram, retornaram aos seus antigos lares devido a problemas de saúde e pelo abandono de suas atuais companheiras.

Os resultados apresentados no parágrafo anterior não estão de acordo com nossos achados quantitativos que reforçariam a ideia de que os idosos solteiros, viúvos ou divorciados apresentam uma probabilidade maior de cometerem suicídio. Estar casado reforçaria a ideia de

fator protetivo contra o suicídio, entretanto, para os idosos de nosso estudo, vários deles demonstravam sofrimento pela ruptura de laços sociais e afetivos (2^a, 3^a, 5^a e 8^a narrativas), conflitos familiares (1^a, 2^a, 5^a, 7^a e 8^a narrativas), perda dos vínculos (1^a e 4^a narrativas) o que contribuiu, entre outros fatores, para sua situação de vulnerabilidade (CONWELL, et al., 2002).

Quadro 1: Características sócio demográficas dos idosos selecionados

Idoso	Idade	Natural	Est. Civil	Escolarid.	Raça/Cor	Religião	Método
Angelo	68	Ceará	Casado	Fund. Inc.	Branco	Católico	Enforcamento
Batista	73	Manaus/AM	Viúvo	Fund. Inc.	Pardo	Católico	Enforcamento
Claudia	61	Manaus/AM	Viúva	Méd. Comp.	Pardo	Católica	Enforcamento
Diego	60	Manacapuru/AM	Casado	Sup. Inc.	Pardo	Católico	Arma de Fogo
Eraldo	74	Manaus/AM	Separado	Fund. Inc.	Branco	Católico	Enforcamento
Fernando	66	Juruá/AM	Casado	Fund. Inc.	Pardo	Adventista	Enforcamento
Geraldo	60	Borba/AM	Casado	Sup. Inc.	Pardo	Católico	Arma de Fogo
Hilton	63	Fonte Boa/AM	Separado	Fund. Inc.	Pardo	Católico	Enforcamento

Fonte: Dados do campo de pesquisa 2014.

3.2.2.2 Como eram Descritos pelos Familiares

Durante as entrevistas, os familiares apresentaram em suas narrativas descrições ambivalentes sobre os idosos suicidas. Em determinados momentos, descreviam-nos com características positivas e em outros momentos com características negativas.

Em relação aos aspectos positivos, nas 2^a, 4^a e 7^a narrativas, temos idosos descritos como pessoas alegres e comunicativas que transformavam o ambiente por onde passavam em “festa e que não havia tempo ruim”. Já nas 1^a, 5^a e 8^a narrativas os idosos suicidas foram apresentados como guerreiro, batalhador, pais maravilhosos que se preocupavam com a família e com os filhos.

Por outro lado, estes mesmo idosos detentores de características positivas, apresentavam também características negativas como as que são apresentados nas 1^a, 2^a, 4^a, 5^a, 7^a e 8^a narrativas. Seus familiares relatam que em certos momentos estes idosos eram agressivos, brutos verbal e fisicamente (1^a, 2^a, 5^a narrativas), pais ausentes e não dedicados à família (1^a e 5^a narrativas), com dificuldades de expressar seus sentimentos (1^a, 4^a e 5^a narrativas), rígidos,

implicantes e “agoniado” (7ª e 8ª narrativas), e principalmente, por não saberem lidar com as perdas (1ª e 4ª narrativas).

Contudo, dois idosos (3ª e 6ª narrativas) foram descritos como estando em apenas um dos polos. Na 3ª narrativa, a idosa suicida apresentou mudanças em seu comportamento ao entrar na velhice, como: alteração no estado de humor, aborrecendo-se com facilidade e apresentando dificuldades de lidar com perdas. O idoso suicida da 6ª narrativa foi descrito como brincalhão, divertido, não se irritava com facilidade, estando sempre calmo e tranquilo. Ao entrar na velhice, obteve conquistas como parar de beber e de ser chamado para trabalhar após se aposentar.

Em relação aos aspectos positivos, os familiares tentaram construir uma imagem saudável, segura e carinhosa de seu idoso com o objetivo de proteger tanto a integridade moral do suicida como o de preservar a integridade familiar (OWENS, et al., 2008). Desta forma, os familiares usaram as narrativas visando reconstruir seu mundo interno além de defender a imagem do suicida e dos valores familiares na tentativa de restaurar um sentido de ordem quebrado pelo suicídio (OWENS, et al., 2008).

Entretanto, os aspectos negativos também fluíram durante as narrativas, apresentando um lado que não queria ser dito, comentado. Tal fato se reflete nas posturas masculinas de gerir e prover seu lar.

A literatura sobre gênero masculino tem sido elaborada a partir da ideia construída, social e politicamente de homem a ser seguido, reforçando a ideia de subordinação das mulheres que delegam aos homens o funcionamento da ordem patriarcal (SCOTT, 1989; MINAYO et al., 2012 b). As narrativas sobre estes idosos suicidas do sexo masculino aqui apresentadas são de pessoas “agressivas e brutas” (conforme seus familiares) em relação à criação e cuidados de seus filhos e esposas. A dificuldade de expressar seus sentimentos denotaria um senso de fragilidade aos seus pares que iria de encontro com o senso de homem construído culturalmente, ou seja, de cuidador e provedor do lar. Tais comportamentos, construídos e mantidos socialmente, refletem a forma com que estes homens resolvem seus conflitos sociais e pessoais de forma agressiva e pelo uso da força (MINAYO et al., 2012 b).

Na velhice, o modelo machista predomina, valorizando o estoicismo e o controle das emoções, uma vez que no curso da vida outros adultos vão assumindo funções que antes era exercida pelo idoso tanto na sociedade, quanto na família (MINAYO et al., 2012). Isto é, envelhecer na contemporaneidade traz em sua bagagem as angústias dos declínios físicos e a dependência de terceiros além da perda de status dentro de casa (MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N., 2008).

Estas descrições dos comportamentos apresentados nas narrativas, principalmente os comportamentos dos homens, tornaram-se fatores geradores de conflitos entre os suicidas e seus familiares. Percebe-se, portanto, que estes comportamentos acabaram por trazer rupturas das esferas domésticas e principalmente do padrão de vida familiar.

Quadro 2: Características dos entrevistados

Entrevistados	Idade	Ocupação	Parentesco
Ângela	44	Téc. de Enfermagem	Filha
Angélica	76	Dona de casa	Esposa
Bruna	73	Aposentada	Enteada
Carlos	65	Artista Plástico/Feirante	Irmão
Daniela	60	Professora Universitária	Esposa
Eva	51	Comerciante	Filha
Ernestina	71	Aposentada	Ex-Esposa
Felícia	19	Estudante	Neta
Gislene	25	Estudante	Filha
Hortência	63	Aposentada	Ex-Esposa
Hartêmio	45	Músico	Filho

Fonte: Dados do campo de pesquisa 2014.

3.2.2.3 Conflitos Familiares

Em seis narrativas, exceto nas 3ª e 6ª, pôde-se verificar a existência de conflitos envolvendo o suicida e algum outro familiar: os filhos que negavam o desejo do pai para que estes assumissem a profissão de feirante (1ª narrativa); os irmãos que se ressentiram com a saída do idoso ainda jovem por ter constituído uma nova família e deixar de ajudá-los no sustento do antigo lar, além dos conflitos com a enteada por apresentar posturas de rebeldia e enfrentamento ao idoso devido seu “vício” com o cigarro (2ª narrativa); a ausência de contato afetivo e a retirada do sobrenome pelas filhas do primeiro casamento (4ª narrativa); brigas e discussões com as irmãs e esposa devido seu comportamento “promíscuo” (5ª narrativa); conflitos com filhos e

esposa devido ao uso contínuo de álcool e maconha (7ª narrativa) e conflitos com os filhos e esposa devido viagens e infidelidades (8ª narrativa).

Há nas narrativas a ideia implícita de subordinação dos filhos (1ª narrativa), mesmo que não sejam biológicos (2ª narrativa), no intuito de assegurar o funcionamento da ordem patriarcal (SCOTT, 1989). Esta ideia está ancorada na capacidade que o homem tem de realizar tarefas de liderança e supremacia que se expressa através da força e dominação (MINAYO et al., 2012 b). Quando estas características masculinas não são correspondidas, ocorrem os mais variados conflitos como não ter seus desejos atendidos (1ª narrativa) ou pela rebeldia dos mais jovens em não atender suas ordens (2ª narrativa). Tais situações geram a sensação de estarem incapazes de resolver os conflitos ou de estarem sendo postos em segundo plano (FÄRBER, 2012).

A 4ª narrativa traz a história de um idoso que teve sua honra maculada pela traição de sua primeira esposa com seu melhor amigo. Uma história silenciada em seu segundo relacionamento, em que não se tocava no assunto, não se conversava. Contudo, é possível supor que este homem, pai de família e provedor de dois lares se sentiu desonrado e incapaz de exercer seu papel de pai ao saber da substituição de seu nome pelo do amante. Desta forma, esta situação ocasionou uma ruptura em seu frágil e distante relacionamento afetivo com suas filhas.

Minayo et al. (2012 b) comentam que os homens são criados e treinados para reproduzirem um estilo de vínculo de rudeza, privação de afetos e de sustento da família. Assim, quando se tornam pais de família e provedores, os homens se sentem os guardiões da honra, controlando a conduta moral e sexual das mulheres e dos filhos (MINAYO et al., 2012 b). Contudo, o fracasso em realizar as suas atribuições dentro de seu contexto familiar faz com que os idosos se sintam humilhados ou impotentes frente aos problemas relacionais (FÄRBER, 2012).

Nas 5ª e 8ª narrativas, temos histórias de separações entre os idosos suicidas e suas esposas após a descoberta de infidelidades em seus matrimônios. Após a separação, passaram a viver com suas novas parceiras até adoecerem por doenças crônicas, voltando para seus antigos lares, porém com divergências na aceitação. Na 5ª narrativa, a ex-esposa foi convencida pelas filhas a aceitar o idoso de volta em casa. O retorno ao lar ocorreu devido ao comentário do médico sobre a possibilidade do idoso vir a cometer suicídio em decorrência do diagnóstico de câncer de próstata e pelo quadro de “depressão grave”. Já na 8ª narrativa, temos uma esposa que perdoou seu companheiro, aceitando o idoso de volta ao lar por este ser o “homem de sua vida”.

Tais conflitos familiares quase se tornaram impeditivos de ajuda (5ª narrativa). Esta situação nos traz a ideia de que o mesmo ambiente cultural que reproduz a forma masculina de

ser, produz prejuízos quando estes mais necessitam de ajuda. Desta forma, os homens se calam e deixam de buscar apoio nos momentos de crise, tornando-os ao mesmo tempo autores e vítimas de violência social. (MINAYO et al, 2012 b)

A 7ª narrativa nos traz a história de um idoso que apresentou conflitos com a esposa e seu filho em decorrência do uso de álcool e maconha. O uso se iniciou no período em que trabalhava pela instituição de pesquisa ao qual viajava pelo interior do Estado. O uso recreativo se tornou um problema quando seu quadro crônico de dor piorou, além do afastamento do trabalho ao qual se dedicou. As brigas com seu filho se acentuaram na medida em que este referiu que o suicida não tinha “moral” nem “exemplo para dar em casa”. Seu relacionamento com a família passou a se desestruturar na medida em que se tornava mais agressivo, chegando ao ponto de agredir fisicamente sua esposa. Desta forma, a ameaça de separação após a agressão foi o estopim para o contexto do suicídio.

3.2.2.4 Perdas Prévias

Em todas as narrativas, exceto a 6ª, temos histórias de suicidas que vivenciaram perdas, sejam financeiras, mortes de entes queridos, queda no status social ou econômico, ou algum tipo de dificuldade física.

Na 1ª narrativa, temos um idoso suicida que trabalhou sua vida inteira como feirante, conseguindo acumular vários imóveis como casas e bancas de feira. Entretanto, seus bens foram perdidos em jogos de azar. Dois anos antes do suicídio, havia programado com sua esposa e filhos uma visita à sua terra natal, Ceará, contudo foi surpreendido com a notícia de falecimento de sua mãe, fato este que frustrou seus planos.

A 4ª narrativa retrata a história de um idoso suicida que foi gerente de uma empresa famosa na cidade. Em seus últimos dias de trabalho, o idoso descobriu que a empresa ao qual trabalhava não estava depositando o dinheiro de sua aposentadoria. Assim, entrou com uma ação na justiça para receber seus direitos trabalhistas, entretanto, para que o processo não se arrastasse na justiça, aceitou retornar ao trabalho em uma posição bem inferior à que exercia. Ao final, o idoso perdera a alegria de viver devido a humilhação sofrida pelo rebaixamento de sua função e pela incapacidade de ajudar sua esposa financeiramente no tratamento de Câncer.

Estas narrativas (1ª e 4ª) nos trazem as histórias de idosos que tiveram perdas de quase tudo o que conquistaram e construíram ao longo de suas vidas. Para os idosos, a perda que o status confere, cria uma sensação de ausência de lugar social (MINAYO et al., 2012 b) e o

declínio financeiro, implica uma mudança que vem associado a um valor simbólico que altera o sentido de seu papel social desempenhado até o momento (FÄRBER, 2012). Tais sofrimentos estão relacionados à incapacidade de exercerem seus papéis de provedores, assim, o fracasso em cumprir esse papel abre uma ferida de difícil cicatrização, levando-os a se sentirem desonrados e envergonhados.

A 2ª narrativa apresenta a história de um idoso suicida que desde sua infância passou por dificuldades sócio econômicas como miséria e fome, além da morte de sua mãe ainda criança. Quando entrou na velhice, ficou viúvo e teve a perda de sua visão por conta da progressão do diabetes.

Em relação à 7ª narrativa, o idoso suicida viajava pelo interior do Amazonas a trabalho por uma instituição de pesquisa. Suas viagens a trabalho foram interrompidas pelas fortes dores que sentia por causa da Artrose, o que ocasionou o afastamento de suas funções para exercer outra. Com a intensificação das dores, passou a perder sua autonomia, tornando-se dependente de sua esposa.

No que diz respeito às 2ª e 7ª narrativas, a perda de sua visão para o Diabetes e a viuvez (2ª narrativa) e pelas dores devido a Artrose que o levou ao desvio de sua função (7ª narrativa), fizeram com que esses idosos se sentissem isolados social e afetivamente pelas perdas físicas e trabalhistas. Färber (2012) comenta que se o idoso não for capaz de ressignificar sua perda (7ª narrativa) e pelo luto não elaborado (2ª narrativa) ao longo da vida, ocorre um processo de aniquilação da possibilidade de envelhecer e viver a velhice com qualidade. Assim, estes fatores tornaram-se elementos importantes na fragilização destes idosos que morreram sem elos de referências (2ª narrativa) e pelo afastamento de sua função trabalhista (7ª narrativas).

Na 5ª narrativa, temos um suicida que perdeu mãe e irmã para o câncer além da perda do filho em uma briga de trânsito. Ao longo de sua vida foi acumulando outras perdas como o seu adoecimento por Sífilis, Glaucoma e Câncer de Próstata. Tragicamente, após a notícia de seu adoecimento, foi abandonado pela sua companheira na época que o deixou sozinho em uma kitnet sem os cuidados necessários. Contudo, retornou ao seu antigo lar sob os cuidados de sua ex-esposa e filhas. Entretanto, apesar dos cuidados, verbalizava receio em realizar a cirurgia para o tratamento de Câncer devido ao medo e a crença apresentada de que iria se tornar “impotente”.

Na 8ª narrativa, temos a história de um suicida que viajava a trabalho pelo interior do Estado. Em suas constantes viagens, manteve diversos relacionamentos extraconjugais, o que consequentemente ocasionou em sua separação. Entretanto, ao entrar na velhice sofreu seu primeiro AVC que o incapacitou de exercer seu trabalho. Após a perda de seu emprego, retornou

ao lar que havia abandonado, ficando aos cuidados de sua ex-esposa devido sua perda de autonomia. Ao voltar para o antigo lar sofreu seu segundo AVC, desencadeando as crenças de estar “impotente sexualmente”.

As 5ª e 8ª narrativas nos trazem histórias de idosos suicidas que conviviam com problemas de desempenho sexual relacionados às dores físicas. Vicente e Souza (2006) comentam que ao homem é permitido a realização sexual com mais de uma parceira e espera-se que ele cumpra o seu papel em função do bom funcionamento de seu órgão, contudo, a repressão de sua sexualidade põe em risco a sua virilidade. Nestas narrativas, esses conflitos eram expressos na seguinte frase “eu não sou mais homem”. Supõe-se que o fracasso no cumprimento desse papel significou desonra e vergonha para estes dois idosos que não suportaram ser abandonados pelas suas atuais parceiras, além de se tornarem dependentes de suas antigas esposas.

Na 3ª narrativa, temos a história de uma idosa suicida que vivenciou várias perdas. Durante sua vida, perdeu esposo e irmão para acidentes automobilísticos. Trabalhou como industriaria na Zona Franca de Manaus até ser demitida antes de sua aposentadoria. Esta perda lhe acarretou dificuldades de retorno ao mercado de trabalho além de saldar suas dívidas que vinham se acumulando.

Diante destas perdas, a idosa suicida se viu chefe de família e sem perspectiva de conseguir emprego no auge de sua velhice. Assim, com a situação econômica tornando-se precária, a idosa, conforme seu irmão, “entrou em desespero” diante da impossibilidade de saldar suas pendências financeiras. A morte desta idosa, conforme Meneghel et al., (2013) pode ser entendido como uma solução para a situação limite, sendo o suicídio a única saída para solucionar os conflitos sociais e interpessoais geradores de sofrimento.

Conforme explica Werlang e Botega (2004) o suicídio é o extremo do sofrimento psicológico, e geralmente, a vida de uma pessoa que comete suicídio está carregada de tragédias e perdas. Os idosos aqui analisados vivenciavam perdas contínuas durante o envelhecimento como: o status, o financeiro e as incapacidades físicas (MAIA et al., 2009; MINAYO, et al., 2012 b; DI MAURO et al., 2003) o que aumenta o risco para o suicídio (CONWELL, Y.; THOMPSON, C., 2008).

3.2.2.5 Ideias Explicativas Sobre o Suicídio

Nas 1ª, 5ª e 8ª narrativas temos idosos com problemas de saúde que estaria diretamente relacionado com o suicídio. O idoso suicida da 1ª narrativa, recebeu meses antes do suicídio, uma notícia que trouxe um abalo importante em sua saúde física e emocional. Durante suas atividades de trabalho, notou que vinha se sentindo cada vez mais cansado. Assim, foi levado a realizar exames clínicos em um serviço público de saúde. Após o recebimento dos exames, foi constatada a presença de “enfisema pulmonar”. Conforme a narrativa de seus familiares, os motivos para o suicídio foram: o prognóstico de sua condição física e a notícia de que teria pouco tempo de vida.

Na 5ª narrativa, temos a história de um idoso que recebeu o diagnóstico de Sífilis após uma “vida de promiscuidade”. Conforme a familiar, o idoso desenvolveu Glaucoma e Câncer de Próstata ao entrar na velhice. Além disso, os familiares descobriram que o idoso havia perdido dinheiro para outras mulheres, inclusive para última que o abandonou doente. Eva (filha) explica em sua narrativa que estes fatores serviram de estopim para o suicídio do idoso

Na 8ª narrativa, os fatores que serviram de gatilho para o suicídio do idoso, segundo seus familiares foram: a invalidez devido ao AVC, a perda do trabalho, a ausência de afeto por parte de seus irmãos e pela revelação da condição sexual de sua filha.

Observa-se na literatura sobre o envelhecimento humano que as doenças e incapacidades são fatores que estão relacionados ao suicídio (LIMA-COSTA, 2003; SILVA et al., 2005; SOUZA, 2006). Alguns estudos apontam que essa associação é mais significativa para as seguintes enfermidades: doenças do sistema nervoso central, complicações cardiopulmonares e doenças urogenitais em homens (HARRIS, C.; BARRACLOUGH, B., 1994; MACKENZIE, T.; POPKIN, M., 1987; DUBERSTEIN et al., 2004; RUBENOWITZ et al., 2001; CARNEY, et al., 1984). Portanto, o envelhecimento biológico acarreta a presença de múltiplas doenças, incapacidades e transformações psicossociais, gerando uma piora na qualidade de vida (MAIA et al., 2004), aumentando o risco de comorbidades e o suicídio (LIMA-COSTA, 2003; CONWEL; THOMPSON, 2008).

Através destas narrativas, podemos supor que estes fatores foram considerados pelos familiares como os principais estressores fatais para o suicídio, ou seja, a não aceitação do quadro patológico (1ª narrativa), as prováveis implicações negativas do tratamento de câncer como ficar “impotente”, dificuldades em manter sua vida boêmia, além do abandono da companheira (5ª e 8ª narrativas).

Nas 2ª e 7ª narrativas temos as histórias de viuvez, cegueira e ameaça de separação. Na 2ª narrativa, o idoso suicida passou a se isolar mais em seu quarto, deixando de ir à Igreja e de conversar com seus amigos devido à progressão da cegueira e pela saudade que sentia de sua esposa. Contudo, após várias tentativas de seus familiares para retirá-lo do seu quarto, comentava que preferia ficar sozinho, pois não precisava sair nem conversar com ninguém.

Na 7ª narrativa, o ato de tirar a vida foi percebido como um gesto de desespero devido à ameaça de separação por parte de sua esposa. Contudo, há um componente relatado na narrativa de que o suicídio pode ter sido uma forma de punição à sua esposa pela ameaça realizada.

Para estes idosos, teria sido difícil viver sem a presença (2ª narrativa) ou a perda real por separação (7ª narrativa) de suas companheiras. Para o idoso da 2ª narrativa, teria sido difícil envelhecer sem sua companheira, sem poder enxergar a possibilidade de se relacionar com as outras pessoas, principalmente com seus irmãos, os quais ele sustentou ainda jovem. Apesar de ter tido todo acesso aos tratamentos disponíveis, recusou as assistências em saúde que poderiam ter minimizado seu sofrimento. Desta forma, a cegueira e a solidão, incrementado pelos laços familiares rompidos, tornaram-se elementos fragilizantes neste idoso que morreu sozinho e sem elos familiares.

Em relação ao idoso da 7ª narrativa, seu sofrimento estaria relacionado a ameaça de separação por parte de sua esposa. Para Meleiro (2010), o suicídio estabelece relação direta com eventos precipitadores relativamente recentes que impulsionam a crise suicida. Desta forma, a possibilidade da perda de seu grande amor, deixou o idoso fragilizado, vulnerável ao surgimento de uma dor psicológica mediante ao desespero de “perder tipo, tudo” (Gislene, filha). Consequentemente, esta dor teria atingido uma intensidade intolerável que serviu como gatilho para o suicídio. Além deste fator, existiria a marca que o evento traz na vida dos sobreviventes. A interpretação da filha sobre o suicídio de seu pai foi vista como um gesto agressivo e de punição em relação àqueles que ficaram, principalmente à sua mãe que resolveu abandoná-lo, deixá-lo após anos de convívio juntos. Esta marca deixada pelo idoso, persistiu no dia da entrevista, quando a esposa preferiu ficar no quarto e deixar sua filha dar a entrevista sozinha.

Em relação a 3ª narrativa, o familiar relata que o motivo para o suicídio de sua irmã teria sido o fato dela estar “deprimida” após a perda de seu emprego devido sua idade avançada. Assim, o suicídio desta idosa, segundo Carlos (irmão), foi considerado um ato de “loucura”, algo impossível e inconcebível de ser realizado por ela, o que provocou assombro entre os vizinhos e seus familiares.

A história dessa idosa suicida está ancorada no dever e no sofrimento, sendo sua morte, reflexo de uma vida inteira de execução de atividades femininas que a levaram ao cansaço por não conseguir cumprir o seu dever de sustentar a casa. Entretanto, o ato de “loucura” do suicídio produz questionamentos internos sem respostas lógicas, trazendo à tona o estigma social que domina o imaginário das pessoas próximas ao suicida (MITTY, E.; FLORES, S. apud PINTO, L. W. et al., 2012 b).

Em um estudo realizado na Inglaterra com Autópsias Psicológicas, Owens e Lambert (2012) comentam que nas narrativas dos suicídios femininos desse estudo, os sofrimentos e os contratempos são percebidos como parte de uma vulnerabilidade inata que as mulheres têm de sucumbirem à doença mental até ao autoextermínio. Desta forma, tanto a visão de mulher frágil, incapaz de resolver seus problemas e a vulnerabilidade para doença mental torna esse tipo de explicação mais aceitável em relação aos suicídios femininos (OWENS, C.; LAMBERT, H., 2012).

Na 4ª narrativa, a queda do padrão de vida e as perdas financeiras começaram a atormentar o idoso em sua capacidade de gerenciar o restaurante da família. Somado a isso, havia a preocupação em ajudar sua esposa no tratamento do câncer. Na véspera de seu suicídio, fez as unhas, cabelo e barba sem dar sinal ou pistas de que iria cometer o autoextermínio.

A 6ª narrativa traz a história de uma tragédia marcada pela violência que mudou o rumo da vida deste idoso. A explicação dada pelo familiar para o suicídio se deve ao sequestro relâmpago sofrido dentro de uma agência bancária. O evento foi considerado um fator traumático por seus familiares e o estopim para o suicídio. Após o ocorrido, o idoso mudou sua forma de se comportar em casa. Dias antes do suicídio foi flagrado levando uma faca para seu quarto, porém, ao ser pego de surpresa, foi questionado sobre o que estava fazendo. O idoso verbaliza que não aguentava mais viver com o medo que sentia e que preferiria tirar a sua vida.

Desta forma, podemos supor que a familiar construiu a imagem do idoso a partir da posição de vítima de uma violência cujo evento não estava sob seu controle. Conforme Owen et al., (2008) e Owens e Lambert (2012), alguns familiares escolhem interpretar os suicídios como resultado das ações dos outros, tornando-os vítimas de ameaças que vem de fora do contexto familiar. Devido esta tragédia, o idoso se sentiu desintegrado psicologicamente pelo sequestrador, deixando-o incapaz de defender a sua integridade moral, fragilizando-o emocionalmente.

3.2.2.6 Estado Mental

Todos os idosos apresentavam-se entristecidos no período que antecedeu o suicídio, exceto nas 1ª e 8ª narrativas nas quais havia a evidência de sintomas psicóticos².

Na 2ª narrativa, o idoso suicida passou a se isolar em seu quarto até o último dia de sua vida devido sua aflição pela perda da visão e pela dor da ausência de sua esposa.

Na 3ª narrativa, o familiar relata que a idosa suicida esteve mais tempo em seu quarto chorando e, assim, passou a recusar qualquer contato com seus vizinhos e familiares.

Na 4ª narrativa, temos o sofrimento de um idoso que perdeu seu trabalho em uma idade que ainda poderia ser produtivo no mercado de trabalho. Na semana que antecedeu o ato fatal, estava mais gordo, lento e triste.

No que diz respeito à 5ª narrativa, temos um idoso que passou a ficar mais tempo calado além de se isolar em seu quarto escuro devido a não aceitação de seu quadro patológico e pelas possíveis implicações negativas (disfunção erétil) decorrentes do tratamento.

Em relação à 6ª narrativa, o quadro de tristeza eclodiu a primeira vez após o sequestro relâmpago sofrido no banco. A violência desencadeou medos intensos, impedindo-o de ir trabalhar, de se relacionar com seus pares e em não sair de casa para realizar suas atividades.

Em relação às 1ª e 8ª narrativas, temos as histórias de dois idosos que estavam apresentando alucinações auditivas e visuais. Na 1ª narrativa, o idoso apresentava-se “agoniado”, ouvindo vozes de policiais que estariam vindo prendê-lo. Em determinados momentos oscilava entre a agitação e o isolamento em seu quarto. No que diz respeito a 8ª narrativa, o idoso estava apresentando confusão no fluxo dos pensamentos, alucinações visuais como a de policiais invadindo a residência para prendê-lo devido seu prédio ter desabado por ter posto uma porta nova no seu apartamento. Suas alucinações auditivas e visuais, tornaram-se mais frequentes cinco dias antes do suicídio. Em determinados momentos apresentava sinais de tristeza e irritação.

A presença de sintomas depressivos apareceu como um problema importante para todos os oito idosos analisados. Entretanto, os sintomas depressivos estavam associados a outros fatores como a solidão e viuvez (2ª narrativa), crises financeiras (3ª e 4ª narrativas), doenças incapacitantes (1ª, 2ª, 5ª e 8ª narrativas), uso de álcool e maconha (7ª narrativa) e história de vida marcado por eventos traumáticos (6ª narrativa) como os motivos envolvidos para o suicídio. Estes achados estão de acordo com os resultados de estudos nacionais e internacionais (MITTY,

² Segundo Dalgallarrondo (2000, p. 201), “as síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações visuais e auditivas, delírios, pensamentos desorganizados e comportamento claramente bizarro, como fala e risos emotivos”.

E.; FLORES, S. apud PINTO, L. W. et al., 2012 b; DI MAURO et al., 2003; O' CONNELL et al., 2004; PINTO et al., 2012 a; NOCK et al., 2008; BRASIL, 2006) sobre a depressão ser um dos fatores importantes relacionados ao suicídio de idosos.

Chama a atenção as 1ª e 8ª narrativas o agravamento dos sintomas depressivos antes do suicídio. Tanto a notícia dada pelo médico sobre sua provável morte (1ª narrativa) quanto as crenças sobre sua virilidade (8ª narrativa) agravaram a sintomatologia depressiva e a desorganização psicótica apresentada por estes idosos.

Nas 3ª e 4ª narrativas, a depressão estava associada aos fatores socioeconômicos como: a vivência de crise financeira, fracasso em conseguir um emprego e solidão por causa da viuvez. Na depressão vivida pela viúva (3ª narrativa), que tinha uma relação inseparável com o marido e o prazer em trabalhar, nenhum sinal de risco de suicídio foi observado por seus irmãos, exceto certo distanciamento do convívio, comportamento que muitos pesquisadores recomendam atenção (MENEGHEL et al., 2013; MITTY, E.; FLORES, S. apud PINTO, L. W. et al., 2012 b).

Em relação à 4ª narrativa, a depressão surgiu como fruto da vergonha e desonra em não conseguir sustentar sua família. Entrelaçado aos sofrimentos econômicos, havia a condição de prognóstico desfavorável em relação ao câncer de sua esposa. Nesse caso, a ausência de dinheiro e a impossibilidade de ajudá-la abriram uma cicatriz difícil de se fechar, e a única solução para resolver e se livrar de seus problemas foi o suicídio.

No que diz respeito ao transtorno depressivo apresentado pelo idoso da 6ª narrativa, seu quadro eclodiu após o sequestro, entretanto, a depressão pode ter se apresentado em comorbidade com um Transtorno de Estresse Pós-Traumático³ (TEPT). A violência desencadeou medos intensos, impedindo o idoso de realizar suas atividades do dia-a-dia. Apesar da preocupação dos familiares em levá-lo para realizar atendimentos junto aos profissionais de saúde mental, o idoso não teve tempo de tratar de ambos os transtornos que o estava deixando fragilizado emocionalmente.

3.2.2.7 Álcool e Drogas

A 7ª narrativa retrata a vida de um idoso suicida com histórico de uso excessivo de álcool e maconha, com traços de personalidade agressivo e impulsivo, relações familiares conflituosas e má adaptação ao envelhecimento devido à doença crônica no fim da vida.

³ Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (2002), a característica essencial do TEPT é o desenvolvimento de intensos sintomas de medo, impotência ou horror após a exposição a um estressor traumático extremo, envolvendo a experiência pessoal e direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física.

O uso de drogas surge nesse caso, como fator precipitante para a opção do autoextermínio, à medida que atuou como potencializador dos sofrimentos já existentes em sua vida. Na dependência do álcool e outras drogas, o sujeito coloca a substância como prioridade em sua vida e como consequência disso, é comum esse tipo de dependência estar associado a conflitos interpessoais, sociais e ao suicídio (Brasil, 2006).

Podemos supor que as drogas além de servir de gatilho ao comportamento impulsivo, tornou-se um potente sinalizador de risco para o suicídio. Meleiro (2010) comenta que o impulso, na maioria das vezes é passageiro, contudo, pode ser fatal mediante uma atitude impensada com o intuito de resolver uma dor.

Diante do exposto, podemos ressaltar que a ocorrência de um evento estressor relacionado a um conflito familiar, serviu de evento precipitador para o suicídio que aconteceu dois dias depois da agressão física. Contudo, os estudos sobre suicídio habitualmente valorizam a questão do uso problemático de álcool e outras drogas em jovens, mas pouco o fazem entre idosos. Este caso demonstra a importância nos velhos também.

3.2.2.8 Indícios de que Iria Cometer Suicídio

Os idosos dão pistas verbais que na maioria dos casos não são percebidas por seus familiares, como por exemplo, pensamentos de morte, cansaço de viver e sentimento de culpa (FORSSSEL et al., 1997), e muitas vezes os familiares se ressentem e se culpam por isso. Em outros casos, falam diretamente às pessoas próximas sobre o seu desejo de morrer, deixando explicitamente a sua intenção para o autoextermínio (MINAYO et al., 2012 a). Idosos com depressão verbalizam sentimentos de desesperança frente às incapacidades sentidas o que revela a necessidade de resolver ou por fim a esta situação intolerável (CAVALCANTE, F. G.; MANGAS, R. M. N., 2013).

Nas 4ª, 7ª e 8ª narrativas, os idosos apresentaram verbalizações explícitas de que iriam cometer o ato. O idoso da 4ª narrativa verbalizou diretamente à sua esposa os seus pensamentos e sentimentos suicidas, entretanto, sua esposa não teria dado importância de que as verbalizações seriam verdadeiras. Na 7ª narrativa, o idoso verbalizou que tiraria sua vida em decorrência da piora de seu quadro de dor, contudo, seu desejo foi antecipado pela ameaça de separação. Em relação à 8ª narrativa o idoso verbalizou à esposa que queria morrer, entretanto, a sua verbalização teria sido interpretada como uma brincadeira.

Em relação as verbalizações implícitas de que iriam cometer o suicídio, temos as histórias dos idosos suicidas da 2ª e 5ª narrativas. Na 2ª narrativa, o idoso apresentou uma pista implícita que não foi percebida pelo familiar. Tal verbalização era expressa da seguinte forma: “eu quero ficar sozinho e morrer em meu quarto”. Na 5ª narrativa, temos um idoso arrependido que tentou obter o pedido de perdão de sua ex-esposa. Entretanto, as verbalizações não foram interpretadas por seus familiares como um pedido de socorro devido sua dependência em relação aos cuidados. Na 1ª narrativa temos a única história de tentativa frustrada de suicídio por afogamento.

Nos relatos descritos acima nenhum dos familiares percebeu os sinais apresentado pelos idosos de que iriam atentar contra sua vida, mesmo aquele que praticou uma tentativa frustrada antes do ato fatal (1ª narrativa). Figueiredo et al. (2012, p. 1998) comentam que em relação ao suicídio existe “a influência do discurso social que concebe o processo de envelhecimento como um momento descartável da vida”. Essa ideia fundamenta o discurso atual de que o idoso não conseguiria realizar o ato por sua fraqueza ou pela incapacidade física. Durante as entrevistas, os familiares relataram suas angústias e a culpa por não ter percebido os sinais além da ideia de que poderiam ter feito algo a mais para ajudá-los.

3.2.2.9 Contato com o Serviço de Saúde Mental

Em relação aos contatos com serviços de saúde mental, apenas três idosos foram levados ao atendimento psiquiátrico e/ou psicoterápico (5ª, 6ª e 8ª narrativas). Os demais recusaram sugestões de seus familiares a receber esse tipo de serviço.

O idoso da 5ª narrativa foi atendido por um psiquiatra do CPER, sendo diagnosticado com “depressão profunda”. Foi receitado a usar o Rivotril, entretanto, os familiares relataram que o idoso dormia muito quando tomava o remédio. Apesar da tentativa de ajuda e dos atendimentos realizados, o idoso ceifou sua vida antes de completar o tratamento psiquiátrico.

Na 6ª narrativa, o idoso foi atendido por um médico da Policlínica Codajás que o diagnosticou com depressão. Para ajudar no tratamento proposto, encaminhou o idoso ao psicólogo do mesmo serviço. Entretanto, após ter sido atendido e receitado, parou de tomar os remédios indicados (familiar não soube informar quais) e abandonou os atendimentos por não se achar “louco”. Recebeu apenas um atendimento com o psiquiatra do serviço.

Em relação à 8ª narrativa, o idoso realizou psicoterapia de grupo com psiquiatra da Policlínica Codajás para tratar da depressão que surgiu depois do AVC. Entretanto, segundo a

esposa do idoso, o atendimento não surtiu efeito, pois ele interrompeu o tratamento com a sua morte.

Houveram duas tentativas de ajuda que não se concretizaram (1ª e 7ª narrativas). Os agendamentos para os serviços de saúde mental ocorreram mediante a tentativa de suicídio (1ª narrativa) e pelo uso pesado de drogas (7ª narrativa). Mesmo com a tentativa de seus familiares em ajudá-los a minimizar seus sofrimentos, os idosos se recusaram à assistência oferecida por não se acharem “loucos”.

Já os idosos da 2ª e 3ª narrativas resignaram-se em silêncio até o dia do ato fatal e o idoso da 4ª narrativa recusou todos os pedidos de sua esposa em buscar ajuda profissional.

A negativa em receber a assistência de profissionais de saúde mental se reflete na assertiva: “eu não sou louco”. Essa verbalização reflete um preconceito sobre as pessoas que são atendidas nestes serviços, pois somente as pessoas loucas vão ao psicólogo e ao psiquiatra. Seria de fundamental importância a revisão destes pressupostos e o clareamento a respeito das indicações e possíveis benefícios que este tipo serviço poderia promover ao bem-estar emocional da população em geral, e mais especificamente dos idosos, no intuito de prevenir o suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se nesse item que a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos possibilitou ampliar o olhar sobre o fenômeno suicídio de idosos em Manaus, Amazonas. Através dos dados quantitativos, pôde-se identificar e traçar o perfil do idoso suicida na referida localidade. Contudo, também foi possível identificar, mediante as narrativas de seus familiares, os significados atribuídos aos suicídios. Desta forma, houve o esforço, por parte do pesquisador, de buscar um diálogo entre os saberes quali-quantitativos com o intuito de romper um tipo de comunicação linear sobre o fenômeno estudado. Entretanto, uma vez apresentado o desafio da triangulação, é preciso que se retorne aos achados da pesquisa.

Nossos achados quantitativos apontam que mediante os critérios internacionais (DIEKSTRA, R. F. W.; GULBINAT, W., 1993), o estado do Amazonas apresentou uma baixa taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente entre os idosos de 60 anos ou mais. Contudo, o presente trabalho pôde evidenciar que os velhos amazonenses, especialmente os velhos manauaras de 80 anos ou mais do sexo masculino, apresentaram taxas mais elevadas. No que diz respeito ao local de ocorrência, o domicílio ainda é o local preferido para realizar o ato em todas as faixas etárias analisadas.

Em relação a variável sexo, identificamos em nosso estudo que a taxa de mortalidade masculina por suicídio é maior que a feminina. Isto explica as diferenças evidenciadas na presente pesquisa entre a razão homem/mulher. Nossos achados mostram que os idosos do sexo masculino apresentam uma razão 10 vezes superior da mortalidade por suicídio no estado e 15 vezes superior em Manaus, haja vista que a capital detém mais da metade da população do estado.

O principal meio utilizado para a conclusão do ato suicida, tanto para homens quanto para as mulheres em todas as faixas etárias, foi o enforcamento seguido de arma de fogo. Alguns estudos nacionais (PINTO, et al., 2012 a, b, c) apontam que os idosos tendem a usar métodos mais violentos e letais em diferentes contextos culturais para resolver e pôr fim ao seu sofrimento. Destaca-se que a não disponibilidade dos meios seja considerado fator de fundamental importância para a redução dos óbitos. Entretanto, podemos considerar que prevenir o acesso aos meios seja um desafio para a saúde pública, haja vista a sua disponibilidade imediata para armas de fogo e ao enforcamento.

Em relação ao estado civil, identificamos diferenças entre as faixas etárias estudadas. Em nosso estudo, evidenciamos uma maior frequência de suicídios entre os não casados da faixa

etária de 70 anos ou mais. Estes dados, reforçam a ideia de que para os idosos acima de 70 anos, estar solteiro, separado ou viúvo pode ser considerado como fator estressante na vida dos idosos, pois a perda de uma pessoa importante ou a separação são eventos que interferem nos aspectos biopsicossociais, deixando os idosos vulneráveis e mais propensos ao suicídio.

Destacamos no final da apresentação dos dados quantitativos, o número de casos registrados em relação as datas comemorativas do calendário. Em nossos achados, encontramos especial ocorrência no dia do Aniversário do idoso, no Natal e principalmente no Ano Novo. Desta forma, o suicídio destes idosos reforçam a ideia de que não haveria nada o que comemorar pois estavam apresentando um sofrimento psicológico mediante os declínios físicos e as doenças ameaçadoras da vida, viuvez, dependência de terceiros e a depressão, tornando-os vulneráveis e sentindo uma necessidade de pôr fim a essas situações.

Pôde-se perceber que os dados quantitativos apresentaram informações relacionadas com outros dados da literatura científica, contribuindo para um maior conhecimento sobre o fenômeno e principalmente pela possibilidade de se traçar o perfil do idoso suicida amazonense. Desta forma, tornou-se importante a construção de informações quantitativas sobre o suicídio de idosos, na medida em que os dados sirvam de elementos para o debate e criação de políticas públicas voltadas para prevenção e redução da mortalidade por suicídio.

Em relação aos dados qualitativos, utilizamos o roteiro de entrevista chamado de Autópsia Psicossocial para extrair as narrativas dos familiares, além de identificar os núcleos de sentidos, os significados e as interpretações que os informantes fazem sobre o suicídio de idosos.

Através das narrativas dos familiares coletadas mediante as Autópsias Psicossociais, identificamos que os suicídios estavam associados ao diagnóstico, suspeita e/ou iminência de câncer, impossibilidade de enxergar, conflitos familiares, além da dependência em relação ao autocuidado. Para os familiares, a junção destes fatores, proporcionaram o surgimento de uma dor psicológica que atingiu intensidade intolerável, motivando os idosos a cometerem o ato fatal.

Ressalta-se também, o papel da depressão nos oito casos aqui analisados. Contudo, apenas três idosos foram atendidos por profissionais de saúde mental. Apesar de receberem atendimento, os idosos recusaram o tratamento devido a ideia de que não estavam “loucos”. O estigma em relação a esse tipo de assistência acaba por prejudicar aqueles que necessitam de intervenções para minimizar o sofrimento psicológico. Desta forma, podemos sugerir que a depressão ora surge como fator primário associado a perdas, declínios socioeconômicos, endividamentos, violência social e conjugal, crises de solidão e melancolia, ora como fator secundário de complicações físicas e mentais.

Cabe ressaltar a história do idoso dependente de álcool e maconha que tirou sua vida após ameaça de separação por parte de sua esposa. A narrativa do familiar traz a crença de que esta tragédia possui a marca da punição àqueles que sobreviveram ao suicídio. Esta marca persistiu durante a entrevista, onde a culpa, raiva e ressentimento surgiram na narrativa da filha, além da esquivia por parte da esposa em conceder a entrevista.

Em todos os casos estudados, notaram-se verbalizações explícitas e implícitas de que os idosos iriam cometer suicídio. Tais comentários eram expressos na forma de desesperança, sentimento de inutilidade, pedidos de perdão, cansaço em viver e aviso sobre a intenção de morte. Entretanto, é possível identificar nas narrativas dos familiares, a falsa crença de que o sujeito não dá aviso quando deseja se matar. Este fato está ancorado na ideia da fraqueza ou fragilidade física do idoso em realizar o ato suicida.

Outro aspecto presente em nossos achados se refere a questão da fragilidade masculina. Ouvimos relatos de depressão, princípios de honra, regras da masculinidade dominante e agravos de saúde física como eventos relacionados aos suicídios masculinos. Identificou-se que para os idosos, o momento da saída das atividades e a perda de poder sobre suas famílias, coincidiram com outras perdas, como a viuvez e o padecimento por doenças que passaram a tolher sua autonomia. Assim, muitos se sentiam, conforme seus familiares, sem assunto, calados, tristes, isolados, sem lugar dentro de sua casa e sem um repertório narrativo capaz de expressar as limitações do corpo e da saúde.

Através da etapa qualitativa, conseguimos coletar e reunir informações que serviram para construir um conhecimento aprofundado sobre o suicídio de idosos que a etapa quantitativa não consegue identificar. Assim, foi possível compreender a interação entre os fatores clínicos, de risco, circunstanciais, conflitos familiares, além da falta de suporte aos agravos de saúde que motivaram esses idosos, a resolver de uma forma trágica, os conflitos que estavam vivenciando. Outro aspecto importante da etapa qualitativa sobre o fenômeno foi de nos ajudar a compreender porque as maiores TMSId estão entre os idosos mais velhos. A hipótese levantada é de que os idosos mais velhos apresentam mais perdas, mais agravos à saúde e limitações quanto a autonomia.

Cabe aqui destacar neste parágrafo, as principais limitações do nosso estudo. Em relação aos dados quantitativos, identificamos 52 municípios com taxas nulas. A escassez de dados dos municípios amazonenses, pode revelar a precariedade dos sistemas de informações locais e encobrir a verdadeira situação das estatísticas de suicídios de idosos nestas unidades do Estado. Mediante essa escassez, talvez os dados identificados nessa pesquisa não apresentem a

verdadeira magnitude deste fenômeno que é considerado mundialmente como um problema de saúde pública. Em relação aos dados qualitativos, apresentamos dificuldades em encontrar familiares de idosos suicidas. A explicação para essa escassez se deve as recusas dos familiares em não querer mais falar sobre o assunto. Essas recusas expressam uma dor psicológica que perdura entre as famílias, como um fantasma que destruiu planos, mergulhando os sobreviventes em uma tristeza e os impossibilitando de se reerguerem (FIGUEIREDO, 2012).

Sugerimos que os futuros estudos quantitativos e qualitativos sobre o suicídio de idosos no Amazonas, possam, além de ampliar os dados epidemiológicos, apresentar também, dados específicos de informações sobre este fenômeno, como: os problemas físicos, mentais, sociais e relacionais. Tal empreendimento, além de ajudar no mapeamento dos fatores de risco, favorecerá a compreensão em profundidade deste fenômeno. Desta forma, o conhecimento construído mediante a articulação de métodos quali-quantitativos, ajudará no desenvolvimento de ações mais eficazes para a prevenção do suicídio nesta população que vem crescendo no Amazonas.

Cabe aqui destacar, a experiência do autor que atende pessoas – em sua maioria idosos – em tratamento oncológico para dor e cuidados paliativos pela Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas. Em nosso serviço, realizamos atendimento por meio de equipe multiprofissional (médico, psicólogo, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta e capelã) nos domicílios de pacientes considerados sem possibilidade de cura pela medicina e que estão debilitados de se locomoverem até a instituição. Através das visitas domiciliares, buscamos minimizar o sofrimento dos pacientes e familiares em relação ao processo de terminalidade.

Mediante o exposto, recomendamos ao setor saúde o desenvolvimento de estratégias qualificadas para acompanhamento dos idosos em seus domicílios como possível medida preventiva ao suicídio. O desenvolvimento deste tipo de programa, atenderia principalmente os idosos com doenças crônicas incapacitantes como a cegueira, dores, câncer, e em particular, aqueles que estão apresentando sintomas depressivos e risco para o suicídio.

Para finalizar, no caso das famílias de idosos suicidas, seria importante o desenvolvimento de um acompanhamento profissional qualificado, e que não se limite apenas a uma visita ou consulta. Infelizmente, identificamos nas narrativas que os familiares tentam (e muitas vezes não conseguem) resolver por si mesmos seus problemas emocionais decorrentes do suicídio de seus familiares. Entretanto, para a maioria dos entrevistados, não falar sobre o assunto com pessoas estranhas, vizinhos e até mesmo com os profissionais, parece manifestar uma forma de defesa da dor que estão sentindo pela perda trágica de um idoso da família. Desta

forma, o atendimento contínuo com os familiares sobreviventes, contribuiria para ressignificar o suicídio, além de ajudá-los a reinterpretar suas vivências e minimizar o impacto da perda.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21 (1): p. 12-18; 1999.
- ALVES, P. C. Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas. In: Maria Cecília de Souza Minayo & Carlos E. A. Coimbra Jr (organizadores). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.
- BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 22 (4): p. 425-431, outubro-dezembro; 2005.
- BAPTISTA, M. N. et al. Análise epidemiológica do suicídio em duas regiões do estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, 6 (1): p. 02-12, janeiro-junho; 2012.
- BARRERO, S. A. P. Factores de riesgo suicida en el anciano. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 2011-6; 2012.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7 (2): 6-8. In: LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31 (supl. II): s86-94; 2009.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf>
Acesso em: 15 de maio de 2014.
- BRZOZOWSKI, F. S. et al. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (7): p. 1293-1302, julho; 2010.
- CAMARANO, A. et al. **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.
- CANETO, S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*; 78 (2): 259-266; 2008.
- CARNEY, S. S. et al. Suicide over 60: the San Diego study. **Journal of American Geriatric Society**; 42(2):174-80; 1984.

CASSORLA, R. M. S. O que é suicídio? In: BATISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 22 (4): 425-431, outubro-dezembro; 2005.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4): p. 1065-1075; 2014.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1943-1954; 2012 a.

CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 2039-2052; 2012 b.

CAVALCANTE, F. G.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10): p. 2985-2994; 2013.

CHARCHAT-FICHAMAN, C. P. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 79-82, jan-mar; 2005.

CONTE, M. et al. Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 2017-2026; 2012.

CONWELL, Y.; THOMPSON, C. Suicidal Behavior in Elders. **Psychiatr Clin North Am**; 31(2): p. 333-356; 2008.

CONWELL, Y.; DUBERSTEIN, P. R; CAINE, E. D. Risk factors for suicide in later life. **Biology Psychiatry**. 52(3): p. 193-204; 2002.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33ª Edição – Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES S. F. organizadoras. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 3ª Reimpressão; 2013.

DIEKSTRA, R. F. W.; GULBINAT, W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. **World Health Statistics**; 46: p. 52-68; 1993.

DI MAURO, S. et al. Suicides and the third age. **Archives Gerontology Geriatric**, 36(1): p. 1-6; 2003.

DUBERSTEIN, P. R. et al. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. **Psychologic Medical**. 34(1): p. 137-46; 2004.

DURKHEIM, É. **O Suicídio: Estudos de Sociologia**; prefácio: Carlos Henrique Cardim; tradução: Monica Stahel – 2ª edição/São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

FÄBER, S. Envelhecimento e elaboração de perdas. **A terceira idade**, 23(53): p. 7-17; 2012.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1993-2002; 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1): p. 17-27; 2008.

FORSELL, Y.; JORM, A. F.; WINBLAD, B. Suicidal thoughts and associated factor in an elderly population. **Acta Psychiatrica Scandinav**. 95(2): p. 108-11; 1997.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, 14 (28): p. 139-152; 2004.

GARCIA-CABALLERO, A. et al. Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychology Autopsy. **Actas Españolas de Psiquiatria**; 38 (6): p. 332-339; 2010.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. Representação e a experiencia da doença: principios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DELANDES, S. F. (orgs). **Caminhos do pensamento: epistemología e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS (2013a): Disponível em: <<http://www.amazonas.am.gov.br/servicos/saude/>> Acesso em: 09 de novembro de 2013.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS (2013b): Disponível em: <<http://www.amazonas.am.gov.br/servicos/assistecia-social/>> Acesso em: 09 de novembro de 2013.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. M. Suicide as an outcome for medical disorders. **Medicine** (Baltimore). 73(6): p. 281-96; 1994;

HAWTON, K; VAN HEERINGER, K. Suicide. *Lancet*; 373: 1372-1381. In: ORELLANA, J. D. Y; BASTA, P. C.; SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 16 (3): p. 658-669; 2013.

HEREDIA, O. C. Características demográficas da Terceira Idade na América Latina e no Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 7-21; 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Uma análise das condições de vida população brasileira**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 27; Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico, 2012 (a): Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>> Acesso em: 05 de novembro de 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Territórios 2012 (b): Disponível em:

<<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/territorio/unit.asp?e=v&t=4&codunit=13&z=t&o=4&i=P>>
Acesso em: 05 de novembro de 2013.

ISOMESÃ, E. T. Estudos de autopsia psicológica: una revisión. **European Psychiatry**; 16: p. 379-385; 2001.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**, 6ª ed. – Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

LOVISI, G. M. et al Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31 (supl. II), s86-93; 2009.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**; 60 (3): p. 151-157; 2011.

MACKENZIE, T. B.; POPKIN, M. K. Suicide in the medical patient. **International Journal Psychiatry Medical**. 17(1): p. 3-22; 1987.

MAIA et al. Prevalência de indicação de depressão em idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família em Manaus-Am. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia**, jan-jun; 2 (1); p. 55-76; 2009.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 38 (5): p. 650-656; 2004.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. Tradução: Cláudia Dorneles; 4ª Edição Revisada; Porto Alegre: Artmed, 2002.

MARAGNO, L. et al Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (8): p. 1639-1648; 2006.

MARINHO, V. Transtornos de ansiedade em idosos. In: VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar** – Rio de Janeiro: UnATI/Uerj; 2006.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio, o fim à vida. **Associação Brasileira de Psiquiatria**, set./out 2(5): p. 10-12; 2010.

MELLO JORGE, M. H. P. et al. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 17 (4): 271-28, out-dez; 2008.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27 (2): p. 131-134; 2005.

MENEGHEL, S. N. et al. Característica epidemiológica do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**; 38 (6): p. 804-810; 2004.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1983-1992; 2012.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de mulheres: uma situação limite? **Athenea Digital** – 13 (2): p. 207-217; 2013.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, vol.9, n.3. p. 237-248; 1993.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 14, n. 3, 421-428; abr-jun; 1998.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** – 12ª ed. – São Paulo: Hucitec; 2010.

MINAYO, M. C. S.; GRUBITS, S.; CAVALCANTE, F. G. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 2027-2038; 2012 a.

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (10): p. 2665-2674; 2012 b.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 3ª Reimpressão; 2013.

MITTY, E.; FLORES, S. Suicide in late life. In: PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8):p. 2003-2009; 2012 b.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia USP**, 19 (1): p. 59-79; 2008.

NOCK, M. K. et al. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiology**; v. 30: p. 133-154; 2008.

NUNES, E. D. O suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (1): p. 7-34, jan-mar; 1998.

O'CONNELL, H. et al. Recent developments: Suicide in older people. **BMJ**; 329 (7471): 895-899; 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (10): 2847-2857; 2013.

ORELLANA, J. D. Y, BASTA, P. C. & SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 16 (3): 658-669; 2013.

OWENS, C. et al. Tales of biographical disintegration: how parentes make sense of their son's suicides. **Sociology of Health & Illness**, vol. 30, nº 2, p: 237-254; 2008.

OWENS, C.; LAMBERT, H. Mad, bad or heroic? Gender, identity and accountability in lay portrayals of suicide in late twentieth-century England. **Cult Medicine Psychiatry**, vol. 36, p. 348-371, 2012.

PAVARINI, S. C. I et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enfermagem**, jul-set, v. 14, n. 3, p. 398-402; 2005.

PINTO, L. W. et al. Evolução Temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1973-1981; 2012 a.

PINTO, L. W. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 2003-2009; 2012 b.

PINTO, L. W. et al. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1963-1972; 2012 c.

PIRES, M. C. C. et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos. **Neurobiologia**, 72 (4) – out/dez, p. 31-45; 2009.

PONCE, J. C. et al. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 35, supl 1, p. 13-16; 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Estatuto do Idoso**; Política Municipal do Idoso; Política Nacional do Idoso, 60 pág; 2005.

ROJAS, I. A. J. La autopsia psicológica como instrumento de investigación. **Revista Colombiana de Psiquiatria**; vol. XXX; nº 3, p. 271-276; 2001.

RUBENOWITZ, E. et al. Life events and psychosocial factors in elderly suicides - a case control study. **Psychologic Medical**; 31(7): p. 1193-1202; 2001.

SCOTT, J. **Gender**: useful category of historical analyses. New York, Columbia Universit Press, 1989.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO AMAZONAS – SSP/AM. disponível em: <<http://www.ssp.am.gov.br/institucional/unidades-do-sistema/>> Acesso em: 09 de novembro de 2013.

- SERRA, M. A.; FERNÁNDEZ, R. G. Perspectivas de desenvolvimento da Amazônia: motivos para o otimismo e o pessimismo. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 13, nº 2 (23), p. 107-131, jul.-dez. 2004.
- SHAH, A; BHAT, R. The relationship between elderly suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. **Int psychogeriatr**; 20(3):p. 605-615; 2008
- SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, maio-junho: 10 (3): p. 423-432; 2002.
- SILVA, M. C. Q; ALMEIDA, J. L. T.; NETO, D. L. Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica de gestores. **Textos Envelhecimento**; v. 8 n.1, p. 50-67, Rio de Janeiro; 2005.
- SOUZA, M. H. F. O. Câncer e envelhecimento. In: VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia**: uma perspectiva interdisciplinar – Rio de Janeiro: UnATI/Uerj; 2005.
- SZANTO, K.; PRIGERSON, H. G.; REYNOLDS, C. F. Suicide in the elderly. **Clinical Neuroscience Research**; 1(5): p. 366-376; 2001.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM. disponível em: <<http://portal.ufam.edu.br/index.php/2013-02-03-08-41-04/programa-de-atencao-a-saude-do-idoso>> Acesso em: 09 de novembro de 2013.
- UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA disponível em: <<http://www1.uea.edu.br/inst.php?dest=unati>> Acesso em: 09 de novembro de 2013.
- VASUDEVA MURTHY, C. R. Psychological Autopsy – A Review. **Journal Medicine Science**; 3 (3): p. 177-181; 2010.
- VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (2): p. 423-432; 2004.
- VICENTE, D. D.; SOUZA, L. Razão e sensibilidade: ambiguidades e transformações no modelo hegemônico de masculinidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; 58(1): p. 1-34; 2006.
- VIEIRA, A. G. Do conceito de estrutura narrativa à sua crítica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 14 (3), p: 599-608; 2001.
- WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.
- WERLANG, B. S. G. Autópsia Psicológica: importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1955-1962; 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World report on violence and health. In: LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31 (supl. II), s86-93; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Suicide rates per 100.000 by country, year and sex (table) página da internet. In: PINTO, L. W. et al. Evolução Temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (8): p. 1973-1981; 2012 a.

ANEXOS

ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Projeto de Pesquisa: Suicídio de Idosos no município de Manaus, Amazonas

Pesquisador (a) responsável: André Luis Sales da Costa;

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz - ILMD/FIOCRUZ. Rua Terezina, 476, Adrianópolis. Manaus-Amazonas.

Telefone: (92) 9154-0446, **e-mail:** psi_andre1974@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM: Rua Terezina, 495, Adrianópolis. Manaus-Amazonas. **Telefone:** (92) 3305-5130

Eu André Luis Sales da Costa, convido-lhe a participar voluntariamente da pesquisa “Suicídio de Idosos no município de Manaus, Amazonas” que faz parte de um projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia sob orientação do Prof.º Dr.º Maximiliano Loiola Ponte de Souza, do Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz.

Peço que leia atentamente as informações abaixo, antes de concordar.

1- Esta pesquisa tem o **objetivo** de compreender os motivos que levaram os idosos a cometerem suicídio, as circunstâncias envolvidas e o impacto do suicídio na família através de um roteiro de entrevista

2- A **justificativa** para realização desta pesquisa ocorre pelo fato de que o envelhecimento populacional está aumentando e, devido os idosos serem a população que apresenta maior risco para o suicídio, a presente pesquisa busca ampliar a discussão sobre o tema devido a escassez deste tipo de estudo na cidade de Manaus, Amazonas. Desta forma, torna-se importante entrevistar pessoas que passaram pela trágica perda de ter um familiar idoso que faleceu por suicídio no intuito de compreender este importante problema de saúde pública.

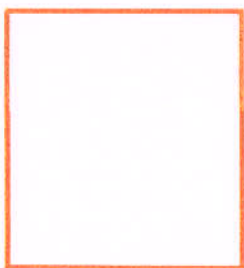
3- Esta etapa da pesquisa será realizada mediante **entrevistas**. Só participarão da pesquisa as pessoas que quiserem. Nenhuma pessoa será obrigada a participar. As entrevistas serão gravadas, apenas se as pessoas autorizarem.

4- Um eventual **risco** associado a participação nesta pesquisa é o desconforto que pode ser gerado ao se abordar um tema que para alguns possa ser difícil, o suicídio. Para minimizar este desconforto o pesquisador foi treinado para lidar com esta situação e marcará um horário para sua participação na pesquisa, de acordo com sua disponibilidade de tempo.

5- O senhor(a) **pode deixar de participar desta pesquisa** em qualquer momento, de acordo com a sua vontade, mesmo após ter assinado este documento. Isso não terá nenhuma consequência na sua relação com o pesquisador, com a Fundação Oswaldo Cruz, ou com a Universidade Federal do Amazonas;

6- As informações obtidas pelo pesquisador **não serão divulgadas de forma que se possa reconhecer quem deu as informações.**

7- Os resultados desta pesquisa serão apresentados em relatórios técnicos e em textos acadêmicos, bem como poderão ser divulgados em congressos e artigos científicos.



Nome do entrevistado

Assinatura

Data da Assinatura

Nome do Pesquisador

Assinatura

Data da Assinatura

() 1ª via – participante da pesquisa () 2ª via – pesquisado

ANEXO B ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Naturalidade:

Etnia:

Religião:

Grau de Instrução:

Ocupação:

Endereço:

Família de procriação

Nome do Cônjuge:

Idade:

Filhos (idade):

Outras uniões, casamentos e filhos:

Família de Origem

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Irmãos:

Pessoas que responderam à entrevista Idade:

Grau de parentesco:

Grau de afinidade:

Modo de perpetração

Motivo:

Local:

Data: Hora:

Observações relevantes:

AUTOPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS

Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico

Caracterização Social

1. Qual a profissão e grau de instrução da pessoa idosa que morreu por suicídio?
2. Qual a profissão e grau de instrução do cônjuge e dos filhos?
3. O que era relevante no trabalho/emprego? (dificuldades, limites e possibilidades)
4. Era aposentado(a) e fazia alguma outra atividade?
5. Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado, fixo e outros). Além da pessoa idosa, quem contribuía para a renda familiar?
6. Como era a casa onde ele (a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos, rede de esgotos, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes)
7. Poderias descrever o bairro e local de moradia?

Retrato e Modo de Vida

1. Como você descreve o (a) idoso (a) aqui estudado (a)? (características marcantes)
2. Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência)
3. Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser?
4. Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação?
5. Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais?
6. Houve história de perdas (filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)?
7. Como essa pessoa idosa lidava com as situações de perda?
8. Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos?
9. Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos?
10. Sofreu situações de violência durante a sua vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial). E durante o processo de envelhecimento?
11. Onde e com quem encontrava apoio?
12. Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho ou outras pessoas? Como foi este apoio? (havia uma rede de apoio ou de proteção?)
13. Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi este apoio?
14. Participava de Clubes e Associações voluntárias e ou comunitárias, Partido político, Sindicato ou Organização Profissional?
15. Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros?

16. Há história anterior de doença grave? Qual? Dos nervos? Tratamentos?
17. Havia algum cuidador? Quem? Que cuidados a pessoa idosa estava recebendo?
18. Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

Segunda parte – atmosfera e imagem do suicídio

Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

1. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)
2. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?
3. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?)
4. Como a família vivenciou o momento da notícia? E do sepultamento?
5. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
6. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados)
7. Houve tentativas anteriores? Quantas? Como? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Estado mental que antecedeu o suicídio

1. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?
2. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos ou ideias que pareciam “irreais”?
3. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?
4. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?
5. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?
6. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?
7. A pessoa tinha plano de saúde?
8. Se era atendida pela SUS, como avaliava esse atendimento?

Imagem da Família

1. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias? Qual foi a reação da família com o cuidador imediato?
2. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?
3. A família já recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais dificuldades?

4. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?